

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

FABIULA SCHIAVETTI SINZATO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS
USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

RIBEIRÃO PRETO
2023

Fabiula Schiavetti Sinzato

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS
USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto UNAERP, como requisito
para obtenção do Título de Mestra em
Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências
da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidneia da
Silva

Co- Orientadora: Profa. Dra. Lilian Sheila de
Melo Pereira do Carmo

Ribeirão Preto
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico da
Biblioteca Central da UNAERP
- Universidade de Ribeirão Preto

SINZATO, Fabiula Schiavetti, 1977-
S618v Violência obstétrica na percepção das puérperas usuárias
dos serviços de saúde / Fabiula Schiavetti Sinzato. – Ribeirão
Preto, 2023.
145 f. : il. color.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvia Sidneia da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2023.

1. Violência obstétrica. 2. Parto – História - Brasil. 3. Parto
humanizado. II. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiula Schiavetti Sinzato

Violência obstétrica na percepção das puérperas usuárias do serviço de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), para obtenção do título de Mestra em Saúde e Educação.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*...Como é possível uma pessoa ser criada dentro de outra?
Inteirinha, olhos, cabelos, unhas,
vários órgãos em miniatura funcionando plenamente?
Como é possível uma pessoa inteira sair de dentro de outra,
depois de ter morado meses lá?
Como é que aquele bebê cabia lá e saiu, se 1 segundo depois
já parece inacreditável que coubesse?
Como passou por aquela passagem mágica e
misteriosa que aumenta tanto de tamanho
e depois retorna,
como se quase nada houvesse acontecido ali?
O corpo é mágico e cheio de poderes.
Um dos mais visíveis e grandiosos que temos
o privilégio de presenciar é esse,
porque explode na nossa cara,
como fogos de artifício.
Num minuto, entre estar dentro e estar fora,
a vida acontece.
Rompe a bolsa, vazam as águas e
PLOP uma pessoa nova!
Parte das razões que fazem nosso sistema de cuidado
ao parto estar tão quebrado e violento reside
em termos nos perdido da reverência
a essa mágica e a esse poder.
É preciso campos cirúrgicos, assepsia,
instrumentos metálicos e muita violência
para ofuscar todo esse brilho.
Para nos confundir da verdade
de quem é que está no comando desse evento...*

Maíra Libertad

RESUMO

SINZATO, Fabiula Schiavetti. **Violência obstétrica na percepção das puérperas usuárias do serviço de saúde**. 2023. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Programa de Mestrado Profissional Ribeirão Preto, 2023.

O estudo abordou o tema violência obstétrica no contexto da assistência ao parto no Brasil, focando a percepção das mulheres que passaram pelo processo de parto. Houve destaque para a evolução da prática de cuidado ao longo da história, observando como essa prática ancestral se desenvolveu e se adaptou às mudanças sociais, considerando a relevância das mulheres na assistência ao parto ao longo dos tempos e como a violência obstétrica revelou-se um problema contemporâneo na assistência ao parto no Brasil e no mundo. Os objetivos do estudo foram delineados com ênfase na compreensão da percepção das mulheres sobre a violência obstétrica e na distinção entre intervenções necessárias e violações de direitos. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, envolvendo duas etapas: uma revisão da literatura para embasar a pesquisa e a coleta de dados junto às puérperas que utilizaram os serviços de saúde pública e que tiveram gestações de baixo e médio risco, realizado na Maternidade Cidinha Bonini do Hospital Electro Bonini, em Ribeirão Preto, São Paulo. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário previamente validado por uma banca avaliadora. Os resultados indicaram a falta de informações adequadas durante o pré-natal, com muitas mulheres desconhecendo aspectos importantes relacionados ao parto; número significativo relatou ter sofrido violência obstétrica, embora algumas não reconhecessem essas experiências como tal. A falta de familiaridade com o termo "violência obstétrica" destacou a necessidade de maior conscientização sobre o tema; houve discrepância entre as preferências das mulheres em relação à via de parto e o tipo de parto efetivamente realizado, com uma prevalência de cesarianas não desejadas. Além disso, a maioria das mulheres que afirmaram ter sofrido violência obstétrica desconhecia o termo para descrever suas experiências, ressaltando a importância da conscientização. Conclui-se que a violência obstétrica foi identificada como um problema que pode ter sérias consequências para as mulheres, afetando sua experiência de parto e o vínculo com o recém-nascido. A falta de informação adequada foi destacada como um fator que contribui para a perpetuação desse problema. Foram enfatizadas a importância da humanização do parto, do empoderamento das mulheres e da capacitação das equipes de saúde para identificar e prevenir a violência obstétrica. Ademais, destacou-se a necessidade de recursos tecnológicos que reforcem a informação como uma forma eficaz de combater a violência obstétrica e promover partos respeitosos e seguros.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; A História do Parto no Brasil; Humanização do Parto.

ABSTRACT

SINZATO, Fabiula Schiavetti. Obstetric violence in the perception of postpartum women who use the health service. 2023. 145f. Dissertation (Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto Professional Master's Program, 2023.

The study addressed the obstetric violence topic in the context of childbirth assistance in Brazil, focusing on the perception of women who have gone through the childbirth process. It highlighted the evolution of care practices throughout history, observing how this ancestral practice has developed and adapted to social changes, considering the significance of women in childbirth assistance over time and how obstetric violence has emerged as a contemporary issue in childbirth assistance in Brazil and worldwide. The study's objectives were outlined with an emphasis on understanding women's perceptions of obstetric violence and distinguishing between necessary interventions and violations of rights. This is a descriptive study with a qualitative approach, involving two stages: a literature review to support the research and data collection from postpartum women who used public health services and had low to moderate-risk pregnancies, conducted at the Cidinha Bonini Maternity of Electro Bonini Hospital in Ribeirão Preto, São Paulo. A questionnaire previously validated by an evaluating committee was utilized for data collection. The results indicated a lack of adequate information during prenatal care, with many women unaware of important aspects related to childbirth; a significant number reported experiencing obstetric violence, although some did not recognize these experiences as such. The lack of familiarity with the term "obstetric violence" underscored the need for greater awareness of the issue; there was a discrepancy between women's preferences regarding the mode of childbirth and the type of childbirth actually performed, with a prevalence of undesired cesarean sections. Furthermore, most women who claimed to have experienced obstetric violence were unaware of the term to describe their experiences, highlighting the importance of awareness. In conclusion, obstetric violence was identified as a problem that can create serious consequences for women, affecting their childbirth experience and their bond with the newborn. The lack of adequate information was highlighted as a factor contributing to the perpetuation of this problem. The importance of humanizing childbirth, empowering women and training healthcare teams to identify and prevent obstetric violence was emphasized. Additionally, the need for technological resources to reinforce information as an effective way to combat obstetric violence and promote respectful and safe childbirths was highlighted.

Keywords: Obstetric Violence; The History of Childbirth in Brazil; Humanization of Childbirth.

AGRADECIMENTOS

É com imensa gratidão que desejo expressar meus sentimentos a todos aqueles que estiveram ao meu lado durante a jornada do meu mestrado.

Este feito representa a realização de um sonho que, em tempos anteriores, parecia algo inatingível, uma ideia que ganhou vida graças ao apoio incansável daqueles que me cercam.

Quero começar por destacar minha amada família, meu marido e meus filhos, que merecem toda a minha gratidão por sua constante presença e amor incondicional, agradeço profundamente por acreditarem em mim, principalmente quando eu mesma duvidei.

À coordenadora Silvia, cujo papel se revelou essencial nessa conquista. Sua orientação sábia e dedicação foram pilares fundamentais para o êxito deste trabalho. Cada direcionamento, feedback e orientação que recebi dela desempenharam um papel vital em moldar e aprimorar minhas ideias.

À Professora Lilian, cuja contribuição inabalável desde o início da minha trajetória nesta instituição merece um reconhecimento especial. Suas orientações e trocas, estendidas para além do horário regulamentar e inclusive durante os finais de semana, aliadas à sua empatia e humanidade, exerceram um impacto de valor inestimável no nascimento deste projeto e na minha história acadêmica.

E por fim, minha profunda gratidão se estende às mulheres entrevistadas, cujas contribuições e vozes foram a essência e a alma deste trabalho. Foram seus relatos e perspectivas que deram vida às minhas investigações, tornando cada página deste trabalho um tributo à força feminina.

Agradeço do fundo do coração por fazerem parte indispensável dessa conquista. Que continuemos a trilhar juntas caminhos repletos de sonhos e realizações.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 A TRAJETÓRIA DO PARTO - DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL	15
2.2 A DOR E O PARTO	19
2.3 O MEDO DA DOR E A NECESSIDADE DE SENTIR DOR	21
2.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	22
2.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS EQUIPES DE SAÚDE.....	25
2.6 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	27
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	31
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	31
3.2 PARTICIPANTES	32
3.4 INTERVENÇÕES - RISCOS E BENEFÍCIOS SOB OS ASPECTOS ÉTICOS	49
3.4.1 OUTRAS INFORMAÇÕES	52
3.5 CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO E ENCERRAMENTO DA PESQUISA	52
3.6 CÁLCULO AMOSTRAL	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	55
4.2 RESPOSTAS ÀS QUESTÕES REFERENTES AO TEMA	59
5 CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	69
APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
APENDICE B– Formulário para coleta de dados	78
APENDICE C– Instrumento para validação do questionário de coleta de dados.....	81

PRODUTO	105
PRODUTO 1- O APLICATIVO MÓVEL COMO FERRAMENTA DE INFORMAÇÃO E DENÚNCIA CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	106
5.1 OBJETO DE APRENDIZAGEM (O APLICATIVO).....	108
5.2 O APLICATIVO MÓVEL – VOZ (VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ZERO).....	109
5.3 DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDO DO APLICATIVO MÓVEL	112
5.4 INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO APLICATIVO MÓVEL	130
REFERÊNCIAS.....	134
PRODUTO 2 - RELATÓRIO DE PESQUISA CIENTÍFICA	137
1 INTRODUÇÃO	138
1.1 JUSTIFICATIVA.....	138
1.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	139
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	140
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	141
4 CONCLUSÃO.....	145
REFERÊNCIAS.....	146
APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Erro! Indicador não definido.
APENDICE B– Formulário para coleta de dados	Erro! Indicador não definido.
APENDICE C– Instrumento para validação do questionário de coleta de dados.	Erro! Indicador não definido.
APENDICE D - Instrumento de validação do aplicativo móvel sobre violência obstétrica.....	94
APENDICE E: Questionário de avaliação dos serviços de saúde e denúncia de violência obstétrica.....	96

1 INTRODUÇÃO

A prática do cuidado é tão antiga quanto a história da humanidade, e essa característica primordial dos mamíferos proporcionou a perpetuação e o avanço evolutivo das espécies. Durante milhares de anos essa prática ocorreu de maneira instintiva, no cuidado dos mais frágeis - em especial as crianças e os idosos, buscando zelar e proteger com o objetivo de assegurar a vida. Com o passar do tempo foram desenvolvidos saberes que eram passados de geração em geração, essas interações de cuidado repercutiam na vida dos sujeitos se transformando em experiências humanas (BOFF, 1999).

As mulheres exerceram papel fundamental na prática do cuidado, desde a parturição, pois é da mulher a capacidade de gerar e alimentar o recém-nascido, no âmbito familiar e doméstico, mulheres cuidavam de outras mulheres durante o trabalho de parto e puerpério (QUEIRÓS, 2015).

Os cuidados não eram dependentes de um sistema, ou pertenciam a uma profissão. Ele acontecia espontaneamente, com os recursos disponíveis e através da constante interação do sujeito com a natureza (BOFF, 1999).

Com o avanço social, cultural e tecnológico o cuidado se fragmentou em diversas atividades e segmentações, assim como o objeto do cuidado também foi isolado, dimensionado e fragmentado. Esse cuidado estratificado caracterizou a assistência de saúde nas últimas décadas, as intervenções tornaram-se cada vez mais mecanizadas e tecnicistas (QUEIRÓS, 2015).

O parto, em especial, deixa de ser um fenômeno natural, familiar e doméstico, assistido essencialmente por mulheres, para tornar-se um evento médico, hospitalar, instrumentalizado, passível de inúmeras intervenções técnicas (QUEIRÓS, 2015).

Essas transformações ao longo dos anos ocorreram não só para melhor atender a gestante, mas e especialmente favorecer as equipes de saúde. Nesse momento, observa-se a transposição da parturiente que de sujeito do parto torna-se objeto do parto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido (MALDONADO, 2002).

Violência obstétrica é definida por qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em serviço público como privado, que direta ou

indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, podendo acontecer durante o pré-natal, o parto, o pós-parto e o abortamento (TESSER et al., 2015).

Se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (ZORZAM, 2013).

No Brasil, a cultura de assistência ao parto é predominantemente intervencionista e centrada na patologização dos processos fisiológicos de parto e nascimento; intervenções desnecessárias são realizadas em nome de uma falsa impressão de que, quanto mais se intervém, mais se cuida (ZORZAM, 2013).

O inquérito nacional realizado entre 2011/12, relata que 56,6% dos brasileiros nasceram através de uma cesariana na rede pública, enquanto na rede privada a frequência alcança a marca de 90% dos nascimentos (OLIVEIRA et al., 2021).

Dentre as mulheres que passaram pelo trabalho de parto, 36,4% receberam ocitocina para indução e/ou aceleração do processo, e 39,1% sofreram amniotomia. Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, 53,5% sofreram episiotomia e 36,1% foram submetidas a manobra de Kristeller (OLIVEIRA et al., 2021).

Segundo um estudo de base populacional realizado em hospitais entre os anos 2011 e 2015, a prevalência de violência obstétrica nos partos no Brasil varia entre 18,3% e 44,3% (LEITE et al., 2022). Uma pesquisa realizada pela Universidade Rios dos Sinais – RS, com 1626 mulheres aponta que durante o parto 52,3% das gestantes sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% sentiram-se expostas e sem privacidade (PALMA; DONELLI, 2017).

Apesar da alta prevalência, alguns dificultadores em relação a temática são observados, como a falta de definição dos atos de violência obstétrica, falta de consenso em relação ao termo utilizado, dificuldade de mensuração, poucas evidências sobre as consequências da violência obstétrica na saúde materno-infantil e, por fim, falta de políticas públicas para coibir esses atos (ZORZAM, 2013).

O interesse por essa forma de violência contra a mulher tem crescido na última década, devido, principalmente, ao movimento feminista e a grupos que tentam resgatar a fisiologia do parto, pois apesar da alta incidência, há poucos

estudos epidemiológicos nacionais que abrangem essa temática (LEITE et al., 2022).

Como consequência da falta de consenso na definição e terminologia, não há um instrumento validado para mensurar violência obstétrica. Para esse fim, existe um questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde que foi utilizado em alguns países africanos. No entanto, não há até o momento avaliação psicométrica disponível (LEITE et al., 2022).

Desta forma, a mensuração da sua prevalência e possíveis comparações são comprometidas, e entende-se que também fica prejudicada a avaliação das consequências da violência obstétrica na saúde da mulher e do recém-nascido frente a esse cenário.

Diante do exposto, as pesquisadoras apresentam o seguinte questionamento: qual a compreensão e como se expressam as puérperas usuárias dos serviços de saúde sobre o que é violência obstétrica e se conseguem diferenciar as intervenções necessárias dentro do seu processo parturitivo das violações de direitos e dignidade que podem ocorrer na assistência hospitalar? Observa-se que na literatura a violência obstétrica é narrada por profissionais da área da saúde, psicologia e do direito; e não por elas, as puérperas.

1.1 JUSTIFICATIVA

O trabalho justifica-se pela necessidade de se propor uma reflexão a respeito dos cuidados dispensados às gestantes e parturientes no ambiente hospitalar com o objetivo de dispor de informações como medida de diminuição dos eventos de violências obstétricas e institucionais, sofridos por mulheres dentro das instituições de saúde, lançando mão de recursos que levem a gestante a reconhecer e proteger-se de situações que possam ferir seus direitos sexuais e reprodutivos, e torna-se relevante pela escassez de instrumentos que norteiem as mulheres durante o seu processo partitivo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção de mulheres no período puerperal imediato, sobre o que é violência obstétrica no período gestacional e no processo parturitivo.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Discutir quais os principais fatores que interferem na experiência positiva do parto de mulheres em uma maternidade pública na cidade de Ribeirão Preto-SP.
- Identificar percepção das gestantes usuárias dos serviços de saúde do presente estudo acerca da violência obstétrica e institucionais.
- Desenvolver instrumento que possa auxiliar as gestantes e puérperas no reconhecimento de ações abusivas que podem ser evitadas e/ou denunciadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A TRAJETÓRIA DO PARTO - DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL

As mulheres têm seu corpo fisiologicamente estruturado para reprodução e procriação desde o início da humanidade, e apesar disso, as percepções e os métodos que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (MALDONADO, 2002).

Até o século XVII, o parto era considerado um assunto doméstico, assistidos por mulheres, contava com a presença de uma parteira experiente e, muito frequentemente, da mãe da parturiente (MALDONADO, 2002). A medicina não havia se apropriado no conhecimento do parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência às parturientes (STORTI, 2014).

Os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas (HELMAN, 2009, p. 159).

Mesmo com os diversos olhares para o parto nas mais diversas culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino: parentes, amigas, parteiras e, posteriormente, e atualmente no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeiras e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2009).

O desgaste do papel de mulheres parteiras inicia entre os séculos XIV e XVII, no período das caças às bruxas (SPIK, 2013) os saberes dessas mulheres causavam incômodo às autoridades da época, que consideravam a assistência intervencionista, uma vez que orientavam a utilizar métodos naturais que amenizavam a dor, numa época em que se acreditava que a parturiente deveria enfrentar o sofrimento do pecado original.

No início do século XVII, com o aceleração da legitimação do médico com formação as parteiras foram pouco a pouco deixando de ser referência na assistência ao parto com o surgimento da figura do cirurgião (MALDONADO, 2002). Destituindo as mulheres de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (TORNQUIST, 2002).

Segundo Maldonado (2002), a utilização do fórceps, representou um marco na mudança de concepção do parto, instrumento desenvolvido com o intuito de extrair os bebês em casos de partos com maior complexidade que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal, o que representou um grande avanço na época, uma vez que a cesariana resultava em grande número de mortes maternas. Um século depois, surge a medicalização do parto como o uso de anestesia e a cesariana passa a ser considerada como um método a ser amplamente difundido (DINIZ, 2005).

Segundo Sanfelice et al. (2014), no final do século XIX, inicia-se um processo de mudança na tentativa de controle do evento biológico feminino por parte da obstetrícia, que passa a ser compreendido como uma prática médica incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Neste modelo tecnocrático, cabe ao médico a condução do processo do parto (SANFELICE et al., 2014).

No final do século XX, o com a intensificação do processo de hospitalização, quase 90% dos partos são realizados em hospitais (RATTNER, 2009). E com isso, houve o aumento do uso de tecnologias que permitem “iniciar, intensificar, regular e monitorizar o parto, com o intuito otimizá-lo e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (DINIZ & CHACHAM, 2006). Essas intervenções, muitas vezes, desnecessárias, têm ocasionado o descontentamento das parturientes, que são designadas a coadjuvantes nos processos de parturição.

Esse modelo de assistência tem como resultado a permanência de elevadas taxas de mortalidade materna e de morbidade perinatal, além de colocar o Brasil como país com as maiores taxas de cesárea no mundo (SANFELICE et al., 2014).

O parto passa a integrar um modelo centralizado na figura do médico e que exclui outros profissionais da saúde, como enfermeiras, que por formação estariam habilitadas para atender o parto normal (SANFELICE et al., 2014; WOLFF & WALDOW, 2008). Trata-se de modelo médico de atenção hegemônico que exerce controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade, nesse caso da mulher (AGUIAR, 2010; GARCÍA, DIAZ, & ACOSTA, 2013).

O distanciamento familiar e da rede de apoio no processo de parturição é observado com a institucionalização do parto, o modelo assistencial assim como as estruturas físicas hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes,

mas para privilegiar as necessidades dos profissionais de saúde (OMS, 1996). Com isso o parto passa a ser um evento normativo definido pela instituição hospitalar (DINIZ, 2005).

Nesse modelo as mulheres permaneciam internadas em alojamentos coletivos, tendo sua privacidade violada e tornaram-se passivas diante o seu processo parturitivo, sendo destituída de seus direitos e do poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanhará durante esse período. Somado a isso, são empregadas uma série de intervenções que não são naturais a fisiologia do parto (TORNQUIST, 2002).

No século XX, com o predomínio do parto hospitalar, o cuidado à mulher e à família passou por inúmeras transformações (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). A apropriação do saber médico, nesta área, culminou com o estabelecimento de um parto temporizado, instrumentalizado, na medicalização excessiva do corpo feminino e nas determinações das formas corretas de parir, limitando-as a permanecerem deitadas na cama ou na posição de litotomia. A mulher foi destituída da presença do acompanhante de livre escolha e passou a parir somente com a presença da equipe de saúde (HELMAN, 2003).

A partir da década de 1930, o desenvolvimento tecnológico da medicina e, em especial, a visão do hospital como seu principal centro de atuação, fez com que maternidades e hospitais passassem a ser vistos como os locais ideais e seguros para o parto. A construção de argumentos que justificassem a mudança de local e a presença do obstetra fez-se necessária. O parto passa a ser visto cada vez mais como um evento perigoso, passível de intervenções que diminuíssem os riscos para a vida das gestantes e dos nascituros (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No início dos anos 60, introduz-se o parto com bloqueio da resposta da dor pela facilitação da anestesia peridural. Segundo Helman (2003), a medicalização do nascimento, os rituais médicos e as tecnologias representam uma forma de domesticar o incontrolável (especialmente no tange ao feminino) e de torná-lo mais *cultural*.

Todavia, algo que se mantém estável em todas as culturas é o fato de que, durante o trabalho de parto as mulheres sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas, que a princípio eram representantes do sexo feminino, sendo: familiares,

amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003).

Na década de 1980, surgiu no Brasil o movimento social pela humanização do parto e do nascimento. Para Tornquist (2002), o movimento embasou-se nas premissas idealizadas pela OMS em 1985 que incentivam o parto vaginal, a mãe e recém-nascido, e a presença de acompanhante de livre escolha durante o processo parturitivo.

Além disso, recomenda a atuação direta de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal de risco habitual e a inclusão de parteiras no sistema de saúde em regiões sem presença da rede hospitalar (TORNQUIST, 2002).

A assistência ao parto no Brasil é caracterizada por um atendimento com abuso de intervenções, em que muitas vezes ocorre a falta de informação às mulheres e até a negação de direitos como o de acompanhante, considerado uma violação aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e aos direitos humanos (DINIZ; CHACHAM, 2006; TORNQUIST, 2002). Além de ferir também a Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, que garante à mulher a livre escolha de seu acompanhante durante o trabalho de parto até o pós-parto imediato, sem limitações quanto ao gênero, que muitas vezes impossibilita a escolha do marido, ou ainda é negada a companhia do mesmo. (BRASIL, 2011).

Firma-se no Brasil também no final do século XX, a Medicina Baseada em Evidências, que busca nortear a assistência ao paciente em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos (DINIZ; CHACHAM, 2006; RATTNER, 2009).

Situações que possam levar a complicações do estado clínico da mãe ou da criança devem ser avaliadas e a indicação de intervenções compatíveis devem ser pautadas na segurança e melhores desfechos de saúde (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Procedimentos invasivos como a episiotomia, corte em tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal, são executados sem o consentimento da paciente, muitas vezes não informada dos riscos, necessidade ou dos efeitos adversos dessa prática, o que representa uma incongruência com os preceitos que propõe a Medicina Baseada em Evidências (LAMBRECQUE et al., 2000).

A Humanização do Parto incorporou as premissas da Medicina Baseada em Evidências para fortalecer e validar sua crítica em relação à medicina tradicional, buscando fortalecer a ideia do parto como evento natural e fisiológico e também devolver as mulheres os poderes e saberes femininos que teriam sido eliminados no modelo hospitalocêntrico (TORNQUIST, 2002).

No Brasil e na América Latina a adesão às mudanças preconizadas pela Medicina Baseada em Evidências é lenta e encontrou resistências, inclusive por instituições de ensino (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Além das intervenções obstétricas excessivas e desnecessárias, as mulheres vivenciam experiências de parto dolorosas, com ofensas, abandono, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade é cruel e evidencia uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Em 2000, foi instituído no Brasil um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir políticas públicas que preveem uma assistência integral e humanizada à mulher, representando um avanço no processo de parturição. (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Esse modelo amplifica o olhar do profissional de saúde sobre a parturiente e sua família, promovendo o acolhimento, respeitando o direito à privacidade e à dignidade da mulher, propiciando um trabalho de parto ativo e participativo e, ao mesmo tempo, garantindo e oferecendo os recursos tecnológicos apropriados. (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

A presença do acompanhante deve ser apoiada pela equipe, a fim de que se potencialize na mulher, confiança, encorajamento e tranquilidade para viver tal experiência (BRASIL, 2011).

Na formação profissional em saúde os currículos são voltados, em sua maioria, para a prática curativa. Com relação à obstetrícia o enfoque predomina nos processos patológicos, no caso do parto, ignora-se sua fisiologia e o considera um problema em potencial (ODENT, 1981).

2.2 A DOR E O PARTO

A ideia de que a mulher deve sofrer no parto é um vestígio cultural. Desde o Gênesis, na Bíblia, fora determinado: “Multiplicarei grandemente o teu sofrimento na gravidez; em meio à agonia darás à luz filhos”.

O processo de nascimento é historicamente um evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e seus familiares. As primeiras civilizações agregaram inúmeros significados culturais a este acontecimento, que ao longo dos tempos e em distintos espaços, foram sendo repensados e reformulados, principalmente devido às mudanças significativas na área da medicina (BRASIL, 2001).

Para Nilsen et al. (2011), a dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia. No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, ainda, superior ao que esperavam.

No trabalho de parto, durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral, com estímulo doloroso (nociceptivo) proveniente do mecanismo de distensão do segmento inferior uterino e dilatação cervical. Na fase do período expulsivo, a dor tem característica somática pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e a distensão do assoalho pélvico e períneo (NILSEN et al., 2011).

Segundo Gayaeski e Brüggemann (2010) quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adenocorticotrófico e do cortisol, aumentando o nível de estresse no parto.

A intensidade da dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto é amplamente variável, e sujeita a influências psíquicas, temperamentais, culturais, orgânicas, e aos possíveis desvios da normalidade, além de fatores como distócias, que podem aumentá-la, e liberação de endorfinas, que pode diminuí-la (NILSEN et al. 2011).

Tendo em vista esses aspectos, ações devem ser desenvolvidas para diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, medidas de acolhimento, a assistência humanizada e empática deve ser desenvolvida, pois mesmo com a utilização de vários analgésicos, sozinhos eles não podem gerir esse fenômeno multifatorial que é a dor no processo parturitivo (NILSEN et al. 2011).

2.3 O MEDO DA DOR E A NECESSIDADE DE SENTIR DOR

Ao abordar a dor do parto, é possível estabelecer conexões entre a dor fisiológica, o medo da dor e a noção histórica da dor como uma consequência do pecado original. Embora o pecado original seja um conceito religioso, ele influenciou a compreensão cultural e histórica da dor no parto.

A dor fisiológica do parto é uma experiência inerente ao processo de dar à luz, é uma experiência comum e natural, resultado das contrações uterinas e do processo de dilatação do colo do útero. No entanto, o medo da dor pode influenciar negativamente a vivência do parto. A intensidade e a percepção da dor variam entre as mulheres, dependendo de diversos fatores, como a tolerância individual à dor, a posição do feto, a duração do trabalho de parto e a utilização de analgesia (GAYAESKI, BRÜGGEMANN, 2010).

No contexto histórico, a ideia de que a dor do parto é uma punição pelo pecado original tem raízes nas tradições religiosas. Na narrativa cristã, o livro de Gênesis descreve a punição imposta a Eva por seu papel no pecado original, incluindo o aumento da dor durante o parto (GENESIS 3:16). Essa interpretação influenciou por séculos a percepção da dor no parto como uma condição natural e inevitável (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O medo da dor é um fator psicológico significativo no parto. Mulheres que têm medo intenso da dor do parto podem experimentar maior ansiedade e angústia durante o trabalho de parto, o que pode afetar negativamente sua experiência e percepção da dor (GAYAESKI, BRÜGGEMANN, 2010).

Além disso, a violência obstétrica pode levar à medicalização excessiva do parto, incluindo o uso desnecessário de intervenções como a cesariana, o que pode ter consequências negativas na experiência da dor. Estudos têm demonstrado que a cesariana e outros procedimentos invasivos podem aumentar a dor pós-operatória e a recuperação pós-parto, em comparação com o parto vaginal (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Embora seja importante reconhecer a história cultural e religiosa da dor do parto, é fundamental destacar que a compreensão contemporânea e a prática médica têm evoluído. Atualmente, há um foco crescente na humanização do parto, na promoção do alívio da dor e no respeito à escolha e autonomia das mulheres.

É relevante considerar também que cada vez mais mulheres têm optado por métodos alternativos de alívio da dor durante o parto, como a analgesia farmacológica, a acupuntura, a hipnose e as técnicas de respiração e relaxamento (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018*). Essas abordagens visam proporcionar maior conforto e bem-estar às mulheres durante o trabalho de parto, independentemente de crenças religiosas ou interpretações históricas.

Portanto, a dor fisiológica do parto, o medo da dor e a violência obstétrica estão inter-relacionados. O medo intenso e a ansiedade em relação à dor podem ser agravados pela violência obstétrica, resultando em uma experiência mais dolorosa e traumática para as mulheres durante o parto. É fundamental promover um ambiente de cuidado respeitoso, empático e livre de violência, visando proporcionar um parto mais humanizado e com menor percepção de dor.

Dados do estudo de Vieira et al. (2020), que investigou a violência obstétrica no Brasil, revelam que a violência verbal e emocional é uma das formas mais frequentes de violência relatadas pelas mulheres durante o parto. Essas formas de violência podem causar um aumento da ansiedade e do medo, o que pode ter um impacto direto na percepção da dor durante o trabalho de parto.

2.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de “hemibundectomia lateral direita”, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas... Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e vagina ficarem tortas, que chamamos de “AVC vulvar”, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas? (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 85)

Ao longo dos anos as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência que resultam em dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1996).

Esses dados têm sido observados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) onde 12,7% das queixas das mulheres relatam tratamento desrespeitoso, em

que não foram ouvidas ou atendidas em suas necessidades ou sofreram algum tipo agressão verbal e física.

Desde o pré-natal, as mulheres lidam com falta de informações completas e com o medo de perguntar sobre os processos que envolvem a evolução do trabalho de parto. Essa inapropriação da sua condição pode levá-las a sujeitar-se a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando situações incômodas e constrangedoras sem reclamar, acreditando que certas condutas são inevitáveis dentro processo de parturição. Segundo a OMS (2014), gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

Com base na literatura atual é possível observar variadas definições para o termo violência obstétrica. Sendo para D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), a violência contra mulheres nas instituições de saúde e a classifica em quatro categorias de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro).

Para Sanfelice et al. (2014) e Wolff & Waldow (2008), a violência obstétrica está associada a violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, tornando desagradável e constrangedor o momento do parto. Ambos os autores afirmam como violência obstétrica mentir ou ocultar para a paciente sobre a sua condição de saúde para persuadir e induzir a cesariana eletiva ou não informar a paciente sobre procedimentos necessários.

A violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Compreende o excesso e medicalização e intervenções, a realização de práticas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, sem embasamento em evidências científicas. Como exemplos a tricotomia, episiotomias de rotina, realização de enema, toque vaginal por diversos profissionais, indução do trabalho de parto sem indicação e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher (DINIZ, 2009; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; LEAL et al., 2014).

Revela a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (DINIZ, 2009; D'OLIVEIRA et al., 2002). Diante do cenário de violência obstétrica o parto desenvolve um caráter amedrontador para as mulheres e asséptico para os profissionais de saúde (AGUIAR, 2010).

Segundo Aguiar (2010), nas unidades de saúde, tanto as usuárias dos serviços quanto os profissionais apresentam dificuldade em associar situações que envolvam maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência as gestantes. Os profissionais de saúde consideram ainda esses eventos como prática rotineira ou como resposta ao esgotamento das equipes frente a pacientes queixosas.

Outros fatores a serem pontuados nesse cenário de violência são: a diferença racial, o estrato sociodemográfico, a renda e a escolaridade, que somados podem influenciar a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si. (D'ORSI et al., 2014). Segundo Diniz (2005), a violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias.

Em um sentido mais amplo podemos classificá-la como violência institucional, exercida em várias esferas nos serviços de saúde, caracterizada por maus-tratos, negligência, violação dos direitos reprodutivos, interesses econômicos e logísticos que levam a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros aspectos (RODRIGUES, 2014).

Para Aguiar (2010), frases utilizadas pela equipe como “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” se findam no discurso institucional, que relaciona a dor do parto com o preço que deve ser pago pelo prazer sexual feminino, desencadeando a permissividade a comportamentos violentos e a naturalização da violência.

O fortalecimento da compreensão da violência obstétrica se faz necessário como alternativa para mudança desse cenário. Assim como, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento buscando atender a experiência positiva do parto, onde as intervenções sejam baseadas em evidências científicas, e a distribuição de serviços e equipamentos de saúde que estejam articulados em rede e compreendam os sujeitos de forma integral (RODRIGUES, 2014).

O Ministério da Saúde tem empreendido nessa pauta, objetivando a melhoria da assistência obstétrica e neonatal em todo o país, buscando melhores condições de vida das mulheres, através da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde (BRASIL, 2014).

Desde o ano 2000, políticas que normatizam a humanização e a assistência ao parto tem sido desenvolvida e validada no país com O Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2014).

Em 2011, foi instituído no Brasil a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011), um programa que busca assegurar o planejamento e o direito reprodutivo, a atenção humanizada no período gravídico puerperal, que tem por objetivo a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até os 24 meses de vida, buscando reduzir a mortalidade materna e infantil.

Em relação à qualificação das maternidades especificamente é preciso um avanço no sentido de construir um conjunto de estratégias para alcançarem as ações preconizadas pela Rede Cegonha. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, as maternidades devem adotar medidas que promovam: a garantia de vagas às gestantes; o direito a acompanhante de livre escolha; as boas práticas de atenção; a privacidade da mulher durante o trabalho de parto e no parto; redução dos índices de cesariana, de episiotomia e uso de ocitocina; promoção da participação do acompanhante de livre escolha no momento do nascimento, o contato imediato após o nascimento; garantir a permanência da mãe e do pai juntos ao neonato durante o período de internação nas unidades de cuidados intensivos; promover a amamentação na primeira hora de vida; manter atuante comissão de investigação do óbito materno, fetal e infantil; assegurar a ingestão líquidos e alimentos durante o trabalho de parto de risco habitual, possibilitar de mobilidade e escolha da posição para o parto, informar às mulheres sobre seus direitos e garantir mecanismos de acesso à justiça nas situações de violação de direitos (AGUIAR, 2010).

2.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS EQUIPES DE SAÚDE

A violência obstétrica é um problema complexo que envolve diversas dimensões, incluindo a atuação das equipes de saúde durante o processo de assistência ao parto. Estudos e pesquisas têm investigado a relação entre a violência obstétrica e o papel desempenhado pelos profissionais de saúde, fornecendo evidências de como suas atitudes e práticas podem contribuir para a ocorrência desse tipo de violência. Caracterizada pela adoção de atitudes que tornam o momento do parto desagradável para a mulher, essa forma de violência inclui agressões psicológicas, como ironias, ameaças e coerção, além de violência física por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo (SANFELICE et al., 2014). Resultando em constrangimentos e sentimentos de não acolhimento e negligência por parte das mulheres nos hospitais e maternidades.

Na América Latina, a violência obstétrica é um fenômeno persistente há várias décadas, sendo a falta de informação e o medo de questionar os procedimentos realizados durante o parto fatores frequentemente relatados pelas mulheres que sofrem violência obstétrica. Esse desconhecimento acaba levando as mulheres a situações de violações e explorações de seus corpos e dignidades por diferentes membros das equipes de saúde (ZORZAM, 2013).

Segundo o estudo realizado por Zanardo (2017), que investigou a prevalência da violência obstétrica no Brasil, constatou-se que cerca de 25% das mulheres que deram à luz por parto normal relataram ter vivenciado violência e/ou abuso em uma maternidade. Dentre as situações relatadas, destacam-se a falta de informação adequada sobre os procedimentos realizados, a ausência de consentimento informado, a falta de respeito à autonomia da mulher e a violência verbal e emocional.

Esses comportamentos são reflexos da postura adotada pelas equipes de saúde no momento do parto. Quando os profissionais não se colocam ao lado da parturiente, não a ouvem, não respeitam suas escolhas e não fornecem informações adequadas (ZORZAM, 2013).

A importância da humanização do cuidado durante o parto também tem sido amplamente discutida na literatura. Estudos têm demonstrado que uma assistência humanizada, baseada no respeito, na empatia e no acolhimento, contribui para a redução da violência obstétrica. Através de uma abordagem centrada na mulher, em

que suas necessidades e preferências são consideradas, é possível promover uma experiência mais positiva e segura (RATTENER, 2009).

Uma questão relevante no contexto atual é a busca por uma assistência humanizada no parto. Isso ocorre devido ao aumento significativo no número de cesáreas e ao uso excessivo de medicamentos durante o parto. Estudos têm demonstrado que o parto é um processo fisiológico e que o corpo da mulher está preparado para esse momento. No entanto, é comum observar uma preferência injustificada pela cesariana, visando à rapidez da intervenção (PASCHE et al., 2010).

Considerando os diferentes cenários do SUS, é necessário investir na capacitação da equipe de saúde para uma assistência qualificada no parto, puerpério e gestação. Essa capacitação deve ir além das habilidades técnicas adquiridas na graduação, buscando ampliar os conhecimentos e vivências, com o objetivo de promover um cuidado cada vez mais humano. Dessa forma, será possível evitar e minimizar as violências físicas e morais enfrentadas pelas mulheres diariamente nesse contexto de saúde (NAGAHAMA, SANTIAGO 2005).

Em suma, as equipes de saúde desempenham um papel crucial na prevenção e combate à violência obstétrica. Ao adotarem uma postura respeitosa, empática e informada, os profissionais podem contribuir para a redução da violência e promoção de uma assistência humanizada durante o parto. A capacitação adequada dos profissionais e a adoção de diretrizes baseadas em evidências são essenciais para promover um ambiente de cuidado seguro e respeitoso.

2.6 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O parto humanizado busca retomar o processo do nascimento como um evento natural e fisiológico e propõe uma abordagem ética e acolhedora por parte dos profissionais da saúde, visando promover o bem-estar da mãe e da criança (BRASIL, 2001).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi implantado, em 2000, pelo Ministério da Saúde, que constituiu, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH). O objetivo da PNH é contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimular as

práticas de cogestão dos processos de trabalho e atender as demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Superando o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas situam-se, principalmente, na integralidade desse atendimento e no que tange os direitos dos usuários (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a humanização é definida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumentando, então, o grau de corresponsabilidade na produção de saúde. Este estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva, no processo de gestão, denota a identificação das necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2008).

Alguns dos princípios norteadores da política de humanização são destacados, preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a seguir:

- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde;
- Estímulo dos processos de educação permanente;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede de saúde;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, de etnia, de raça e de orientação sexual.

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Entende-se por Humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as);

fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Em 1984 ocorreram os primeiros avanços na busca de um cuidado diferenciado e integral à mulher, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde (MS) que incorporou princípios e diretrizes voltados para medidas que assegurassem a integralidade na atenção à saúde da mulher. Dentre estes estão presentes as ações de atenção à gestante, à parturiente e à mulher no período puerperal (BRASIL, 2011).

Para garantir os princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal o Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esse programa é composto por dois princípios fundamentais: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2001).

Na perspectiva de abrangência de uma assistência mais humanizada, foi instituído em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), que deve ser praticada em todos os níveis de atendimento e por todos os profissionais da atenção à saúde buscando uma abordagem ética, comprometida com a defesa da vida e com a importância e protagonismo do cliente (BRASIL, 2004).

O conceito de humanização “envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que buscam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal” (BRASIL, 2001) e, nesse contexto, um parto humanizado é aquele que valoriza e respeita as opiniões, crenças, cultura e valores da mulher e visa resgatar o lado fisiológico do nascer, tornando a mulher a principal protagonista do processo parturitivo (CASTRO; CLAPIS, 2005).

No atendimento ao parto, especificamente, as ações preconizadas pelo MS são fundamentadas nas recomendações ao parto normal da Organização Mundial da Saúde (OMS). E estão classificadas em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem

ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício (BOARETTO, 2003).

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública em Ribeirão Preto, a Maternidade Cidinha Bonini do Hospital Electro Bonini (HEB) da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. Optou-se por fazer uma revisão da literatura para identificar os estudos que contemplem a violência obstétrica na atualidade, desenvolver um instrumento de pesquisa que possa avaliar a percepção de mulheres no período puerperal imediato a respeito da violência obstétrica nas unidades de saúde e, posteriormente, o desenvolvimento de um aplicativo móvel que promova o conhecimento e facilite a identificação de eventos abusivos que ferem as leis vigentes de proteção ao parto e a mulher.

A segunda parte estudo foi realizada na maternidade Cidinha Bonini – UNAERP, com puérperas usuárias de rede pública, com gestação de baixo e médio risco, na cidade de Ribeirão Preto- SP.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado em uma maternidade pública de médio risco em Ribeirão Preto, a Maternidade Cidinha Bonini do Hospital Electro Bonini (HEB) da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

Ribeirão Preto é um município localizado na região central do estado de São Paulo, Brasil. Segundo IBGE (2022), o município possui uma população estimada de 720.116 habitantes, sendo considerada de grande importância para a economia e para a saúde da região.

Conforme a Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto (2022), o setor da saúde em Ribeirão Preto é desenvolvido e conta com diversas instituições públicas e privadas de referência, tais como a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, o Hospital São Paulo, entre outros. Além disso, a cidade possui uma rede de

unidades básicas de saúde, centros de especialidades e hospitais municipais que oferecem atendimento à população. No que diz respeito à maternidade padrão, a cidade conta com diversas opções de hospitais públicos e privados. Entre eles, destacam-se a Maternidade Sinhá Junqueira, a Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

A Maternidade Cidinha Bonini, escolhida para a realização desse estudo é integrada ao Hospital Electro Bonini (HEB) no campus da UNAERP e oferece atendimento a serviços na rede privada e pública, abrangendo especialmente gestantes inseridas no Projeto Nascer do Subdistrito da região Leste da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMSRP) (UNAERP, 2023).

A referida instituição hospitalar realiza, em média, 90 a 120 partos por mês, 340 consultas de pré-natal e acompanhamento de mulheres a partir da 36^a semana e 138 pronto-atendimentos entre gestantes, puérperas e recém-nascidos. Possui quatorze leitos obstétricos, seis leitos de pediatria e dois leitos complementares de UCI neonatal (Unidade de Cuidados Intermediários), sala de parto, sala especial de pré-parto e sala de aleitamento materno, segundo o portal UNAERP, (2023).

O Hospital Electro Bonini (HEB) e a Maternidade Cidinha Bonini possuem a titulação de Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (Unicef) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em decorrência do trabalho de apoio ao aleitamento materno e cuidado com a mulher desenvolvido na Maternidade (UNAERP, 2023).

3.2 PARTICIPANTES

Foram incluídas mulheres em puerpério imediato, maiores de 18 anos, hospitalizadas na Maternidade Cidinha Bonini que aceitaram participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

Foram excluídas as mulheres dos serviços particulares e conveniados, bem como aquelas que não aceitaram assinar o TCLE.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Instrumento de coleta de dados

Neste estudo foi utilizado um instrumento (APÊNDICE B), em forma de questionário, previamente elaborado pelas pesquisadoras, que teve seu conteúdo validado nos quesitos relevância, clareza, pertinência e formato; na perspectiva de Alexandre e Colucci (2011). O instrumento tem por objetivo avaliar a percepção das usuárias dos serviços de saúde incluídas neste estudo, sobre o que é violência obstétrica e se elas conseguem diferenciar as intervenções necessárias dentro do seu processo parturitivo das violações de direitos e dignidade que podem ocorrer na assistência hospitalar durante o pré-natal nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto.

A elaboração do questionário surgiu em resposta à carência de instrumentos mais completos na área, visto que na literatura há poucos estudos epidemiológicos nacionais que abrangem essa temática (LEITE et al., 2022). Para esse fim, existe um questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde que foi utilizado em alguns países africanos, no entanto, não há até o momento avaliação psicométrica disponível com relação a eles (LEITE et al., 2022).

O questionário de coleta de dados é composto por 1 questão de múltipla escolha, 6 questões com respostas afirmativas e negativas, 1 questão composta de 15 subitens contendo afirmações com três níveis de classificação, entre 0 a 2 pontos, que representam o entendimento e a percepção de violência obstétrica pelas mulheres, sendo (0) não caracteriza violência obstétrica, (1) forma leve de violência obstétrica e (2) forma grave de violência obstétrica.

A avaliação de conteúdo é um passo essencial para garantir a confiabilidade do estudo e estimar a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado e reproduzir um resultado de forma consistente, a partir de diferentes observações. Segundo Alexandre e Colucci (2011) pode-se considerar um instrumento válido quando ele, de fato, consegue avaliar seu objetivo.

Para validação do conteúdo, o instrumento de coleta de dados foi enviado à apreciação de banca avaliadora, composta por 3 enfermeiras obstétricas experientes na área de assistência ao parto e a saúde da mulher, 1 professora universitária – com titulação de Doutorado e 1 enfermeira coordenadora de enfermagem hospitalar com titulação de Mestre em Saúde e Educação, além de 5 mulheres não

especialistas, que vivenciaram o parto nos últimos 2 anos. Os juízes foram convidados a avaliar as questões em um primeiro momento por e-mail, para posteriormente, no caso de aceitarem, o instrumento ser encaminhado.

O questionário foi avaliado quanto à *relevância* do conteúdo: muito relevante, suficientemente relevante, pouco relevante e não relevante; *clareza* do conteúdo: muito claro, suficientemente claro, pouco claro e não claro; *pertinência* do conteúdo: muito pertinente, suficientemente pertinente, pouco pertinente e não pertinente; *formato* do conteúdo: muito bem formatado, suficientemente formatado, pouco formatado e não formatado (APÊNDICE C).

Os itens foram individualmente analisados com os critérios estabelecidos por Alexandre e Coluci (2011), em relação à clareza – os avaliadores julgaram a redação dos itens, se estes estão expostos de maneira compreensível e se está alinhado com o que se espera avaliar. Quanto à pertinência avaliou-se a adequação dos itens e se estes refletem o objetivo. Em relação à relevância, julgou-se se a importância e a justificabilidade do conteúdo para o desenvolvimento da pesquisa. E quanto ao formato, analisou-se disposição dos itens e se o leiaute do questionário favorece sua compreensão. Além das análises supracitadas, foi disponibilizado um espaço ao final de cada questão para que os avaliadores pudessem comentar, sugerir alterações, acrescentar ou excluir itens caso julgassem necessário.

De acordo com a avaliação dos juízes, 8 questões não tiveram sugestões de alteração, inclusão ou exclusão de itens e, portanto, mantiveram-se elaboradas como anteriormente pelas pesquisadoras; houve 25 sugestões por parte dos juízes, sendo que 22 foram acatadas e as alterações realizadas e 3 sugestões não foram alteradas pelas autoras, como descrito a seguir:

a) Questão 1, original: Preferência de via parto: 1. cesárea () 2. normal () 3. indefinido (). Houve 2 sugestões, uma quanto ao formato da questão: o juiz recomenda que as opções de respostas fossem ordenadas segundo letras (a. b. c.) para facilitar leitura e compreensão, a outra sugestão foi a substituição da opção “indefinido por sem preferência”. Ambas sugestões foram acatadas e o formato sugerido foi estabelecido todas as questões subsequentes de múltipla escolha para manter a padronização no questionário, a questão 1 foi modificada para: Preferência de via parto: a. cesárea () b. normal () c. sem preferência ().

b) Questão 2, original: Você recebeu orientações sobre os tipos de parto, risco e benefícios sobre cada um deles durante o pré-natal. 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Houve 3 sugestões, juiz na primeira o juiz avalia como pertinente adicionar um comando a questão como: "assinale verdadeiro ou falso", a segunda sugestão o juiz recomenda a substituição dos termos "verdadeiro ou falso por sim ou não" e a terceira sugestão aconselha inverter a ordem em que a pergunta foi formulada, "durante o pré natal você recebeu informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto". As orientações dos juízes foram acatadas e as orientações de adicionar um comando para as ações e a alteração de verdadeiro ou falso por respostas sim e não, foram realizadas em todas as questões subseqüente com alternativas para manter a padronização do questionário, passando a: Durante o pré-natal você recebeu informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ().

c) A Questão 3, original: Você recebeu informações sobre posições que favorecem o parto normal e métodos de alívio da dor durante o pré-natal: 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Houve 4 sugestões, onde o primeiro avaliador sugere que exemplifique as posições que favorecem o trabalho de parto e os métodos para o alívio de dor, na segunda sugestão o avaliador sugere que não caberia como falso ou verdadeiro o tipo de resposta, e sim se essa informação foi compreendida pela puérpera ou não, essa sugestão não foi acatada pelas autoras, pois o que se pretendia avaliar no estudo com esta questão, era se a puérpera foi devidamente orientada sobre as possibilidades de métodos para alívio de dor e posições favorecem o trabalho de parto, e não se ela compreendeu a orientação. A terceira sugestão aconselha a desmembrarmos a pergunta, pois uma única variável não pode haver dois conteúdos de resposta, por exemplo, e se ela recebeu orientação sobre posição do parto, mas não sobre alívio da dor, e na última sugestão o avaliador orienta que especifiquemos o tempo em que ocorre a pergunta e via de parto, como "durante o pré-natal e parto vaginal". Três sugestões foram acatadas, foram realizadas as correções passando a duas questões separadas: 3- Durante o pré-natal você recebeu informações sobre as posições que favorecem o parto vaginal. (caminhadas, agachamentos, ficar em pé, quatro apoios). Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não (). E Questão 4-

Durante o pré-natal você recebeu informações sobre os métodos para alívio da dor” banhos de água quente, massagens, respiração consciente, analgesias). Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ().

d) A Questão 4, original: Você recebeu informações sobre a presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto: 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Houve 1 sugestão, onde o juiz aconselha a utilizar o termo “direito ao acompanhante” na pergunta. A orientação foi acatada e a questão passou a: Durante o pré-natal você recebeu informações sobre seu direito a ter acompanhante durante o pré parto, parto e pós parto. Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ().

e) A Questão 5, original: Você conhece o termo violência obstétrica: 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Houve duas sugestões dos juízes, onde o primeiro julga pertinente usar "Sim ou Não", ao invés de verdadeiro ou falso como resposta, a segunda sugestão foi alterar a pergunta para “Como compreende violência obstétrica, a alteração não foi acatada pelas autoras, por se tratar de uma coleta de dados com perguntas fechadas. Foi considerada a primeira sugestão alterando a pergunta para: Você conhece o termo violência obstétrica: a. Sim () b. Não ().

f) A Questão 7, original: Classifique violência obstétrica de 0 a 2 de acordo com a sua percepção sendo: (0) Não é violência obstétrica (1) Forma leve de violência obstétrica (2) Forma grave de violência obstétrica. Houve 1 sugestão para alteração do enunciado, recomendando que fosse alterado para “Classifique cada item conforme o grau de violência obstétrica, sendo...”, essa sugestão não foi acatada pelas autoras, pois o termo “de acordo com a sua percepção” é fundamental no enunciado, por se tratar do levantamento de subjetividades individuais, uma vez que não existem parâmetros para avaliar os graus de violência obstétrica.

f) subitem 7.1, original: () sofrer xingamentos e humilhações. Houve uma sugestão dos juízes, aconselhando que exemplificássemos os tipos de xingamentos e humilhações, pois poderia haver a naturalização de alguns termos considerados ofensivos. A orientação foi acatada e a alteração foi realizada para: subitem 7.1. () sofrer xingamentos e humilhações (chamar de gorda, de velha, preguiçosa, dizer que está fazendo um escândalo, etc...).

g) subitem 7.2, original () realização de procedimentos desnecessários. Houve 2 sugestões de alteração, propondo que exemplificássemos os tipos de procedimentos, e a segunda sugestão foi a substituição do termo “desnecessário por sem consentimento”. As sugestões foram acatadas, passando a: 7.2. () realização de procedimentos sem consentimento prévio (ex. “sorinho” para acelerar o parto sem indicação, realização do pique, empurrar a barriga para ajudar na expulsão do bebê, lavagem intestinal, raspagem de pêlos, cesariana sem indicação, etc).

h) subitem 7.4, original: () impedir a mulher de alimentar-se, salvo exceções onde o jejum é prescrito. Houve 2 sugestões, quanto tornar a linguagem mais acessível em "salvo exceções onde o jejum é prescrito", e a segunda sugestão é a substituição do termo “prescrito por indicado”. As orientações foram acatadas e as modificações realizadas passando a: () impedir a mulher de ingerir alimentos durante o trabalho de parto, exceto quando o jejum for indicado.

i) subitem 7.5, original: () impedir a mulher de escolher a posição de parto normal. Houve 1 sugestão em que o avaliador orienta a substituição do termo “escolher a posição por assumir a posição”. A orientação foi acatada, passando a: () impedir a mulher de assumir a posição mais confortável durante o trabalho de parto e parto.

j) subitem 7.6, original: () decisões sobre procedimentos sem orientação e consentimento prévios. Houve 1 sugestão para eliminar o subitem, pois o subitem 7.2 já abordava o assunto. A orientação foi acatada e o subitem 7.6 foi eliminado.

l) subitem 7.8, original: () solidão/ abandono. Houve 1 sugestão, onde o juiz acha pertinente especificar “abandono por quem, qual o contexto”. A orientação foi acatada e o subitem modificado passando a: () sentir-se sozinha, sem apoio e / ou abandonada pela equipe de saúde durante o trabalho de parto.

m) subitem 7.9, original () decisão sobre o tipo parto sem esclarecimento. Houve uma sugestão quanto a formulação da questão, onde o juiz aconselha a abordar sobre o convencimento de decisões sobre o parto sem evidências científicas. A sugestão foi acatada, passando a: () convencer a mulher optar por um tipo de parto sem justificativa recomendada cientificamente.

n) subitem 7.10, original: () impedir contato pele a pele com o recém-nascido, salvo exceções onde seja necessário intervenções de emergência. Houve

uma sugestão, quanto tornar a linguagem mais acessível em "salvo exceções". A orientação foi acatada, passando a: () impedir contato pele a pele com o recém-nascido, exceto haja situações de emergência com a mãe ou o bebê.

o) subitem 7.13, original: () realizar procedimentos sem evidências científicas. Houve 1 sugestão para eliminar o subitem, pois o subitem 7.2 já abordava o assunto. A orientação foi acatada e o subitem 7.13 foi eliminado.

p) subitem 7.16, original: () mandar a mulher ficar quieta, pois está gritando demais. Houve 1 sugestão para reestruturar a questão, orientado a usar o termo "parar de gritar". A orientação foi acatada, a questão foi modificada passando a: () falar para a mulher parar de gritar durante o trabalho de parto.

As correções foram efetuadas e o questionário foi reestruturado, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Quadro síntese com as questões que foram alteradas, considerando as sugestões dos juízes, após avaliação do conteúdo. Ribeirão Preto/SP, 2023.

Questão Original	Após avaliação e sugestão dos juízes (alteradas)
1- Preferência de via parto: 1. cesárea () 2. normal () 3. indefinido ().	1- Preferência de via parto: a. cesárea () b. normal () c. sem preferência ().
2- Você recebeu orientações sobre os tipos de parto, risco e benefícios sobre cada um deles durante o pré-natal. 1. Verdadeiro () 2. Falso ().	2- Durante o pré-natal você recebeu informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ()
3- Você recebeu informações sobre posições que favorecem o parto normal e métodos de alívio da dor durante o pré-natal: 1. Verdadeiro () 2. Falso ().	3- Durante o pré-natal você recebeu informações sobre as posições que favorecem o parto vaginal. (caminhadas, agachamentos, ficar em pé, quatro apoios). Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ().
(Questão 3 foi desmembrada em duas questões: 3 e 4)	4- Durante o pré-natal você recebeu informações sobre os métodos para alívio da dor" banhos de água quente, massagens, respiração consciente, analgesias). Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ().
4- Você recebeu informações sobre a presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto: 1. Verdadeiro () 2. Falso ().	5- Durante o pré-natal você recebeu informações sobre seu direito a ter acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto. Assinale a alternativa correta: a. Sim () b. Não ().
5- Você conhece o termo violência obstétrica: 1. Verdadeiro () 2. Falso ().	6- Você conhece o termo violência obstétrica: a. Sim () b. Não ().

7.1- () sofrer xingamentos e humilhações.	8.1-() sofrer xingamentos e humilhações (chamar de gorda, velha, preguiçosa, dizer que está fazendo um escândalo, etc...).
7.2 () realização de procedimentos desnecessários.	8.2- () realização de procedimentos sem consentimento prévio (ex. “sorinho” para acelerar o parto sem indicação, realização do pique, empurrar a barriga para ajudar na expulsão do bebê, lavagem intestinal, raspagem de pêlos, cesariana sem indicação, etc).
7.4- () impedir a mulher de alimentar-se, salvo exceções onde o jejum é prescrito.	8.4- () impedir a mulher de ingerir alimentos durante o trabalho de parto, exceto quando o jejum for indicado.
7.5 - () impedir a mulher de escolher a posição de parto normal.	8.5- () impedir a mulher de assumir a posição mais confortável durante o trabalho de parto e parto.
7.6 - () decisões sobre procedimentos sem orientação e consentimento prévios.	Eliminação do subitem, pois o subitem 7.2 já abordava o assunto.
7.8 - () solidão/ abandono.	8.7- () sentir-se sozinha, sem apoio e / ou abandonada pela equipe de saúde durante o trabalho de parto.
7.9- () decisão sobre o tipo parto sem esclarecimento.	8.8 - () convencer a mulher optar por um tipo de parto sem justificativa recomendada cientificamente.
7.10- () impedir contato pele a pele com o recém-nascido, salvo exceções onde seja necessário intervenções de emergência.	8.9- () impedir contato pele a pele com o recém-nascido, exceto haja situações de emergência com a mãe ou o bebê.
7.13 - () realizar procedimentos sem evidências científicas.	Eliminação do subitem, pois o subitem 7.2 já abordava o assunto.
7.16 - () mandar a mulher ficar quieta, pois está gritando demais.	8.14- () falar para a mulher parar de gritar durante o trabalho.

Fonte: Autoria própria (2023)

O instrumento foi avaliado quanto à relevância do conteúdo, classificando-o em: muito relevante, suficientemente relevante, pouco relevante e não relevante; clareza do conteúdo: muito claro, suficientemente claro, pouco claro e não claro; pertinência do conteúdo: muito pertinente, suficientemente pertinente, pouco pertinente e não pertinente; formato do conteúdo: muito bem formatado, suficientemente formatado, pouco formatado e não formatado.

Na Questão 1 - Preferência de via parto: 1. cesárea () 2. normal () 3. indefinido (). Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 70% Muito relevante, 20% Suficientemente relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito claro e 20% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80%

Muito pertinente e 20% Suficientemente pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito bem formatado e 20% Suficientemente formatado.

Questão 2. Você recebeu orientações sobre os tipos de parto, risco e benefícios sobre cada um deles durante o pré-natal: 1. Verdadeiro () 2. Falso () Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 100% Muito relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito claro e 20% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 100% Muito pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito bem formatado, 20% Suficientemente formatado e 10% Não formatado.

Questão 3. Você recebeu informações sobre posições que favorecem o parto normal e métodos de alívio da dor durante o pré-natal: 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante 10% Suficientemente relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 50% Muito claro, 10% Suficientemente claro, 10% Pouco claro, 20% Não claro e 10% (uma pessoa) invalidou a questão. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito pertinente e 10% Suficientemente pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito bem formatado e 20% Suficientemente formatado e 20% Pouco formatado.

Questão 4. Você recebeu informações sobre a presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto: 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Suficientemente relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito claro, 10% Suficientemente claro e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito pertinente e 10% Suficientemente pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito bem formatado, 20% Suficientemente formatado, 10% Pouco formatado e 10% Não formatado.

Questão 5. Você conhece o termo violência obstétrica: 1. Verdadeiro () 2. Falso (). Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 80% Muito relevante e 20% Suficientemente relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito claro e 30% Suficientemente claro e 10% Não claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito pertinente e

10% Suficientemente pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito bem formatado, 20% Suficientemente formatado e 10% Pouco formatado.

Questão 6. Você sofreu violência obstétrica durante o pré-natal e/ou parto: 1. Verdadeiro () 2. Falso () Se sim, explique. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 100% Muito relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito claro e 20% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito pertinente e 10% Suficientemente pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito bem formatado, 20% Suficientemente formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Questão 7. Classifique violência obstétrica de 0 a 2 de acordo com a sua percepção sendo: (0) Não é violência obstétrica (1) Forma leve de violência (2) Forma grave de violência obstétrica.

Subitem 7.1.() sofrer xingamentos e humilhações. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro, 10% Suficientemente claro e 20% Pouco claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Pouco formatado.

Subitem 7.2.() realização de procedimentos desnecessários. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 50% Muito claro, 10% Suficientemente claro, 30% Pouco claro e 10% Não claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 10% (uma pessoa) invalidou a resposta. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito bem formatado e 20% Pouco formatado.

Subitem 7.3.() impedir a presença do acompanhante de livre escolha. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro e 30% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do

conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Suficientemente formatado.

Subitem 7.4.() impedir a mulher de alimentar-se, salvo exceções onde o jejum é prescrito. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito claro e 40% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Suficientemente formatado.

Subitem 7.5.() impedir a mulher de escolher a posição de parto normal. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 80% Muito relevante, 10% Suficientemente relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro e 30% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Suficientemente formatado.

Subitem 7.6.() decisões sobre procedimentos sem orientação e consentimento prévios. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 80% Muito relevante e 10% Pouco relevante e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 50% Muito claro, 30% Suficientemente claro, 10% Pouco Claro e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito pertinente, 20% Suficientemente pertinente, 10% Pouco pertinente e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito bem formatado 10% Suficientemente formatado e 10% Pouco formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Subitem 7.7.() dor fisiológica do parto. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 70% Muito relevante, 20% Pouco relevante e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 40% Muito claro, 30% Suficientemente claro, 20% Pouco claro e 10% (1

pessoa) invalidou a resposta. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 20% Pouco pertinente e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito bem formatado, 20% Pouco formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Subitem 7.8. () solidão/ abandono. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 70% Muito relevante, 10% Suficientemente relevante, 10% Pouco relevante e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito claro, 20% Suficientemente claro, 10% Pouco claro e 10% Não Claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente, 10% Pouco pertinente e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito bem formatado e 10% Pouco formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Subitem 7.9.() decisão sobre o tipo parto sem esclarecimento. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 50% Muito claro, 30% Suficientemente claro e 20% Pouco claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito bem formatado, 10% Pouco formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Subitem 7.10. () impedir contato pele a pele com o recém-nascido, salvo exceções onde seja necessário intervenções de emergência. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro e 30% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 100% Muito bem formatado.

Subitem 7.11.() esclarecer sobre os benefícios do parto normal. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 70% Muito relevante, 10% Suficientemente relevante, 10% Pouco relevante e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro, 20% Suficientemente claro e 10% Não Claro. Quanto a pertinência do

conteúdo: (10 respostas) 70% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente, 10% Pouco pertinente e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Subitem 7.12.() incentivar amamentação. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 80% Muito relevante, 10% Pouco relevante e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro, 20% Suficientemente claro e 10% Não Claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% (1 pessoa) invalidou a resposta.

Subitem 7.13.() realizar procedimentos sem evidências científicas. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 70% Muito relevante, 10 Suficientemente relevante e 20% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito claro 20% Suficientemente claro, 10% Pouco claro e 10% Não claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito pertinente 10% Suficientemente pertinente e 20% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito bem formatado e 20% Pouco formatado.

Subitem 7.14.() ofertar métodos não medicamentosos para alívio da dor, como banho de água quente, massagem local, caminhar, etc. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 80% Muito relevante e 20% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro e 30% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito pertinente, 20% Suficientemente pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito bem formatado e 20% Suficientemente formatado.

Subitem 7.15.() não ter a privacidade preservada (exemplo: portas abertas, excesso de pessoas que não compõem a equipe de saúde no quarto, etc.). Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro e 30% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e

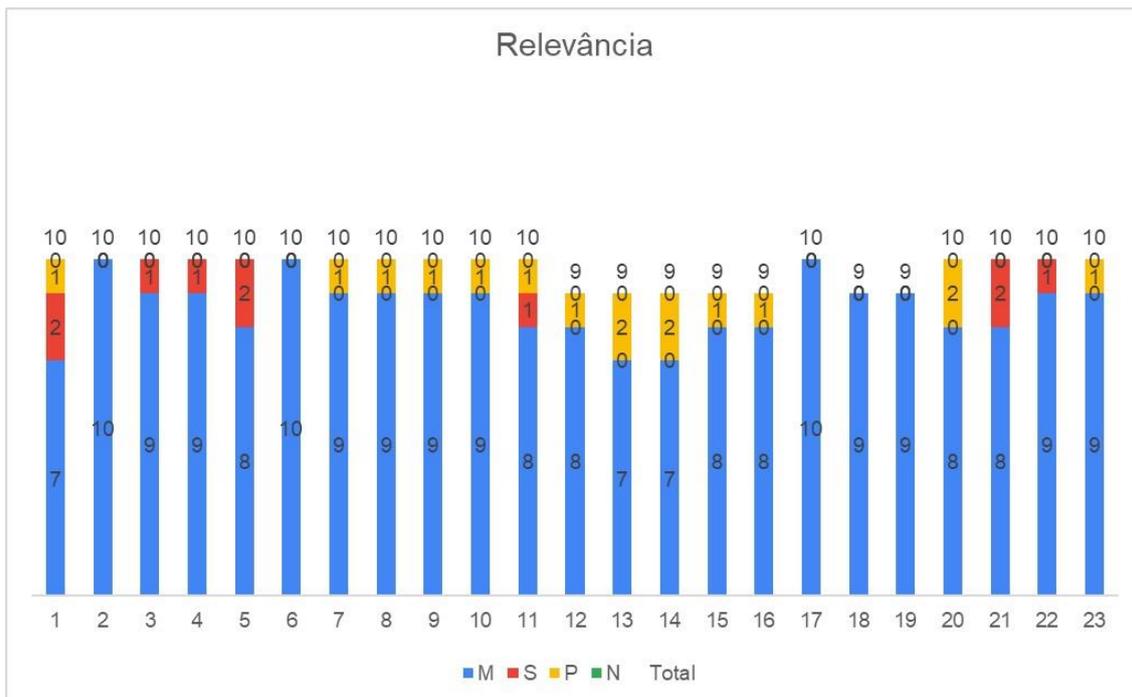
10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Suficientemente formatado.

Subitem 7.16. () mandar a mulher ficar quieta, pois está gritando demais. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 80% Muito relevante, 10% Suficientemente relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 60% Muito claro e 40% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito pertinente, 20% Suficientemente pertinente e 10% Pouco pertinente. E quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Pouco formatado.

Subitem 7.17.() incentivar a mulher a movimentar-se, realizar caminhadas, com o objetivo de favorecer o processo do parto. Os juízes avaliaram quanto a relevância da pergunta: (10 respostas) 90% Muito relevante e 10% Pouco relevante. Quanto a clareza do conteúdo: (10 respostas) 70% Muito claro e 30% Suficientemente claro. Quanto a pertinência do conteúdo: (10 respostas) 80% Muito pertinente, 10% Suficientemente pertinente e 10% Pouco pertinente. E, quanto ao formato do conteúdo: (10 respostas) 90% Muito bem formatado e 10% Suficientemente formatado.

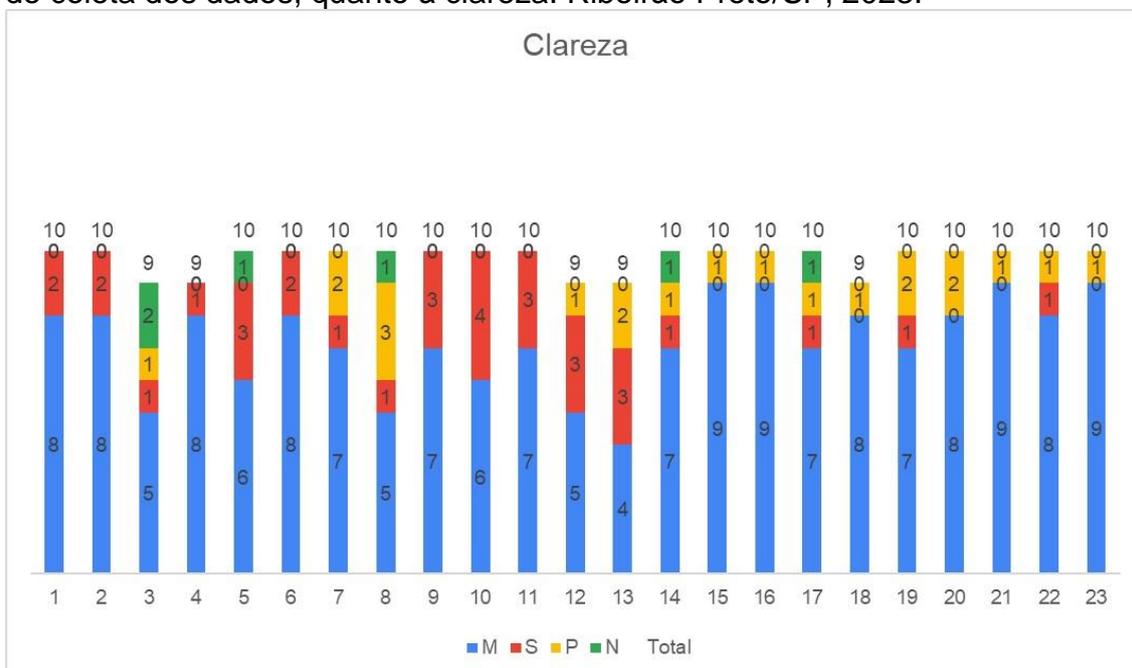
A seguir são apresentadas as Figuras 1, 2, 3 e 4 que ilustram graficamente as avaliações dos juízes, referentes ao conteúdo das questões, considerando a relevância, clareza, pertinência e formato; respectivamente.

Figura 1: Respostas dos juízes relativas ao conteúdo das questões do instrumento de coleta dos dados, quanto à relevância. Ribeirão Preto/SP, 2023.



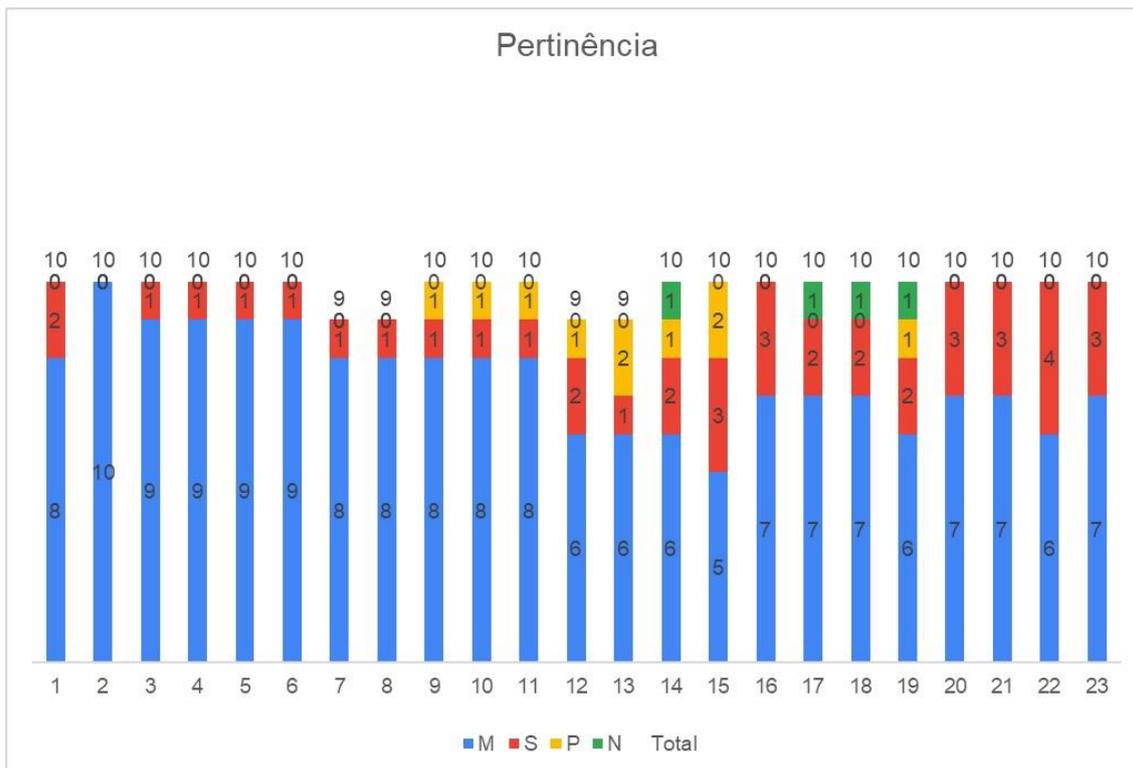
Fonte: Autoria própria (2023).

Figura 2: Respostas dos juizes relativas ao conteúdo das questões do instrumento de coleta dos dados, quanto à clareza. Ribeirão Preto/SP, 2023.



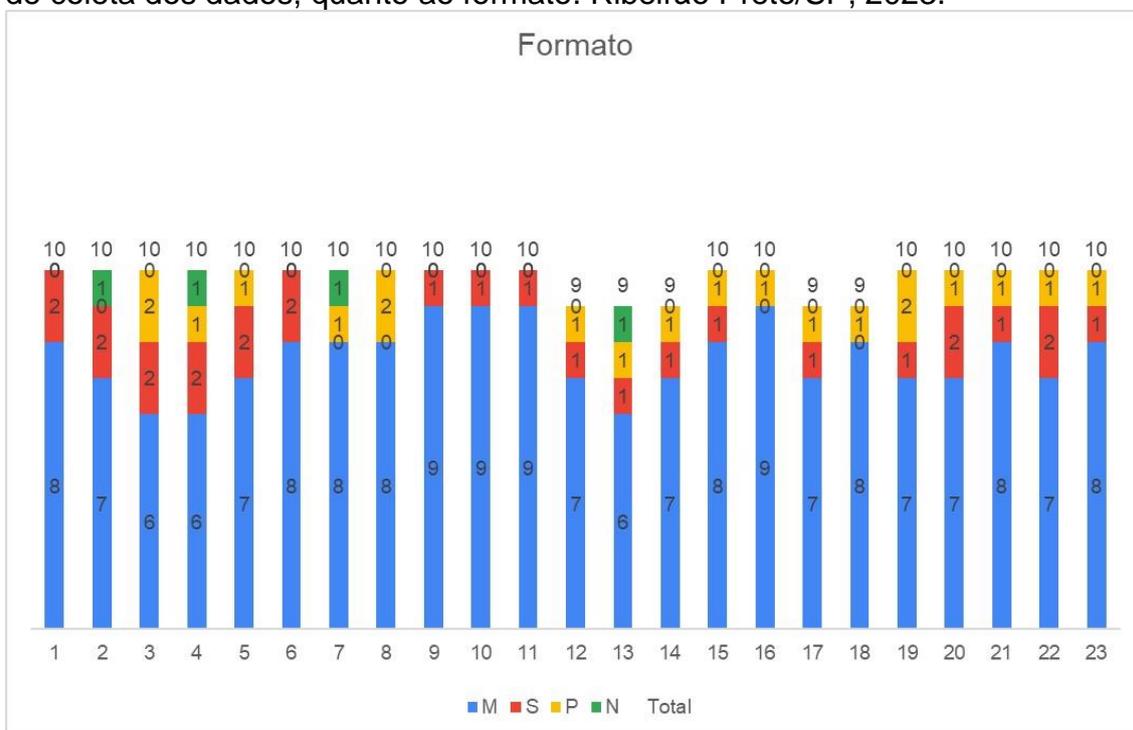
Fonte: Autoria própria (2023).

Figura 3: Respostas dos juizes relativas ao conteúdo das questões do instrumento de coleta dos dados, quanto à pertinência. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoria própria (2023).

Figura 4: Respostas dos juizes relativas ao conteúdo das questões do instrumento de coleta dos dados, quanto ao formato. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoria própria (2023).

3.3.2 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente foi feita a revisão da literatura para apropriação de conhecimentos em relação à temática, especialmente, com foco nos objetivos do presente estudo.

A revisão de literatura narrativa ou tradicional, segundo Cordeiro et al. (2007), apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica. Para Rother (2007), os trabalhos de revisão de literatura constituem formas de pesquisa que buscam informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de outros autores, como fundamentação teórica de um determinado tema ou objetivo, permitindo a aquisição e atualização de conhecimento sobre uma temática específica cujos resultados são considerados qualitativos e não quantitativos.

O objetivo desta revisão bibliográfica narrativa é analisar a trajetória da assistência ao trabalho de parto até o modelo atual existente, pontuando as situações que configuram violência obstétrica dentro das instituições e como essas situações impactam a percepção das mulheres sobre o que é intervenção necessária dentro da assistência e o que é violência obstétrica, considerando as principais pesquisas e estudos publicados sobre o assunto.

Os dados foram coletados na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual NESCON; além de teses de doutorado, dissertações de mestrado e periódicos coletados no acervo da Biblioteca da Universidade de São Paulo. Foram encontrados 321 artigos utilizando as palavras-chaves violência obstétrica, a história do parto no Brasil e humanização do parto; previamente definidas.

Foram incluídos trabalhos da literatura nacional e internacional em idiomas: português, espanhol e inglês; publicados no período de 1980 a 2018 que possuíam similaridade com os objetivos propostos nesse estudo.

Após a leitura seletiva foram selecionados os estudos mais relevantes sobre o assunto, considerando a qualidade e a atualidade das fontes de informação. Foram lidos e analisados 32 artigos científicos publicados período de 1980 a 2022.

Foram excluídos trabalhos que não estavam disponíveis integralmente nas bases de dados pesquisadas, que estavam em duplicata ou mais de uma base de

dados pesquisada, que não tratavam de conceitos relacionados a área de interesse desse estudo e que abordavam funções destoantes do objetivo do estudo.

A elaboração do trabalho implicou na leitura atenta da literatura básica, cujos títulos foram incorporados a esse estudo. A revisão bibliográfica foi escrita de forma objetiva, seguindo as normas técnicas de citação e referência adequadas.

Posteriormente à revisão, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNAERP, sendo avaliado de acordo com a Resolução 466/12 do CNS a qual visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado e a Resolução 510/16 do CNS. Após aprovação pelo CEP, por meio do Parecer: 5.776.788, em 24/11/2022, a coleta de dados teve início.

O procedimento de coleta de dados deste estudo iniciou-se através de aplicação do questionário da pesquisa impressa, a participante deveria, antes, declarar que leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à pesquisa, onde constam a apresentação do estudo; indicação da metodologia e as garantias de privacidade e esclarecimentos decorrentes da pesquisa.

O período para a coleta de dados do estudo foi de trinta dias (entre 10 de abril a 10 maio de 2023).

3.4 INTERVENÇÕES - RISCOS E BENEFÍCIOS SOB OS ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa sobre o tema a violência obstétrica na percepção das usuárias dos serviços de saúde e as pesquisadoras se comprometem a cumprir todos os aspectos éticos envolvidos no processo da realização da pesquisa.

Não ocorreram procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a participante ou a qualquer outro indivíduo. Foram garantidos os aspectos preconizados na Resolução nº 466/12, na qual está assegurada, inclusive, a privacidade dos sujeitos, acrescentando os aspectos éticos assegurados na Resolução 510/16, no:

Art. 1º dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que

possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Art. 2º adotam-se os termos e definições:

[...] III - benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna devida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado;

IV - Confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - Consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos.

Os procedimentos realizados preservaram os princípios da Bioética: beneficência, através da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois será garantido o direito de privacidade, através do sigilo e sua identidade.

Os pontos positivos e/ou benefícios dessa pesquisa pautam-se em investigar a compreensão da percepção de mulheres gestantes sobre o que é violência obstétrica no período gestacional e no processo parturitivo, buscando identificar quais os principais fatores que interferem na experiência positiva do parto, para isso, foi realizado um questionário com mulheres no período de pós-parto imediato, cujo objetivo é fazer o reconhecimento sobre o que é violência obstétrica na percepção das usuárias dos serviços de saúde. Posteriormente, foi desenvolvido um instrumento tecnológico visando facilitar o reconhecimento de ações abusivas que podem evitadas e/ou denunciadas. Nesse contexto, os resultados da pesquisa anterior foram tabulados e serviram de base para o desenvolvimento de um aplicativo onde as usuárias dos serviços de saúde puderam identificar, reconhecer e denunciar ações abusivas e que configuram violência obstétrica.

A pesquisa foi desenvolvida considerando as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual das participantes.

Os riscos da pesquisa foram mínimos e se basearam na individualidade de cada participante, pois esta poderia se sentir desconfortável em responder alguma questão que entendesse representar riscos relativos à sua privacidade, de danos ou identidade e ainda eventuais perturbações das participantes, sejam eles nos aspectos físicos ou psicológicos que a pesquisa pudesse acarretar, devendo as pesquisadoras buscar medidas de precaução e proteção, a fim de evitar danos ou atenuar seus efeitos, deviam ainda as pesquisadoras, ao perceber qualquer risco ou danos significativos a participante da pesquisa previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

No caso de ocorrer desconforto, a participante seria orientada a procurar a Clínica de Psicologia da UNAERP, com contato anterior da pesquisadora principal com o responsável pelo Serviço, fazendo a intermediação entre a usuária dos serviços de saúde que precisasse da assistência.

Todavia, foram utilizadas informações pessoais e de caráter sigiloso, desta forma, a participante teve que dar aquiescência e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo cumpriu as seguintes etapas: foi submetido à autorização do Diretor do Hospital Electro Bonini onde ocorreu o estudo. Posteriormente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto para apreciação e parecer.

Após a aprovação no CEP, para a entrevista, os participantes receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), sendo que uma via este assinou e já tinha as assinaturas das pesquisadoras (esta via foi devolvida à pesquisadora) e a outra ficou de posse do participante com as assinaturas e contatos das pesquisadoras (em formato PDF). O TCLE foi lido para a participante e forneceu todas as informações necessárias sobre o estudo, antes da assinatura, no momento da entrevista e preenchimento do questionário (Apêndice II).

A realização do estudo no campo se deu após o mesmo ser autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNAERP (ANEXO A) e pelo HEB (ANEXO B).

3.4.1 Outras Informações

Foi garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12 e 510/16, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas foram analisadas em conjunto com as pesquisadoras responsáveis, não sendo divulgada a identificação de nenhuma participante. Foi garantido à participante o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa. Não houve despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não houve compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte puderam ser esclarecidas junto às pesquisadoras (contatos disponibilizados no TCLE) ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: (16- 36036915).

3.5 CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO E ENCERRAMENTO DA PESQUISA

O estudo seria suspenso imediatamente quando as pesquisadoras percebessem algum risco ou danos à saúde física, psíquica, moral, intelectual, social, ideológica, cultural e espiritual do sujeito participante, conseqüente à mesma, previsto ou não no TCLE a fim de salvaguardar a proteção e integridade dos sujeitos de pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica. Entretanto, não ocorreu quaisquer dos aspectos pontuados e a pesquisa pôde ser finalizada após cumprimento das etapas previstas do projeto.

3.6 CÁLCULO AMOSTRAL

A amostra foi definida por conveniência, do tipo não-probabilística, ou seja, aquela que não considera o cálculo amostral para sua seleção (GIL, 2010).

O critério de acessibilidade ou conveniência, segundo Gil (2010), deve ser utilizado quando não se conhece o total de elementos que compõem o universo ou quando esses estão prontamente acessíveis ao pesquisador. São utilizadas frequentemente em pesquisas exploratórias, como uma base para geração de hipóteses e insights e para estudos conclusivos onde o gerente aceita os riscos da imprecisão dos resultados do estudo (PIOVESAN, TEMPORINI, 1995).

Para Assis, Sousa e Dias (2019), a amostra por conveniência é uma técnica de amostragem não probabilística, na qual os indivíduos são selecionados em função da acessibilidade e proximidade para o pesquisador, considerando-se que esses possam representar a população-alvo em análise.

A amostra constituiu-se das pacientes que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, no Quadro 2.

Quadro 2: Distribuição da população do estudo, segundo critérios de inclusão e exclusão e definição da amostra. Ribeirão Preto/SP, 2023.

População - 54 pacientes
Excluídas - 2 pacientes por estarem fora dos critérios de inclusão: 1 paciente era menor de 18 anos no momento da entrevista e 1 paciente pertencia ao serviço de saúde particular.
Recusa - 1 paciente
Amostra – 51 pacientes

Fonte: Autoras (2023)

As variáveis de caracterização da amostra foram obtidas por meio de questionário pré-formulado (APENDICE B). As puérperas após aceitarem participar do estudo e assinarem o TCLE foram entrevistadas e responderam questões sobre a identificação da violência e obstétrica nos períodos de pré-natal, parto e puerpério.

O instrumento é composto por questões fechadas que contemplam múltiplas escolhas, alternativas sim ou não, e afirmações com três níveis de classificação entre 0 a 2 pontos que representem o entendimento e a percepção de violência obstétrica pelas mulheres, sendo (0) não caracteriza violência obstétrica, (1) forma leve de violência obstétrica, (2) forma grave de violência obstétrica.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Como ferramenta de análise quantitativa foi utilizada a estatística descritiva, por meio da apresentação de gráficos, tabelas e médias. Os resultados foram tabulados considerando: idade, paridade, via de parto anterior, autodeclaração racial e preferência de via de parto

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, realizado com 51 (cinquenta e uma) pacientes em puerpério imediato durante a internação na maternidade pública Cidinha Bonini, na região de Ribeirão Preto. Para esse estudo foi elaborado um questionário de coleta de dados, que avalia a compreensão de mulheres sobre violência obstétrica durante o pré-natal, parto e puerpério.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A primeira parte do instrumento de coleta de dados foi composta por questões contemplando: a idade, autodeclaração racial, paridade, tipo de parto e preferência de via de parto das participantes do estudo. Os resultados seguem descritos.

A idade mínima entre as mulheres entrevistadas foi de 18 anos, conforme critério estabelecido, e a idade máxima foi de 42 anos. A idade média ponderada foi de 26,65 anos. A maioria das mulheres possui entre 22 e 27 anos, sendo: 7 mulheres com 22 anos (13,7%), 5 mulheres com 23 anos (9,8%), 4 mulheres com 24, 25 e 27 anos, cada perfazendo 7,8%, em cada idade; 5 mulheres possuíam 26 anos (9,8%); observando-se ainda 4 mulheres que possuíam 36 anos (7,8%) e 1 mulher de 42 anos, correspondendo a 2% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das idades com respectivas incidências e percentuais, das participantes do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2023.

Idade	Incidência	%	Idade	Incidência	%
18	3	5,9%	31	1	2,0%
19	1	2,0%	32	3	5,9%
20	1	2,0%	33	0	0,0%
21	2	3,9%	34	0	0,0%
22	7	13,7%	35	1	2,0%
23	5	9,8%	36	4	7,8%
24	4	7,8%	37	1	2,0%
25	4	7,8%	38	0	0,0%
26	5	9,8%	39	1	2,0%
27	4	7,8%	40	1	2,0%
28	1	2,0%	41	0	0,0%
29	1	2,0%	42	1	2,0%
30	0	0,0%			

Fonte: Autoras (2023)

Média Ponderada	26,65
Idade Mínima	18
Idade Máxima	42

Entre as mulheres entrevistadas, a maioria de autodeclarou parda (20 mulheres, 39,2%), conforme dados da Tabela 2.

Tabela 2 - Variação de autodeclaração racial de mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto/SP, 2023.

	Incidência	%
Branca	17,00	33,3%
Preta	14,00	27,5%
Parda	20,00	39,2%

Fonte: Autoras (2023)

Dentre as participantes, considerando a variação de paridade entre as mulheres envolvidas no estudo, 29 (56,9%) eram primíparas; 20 mulheres (39,2%) eram paucíparas, (15 mulheres tiveram 2 partos e 5 mulheres tiveram 3 partos) e 2 mulheres (3,9%) eram múltíparas (1 mulher teve 4 partos e 1 mulher o total de 5 partos).

Tabela 3 - Variação de paridade entre as mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

	Incidência	%
Primíparas	29,00	56,9%
Paucíparas	20,00	39,2%
Múltíparas	2,00	3,9%

Fonte: Autoras (2023)

Entre as entrevistadas, 16 mulheres (31,4%) tiveram parto normal e 35 mulheres (68,6%) foram submetidas a cesariana, ao observarmos as vias de parto.

Tabela 4 - Variação entre as vias de parto de mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

	Incidência	%
Parto Normal	16,00	31,4%
Cesárea	35,00	68,6%

Sobre a preferência de via de parto, houve predomínio das mulheres 39 (76,5%) que declararam ter preferência por parto normal (Tabela 3).

Tabela 5 - Variação entre as preferências de vias de parto de mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto/SP, 2023.

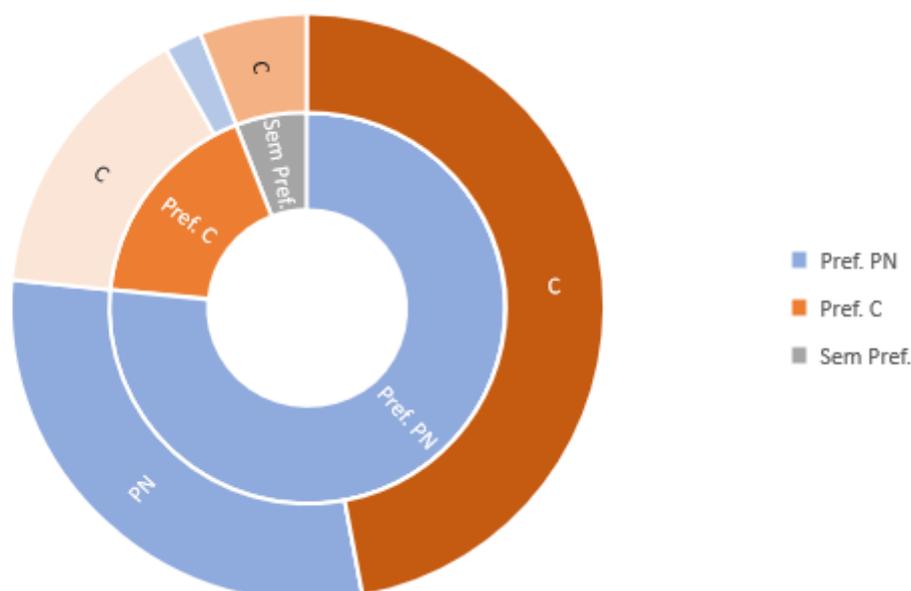
	Incidência	%
Parto Normal	39,00	76,5%
Cesárea	9,00	17,6%
Sem preferência	3,00	5,9%

Fonte: Autoras (2023)

Em análise, 25 mulheres (49,1%) não tiveram seu desejo por via parto atendido, 24 mulheres (96%) tinham desejo por parto normal e foram submetidas a cesariana e 1 mulher (4%) tinha preferência por cesariana e teve parto vaginal.

Entre as 39 mulheres com preferência por via de parto normal, 15 mulheres (38,4%) tiveram parto via vaginal. Entre as 9 mulheres com preferência por cesariana, 8 mulheres (88,8%) passaram pela cesariana. As 3 mulheres que se declararam sem preferência por uma via de parto específica, foram submetidas a cesariana (Gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição de vias de parto em relação a preferência declarada. Ribeirão Preto, 2023.



Fonte: Autora (2023)

O estudo apresentado aborda a preferência de via de parto entre mulheres entrevistadas, considerando variáveis como idade, autodeclaração racial, paridade e tipo de parto. Os resultados destacam uma série de informações relevantes, proporcionando *insights* sobre as tendências e decisões das mulheres em relação ao parto.

A faixa etária das mulheres entrevistadas é uma variável que pode influenciar a preferência pela via de parto. Estudo anterior mostrou que mulheres mais jovens, como aquelas na faixa de 20 a 30 anos, tendem a preferir o parto vaginal em comparação com mulheres mais velhas, que podem optar por cesarianas devido a preocupações com o envelhecimento do corpo e a recuperação pós-parto (SAKALA & CORRY, 2013).

Embora não haja muitos estudos que relacionem diretamente a autodeclaração racial com a preferência de via de parto, pesquisas sobre disparidades de saúde materna revelaram que mulheres pertencentes a grupos minoritários têm maior probabilidade de serem submetidas a cesarianas, muitas vezes sem indicações médicas claras. Isso pode afetar a preferência de via de parto, visto que a experiência passada ou a percepção de cuidados de saúde podem influenciar as decisões das mulheres (DECLERCQ et al., 2013).

A associação entre paridade (número de gestações anteriores) e preferência de via de parto é um tema abordado em vários estudos. Mulheres primíparas, ou seja, que estão tendo seu primeiro filho, geralmente estão mais inclinadas a tentar o parto vaginal, enquanto aquelas que já tiveram cesarianas prévias podem preferir uma cesariana subsequente (VBAC ou parto vaginal após cesariana) por preocupações com riscos e segurança (SABOL et al., 2015).

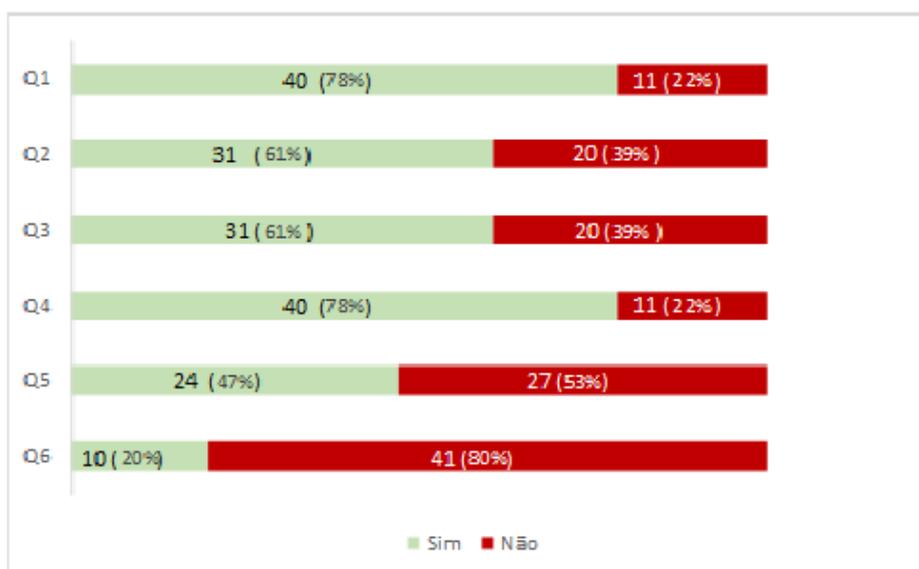
A discrepância entre o desejo de via de parto e o tipo de parto realizado é um fenômeno conhecido. A cesariana pode ser realizada por diversas razões médicas, mas também por fatores não médicos, como preferência do médico, questões logísticas e medo do parto vaginal. É importante explorar esses aspectos para entender por que algumas mulheres não têm seu desejo por via de parto atendido (VELTMAN, 2006).

Os resultados apresentados no estudo fornecem dados relevantes sobre as preferências de via de parto entre as mulheres entrevistadas, levando em consideração sua idade, autodeclaração racial, paridade e tipo de parto. A discussão enfatiza a importância de considerar múltiplos fatores que influenciam a escolha da via de parto e destaca a complexidade dessas decisões, que podem ser influenciadas por fatores médicos e não médicos.

4.2 RESPOSTAS ÀS QUESTÕES REFERENTES AO TEMA

A segunda parte do instrumento de coleta de dados foi composta por 6 questões com respostas sim e não, sendo que a questão 1 possui 15 subitens onde a puérpera foi solicitada a classificar violência obstétrica de acordo com sua percepção entre 0 não é violência obstétrica, 1 - forma leve de violência obstétrica e 2 - forma grave de violência obstétrica. Os resultados estão descritos e demonstrados no Gráfico 2, onde observa-se a variação de respostas entre as entrevistadas (Questões 1 a 6).

Gráfico 2 - Variação de respostas entre as entrevistadas (Questões 1 a 6) em números absolutos e percentuais. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autora (2023)

A análise de dados entre as 10 mulheres que afirmaram sofrer violência obstétrica mostrou que 4 mulheres (40%) afirmaram desconhecer o termo. E ainda, entre as 27 mulheres que afirmaram desconhecer o termo violência obstétrica 23 mulheres (85,2%) negaram ter sofrido algum tipo de violência.

Na Questão 7 foi solicitado às participantes que classificassem violência obstétrica de 0 a 2, de acordo com a sua percepção sendo: (0) Não é violência obstétrica; (1) Forma leve de violência, (2) Forma grave de violência obstétrica. Os aspectos que deveriam considerar para essa apreciação foram: Sofrer xingamentos e humilhações; Realização de procedimentos sem consentimento prévio; Impedir a presença do acompanhante de livre escolha; Impedir a mulher de ingerir alimentos; Impedir a mulher de assumir a posição mais confortável durante o trabalho de parto; Dor fisiológica do parto; Sentir-se sozinha, abandonada pela equipe de saúde; Convencer a mulher a optar por um tipo de parto sem justificativa; Impedir o contato pele-a-pele com o recém-nascido; Esclarecer sobre os benefícios do parto normal; Incentivar a amamentação; Falar para a mulher parar de gritar durante o trabalho; Ofertar métodos não medicamentos para alívio da dor; Não ter a privacidade preservada e Incentivar a mulher a movimentar-se, realizar caminhadas. (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Variação das respostas sobre a percepção das entrevistadas sobre violência obstétrica em números absolutos e percentuais. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autora (2023)

Os dados revelam que muitas mulheres não recebem informações adequadas durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, posições favoráveis para o parto vaginal, métodos de alívio da dor e o direito de ter um acompanhante presente (Questões 1-4). Além disso, no presente estudo uma parte significativa das mulheres entrevistadas desconhecia o termo "violência obstétrica" (Questão 5), o que demonstra a necessidade de maior conscientização sobre o assunto.

O fato de que muitas mulheres não estão recebendo informações adequadas durante o pré-natal reflete um desafio persistente enfrentado pelos sistemas de saúde. Estudos indicam que a disponibilidade de informações adequadas durante o

pré-natal pode influenciar positivamente as decisões de parto, reduzir a ansiedade e o medo, e promover decisões informadas por parte das gestantes (HODNETT et al., 2010).

A análise dos resultados também aponta que um número considerável de mulheres relatou ter sofrido violência obstétrica durante o pré-natal ou parto (Questão 6). É preocupante observar que algumas dessas mulheres não reconheceram essas experiências como violência obstétrica, o que ressalta a importância de promover a conscientização sobre os diferentes tipos de violência obstétrica (Questão 7).

Segundo Diniz et al. (2015), a falta de familiaridade com o termo "violência obstétrica" entre as mulheres entrevistadas sugere que o conceito ainda é pouco reconhecido e discutido. Entretanto, pesquisas demonstram que a violência obstétrica é um problema global que pode causar consequências físicas e emocionais duradouras para as mulheres. Promover a conscientização sobre esse tema é crucial para empoderar as mulheres a identificar situações de abuso e tomar medidas para garantir seus direitos (NASCIMENTO et al., 2021).

A proposta de criar um aplicativo móvel para abordar a violência obstétrica é uma estratégia inovadora e promissora. Estudos têm demonstrado que a tecnologia móvel pode ser eficaz para disponibilizar informações de saúde, educação e apoio para gestantes, emponderando-as a tomar decisões informadas e promover a defesa de seus direitos. Ademais, um aplicativo móvel pode ser um canal seguro para mulheres denunciarem casos de violência obstétrica, contribuindo para uma maior responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde (ELLSBERG, 2015).

Diante desses dados, a criação de um aplicativo móvel se torna uma estratégia relevante para combater a violência obstétrica. Por meio do aplicativo, acredita-se ser possível fornecer informações claras e acessíveis sobre direitos durante o parto, identificação de situações de violência e orientações sobre como denunciar esses casos (DE JESUS et al., 2019).

Além disso, o aplicativo poderia abordar especificamente os diferentes aspectos relacionados violência obstétrica, mencionados como subitens na Questão 7, ajudando as mulheres a entenderem o que constitui violência obstétrica, em cada situação. pois a violência obstétrica pode se manifestar de diversas maneiras, desde

práticas invasivas e desnecessárias até falta de respeito pela autonomia das gestantes (DE JESUS et al., 2019).

Os resultados obtidos neste estudo corroboram resultados de pesquisas anteriores sobre preferências de via de parto e violência obstétrica. Em relação às preferências de via de parto, nossos achados estão em linha com o estudo de Rocha e Ferreira (2020), onde a grande maioria das mulheres (82,9%) não expressou a necessidade de passar por cesariana. Isso engloba tanto aquelas que deram à luz por parto vaginal (81%) quanto aquelas que passaram por procedimento cirúrgico (85%). O estudo foi conduzido com uma amostra de 909 entrevistadas, abrangendo tanto o setor público quanto o privado. Nesse sentido, nossos dados estatísticos mostraram que 96% das mulheres que tinham desejo por parto normal foram submetidas a cesariana, enquanto apenas 4% tiveram parto vaginal, o que evidencia a prevalência de cesarianas não desejadas.

Em relação à conscientização sobre violência obstétrica, os resultados deste estudo se assemelham aos encontrados na pesquisa de Henriques (2021), ao também constatarem que entre 555 (48%) desconhecem o termo "violência obstétrica", mesmo que tenham experimentado situações que podem ser caracterizadas como tal. No estudo que realizamos 52,9% das mulheres entrevistadas não conheciam o termo violência obstétrica, o que aponta para a necessidade de aumentar a conscientização sobre o tema.

A análise comparativa dos resultados sobre a classificação das formas de violência obstétrica está de acordo com o estudo de Lansky et al. (2019), entre as 64 participantes que compartilharam suas experiências, 44 (69%) respostas se enquadram em uma única categoria de violência obstétrica; 14 (22%) em duas categorias, e seis (9%) em três ou mais categorias. Um total de 103 situações de violência obstétrica foram mencionadas, indicando que cada relato abrangeu mais de uma categoria de desrespeito e abuso. A categoria de maior prevalência em violência obstétrica (36,9%) correspondeu à imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas. A categoria de cuidado indigno e abuso verbal foi mencionada em 34 (33%) das situações, enquanto o abuso físico foi identificado 14 (13,5%) vezes e casos de abandono, negligência ou recusa de assistência somaram 11 (10,6%). Nossos dados estatísticos mostraram que a maioria das mulheres classificou diversas

práticas como formas graves de violência obstétrica, como a realização de procedimentos sem consentimento prévio (80,4%), a proibição de ingerir alimentos durante o trabalho de parto (47,1%) e a falta de privacidade preservada (39,2%), corroborando com o estudo mencionado.

O presente estudo também evidenciou que as mulheres que afirmaram ter sofrido violência obstétrica, em sua maioria, desconheciam o termo para descrever suas experiências. Essa correlação entre a ocorrência de violência obstétrica e a falta de conhecimento do termo é consistente com o estudo de Castro et al. (2020), que destacou a necessidade de uma maior conscientização sobre o tema para que as mulheres possam reconhecer e relatar casos de violência obstétrica. Nossos dados estatísticos mostraram que 40% das mulheres que afirmaram sofrer violência obstétrica desconheciam o termo, enquanto 85,2% das mulheres que afirmaram desconhecer o termo negou ter sofrido violência obstétrica, reforçando a importância de conscientização e educação.

Ao comparar os resultados sobre a falta de informações adequadas durante o pré-natal com o estudo de Castro et al. (2020), percebe-se que ambas as pesquisas identificaram a insuficiência de orientações fornecidas durante o pré-natal sobre questões importantes relacionadas ao parto. Nossos dados estatísticos mostraram que 21,6% das mulheres não receberam informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, 39,2% não foram informadas sobre as posições que favorecem o parto vaginal e o mesmo percentual de participantes não receberam informações sobre os métodos de alívio de dor; além de 21,6% não receberem informações sobre o direito a ter um acompanhante presente. Essa falta de informações pode deixar as mulheres despreparadas e vulneráveis a situações de violência obstétrica, corroborando com a análise de Castro et al. (2020), que também ressaltaram a relação entre a violência obstétrica e a falta de informações adequadas durante o pré-natal.

Em síntese, os resultados deste estudo se alinham a estudos anteriores sobre preferências de via de parto, conscientização sobre violência obstétrica e falta de informações adequadas durante o pré-natal. A análise comparativa e os dados estatísticos revelam a importância de ampliar a conscientização sobre violência obstétrica, garantir o respeito às preferências das mulheres em relação ao parto e melhorar a educação pré-natal para empoderá-las no sentido de tomar decisões

com conhecimento sobre o tema e promover uma assistência obstétrica mais humanizada e respeitosa. A utilização de estratégias como aplicativos móveis e a capacitação dos profissionais de saúde podem ser cruciais para alcançar esses objetivos e melhorar a qualidade do atendimento materno-infantil.

Por meio do aplicativo móvel, as mulheres terão acesso fácil a recursos, informações atualizadas e orientações sobre como buscar apoio emocional e jurídico diante da violência obstétrica. Além disso, o aplicativo poderia oferecer um canal seguro para denúncias, permitindo a coleta de dados importantes para embasar ações e políticas de combate à violência obstétrica.

Portanto, diante dos resultados apresentados, fica evidente que a criação de um aplicativo móvel como ferramenta de denúncia e informação, seria uma iniciativa que tem o potencial de capacitar as mulheres, promover a conscientização sobre a violência obstétrica e contribuir para a construção de um ambiente de parto mais respeitoso, seguro e humanizado; constituindo-se em ferramenta para a sociedade com relação à temática do presente estudo.

5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica pode gerar partos traumáticos, que atravessam os partos subsequentes, que limitam o futuro reprodutivo, que causam ansiedade, culminando numa visão negativa e humilhante da experiência do parto, e que podem em determinadas situações, interferir no vínculo com o recém-nascido, esbarra na maternagem, na percepção pessoal difusa que gera transferência de culpa como se houvesse um defeito corporal - a do corpo que não soube parir ou ainda do bebê que de alguma forma não cooperou para o nascimento, desviando a atenção de onde o problema realmente se encontra.

A falta de informação sobre violência obstétrica tem impactos significativos na experiência das mulheres durante o parto, contribuindo para a perpetuação desse problema. A humanização da assistência ao parto surge como uma abordagem fundamental para combater a violência obstétrica, buscando garantir um cuidado respeitoso, empático e baseado nas necessidades das mulheres.

A humanização da assistência ao parto é uma abordagem que valoriza o protagonismo da mulher, respeitando suas escolhas, promovendo um ambiente acolhedor e garantindo o cuidado integral. No cenário atual, a humanização do parto tem emergido como um pilar crucial para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e enfrentar a violência obstétrica. Estudos têm consistentemente demonstrado que uma abordagem humanizada está ligada a resultados positivos, incluindo a satisfação das mulheres, a redução de intervenções desnecessárias e uma menor incidência de violência obstétrica. Isso ressalta a importância de investir em práticas que promovam o respeito, o cuidado individualizado e a autonomia das mulheres.

A falta de informação adequada sobre violência obstétrica impede que as mulheres compreendam seus direitos, identifiquem situações de violência e busquem apoio adequado. Assim, a informação é uma ferramenta poderosa na prevenção e no combate à violência obstétrica. Ao disponibilizar informações precisas e confiáveis, é possível capacitar as mulheres, promovendo o conhecimento de seus direitos e fornecendo orientações sobre como identificar e denunciar casos de violência.

Portanto, investir na humanização é fundamental para prevenir e combater a violência obstétrica.

Nesse contexto, a criação de um aplicativo móvel como fonte de informação e denúncia pode potencializar esses esforços. Esse tipo de plataforma pode ser uma fonte valiosa de informação e apoio para as mulheres. Além de fornecer acesso fácil a informações confiáveis e recursos úteis, um aplicativo móvel pode também servir como um canal para denúncias de casos de violência obstétrica. Essa funcionalidade não apenas aumenta a conscientização sobre o problema, mas também contribui para a coleta de dados cruciais que orientam ações concretas de combate à violência.

A ampla disponibilidade de *smartphones* e acesso à internet, conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (2018), sublinha o potencial impacto de um aplicativo móvel. Tal ferramenta poderia alcançar uma audiência diversificada, englobando mulheres de diferentes contextos e origens. Isso é especialmente importante para garantir que todas as mulheres tenham acesso a informações vitais sobre seus direitos e opções de cuidados obstétricos.

Paralelamente, as equipes de saúde desempenham um papel essencial na identificação e prevenção da violência obstétrica. Profissionais de saúde treinados e atentos podem detectar comportamentos inadequados, abusivos ou desrespeitosos e intervir para garantir que as mulheres recebam tratamento seguro e compassivo. A capacitação desses profissionais deve ser abrangente, abordando aspectos éticos, de comunicação e os direitos reprodutivos das mulheres. Isso não só protege as pacientes, mas também contribui para a construção de um ambiente de cuidado saudável e confiável.

Em resumo, a informação, a melhoria na assistência obstétrica, a formação de profissionais sensíveis e o uso de tecnologias como aplicativos móveis têm um papel interligado e crucial na prevenção e combate à violência obstétrica. Essas medidas coletivas podem criar um ambiente onde cada mulher tenha a oportunidade de vivenciar uma jornada de parto segura, respeitosa e empoderada.

Conclui-se que a falta de informação sobre violência obstétrica é um obstáculo para o combate a esse problema. A humanização da assistência ao parto, a disseminação da informação e os canais de denúncia são estratégias essenciais para promover a conscientização, oferecer suporte e amplificar as vozes das vítimas.

Investir nessas iniciativas é fundamental para prevenir a violência obstétrica, garantir um parto respeitoso, seguro e humanizado.

Humanizar o parto e o nascimento não é tão somente garantir o direito da mulher ou da família sobre aquele momento ser único e especial. É, também, uma mobilização de contracultura, uma maneira de exaltar os valores éticos que nos foram ensinados ao longo da vida, carentes no convívio da medicina e, sobretudo, um meio de resgatar o humanismo que sucumbe às rotinas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em 2010), Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP 2010.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O.; Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc Saude Coletiva**, Campinas, SP, v.16, n.7, p.3061-3068, julho 2011.
- ALMEIDA, D. A. et al. Gestão do Conhecimento na análise de falhas: mapeamento de falhas através de sistema de informação. **Produção**, v. 16, p. 171-188, 2006.
- ASSIS, J. P.; SOUSA et al. **Glossário de estatística**. Mossoró, Brasil: EdUFERSA, 901p2019, 2019.
- BOARETO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Ministério Da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional De Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, setembro de 2003.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano Compaixão pela terra**. Petrópolis, Brasil: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília: Ministério da Saúde. 199p. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria consolidada da rede cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011)**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CASTRO J. C.; CLAPIS M. J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.13, n. 6, p. 960-967, novembro-dezembro2005.
- CASTRO, T. D. V. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 25, n. 1, 2020.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do colégio brasileiro de cirurgiões**, v. 34, p. 428-431, 2007.

DECLERCQ, E. Introduction to a Special Issue: Childbirth History is Everyone's History. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v. 73, n. 1, p. 1-6, 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo - SP, v.3.n,10, p.627-637, setembro, 2005.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. **O corte por cima e o corte por baixo**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, São Paulo – SP, v. 1, n. 1, p. 80-91, janeiro, 2006.

DINIZ, C. S.G.; SALGADO H.O.; ANDREZZO H.F.A. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo – SP, v.3, n. 25, p.377-384, outubro, 2015.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C. S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, São Paulo – SP, v.11, n.359, p.1681-1685, maio, 2002.

D'ORSI, E., BRÜGGEMANN, O. M., DINIZ, C. S. G., AGUIAR, J. M., GUSMAN, C. R., TORRES, J. A. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro -RJ, v.1 n,30, p: S154-S168, agosto, 2014.

ELLSBERG, M. et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? **The Lancet**, São Paulo – SP, v. 385, n. 9977, p. 1555-1566, 2015.

FELICE, E. M. D. **A Psicodinâmica do Puerpério**. 1. Ed. São Paulo- SP: Vetor, p. 29, janeiro 2000.

FORTE, S. H. A.C. **Manual de elaboração de tese, dissertação e monografia**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2004.

GAYESKI, M. E; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis- SC, v.4, n.19, p. 774-82, outubro - dezembro, 2010.

GARCÍA, D.; DÍAZ, Z.; ACOSTA, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de La Habana Cuba v.4, n. 39, p.718-732, julho 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

- GOMES, A. M. Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, DF v .4 - p. 133-154 Ministério da Saúde 2014.
- GOMES, A. M. A., NATIONS, M. K.; LUZ, M.T. “Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo – SP, v. 17, n. 1, p. 61-72, janeiro – março, 2008.
- HENRIQUES, T.; **Violência obstétrica**: um desafio para saúde pública no Brasil. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. Página Grená, Rio de Janeiro, 2021.
- HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre, Editora Artmed, 5 ed; P 431, 2009.
- HODNETT, E. D. et al. "Continuous support for women during childbirth." **Cochrane database of systematic reviews**, v. 7, 2013.
- JESUS, M. S., et al. Mapeamento das tecnologias digitais da informação e comunicação (TDICs) revista brasileira de ensino de bioquímica, **CONEDU, VI Congresso Nacional de Educação** (2017-2019).
- KINNEAR, T. C.; TAYLOR, J. R.; **Marketing research**: an applied approach. Universidade Cornell, Editora McGraw-Hill, 1996.
- LABRECQUE M.; EASON E.; DANIELS, F.; YMAYO, M.R.; BOURGET, M.M. Episiotomia de rotina: as evidências contra. **Diagnóstico e tratamento Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro- RJ, v.2, n. 5, p. 43-50, julho, 2000.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.
- LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NUCCI, M. F.; PORTELLA, Y.; LEAL, M. D. C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, v.27. n, 2, p. 483-491, janeiro, 2022.
- MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: parto e Puerpério. Petrópolis, Editora Vozes, 6 ed., P. 88 – 98, 2002.
- MUNIZ, B.; BARBOSA, R. **Problematizando o atendimento ao parto**: cuidado ou violência? Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba, dezembro, 2012.
- NASCIMENTO, K. I. M., Souza L.V., Novaes, C. D. P., Ponte, A. R., Cardoso, L. R., A, C. R. B., & da S. B., D. M. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021.

NAGAHAMA, E. E.; SANTIAGO, I.S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil **Ciênc. saúde coletiva**, Campinas SP, v. 3, n. 10, p.651-657, setembro, 2005.

ODENT, M. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento o instinto reencontrado. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

NILSEN, E; SABATINO H; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições **Rev. esc. enferm. USP** São Paulo- SP, v.45, n.3, junho, 2011.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. M.; Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, Porto Alegre – RS, v.48, n.3, p. 216-230, setembro, 2017.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4. n.4, p.105-117, dez 2010.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 29, p. 318-325, 1995.

QUEIRÓS, P. J. Cuidar: a condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra- Portugal, v.4, n.5, p.139-146, junho 2015.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface Comunic.**, Botucatu – SP, v.4, p.595-602, junho. 2009.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado para a CPML da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF, Senado Federal, 2012.

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

RODRIGUES, D. P. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**: percepção de mulheres/puérperas. 2014.186 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado e Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun. 2007.

SABOL, B.; DENMAN, M. A.; GUISE, JEANNE. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 58, n. 2, p. 309-319, 2015.

SAKALA, C.; YANG, Y. T.; CORRY, M. P. Maternity care and liability: Most promising policy strategies for improvement. **Women's Health Issues**, v. 23, n. 1, p. e25-e37, 2013.

SANFELICE, C.F.O.; ABBUD, F.S.T.; PREGNOLATTO, O.S.; SILVA, M.G.; SHIMO A.K.K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, Campinas -SP, v.15, n.2, p. 362-370, março-abril, 2014.

SPINK, M. J. P.; **Psicologia Social e Saúde: saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

STORTI, J. P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro – RJ, v.10, n.35, p.1-12, 2015.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis - SC, v.10, n.2, p. 483-492, fevereiro, 2002.

VELTMAN, L. L. Vaginal birth after cesarean section (VBAC): Issues for the risk manager. **Journal of Healthcare Risk Management**, Portland, v. 26, n. 1, p. 9-14, 2006.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo – SP, v.17, n.3, p.138-151, setembro, 2008.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017.

ZORZAM, B. A. **O. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**, Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP 2013.

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP

Av. Costábile Romano, 2201 - Nova Ribeirânia, Ribeirão Preto – SP

CEP:14096-900 Tel:3603-7000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Violência obstétrica na percepção das usuárias do serviço de saúde

Pesquisador responsável:

Prof. Dra. Lilian Sheila de M. P. do Carmo

Tel de contato: 99204- 2777 (se estiver fora de Ribeirão Preto colocar 0+ código da operadora + 16 + Número)

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto

Av. Costábile Romano,2201 – Nova Ribeirânia, Ribeirão Preto – SP

Cep: 14096-900 tel.: 3603-7000

Você foi convidada a participar de forma voluntária de uma pesquisa que busca avaliar a percepção das usuárias dos serviços de saúde sobre violência obstétrica e violência institucional durante o pré-natal nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto.

Sua participação é voluntária, ou seja, você só deverá participar se desejar. Caso não deseje participar, você não terá nenhum prejuízo em seu seguimento médico neste serviço. Caso aceite participar, você receberá uma via assinada pelo pesquisador deste termo para você guardar com você e outra via assinada por você e pelo pesquisador será armazenada em local seguro em nosso serviço. Na primeira página está descrito o nome da pesquisadora responsável e como encontrá-la, assim, você pode recorrer a ela em caso de dúvidas.

Na primeira página, você encontrará o contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é o órgão responsável por garantir que todos os projetos de pesquisa respeitem o bem-estar de todos os voluntários da pesquisa. Qualquer dúvida ética que você tiver em relação a este projeto, poderá contatar o CEP no telefone e/ou endereço descritos na primeira página.

1. Justificativa, objetivos da pesquisa e os procedimentos da pesquisa:

Objetivo do estudo:

- Compreender a percepção de puérperas sobre o que é violência obstétrica no período gestacional e no processo parturitivo, buscando identificar quais os principais fatores que interferem na experiência positiva do parto.
- Desenvolver um instrumento tecnológico que possa facilitar o reconhecimento de ações abusivas que podem evitadas e/ou denunciadas.

Na primeira fase da pesquisa será realizado um questionário com mulheres no período de pós-parto imediato, cujo objetivo é fazer o reconhecimento sobre o que é violência obstétrica na percepção das usuárias dos serviços de saúde.

Posteriormente, os resultados serão tabulados e servirão de base para o desenvolvimento de um aplicativo onde as usuárias dos serviços de saúde, poderão identificar, reconhecer, evitar e denunciar ações abusivas e que configuram violência obstétrica.

2. Riscos, formas de ressarcimento e indenização:

Não haverá recompensa financeira para as pacientes que participarem do estudo.

Não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. Serão garantidos os aspectos preconizados na Resolução nº 466/12, na qual está assegurada, inclusive, a sua privacidade, acrescendo os aspectos éticos assegurados na Resolução 510/16.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12 e 510/16, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as pesquisadoras responsáveis, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à Sr.^a o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Comprometemos - nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa. Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser esclarecidas junto às pesquisadoras (contatos disponibilizados nesse documento) ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: (16-36036915).

Os riscos da pesquisa serão mínimos e se baseiam na individualidade de cada participante. No caso de ocorrer desconforto, a participante será orientada a procurar a Clínica de Psicologia da UNAERP, com contato anterior da pesquisadora principal com o responsável pelo Serviço, que fará a intermediação da usuária dos serviços de saúde que precisará da assistência.

Quanto à indenização, não há uma previsão de seguro para cobertura de indenização. Assim, se você se sentir prejudicada por este projeto, você poderá buscar indenização e ressarcimento de acordo com as leis brasileira

Eu, _____,
RG Nº _____, abaixo assinada, fui devidamente esclarecida sobre todas as condições que constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de que trata do Projeto de Pesquisa intitulada Violência obstétrica na percepção das usuárias do serviço de saúde.

Esta pesquisa tem como pesquisadora responsável a Sra. Lilian Sheila de M. P. do Carmo, e fui esclarecida especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento;
3. A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade;

Declaro ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da paciente

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisador responsável

APENDICE B– Formulário para coleta de dados

Idade: _____

Número de gestações: _____

Tipos de parto: a. cesárea () b. normal () c. fórceps ()

Autodeclaração racial: _____

1. Preferência de via parto: a. cesárea () b. normal () c. sem preferência ()

2. Durante o pré-natal você recebeu informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. Assinale a alternativa correta:

a. Sim () b. Não ()

3. Durante o pré-natal você recebeu informações sobre as posições que favorecem o parto vaginal. (caminhadas, agachamentos, ficar em pé, quatro apoios).

Assinale a alternativa correta:

a. Sim () b. Não ()

4. Durante o pré-natal você recebeu informações sobre os métodos para alívio da dor” banhos de água quente, massagens, respiração consciente, analgesias). Assinale a alternativa correta:

a. Sim () b. Não ().

5. Durante o pré-natal você recebeu informações sobre seu direito a ter acompanhante durante o pré parto, parto e pós parto. Assinale a alternativa correta:

a. Sim () b. Não ().

6. Você conhece o termo violência obstétrica.

a. Sim () b. Não ().

7. Você sofreu violência obstétrica durante o pré-natal e/ou parto:

a. Sim () b. Não ()

Se sim, explique:

8. Classifique violência obstétrica de 0 a 2 de acordo com a sua percepção sendo:

- (0) Não é violência obstétrica
- (1) Forma leve de violência
- (2) Forma grave de violência obstétrica

8.1. () sofrer xingamentos e humilhações (chamar de gorda, de velha, preguiçosa, dizer que está fazendo um escândalo, etc...).

8.2. () realização de procedimentos sem consentimento prévio (ex. “sorinho” para acelerar o parto sem indicação, realização do pique, empurrar a barriga para ajudar na expulsão do bebê, lavagem intestinal, raspagem de pêlos, cesariana sem indicação, etc).

8.3. () impedir a presença do acompanhante de livre escolha

8.4. () impedir a mulher de ingerir alimentos durante o trabalho de parto, exceto quando o jejum for indicado.

8.5. () impedir a mulher de assumir a posição mais confortável durante o trabalho de parto e parto.

8.6. () dor fisiológica do parto

8.7. () sentir-se sozinha, sem apoio e / ou abandonada pela equipe de saúde durante o trabalho de parto.

8.8. () convencer a mulher optar por um tipo de parto sem justificativa recomendada cientificamente.

8.9 () impedir contato pele a pele com o recém-nascido, exceto haja situações de emergência com a mãe ou o bebê.

8.10. () esclarecer sobre os benefícios do parto normal.

8.11. () incentivar amamentação.

8.12. () falar para a mulher parar de gritar durante o trabalho de parto.

8.13. () ofertar métodos não medicamentosos para alívio da dor, como banho de água quente, massagem local, caminhar, etc.

8.14. () não ter a privacidade preservada (exemplo: portas abertas, excesso de pessoas que não compõem a equipe de saúde no quarto, etc).

8.15. () incentivar a mulher a movimentar-se, realizar caminhadas, com o objetivo de favorecer o processo do parto.

APENDICE C– Instrumento para validação do questionário de coleta de dados

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Título do trabalho: Violência Obstétrica na Percepção das Usuárias do Serviço de Saúde

Objetivo:

O objetivo desse estudo é identificar a percepção das usuárias dos serviços de saúde incluídas neste estudo, sobre o que é violência obstétrica e se elas conseguem diferenciar as intervenções necessárias dentro do seu processo parturitivo das violações de direitos e dignidade que podem ocorrer na assistência hospitalar durante o pré-natal nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto.

Local da coleta de dados

O estudo será realizado na maternidade Cidinha Bonini – UNAERP, com puérperas, usuárias de rede pública, com gestação de médio risco, na cidade de Ribeirão Preto- SP.

Avaliação do conteúdo

Esse instrumento busca validar o conteúdo das questões presentes nesse questionário de coleta de dados nos quesitos relevância, clareza, pertinência e formato.

O questionário de coleta de dados é composto por 1 questão de múltipla escolha, 5 questões de verdadeiro ou falso e 1 questão composta de 17 subitens contendo afirmações com três níveis de classificação entre 0 a 2 pontos que representem o entendimento e a percepção de violência obstétrica pelas mulheres, sendo (0) não caracteriza violência, (1) forma leve de violência, (2) forma grave de violência.

Pede-se que julgue quanto a **relevância do conteúdo:** muito relevante, suficientemente relevante, pouco relevante e não relevante; **clareza do conteúdo:** muito claro, suficientemente claro, pouco claro e não claro; **pertinência do conteúdo:** muito pertinente, suficientemente pertinente, pouco pertinente e não

pertinente; **formato do conteúdo:** muito bem formatado, suficientemente formatado, pouco formatado e não formatado.

Será solicitado a avaliação de cada item, assim como será disponibilizado um espaço para observações, onde avaliador poderá contribuir com suas percepções e sugerir a inclusão ou a eliminação de itens.

Formulário para coleta de dados

Dados complementares

Idade: _____

Número de gestações: _____

Autodeclaração racial: _____

Tipos de parto : 1. cesárea () 2.normal () 3. fórceps ()

Questão 1 - Preferência de via parto: 1. cesárea () 2. normal ()
3. indefinido ()

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

() muito relevante () suficientemente relevante () pouco relevante
() não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

() muito claro () suficientemente claro () pouco claro () não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

() muito pertinente () suficientemente pertinente () pouco pertinente
() não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

() muito bem formatado () suficientemente formatado () pouco formatado ()
não formatado.

Observações: _____

(1) Forma leve de violência**(2) Forma grave de violência obstétrica**

Subitem 7.1. () sofrer xingamentos e humilhações

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

() muito relevante () suficientemente relevante () pouco relevante

() não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

() muito claro () suficientemente claro () pouco claro () não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

() muito pertinente () suficientemente pertinente () pouco pertinente

() não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

() muito bem formatado () suficientemente formatado () pouco formatado () não formatado.

Subitem 7.2. () realização de procedimentos desnecessários

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

() muito relevante () suficientemente relevante () pouco relevante

() não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

() muito claro () suficientemente claro () pouco claro () não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

() muito pertinente () suficientemente pertinente () pouco pertinente

() não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

() muito bem formatado () suficientemente formatado () pouco formatado () não formatado.

Subitem 7.3. () impedir a presença do acompanhante de livre escolha

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

() muito relevante () suficientemente relevante () pouco relevante

() não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.4. impedir a mulher de alimentar-se, salvo exceções onde o jejum é prescrito

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.5. impedir a mulher de escolher a posição de parto normal

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.6. decisões sobre procedimentos sem orientação e consentimento prévios

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante
 não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente
 não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.7. dor fisiológica do parto

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante
 não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente
 não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.8. solidão/ abandono

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.9. decisão sobre o tipo parto sem esclarecimento

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.10. impedir contato pele a pele com o recém-nascido, salvo exceções onde seja necessário intervenções de emergência

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.11. esclarecer sobre os benefícios do parto normal

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante
 não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente
 não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.12. incentivar amamentação

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante
 não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente
 não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.13. realizar procedimentos sem evidências científicas

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.14. ofertar métodos não medicamentosos para alívio da dor, como banho de água quente, massagem local, caminhar, etc.

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.15. não ter a privacidade preservada (exemplo: portas abertas, excesso de pessoas que não compõem a equipe de saúde no quarto, etc)

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante

não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente

não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.16. mandar a mulher ficar quieta, pois está gritando demais

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante
 não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente
 não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Subitem 7.17. incentivar a mulher a movimentar-se, realizar caminhadas, com o objetivo de favorecer o processo do parto.

Quanto a relevância do conteúdo você considera a pergunta:

muito relevante suficientemente relevante pouco relevante
 não relevante

Quanto a clareza do conteúdo você considera o questionamento:

muito claro suficientemente claro pouco claro não claro

Quanto a pertinência do conteúdo você considera:

muito pertinente suficientemente pertinente pouco pertinente
 não pertinente

Quanto ao formato do conteúdo você considera:

muito bem formatado suficientemente formatado pouco formatado não formatado.

Observações: _____

APENDICE D - Instrumento de validação do aplicativo móvel sobre violência obstétrica

Gostaríamos de convidá-lo(a) para validar um aplicativo que aborda a violência obstétrica, visando informar, prevenir e denunciar casos. Sua opinião é confidencial e contribuirá para uma assistência ao parto mais segura e respeitosa.

Você aceita participar desse questionário?

- Aceito
- Não aceito

Parte 1: Validação de Conteúdo

1. Precisão e Relevância do conteúdo apresentado no aplicativo:

a) Os conceitos e informações sobre violência obstétrica são abordados de forma clara e compreensível?

() sim () não

b) O aplicativo oferece orientações adequadas sobre os direitos das mulheres durante o parto?

() sim () não

c) O conteúdo é baseado em evidências científicas e atualizado?

() sim () não

2. Adequação da linguagem e usabilidade do aplicativo.

a) A linguagem utilizada é acessível e compreensível para diferentes públicos?

() sim () não

b) A navegação e o design do aplicativo são intuitivos e facilitam o acesso às informações?

() sim () não

c) Os recursos multimídia (imagens, vídeos, infográficos) contribuem para a compreensão do conteúdo?

() sim () não

Parte 2: Testes de Usabilidade

1. Testes com usuários reais para avaliar a usabilidade do aplicativo.

a) Os usuários conseguem navegar facilmente pelo aplicativo?

() sim () não

b) As funcionalidades do aplicativo são claras e fáceis de usar?

() sim () não

c) O aplicativo é compatível com diferentes dispositivos móveis e sistemas operacionais?

() sim () não

2. Feedback dos usuários sobre a experiência de uso do aplicativo.

a) O conteúdo do aplicativo é relevante e útil para compreender a violência obstétrica?

() sim () não

b) O aplicativo atende às expectativas dos usuários em termos de informações e orientações?

() sim () não

d) Os usuários se sentem empoderados e informados após usar o aplicativo?

() sim () não

Parte 3: Avaliação de Impacto

a) Houve um aumento do conhecimento sobre violência obstétrica após o uso do aplicativo?

() sim () não

b) Os usuários conseguiram identificar situações de violência obstétrica com mais facilidade após o uso do aplicativo?

() sim () não

c) O aplicativo influenciou positivamente a tomada de decisões informadas sobre o parto e o enfrentamento da violência obstétrica?

() sim () não

APENDICE E: Questionário de avaliação dos serviços de saúde e denúncia de violência obstétrica

Para denunciar casos de violência obstétrica imediatamente, recomendamos que entre em contato com as autoridades competentes ou utilize os canais de denúncia disponibilizados pelas instituições de saúde, ouvidorias, conselhos profissionais ou órgãos de defesa dos direitos das mulheres.

Parte 1: Avaliação dos Serviços de Saúde

* Se preferir, todas as respostas podem ser fornecidas de forma anônima.

Selecione qual instituição de saúde deseja avaliar:

- Mater
- Sinhá Junqueira
- Maternidade Ribeirania
- Maternidade Cidinha Bonini - UNAERP
- Hospital Viver
- Santa Casa de Ribeirão Preto
- Hospital São Paulo
- Unimed
- HC

1. Qual é a sua percepção geral sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados durante o pré-natal, parto e pós-parto?

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

2. Como você avalia a comunicação e o cuidado recebido pelos profissionais de saúde durante o seu atendimento?

- Excelente
- Bom

- Regular
- Ruim
- Péssimo

3. Você se sentiu informada sobre os procedimentos realizados durante o pré-natal, parto e pós-parto?

- Sim, completamente
- Sim, em parte
- Não, pouco
- Não, nada

4. O respeito à sua autonomia e às suas escolhas foi valorizado pelos profissionais de saúde?

- Sim, sempre
- Sim, na maioria das vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

5. Você recebeu apoio emocional durante o pré-natal, parto e pós-parto?

- Sim, bastante
- Sim, razoável
- Não, pouco
- Não, nenhum

Parte 2: Denúncia de Violência Obstétrica

Denunciar a violência obstétrica é um passo importante para combater essa prática e garantir que os direitos das mulheres sejam respeitados durante o parto.

6. Você vivenciou algum episódio de violência obstétrica durante o pré-natal, parto ou pós-parto?

- Sim
- Não

7. Em caso de resposta afirmativa na questão anterior, descreva brevemente o(s) episódio(s) de violência obstétrica que você vivenciou.

8. Você já denunciou o episódio de violência obstétrica vivenciado?

- Sim
- Não

9. Se você já denunciou, qual foi o canal ou instituição para a qual você fez a denúncia?

- Ouvidorias e canais de atendimento das instituições de saúde
- Ministério Público e Defensoria Pública
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Conselho Regional de Medicina (CRM)
- Conselho Regional de Enfermagem (COREN)
- Outros

10. Caso você não tenha denunciado, qual é o motivo que te impediu de fazê-lo?

11. Você deseja receber orientações sobre como proceder com a denúncia de violência obstétrica?

- Sim
- Não

12. Caso tenha respondido "sim" na questão anterior, por favor, forneça seu nome e um meio de contato para que possamos enviar as orientações.

Agradecemos sua participação neste questionário. Suas respostas são extremamente importantes para avaliar e melhorar os serviços de saúde prestados e combater a violência obstétrica.

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO SERVIÇO DE

Pesquisador: LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63183022.0.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.776.788

Apresentação do Projeto:

As informações para elaboração do presente parecer foram elencadas nos campos: Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2015097.pdf), TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TCLE.pdf), Projeto Detalhado / Brochura Investigador (Fabiula_CEP.doc), Cronograma (Cronograma_Fabiula.docx), Folha de Rosto (FolhadeRosto.pdf) e Outros (HEB.pdf). Todos os documentos foram anexados na Plataforma Brasil em 09 de agosto de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, o Objetivo Primário é: "Compreender a percepção de mulheres no período puerperal imediato, sobre o que é violência obstétrica no período gestacional e no processo parturitivo.". E o objetivo secundário: "Identificar quais os principais fatores que interferem na experiência positiva do parto de mulheres em uma maternidade pública na cidade de Ribeirão Preto-SP. Facilitar a percepção das usuárias dos serviços de saúde acerca da violência obstétrica e institucionais. Apontar a importância de um

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.776.788

instrumento que possa facilitar o reconhecimento de ações abusivas que podem evitadas e/ou denunciadas”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, com relação aos riscos, foi informado que: “Não haverá riscos, pois não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo.” Quanto aos benefícios, os pesquisadores informam: “Trata-se de um estudo que visa desenvolver um aplicativo de celular que promova o conhecimento e facilite a identificação de eventos abusivos que ferem as leis vigentes de proteção ao parto e a mulher”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa avaliado é intitulado “Violência obstétrica na percepção das usuárias do serviço de saúde” Será executado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, pela aluna Fabiula Schiavetti Sinzato, sob orientação da Profa. Dra. Lillian Sheila de Melo Pereira do Carmo. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa a ser realizado em uma maternidade pública de médio risco em Ribeirão Preto, a Maternidade Cidinha Bonini do Hospital Electro Bonini (HEB) da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

Segundo as pesquisadoras, serão incluídas 100 mulheres em puerpério imediato, maiores de 18 anos, hospitalizadas na Maternidade Cidinha Bonini. Serão excluídas as mulheres dos serviços particulares e conveniados. A amostra foi definida por conveniência, do tipo não-probabilística. Os dados serão coletados através de um questionário composto por questões fechadas que contemplem alternativas verdadeiras e falsas, e afirmações com três níveis de classificação.

A coleta de dados está prevista para novembro de 2022 com estimativa de encerramento do

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.776.788

projeto em janeiro de 2023 com a apresentação do estudo. Está previsto um custo aproximado de R\$167,00 onde será de responsabilidade das pesquisadoras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras descrevem que: "Não haverá riscos, pois não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo." Porém, de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, todo Projeto de Pesquisa apresenta Riscos. Portanto, solicita-se que sejam relatados os riscos desta pesquisa tanto no projeto de pesquisa quanto no TCLE, incluindo possíveis problemas relativos à privacidade de dados ou identidade e possíveis desconfortos das participantes, sejam físicos ou psicológicos que, caso ocorra, deveram receber a devida assistência, de acordo com a resolução supracitada. O TCLE deve ser paginado sequencialmente, indicando no número total de páginas e, em cada página, a paginação referente à mesma. Por exemplo, se o TCLE possuir quatro páginas, o mesmo deverá ser paginado da seguinte forma: 1-4, 2-4, 3-4 e, por fim, 4-4. Desta forma o participante da pesquisa ficará ciente de que todas as páginas estão presentes no documento.

Os critérios para suspender ou encerrar a pesquisa deverão ser apresentados no projeto de pesquisa. A carta assinada pelo Diretor Técnico do Hospital Electro Bonini refere-se a uma solicitação de autorização de pesquisa e não a uma autorização propriamente dita. Embora esteja assinada pelo diretor, não há menção de que foi autorizada a realização da pesquisa no hospital. Portanto, solicita-se que seja apresentada nova carta, preferencialmente redigida em primeira pessoa, na qual fica claro que o

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

Continuação do Parecer: 5.776.788

responsável está autorizando a pesquisa. Por exemplo, Eu (nome do responsável) autorizo a realização da pesquisa intitulada (título) e incluir todos os dados já apresentados na carta. Ou, se preferirem, as pesquisadoras podem reenviar a mesma carta para o diretor técnico assinar, no entanto, no campo referente ao nome, deve estar digitado: "ciente e autorizado".

O Cronograma de execução deverá ser readequado ao prazo estimado para nova análise do CEP.

Recomendações:

O projeto de pesquisa foi adequado, em relação aos itens de pendências descritas acima, estando em conformidade as questões éticas exigidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando os documentos/justificativas apresentadas, o projeto de pesquisa está aprovado e obedece às Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa está aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS e Resolução 510/16 do CNS. De acordo com a Resolução 466/2012, no item XI.2 d, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar o relatório final de sua pesquisa ao Sistema CEP/CONEP. Além do relatório final, caso o estudo seja interrompido ou cancelado, é de responsabilidade do pesquisador comunicar ao CEP esta suspensão ou cancelamento. Para que estas comunicações sejam feitas, o pesquisador deve inicialmente acessar o modelo de relatório disponibilizado por esse CEP, preenchê-lo e assiná-lo adequadamente. Após o preenchimento e assinatura, o relatório deve ser encaminhado ao CEP em formato PDF através do envio de uma notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2015097.pdf	17/11/2022 21:54:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP2.doc	17/11/2022 21:53:25	LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.776.788

Declaração de Instituição e Infraestrutura	HEB_2.pdf	17/11/2022 21:51:16	LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	17/11/2022 21:48:30	LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO	Aceito
Outros	Resposta_CEP.docx	17/11/2022 21:45:03	LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/11/2022 21:42:14	LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	09/09/2022 22:54:12	LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Novembro de 2022

Assinado por:
Telma Maria Braga Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO 2- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr.
Fernando Marcos Gomes
Diretor Clínico do Hospital Electro Bonini

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo, neste serviço, que tem como objetivo compreender a percepção de mulheres no período puerperal imediato, sobre o que é violência obstétrica no período gestacional e no processo parturitivo.

Trata-se de um estudo que visa desenvolver um aplicativo de celular que promova o conhecimento e facilite a identificação de eventos abusivos que ferem as leis vigentes de proteção ao parto e a mulher, e para o desenvolvimento deste é necessário identificar o conhecimento das puérperas com relação a violência obstétrica, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado ao participante ou a qualquer outro indivíduo.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste serviço, reiteramos tal solicitação, nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Profa Dra Lilian Sheila de Melo Pereira do Carmo
Pesquisadora responsável

Fabíula Schiavetti Sinzato
Pesquisadora

Ciente e Autorizado, _____

Fernando Marcos Gomes
Diretor Clínico Hospital Electro Bonini

Ribeirão Preto, 03 de novembro de 2022.

PRODUTO 1

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

FABIULA SCHIAVETTI SINZATO

O APLICATIVO MÓVEL COMO FERRAMENTA DE INFORMAÇÃO E DENÚNCIA
CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

RIBEIRÃO PRETO
2023

1 INTRODUÇÃO

A criação de um aplicativo móvel constitui-se em ferramenta que pode servir de apoio ao combate à violência obstétrica, fornecendo informações, suporte e um canal para denúncias.

Estudos ressaltam a relevância da informação adequada na prevenção da violência obstétrica e pesquisadores como Oliveira e Alencar (2017) defendem que um aplicativo móvel poderia disponibilizar informações confiáveis sobre direitos das mulheres, processos de assistência ao parto e como identificar e denunciar casos de violência.

Além disso, o acesso facilitado a recursos e apoio por meio de um aplicativo móvel pode ser de grande ajuda. Mulheres que enfrentam violência obstétrica poderiam encontrar informações sobre serviços de saúde, profissionais especializados e organizações que oferecem suporte emocional e jurídico (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018).

A possibilidade de denunciar casos de violência obstétrica por meio do aplicativo também é uma vantagem significativa, pois ampliaria as vozes das vítimas e contribuiria para a visibilidade do problema, além de fornecer dados importantes para embasar ações e políticas de combate à violência obstétrica (BEZERRA, 2020).

Os aplicativos móveis têm um alcance considerável, já que a maioria das pessoas possui *smartphones* e acesso à internet; permitindo atingir um público diversificado, abrangendo mulheres de diferentes idades, níveis socioeconômicos e regiões geográficas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Assegurar a privacidade e a segurança das usuárias é uma exigência central na elaboração de um aplicativo móvel, conforme enfatizam pesquisadores em segurança digital (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018). Além disso, para alcançar o êxito dessa empreitada, é imperativo adotar uma abordagem multidisciplinar que envolva profissionais da saúde, organizações da sociedade civil e autoridades governamentais, como indicado por estudos na área de tecnologia em saúde e em diretrizes de governança digital (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em suma, a criação de um aplicativo móvel pode ser uma ferramenta no combate à violência obstétrica. Ao fornecer informações, suporte, possibilitar

denúncias e ampliar o alcance de conhecimentos; um aplicativo móvel pode fortalecer a luta contra a violência obstétrica, capacitando mulheres e promovendo uma cultura de respeito e cuidado durante o parto.

5.1 OBJETO DE APRENDIZAGEM (O APLICATIVO)

5.1.1 Descrição

VOZ - Violência Obstétrica Zero é uma aplicação móvel dedicada a erradicar a violência obstétrica por meio de conscientização, informação e ação. Criado com as linguagens HTML, CSS e JavaScript este aplicativo visa abordar de maneira direta e eficaz a questão da violência sofrida por mulheres durante o processo de gravidez e parto. Disponível exclusivamente para dispositivos Android, o aplicativo utiliza recursos diversos para fornecer uma experiência de usuário abrangente e comprometida.

5.1.2 Recursos Principais

1. Sensibilização e Educação: o aplicativo oferece acesso a informações sobre a violência obstétrica, esclarecendo os diferentes aspectos desse problema, identificando sinais de abuso e promovendo compreensão mais profunda dos direitos das mulheres nesse contexto.

2. Informações Legais e Direitos: uma seção exclusiva fornece orientações sobre os direitos legais das mulheres quando submetidas a cuidados obstétricos. Além disso, o aplicativo disponibiliza recursos para buscar assistência jurídica em casos de violência obstétrica.

3. Mecanismo de Denúncia: o aplicativo capacita vítimas e testemunhas a denunciarem incidentes de violência obstétrica anonimamente, contribuindo para a coleta de dados e a monitorização da situação. Isso cria oportunidades para identificar padrões e pressionar por mudanças sistêmicas.

4. Integração com *Visual Studio Code*: o aplicativo foi desenvolvido, utilizando o *Visual Studio Code* como editor de código principal; o que permite o contínuo desenvolvimento e aprimoramento da aplicação.

5.Framework IONIC e Apache Cordova: o aplicativo foi construído com o framework IONIC. A integração com o Apache Cordova otimiza a compatibilidade para dispositivos Android.

5.2 O APLICATIVO MÓVEL – VOZ (VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ZERO)

O aplicativo móvel foi desenvolvido em resposta aos resultados encontrados na pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: Violência obstétrica na percepção das puérperas usuárias do serviço de saúde. Trata-se de ferramenta dedicada à orientação, com vistas à conscientização que poderá facilitar a denúncia de situações que firam os direitos das mulheres durante o processo gestacional, de assistência ao parto e cuidado perinatal.

O objetivo do referido objeto de aprendizagem é contribuir para a prevenção e eliminação da violência obstétrica, garantindo uma experiência respeitosa de parto, digna e baseada nos direitos das mulheres, orientando e fornecendo informações claras e abrangentes sobre o conceito de violência obstétrica, seus diferentes tipos e exemplos concretos de práticas inadequadas durante o processo de assistência ao parto e cuidado perinatal, promovendo a conscientização e sensibilizando as usuárias sobre a gravidade da violência obstétrica; destacando seus impactos físicos, emocionais e psicológicos nas mulheres, bem como a importância de garantir assistência humanizada, respeitosa e facilitando a denúncia através de orientações e diretrizes sobre como agir em situações de violência obstétrica, apresentando canais de comunicação e órgãos competentes para receber e investigar denúncias.

O nome escolhido para o aplicativo móvel, "VOZ: Violência Obstétrica Zero", pauta-se na ênfase assumida como missão do aplicativo, que é abordar a prevenção, disseminação de informações e a promoção de denúncias relacionadas à violência obstétrica. O termo "VOZ" vai além do seu significado literal, representando um espaço simbólico de empoderamento e validação das vozes das mulheres que enfrentam essa questão. Ele simboliza a capacidade de expressão e o direito de falar sobre experiências traumáticas e desrespeitosas. Dessa forma, o nome "VOZ" encapsula a essência do aplicativo como um refúgio para as vozes

silenciadas, além de sublinhar o compromisso com a erradicação da violência obstétrica por meio de informação, apoio e conscientização.

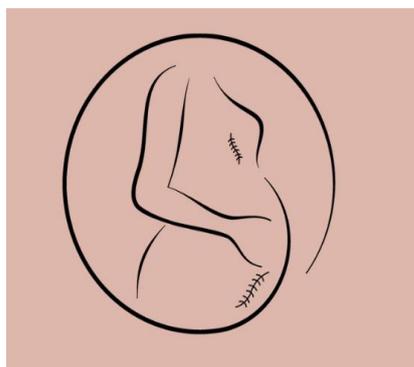
Tela 1: Logotipo VOZ



Fonte: Autoras (2023)

O logotipo do aplicativo "VOZ - Violência Obstétrica Zero" é uma representação poderosa e simbólica das experiências traumáticas e violências sofridas por mulheres ao longo dos anos, durante o processo de gestação e parto. A imagem central do logotipo é a figura de uma gestante, que se destaca em um tom de cor que denota a serenidade e a vitalidade da vida. (Tela 2). No entanto, essa gestante é retratada de forma a transmitir não apenas a maternidade, mas também as cicatrizes emocionais e físicas que resultaram das violências obstétricas.

Tela 2: Ilustração da gestante representada no logotipo.



Fonte: Autoras (2023)

A gestante no logotipo apresenta duas cicatrizes distintas: uma na região do abdômen, representando uma cesariana; e outra no peito, simbolizando as cicatrizes emocionais e psíquicas resultantes das violências obstétricas vivenciadas pelas

mulheres. A presença dessas cicatrizes destaca a dor profunda e duradoura que muitas mulheres enfrentam não apenas no corpo, mas também em sua saúde mental devido a experiências traumáticas durante a gravidez e o parto. (Tela 2)

A escolha de incluir as cicatrizes como parte integrante do logotipo é uma maneira visualmente impactante de transmitir a mensagem central do aplicativo: a luta contra a violência obstétrica e a busca por uma gravidez e um parto respeitosos, empáticos e livres de abusos. As cicatrizes também representam a resiliência das mulheres, pois apesar das dificuldades enfrentadas, elas continuam a se mover em direção à cura e ao empoderamento.

Tela 3: Ilustração da forma gráfica na escrita do logotipo



Fonte: Autoras (2023)

A letra "V" no aplicativo "VOZ" é muito mais do que uma simples forma gráfica (Tela 3). Ela representa um laço que transcende sua aparência visual e se conecta a campanhas de conscientização relevantes, reforçando a importância da atenção e engajamento de todos na causa da prevenção da violência obstétrica.

O laço "V" também é um chamado à ação, incentivando todos os indivíduos a se envolverem ativamente na causa. Ele serve como um lembrete visual constante de que cada pessoa tem um papel a desempenhar na prevenção da violência obstétrica. Isso pode envolver não apenas as mulheres grávidas e suas famílias, mas também profissionais de saúde, legisladores, organizações não-governamentais, e a sociedade em geral. Através da conscientização e do engajamento coletivo, é possível pressionar por mudanças significativas no sistema de saúde, nas políticas públicas e nas atitudes culturais que contribuem para a violência obstétrica.

O logotipo do aplicativo "VOZ - Violência Obstétrica Zero" não é apenas um símbolo visual, mas também uma expressão poderosa do compromisso de erradicar

a violência obstétrica, promover a conscientização sobre as consequências emocionais dessas experiências e fornecer apoio às mulheres que passaram por essas situações. Ele incorpora a mensagem de que a voz das mulheres é fundamental para a mudança e que juntas podem trabalhar em direção a um futuro em que a maternidade seja uma jornada respeitosa e capacitadora e representa a crença de que, ao unir esforços e ampliar as vozes, é possível criar um ambiente mais seguro, respeitoso e empoderador para as mulheres durante a gravidez e o parto.

5.3 DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDO DO APLICATIVO MÓVEL

O aplicativo móvel VOZ (Violência Obstétrica Zero) é uma ferramenta que visa conscientizar, informar e combater a violência obstétrica, um grave problema enfrentado por mulheres durante o processo de assistência ao parto e cuidado perinatal. Desenvolvido com o propósito de empoderar as mulheres e oferecer suporte diante dessa realidade o aplicativo é composto por oito tópicos principais, cada um deles abordando aspectos específicos da violência obstétrica. Cada tópico é dividido em 35 subtópicos que exploram detalhadamente os conteúdos relacionados a esse tópico. Seguem relacionados os tópicos e subtópicos:

Tópico 1: O que é

- Subtópico 1.1: O que é violência obstétrica

Tópico 2: Tipos de VO

- Subtópico 2.1: Violência física
- Subtópico 2.2: Violência psicológica
- Subtópico 2.3: Violência verbal
- Subtópico 2.4: Violência moral
- Subtópico 2.5: Violência institucional
- Subtópico 2.6: Violência de negligência
- Subtópico 2.7: Constrangimento e Humilhações, contendo os seguintes

subitens:

- 2.7.1: Formas de Constrangimento e Humilhações

- 2.7.2: Comentários depreciativos
- 2.7.3: Exposição desnecessária
- 2.7.4: Falta de respeito às escolhas da mulher
- 2.7.5: Comunicação agressiva

Tópico 3: Quem comete

- Subtópico 3.1: Profissionais de Saúde
- Subtópico 3.2: Equipe Hospitalar
- Subtópico 3.3: Sistema de Saúde

Tópico 4: Meus direitos:

- Subtópico 4.1: Lei do Vínculo à Maternidade
- Subtópico 4.2: Lei do Direito ao Acompanhante
- Subtópico 4.3: Liberdade de Escolha do Acompanhante
- Subtópico 4.4: Informação sobre o Estado de Saúde
- Subtópico 4.5: Distinção entre Doula e Acompanhante

Tópico 5: Exemplos de violência

- Subtópico 5.1: Episiotomia Desnecessária
- Subtópico 5.2: Cesariana Desnecessária
- Subtópico 5.3: Restrição de Movimentos
- Subtópico 5.4: Falta de Alívio da Dor Adequado
- Subtópico 5.5: Manuseio Brusco do Recém-Nascido
- Subtópico 5.6: Separação Precoce Mãe-Bebê
- Subtópico 5.7: Falta de Privacidade e Intimidade
- Subtópico 5.8: Comunicação Desrespeitosa
- Subtópico 5.9: Manobra de Kristeller

Tópico 6: Como me prevenir

- Subtópico 6.1: Visite a maternidade
- Subtópico 6.2: Protocole o plano de parto
- Subtópico 6.3: Tenha um acompanhante

Tópico 7: Como Denunciar

- Subtópico 7.1: Ouvidorias e Canais de Atendimento
- Subtópico 7.2: Agências Reguladoras e Órgãos de Fiscalização
- Subtópico 7.3: Ministério Público e Defensoria Pública
- Subtópico 7.4: Ouvidoria do SUS
- Subtópico 7.5: Conselho Regional de Medicina (CRM)
- Subtópico 7.6: Conselho Regional de Enfermagem (Coren)

Tópico 8: Avaliar Instituição

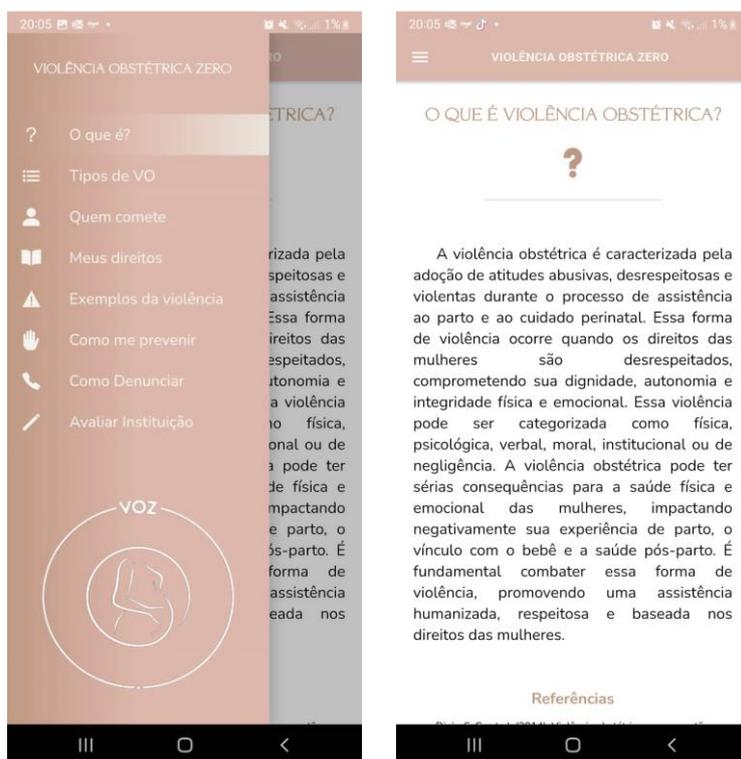
- Subtópico 8.1: Ferramenta para Avaliar Instituições de Saúde ou Registro de Denúncias de Violência Obstétrica

A seguir a exposição completa dos conteúdos e as telas correspondentes de cada tópico supracitado:

O QUE É A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

A violência obstétrica é uma realidade dolorosa enfrentada por muitas mulheres durante o processo de parto e assistência perinatal. Para compreender e combater esse problema, é crucial definir e categorizar os tipos de violência obstétrica, a fim de garantir o respeito aos direitos das mulheres (NERY, 2022)

Telas 4 e 5: Menu inicial com todos os tópicos descritos que direcionam aos assuntos conforme selecionados e Tela correspondente a descrição do Tópico O que é violência obstétrica. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária terá acesso a uma explicação abrangente sobre o que é a violência obstétrica, suas categorias (física, psicológica, verbal, moral, institucional e de negligência) e as suas sérias consequências para a saúde física e emocional das mulheres. Como consta a seguir:

A violência obstétrica é caracterizada pela adoção de atitudes abusivas, desrespeitosas e violentas durante o processo de assistência ao parto e ao cuidado perinatal. Essa forma de violência ocorre quando os direitos das mulheres são desrespeitados, comprometendo sua dignidade, autonomia e integridade física e emocional.

Essa violência pode ser categorizada como física, psicológica, verbal, moral, institucional ou de negligência.

A violência obstétrica pode ter sérias consequências para a saúde física e emocional das mulheres, impactando negativamente sua experiência de parto, o vínculo com o bebê e a saúde pós-parto. É fundamental combater essa forma de violência, promovendo uma assistência humanizada, respeitosa e baseada nos direitos das mulheres.

TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica se manifesta em diversas formas prejudiciais, incluindo agressões físicas, tratamento psicológico abusivo, comunicação verbal ofensiva, imposição de valores pessoais, desrespeito institucional e negligência nos cuidados. Essas formas variadas de violência têm o potencial de causar danos físicos e emocionais significativos, destacando a importância de combater ativamente essas práticas e promover um ambiente de assistência perinatal respeitoso e empático (JARDIM, 2019).

Tela 6: Descrição do tópico Tipos de violência obstétrica. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária do aplicativo poderá entrar em contato com os diferentes tipos de violência obstétrica, como a violência física, psicológica, verbal,

moral, institucional e de negligência. Nesse momento o conteúdo é detalhadamente explicado, fornecendo exemplos para uma compreensão mais completa.

A violência obstétrica pode se manifestar de diferentes formas, sendo importante destacar algumas delas:

1. Violência física: inclui agressões físicas diretas, como empurrões, tapas, beliscões, uso excessivo de força durante procedimentos e manipulação brusca do corpo da mulher.

2. Violência psicológica: envolve atitudes e comportamentos que causam danos emocionais e psicológicos, como humilhação, ridicularização, intimidação, ameaças, coerção e pressão para a tomada de decisões.

3. Violência verbal: caracteriza-se por palavras ofensivas, xingamentos, insultos, desqualificação da mulher, imposição de medo e desencorajamento.

4. Violência moral: refere-se à imposição de valores e crenças pessoais sobre a mulher, desconsiderando sua autonomia e liberdade de escolha.

5. Violência institucional: diz respeito às práticas e políticas de saúde que desrespeitam os direitos das mulheres, como a negação de informações adequadas, a imposição de procedimentos sem consentimento informado, a restrição do direito de ter um acompanhante presente, entre outros.

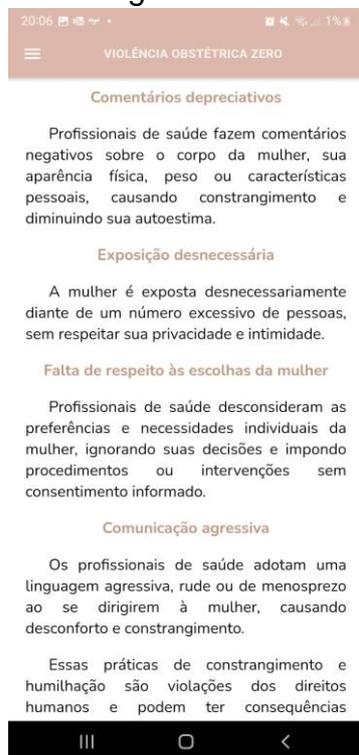
6. Violência obstétrica de negligência: caracteriza-se pela omissão de cuidados adequados e necessários durante o pré-natal, parto e pós-parto, incluindo a falta de monitoramento adequado da saúde da mulher e do bebê, a falta de analgesia para alívio da dor, entre outros.

É importante ressaltar que essas formas de violência obstétrica podem ocorrer isoladamente ou em combinação, causando danos físicos, psicológicos e emocionais às mulheres.

CONSTRANGIMENTO E HUMILHAÇÕES

A experiência de parto deve ser um momento empoderador e respeitoso para todas as mulheres. Infelizmente, o constrangimento e as humilhações frequentemente presentes no ambiente obstétrico podem causar danos emocionais significativos. Explorar essas formas de abuso é fundamental para a promoção da assistência humanizada (ARGENTA, 2020).

Telas 7: Descrição do tópico Tipos de violência obstétrica no subitem Constrangimento e Humilhações. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária entenderá como o constrangimento e as humilhações podem afetar emocionalmente as mulheres durante o parto e assistência perinatal. Exemplos específicos são fornecidos para ilustrar situações que podem ocorrer, juntamente com informações sobre seus impactos negativos. Como apresentado a seguir:

O constrangimento e as humilhações são formas de violência obstétrica que causam danos emocionais e psicológicos às mulheres durante o parto e a assistência perinatal. Essas práticas desrespeitosas e abusivas podem incluir situações como xingamentos, depreciação, ridicularização e menosprezo por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado obstétrico.

Exemplos de constrangimento e humilhações que podem ocorrer durante o parto incluem:

1. Comentários depreciativos: Profissionais de saúde fazem comentários negativos sobre o corpo da mulher, sua aparência física, peso ou características pessoais, causando constrangimento e diminuindo sua autoestima.

2. Exposição desnecessária: A mulher é exposta desnecessariamente diante de um número excessivo de pessoas, sem respeitar sua privacidade e intimidade.

3. Falta de respeito às escolhas da mulher: Profissionais de saúde desconsideram as preferências e necessidades individuais da mulher, ignorando suas decisões e impondo procedimentos ou intervenções sem consentimento informado.

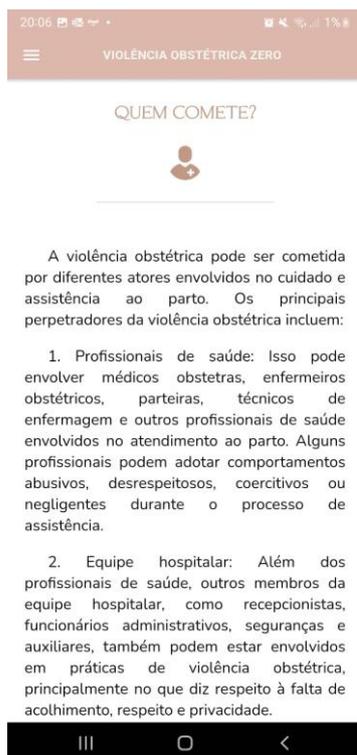
4. Comunicação agressiva: Os profissionais de saúde adotam uma linguagem agressiva, rude ou de menosprezo ao se dirigirem à mulher, causando desconforto e constrangimento.

Essas práticas de constrangimento e humilhação são violações dos direitos humanos e podem ter consequências negativas no bem-estar emocional e mental das mulheres, afetando sua experiência de parto e pós-parto. É fundamental combater essas formas de violência obstétrica, promovendo uma assistência humanizada e respeitosa, baseada no respeito aos direitos das mulheres e na autonomia de suas escolhas.

QUEM COMETE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Identificar os atores envolvidos na perpetuação da violência obstétrica é essencial para a sua prevenção e combate. Profissionais de saúde, membros da equipe hospitalar e até mesmo o próprio sistema de saúde têm papéis a desempenhar nessa questão complexa (MENTOR, 2021).

Tela 8: Descrição do Tópico Quem Comete a violência obstétrica. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária conhecerá os principais perpetradores da violência obstétrica, incluindo profissionais de saúde, equipe hospitalar e o próprio sistema de saúde. Lembrando de que a violência obstétrica não é cometida por todos os profissionais de saúde, mas é crucial abordar essa questão para garantir um ambiente respeitoso e seguro. Descrito a seguir:

A violência obstétrica pode ser cometida por diferentes atores envolvidos no cuidado e assistência ao parto. Os principais perpetradores da violência obstétrica incluem:

1. Profissionais de saúde: Isso pode envolver médicos obstetras, enfermeiros obstétricos, parteiras, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao parto. Alguns profissionais podem adotar comportamentos abusivos, desrespeitosos, coercitivos ou negligentes durante o processo de assistência.

2. Equipe hospitalar: Além dos profissionais de saúde, outros membros da equipe hospitalar, como recepcionistas, funcionários administrativos, seguranças e auxiliares, também podem estar envolvidos em práticas de violência obstétrica, principalmente no que diz respeito à falta de acolhimento, respeito e privacidade.

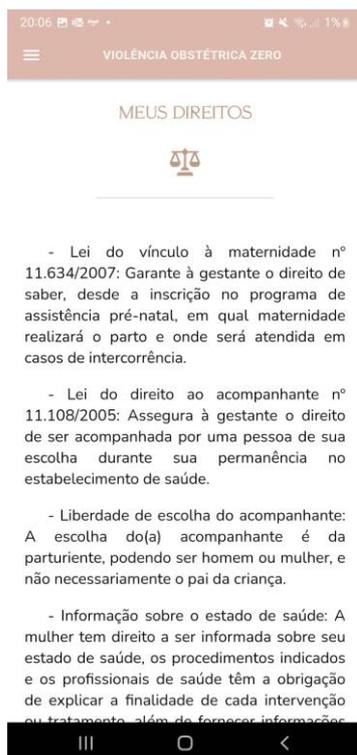
3. Sistema de saúde: As próprias estruturas e políticas de saúde podem contribuir para a ocorrência de violência obstétrica. Isso inclui a falta de protocolos claros, falta de treinamento adequado para os profissionais de saúde, sobrecarga de trabalho, falta de recursos e equipamentos adequados, entre outros fatores institucionais.

É fundamental lembrar que nem todos os profissionais de saúde cometem violência obstétrica e que muitos trabalham diariamente para promover uma assistência respeitosa e baseada em evidências. No entanto, é necessário combater ativamente a violência obstétrica por meio da conscientização, da capacitação dos profissionais de saúde e da implementação de políticas e práticas que garantam o respeito aos direitos das mulheres durante o parto e nascimento.

MEUS DIREITOS

Os direitos das mulheres durante o parto e a assistência perinatal são essenciais para garantir uma experiência respeitosa e humanizada. Leis e regulamentos têm sido estabelecidos para proteger a autonomia, a privacidade e a escolha das mulheres nesse processo (PICKLER, 2022).

Tela 9: Descrição do Tópico Meus Direitos. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária encontrará informações sobre os direitos das mulheres durante o parto, incluindo leis que asseguram o direito ao vínculo à maternidade, direito ao acompanhante, liberdade de escolha do acompanhante e informações sobre o estado de saúde. Como descrito a seguir:

- Lei do vínculo à maternidade nº 11.634/2007: Garante à gestante o direito de saber, desde a inscrição no programa de assistência pré-natal, em qual maternidade realizará o parto e onde será atendida em casos de intercorrência.

- Lei do direito ao acompanhante nº 11.108/2005: Assegura à gestante o direito de ser acompanhada por uma pessoa de sua escolha durante sua permanência no estabelecimento de saúde.

- Liberdade de escolha do acompanhante: A escolha do(a) acompanhante é da parturiente, podendo ser homem ou mulher, e não necessariamente o pai da criança.

- Informação sobre o estado de saúde: A mulher tem direito a ser informada sobre seu estado de saúde, os procedimentos indicados e os profissionais de saúde têm a obrigação de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, além de fornecer informações sobre os riscos e as alternativas disponíveis.

- Distinção entre doula e acompanhante: A presença de uma doula, profissional especializada em oferecer suporte emocional e físico durante o parto, é garantida por lei e não se confunde com o(a) acompanhante previsto na lei nº 11.108/2005. A mulher pode ter tanto uma doula quanto uma pessoa de sua livre escolha como acompanhante.

EXEMPLOS DE VIOLÊNCIA

Certos procedimentos realizados durante o parto podem ser considerados formas de violência obstétrica. Conhecer essas práticas inadequadas e entender suas implicações é fundamental para capacitar as mulheres a tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado (RODRIGUES, 2017).

Tela 10: Descrição do Tópico Exemplos de Violência. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária terá acesso a exemplos de procedimentos inadequados e desrespeitosos que podem configurar violência obstétrica. Cada procedimento é detalhadamente descrito e contextualizado, para que ela possa

compreender quando uma intervenção se torna uma violação dos direitos das mulheres. Descrito a seguir:

A violência obstétrica pode ocorrer por meio de uma série de procedimentos inadequados e desrespeitosos durante o parto e a assistência perinatal. Alguns exemplos de procedimentos que podem ser considerados violência obstétrica incluem:

1. Episiotomia desnecessária (pique): Realização da incisão cirúrgica no períneo durante o parto vaginal, sem uma indicação clínica adequada, causando dor, desconforto e aumentando o risco de complicações.

2. Cesariana desnecessária: Realização de uma cesariana sem indicação médica ou sem o consentimento informado da mulher, sujeitando-a a procedimentos cirúrgicos invasivos e riscos desnecessários.

3. Restrição de movimentos durante o trabalho de parto: Impedir a mulher de assumir a posição mais confortável e natural para ela durante o trabalho de parto, prejudicando seu conforto e progresso do parto.

4. Falta de alívio da dor adequado: Negar ou limitar o acesso a métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como analgesia peridural, mesmo quando solicitado pela mulher.

5. Manuseio brusco do recém-nascido: Manipulação excessivamente áspera ou bruta do recém-nascido logo após o parto, causando desconforto e lesões desnecessárias.

6. Separação precoce mãe-bebê: Separar a mãe do recém-nascido imediatamente após o parto, sem uma razão médica justificável, prejudicando o vínculo e a amamentação.

7. Não respeitar a privacidade e a intimidade da mulher: Realizar procedimentos íntimos, como exames vaginais ou suturas, sem garantir a privacidade adequada e sem o consentimento informado da mulher.

8. Comunicação desrespeitosa: Utilizar uma linguagem ofensiva, agressiva ou desrespeitosa ao se dirigir à mulher durante o parto, causando angústia emocional.

9- Manobra de Kristeller: Essa manobra envolve a aplicação de pressão direta no abdômen da mulher durante o trabalho de parto, com o objetivo de auxiliar na expulsão do bebê.

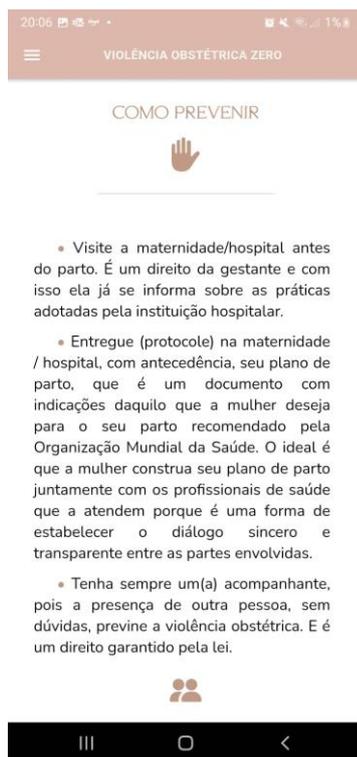
*A manobra de Kristeller não é recomendada pelas principais diretrizes médicas e organizações de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Essas instituições alertam para os riscos associados a essa prática, que incluem danos ao útero, à mãe e ao bebê, como fraturas ósseas e lesões graves.

É importante ressaltar que a interpretação de um procedimento como violência obstétrica pode depender do contexto, do consentimento informado e da individualidade da mulher. O respeito aos direitos das mulheres, à autonomia e à dignidade é essencial para evitar práticas de violência obstétrica e promover uma assistência perinatal humanizada.

COMO ME PREVENIR?

Prevenir a violência obstétrica é essencial para assegurar uma experiência de parto respeitosa e segura para as mulheres. Conhecer a maternidade escolhida, ter a presença de um acompanhante de confiança e elaborar um plano de parto são medidas preventivas fundamentais. Além de salvaguardar a saúde física e emocional das gestantes, tais práticas fortalecem a relação entre pacientes e profissionais de saúde, fomentando o vínculo mãe-bebê, o bem-estar psicológico das mulheres e a equidade de direitos (CARDOSO et al., 2023).

Tela 11: Descrição do Tópico Como me Prevenir de situações que configuram violência obstétrica. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Essa seção orienta as usuárias como prevenir a violência obstétrica e capacita as mulheres a defenderem seus direitos durante o parto, assegurando tratamento respeitoso. Descritos a seguir:

1. Visite a maternidade/hospital antes do parto. É um direito da gestante e com isso ela já se informa sobre as práticas adotadas pela instituição hospitalar.

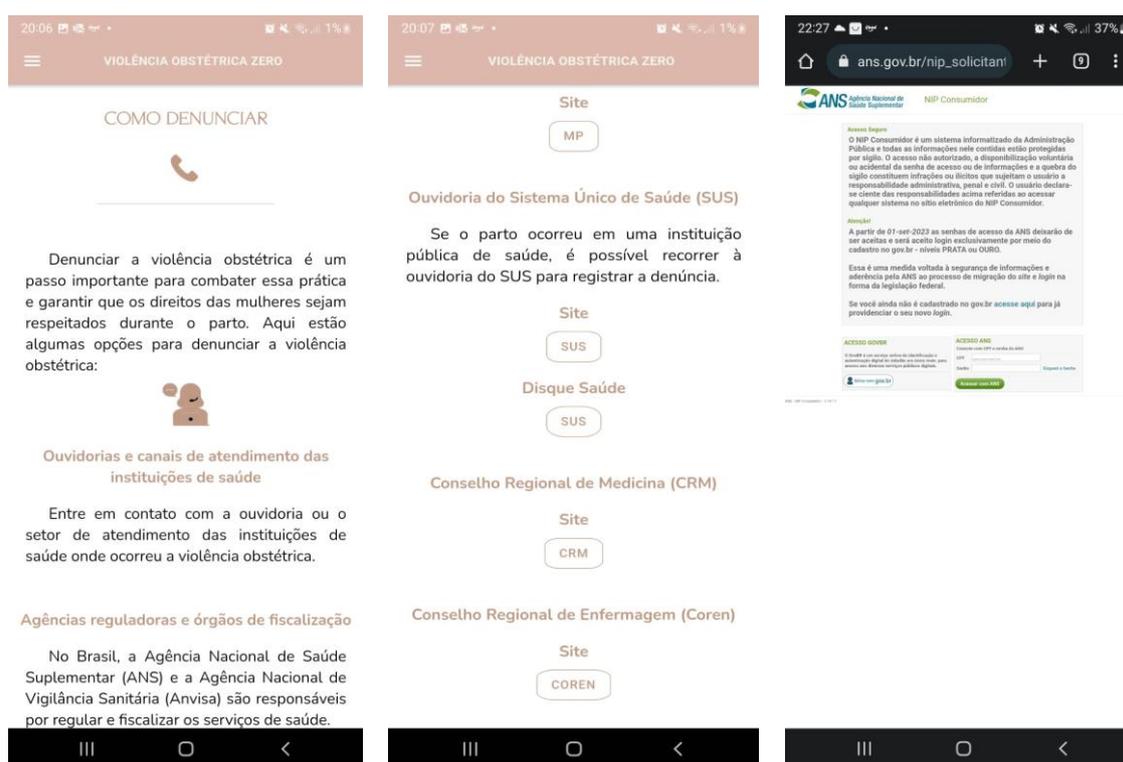
2. Entregue (protocole) na maternidade / hospital, com antecedência, seu plano de parto, que é u documento com indicações daquilo que a mulher deseja para o seu parto recomendado pela Organização Mundial da Saúde. O ideal é que a mulher construa seu plano de parto juntamente com os profissionais de saúde que a atendem porque é uma forma de estabelecer diálogo sincero e transparente entre as partes envolvidas.

3.Tenha sempre um(a) acompanhante, pois a presença de outra pessoa, sem dúvidas, previne a violência obstétrica. E é um direito garantido pela lei.

COMO DENUNCIAR

Denunciar a violência obstétrica é um passo crucial para responsabilizar os perpetradores e promover mudanças positivas no sistema de saúde. Conhecer as opções e os canais disponíveis para denunciar é vital para garantir que as vozes das mulheres sejam ouvidas (ARSIE, 2016).

Telas 12, 13 e 14: Descrição do Tópico Como denunciar a violência Obstétrica demonstrando o direcionamento automático a partir de um canal escolhido para denúncia. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Nesta seção, a usuária aprenderá como denunciar situações de violência obstétrica. São fornecidos passos práticos e informações sobre onde e como apresentar sua denúncia em diferentes contextos, como instituições de saúde, agências reguladoras e órgãos públicos. Descritos a seguir com os links anexados em cada canal correspondente:

Denunciar a violência obstétrica é um passo importante para combater essa prática e garantir que os direitos das mulheres sejam respeitados durante o parto. Aqui estão algumas opções para denunciar a violência obstétrica:

1. Ouvidorias e canais de atendimento das instituições de saúde: Entre em contato com a ouvidoria ou o setor de atendimento das instituições de saúde onde ocorreu a violência obstétrica.

2. Agências reguladoras e órgãos de fiscalização: No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são responsáveis por regular e fiscalizar os serviços de saúde.

- https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/canais-de-atendimento-ao-consumidor
- https://www.ans.gov.br/nip_solicitante/ (planos de saúde)
- Disque ANS 08007019656

3. Ministério Público e Defensoria Pública: Caso a denúncia não seja adequadamente tratada pelas instituições de saúde, é possível procurar o Ministério Público ou a Defensoria Pública para relatar o ocorrido. Esses órgãos podem tomar medidas legais para responsabilizar os envolvidos na violência obstétrica e buscar reparação para as mulheres afetadas.

- <https://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/corregedoria/reclamacoes-e-denuncias/como-formular-uma-denuncia>

4. Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS): Se o parto ocorreu em uma instituição pública de saúde, é possível recorrer à ouvidoria do SUS para registrar a denúncia.

- https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/canais-de-atendimento-ao-consumidor
- Disque Saúde: 136

5. Conselho Regional de Medicina (CRM)

- www.portalmedico.org.br.

Conselho Regional de Enfermagem (Coren)

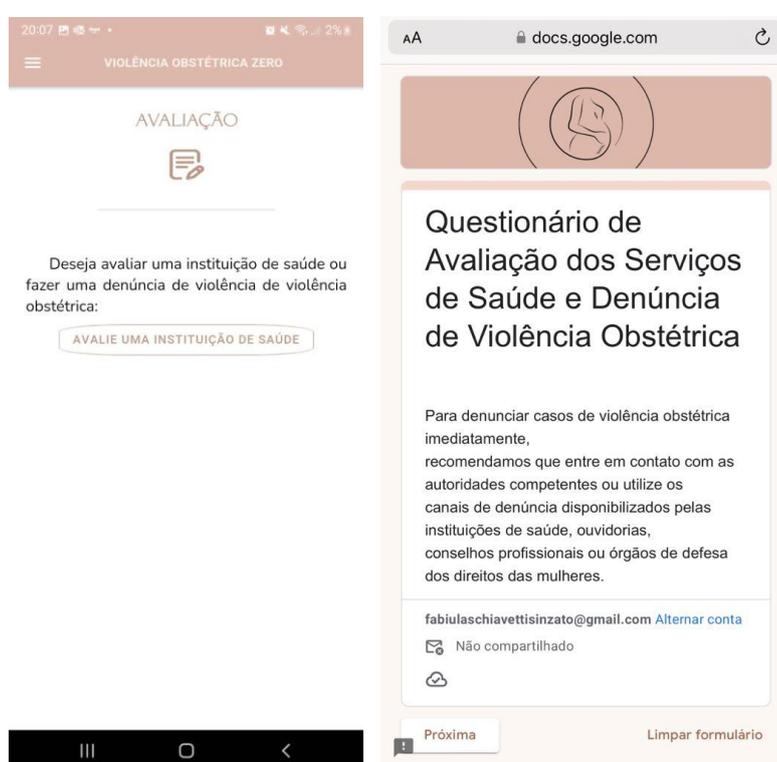
- <https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-sp/>

É importante documentar todas as informações relevantes sobre a violência obstétrica, como relatos, testemunhas, fotos ou vídeos, caso estejam disponíveis. Isso pode fortalecer sua denúncia e ajudar nas investigações.

AVALIAR INSTITUIÇÃO

A capacidade de avaliar e denunciar instituições de saúde é uma ferramenta poderosa para promover a responsabilização e incentivar a prestação de serviços de qualidade. Ao compartilhar experiências e denúncias, as mulheres podem contribuir para uma assistência mais respeitosa e empática (OLIVEIRA, 2022).

Telas 15 e 16: Descrição do Tópico Avaliar Instituição que direciona automaticamente para um questionário no *google forms*. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Autoras (2023)

Por meio de um link, a usuária poderá avaliar uma instituição de saúde na cidade de Ribeirão Preto - SP ou fazer uma denúncia específica de violência obstétrica. A seguir o link de direcionamento abrangendo o conteúdo do questionário (APENDICE E):

Deseja avaliar uma instituição de saúde ou fazer uma denúncia de violência de violência obstétrica:

<https://forms.gle/Xa5LKEQUUtJuEkir>

5.4 INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO APLICATIVO MÓVEL

A validação de um instrumento para um aplicativo móvel sobre violência obstétrica é um processo fundamental para garantir sua eficácia e impacto na conscientização e prevenção dessa forma de violência. Nesse sentido, é relevante embasar esse processo em estudos científicos que abordam a validação de instrumentos similares e a avaliação do impacto de aplicativos móveis na área da saúde.

A validação de conteúdo do instrumento pode ser realizada por meio de revisão por pares ou comitês de especialistas, que analisam a precisão e relevância das informações apresentadas. No estudo Lima (2020), pesquisadores validaram um instrumento sobre violência obstétrica, utilizando um processo de validação de conteúdo com especialistas na área.

A etapa de testes de usabilidade do aplicativo é essencial para garantir sua eficiência e facilidade de uso. Silva (2021), destaca a importância dos testes de usabilidade em aplicativos de saúde, visando identificar problemas de navegação, clareza de informações e funcionalidades. Dessa forma, é recomendado realizar testes com usuários reais para obter *feedback* e aprimorar o aplicativo.

Para avaliar o impacto do aplicativo na conscientização e prevenção da violência obstétrica, é relevante realizar avaliações antes e depois do uso, utilizando questionários que abordem o aumento do conhecimento sobre a violência obstétrica, a capacidade de identificar situações de violência e o aumento das denúncias. Silva (2021), enfatiza a importância de avaliações de impacto em aplicativos de saúde, destacando seu potencial para promover mudanças positivas no comportamento e conhecimento dos usuários.

A coleta de dados quantitativos e qualitativos por meio do instrumento de validação é crucial para compreender o perfil dos usuários e obter *insights* sobre suas necessidades e experiências. Lima (2020), enfatizam a importância da coleta de dados quantitativos para compreender o perfil dos usuários do aplicativo, enquanto Oliveira (2018), destaca a relevância da coleta de dados qualitativos para obter depoimentos e experiências dos usuários em relação à violência obstétrica.

A validação do aplicativo seguiu as seguintes etapas:

1. Definição dos critérios de validação: facilidade de uso, interface amigável, recursos de interatividade, confidencialidade dos dados, entre outros.
2. Seleção de especialistas: eles serão responsáveis por avaliar o aplicativo e fornecer feedback especializado.
3. Coleta de dados: questionários padronizados, escalas de avaliação para coletar dados sobre a usabilidade, eficácia e relevância do aplicativo.
4. Análise dos resultados: com base nos dados coletados, os resultados devem ser analisados e interpretados.
5. Revisão e aprimoramento do aplicativo: com base nos resultados da validação, implementação e ajuste das melhorias necessárias.

Ao seguir essas etapas, é possível obter um instrumento de validação robusto para um aplicativo móvel sobre violência obstétrica. É importante ressaltar que esse processo deve ser contínuo, com avaliações periódicas do aplicativo à medida que novas atualizações são implementadas e novas informações surgem na área da violência obstétrica.

Para validação do conteúdo do aplicativo móvel, o instrumento de coleta de dados foi enviado à apreciação de banca avaliadora, composta por 4 enfermeiros com titulação de especialistas em obstetrícia e experientes na área de assistência ao parto e a saúde da mulher e 1 médica residente em ginecologia e obstetrícia, além de 5 mulheres não especialistas em saúde da mulher sendo 1 dentista, 1 psicóloga, 1 pedagoga, 1 administradora de empresas e 1 profissional da área do marketing. Os juízes foram convidados a avaliar as questões em um primeiro momento por e-mail, para posteriormente, no caso de aceitarem, o instrumento ser encaminhado.

Após o aceite dos juízes, foram encaminhados o link do aplicativo e o questionário de validação do aplicativo móvel. O aplicativo móvel está atualmente disponível apenas para dispositivos Android, não sendo compatível com dispositivos Apple, como iPhones e iPads, devido a algumas limitações técnicas e de desenvolvimento. No entanto, para garantir que os juízes pudessem avaliar os recursos e benefícios do aplicativo, foi encaminhado um vídeo detalhado demonstrando como utilizar as funcionalidades e a interface do aplicativo.

Para essa finalidade, um instrumento de validação foi desenvolvido, composto por 15 questões com opções de respostas afirmativa e negativas (SIM e NÃO),

distribuídas em três partes distintas. Cada parte foca em aspectos específicos da avaliação, garantindo uma análise abrangente e detalhada.

A primeira parte do instrumento concentra-se na validação do conteúdo fornecido pelo aplicativo. Três questões-chave foram formuladas para determinar a clareza, relevância e base científica do conteúdo:

a) Os conceitos e informações sobre violência obstétrica são abordados de forma clara e compreensível? () sim () não

b) O aplicativo oferece orientações adequadas sobre os direitos das mulheres durante o parto? () sim () não

c) O conteúdo é baseado em evidências científicas e atualizado? () sim () não

Essas questões fornecem *insights* vitais sobre a qualidade e a precisão do conteúdo do aplicativo, assegurando que informações claras, orientações corretas e fundamentos científicos adequados estejam presentes. Nesta etapa 100% das avaliações dos juízes foram indicadas com satisfatórias, destacando o compromisso em fornecer informações corretas e pertinentes aos usuários.

A segunda parte do instrumento avalia a usabilidade do aplicativo, considerando a linguagem empregada, a facilidade de navegação e o design geral:

a) A linguagem utilizada é acessível e compreensível para diferentes públicos? () sim () não

b) A navegação e o design do aplicativo são intuitivos e facilitam o acesso às informações? () sim () não

c) Os recursos multimídia (imagens, vídeos, infográficos) contribuem para a compreensão do conteúdo? () sim () não

Essa seção destaca a importância de uma experiência de usuário amigável, assegurando que a linguagem seja acessível, a navegação seja intuitiva e os recursos multimídia enriqueçam a compreensão do conteúdo. Nesta etapa as avaliações dos juízes foram 100% afirmativas, reforçando a credibilidade do aplicativo, transmitindo informações confiáveis e alinhadas com os avanços contínuos na área.

A terceira e última parte do instrumento visa medir o impacto do conteúdo do aplicativo:

a) Houve um aumento do conhecimento sobre violência obstétrica após o uso do aplicativo? () sim () não

b) Os usuários conseguiram identificar situações de violência obstétrica com mais facilidade após o uso do aplicativo? () sim () não

c) O aplicativo influenciou positivamente a tomada de decisões informadas sobre o parto e o enfrentamento da violência obstétrica? () sim () não.
Nesta etapa, 100% das avaliações foram julgadas igualmente satisfatórias.

Essas questões, divididas em três partes, formam um instrumento abrangente que avalia a qualidade, usabilidade e impacto do aplicativo móvel. Essa abordagem estruturada fornece informações para aprimorar ainda mais a experiência do usuário e maximizar o potencial de conscientização e empoderamento oferecido pelo aplicativo. As respostas satisfatórias em todas as áreas avaliadas reforçam a qualidade e a confiabilidade do aplicativo.

Com base nos resultados da validação, a implementação e os ajustes das melhorias não foram necessárias. No entanto, é importante reconhecer que a validação de conteúdo é apenas o começo. Testes com usuários reais e um compromisso contínuo com melhorias são essenciais para garantir que o aplicativo alcance todo o seu potencial como ferramenta de impacto na conscientização e empoderamento das usuárias

REFERÊNCIAS

- ARGENTA, P. S. **Violência obstétrica sob a perspectiva da violência de gênero**. 2020. 95 f. Monografia (Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais). Curso de Direito, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2020.
- ARSIE, J. G. et al. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher**. 2016. 96f. Monografia (Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais) Centro de Ciências Jurídicas Curso de Direito. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2016.
- AYRES, C. D. et al. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, University of Porto, Portugal., v. 131, n. 1, p. 13-24, 2015.
- BEZERRA, E. O. et al. Aspectos da violência obstétrica institucionalizada. **Enferm Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 6, p. 157-164, 2020.
- BRÜGGEMANN, O. M. et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, p. 432-438, 2013.
- JARDIM, D. M. B. et al. **O cotidiano sublinhado pela violência obstétrica na formação de médicos e enfermeiros residentes em obstetrícia**. 2019. Tese Doutorado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz Instituto René Rachou, 2019.
- LIMA, C. J. M. et al. Desenvolvimento e Validação de um Aplicativo Móvel para o Ensino de Eletrocardiograma. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, DF, v. 43, p. 157-165, 2020.
- MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018.
- MENTOR, G. F. R. **A construção do conceito de violência obstétrica enquanto violência de gênero e os mecanismos jurídicos de proteção às mulheres parturientes**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.
- NERY, L. A. R. **As interfaces no enfrentamento da violência obstétrica: descortinando a realidade**. 2022. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília. Brasília, 2022.
- OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **RDBCI:**

Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 234-245, 2017.

OLIVEIRA, C. A. C. A. et al. Violência obstétrica: a perspectiva da enfermagem em defesa dos direitos da mulher (Enfermagem). **Repositório Institucional**, Curitiba, PR, v. 6, n. 1, 2023.

OLIVEIRA, E. H. S. A. et al. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um hospital público de Feira de Santana-Bahia**. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

PICKLER, E.; CORDAZZO, K. **O direito das parturientes face à violência obstétrica: uma análise sob a ótica da pandemia de covid-19**. Covid-19: crise sanitária e crise de direitos-volume 2: perspectivas jurídicas sobre a pandemia no Brasil-México-Colômbia. p. 83, 2022.

RODRIGUES, M. S. **Humanização no processo de parto nascimento: implicações do plano de parto**. 2017.102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Minas Gerais, 2017.

SILVA, L. V. F. et al. Usabilidade de aplicativo móvel em saúde: uma revisão bibliométrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, SP, v. 13, n. 4, p. e6676-e6676, 2021

SILVA, M. Z. N. et al. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 38, p. 805-816, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. World Health Organization, 2014.

PRODUTO 2

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

FABIULA SCHIAVETTI SINZATO

PRODUTO 2 - RELATÓRIO DE PESQUISA CIENTÍFICA

RIBEIRÃO PRETO
2023

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

RELATÓRIO DA PESQUISA CIENTÍFICA

Título da Pesquisa: Violência obstétrica na percepção das puérperas usuárias do serviço de saúde
Pesquisadora Responsável: Fabiula Schiavetti Sinzato
Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
Co- Orientadora: Profa. Dra. Lilian Sheila de Melo Pereira do Carmo
Local do Estudo: Maternidade Cidinha Bonini – Hospital Electro Bonini

1 INTRODUÇÃO

Este relatório tem o objetivo de apresentar ao Hospital Electro Bonini o resultado da pesquisa intitulada “Violência obstétrica na percepção das puérperas usuárias do serviço de saúde”, realizada pela pesquisadora e enfermeira obstétrica Fabiula Schiavetti Sinzato.

Trata-se de estudo que teve como objetivo analisar a percepção de mulheres no período puerperal imediato sobre a violência obstétrica, com foco nas experiências vivenciadas durante o processo gestacional e parturitivo.

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência, consistiu em 51 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. As características das participantes foram obtidas por meio de um questionário pré-formulado. O estudo contemplou duas etapas: Etapa I –A primeira fase consistiu em uma revisão da literatura, onde foram analisados estudos relacionados à violência obstétrica. Etapa II- A etapa subsequente, foi conduzida na Maternidade Cidinha Bonini, envolvendo puérperas usuárias da rede pública com gestações de baixo e médio risco.

1.1 JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica pela crescente necessidade de abordar a questão dos cuidados prestados às gestantes e parturientes em ambientes hospitalares, visando reduzir a ocorrência de violências obstétricas e institucionais que afetam as mulheres dentro das instituições de saúde. Diante da escassez de recursos que

orientem as mulheres ao longo do processo de parto, a pesquisa busca lançar mão de instrumentos que empoderem as gestantes a reconhecer e se proteger de situações que possam infringir seus direitos sexuais e reprodutivos.

1.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A problemática da violência obstétrica, que impacta negativamente as mulheres durante o parto, tem sido objeto de investigação focada nas equipes de saúde. Pesquisas têm identificado que as atitudes e práticas dessas equipes estão intrinsicamente relacionadas a essa forma de violência, resultando em experiências desfavoráveis para as mulheres. A violência obstétrica engloba agressões psicológicas e físicas, como a manipulação injustificada do corpo da mulher, gerando sentimentos de negligência (ZORZAM, 2013; ZANARDO, 2017).

Essa problemática persiste na América Latina há décadas e é exacerbada pela falta de informação adequada e pelo receio de questionar procedimentos. No Brasil, por exemplo, aproximadamente 25% das mulheres submetidas a partos normais relatam ter sofrido violência ou abuso durante o processo, incluindo carência de informações claras, ausência de consentimento informado e ocorrência de violência verbal (RATTENER, 2009; PASCHE et al., 2010).

As equipes de saúde desempenham um papel crucial no combate e prevenção da violência obstétrica. A adoção de uma abordagem marcada por respeito, empatia e conhecimento informado tem o potencial de reduzir a incidência dessa violência e promover um ambiente de assistência obstétrica humanizada. A capacitação adequada dos profissionais de saúde, aliada à adoção de diretrizes clínicas baseadas em evidências, é fundamental para garantir um cuidado seguro e respeitoso (NAGAHAMA; SANTIAGO 2005).

Em face do aumento alarmante das taxas de cesáreas e intervenções médicas durante o parto, a busca pela humanização torna-se imperativa. Reconhecer o parto como um processo natural e adotar uma abordagem centrada na mulher são estratégias que podem contribuir significativamente para a redução da violência obstétrica. Investir na constante capacitação das equipes de saúde é essencial para fornecer assistência de qualidade no contexto do parto, pós-parto e

gestação, visando a mitigação das violências físicas e psicológicas enfrentadas pelas mulheres (ZORZAM, 2013; ZANARDO, 2017).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tratou-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública em Ribeirão Preto, a Maternidade Cidinha Bonini do Hospital Electro Bonini (HEB) da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. Optou-se por fazer uma revisão da literatura para identificar os estudos que contemplassem a violência obstétrica na atualidade. Foram selecionados 32 artigos relevantes entre 321, que abordavam a evolução da assistência ao trabalho de parto e situações de violência obstétrica. Na segunda parte do estudo foi desenvolvido um instrumento de pesquisa que pudesse avaliar a percepção de mulheres no período puerperal imediato a respeito da violência obstétrica nas unidades de saúde.

O estudo abrangeu mulheres em puerpério imediato, maiores de 18 anos, internadas na Maternidade Cidinha Bonini, que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Exclusões ocorreram para as mulheres de serviços particulares e conveniados, assim como as que recusaram assinar o TCLE.

Quanto à coleta de dados (APÊNDICE B), utilizou-se um questionário previamente elaborado pelas pesquisadoras. O instrumento passou por validação em relação a sua relevância, clareza, pertinência e formato, seguindo critérios de Alexandre e Colucci (2011) (APÊNDICE C), visando avaliar a percepção das usuárias de serviços de saúde sobre violência obstétrica, incluindo diferenciação entre intervenções necessárias e violações de direitos.

O questionário foi criado devido à escassez de instrumentos abrangentes na área. Embora haja um questionário proposto pela Organização Mundial da Saúde, este não passou por avaliação psicométrica até o momento (LEITE et al., 2022). Composto por questões de múltipla escolha, afirmativas/negativas e um item de avaliação de violência obstétrica em três níveis de classificação.

O período de coleta de dados foi de trinta dias, entre 10 de abril a 10 de maio de 2023.

A pesquisa seguiu todos os aspectos éticos envolvidos, cumprindo os princípios da beneficência, respeito à dignidade humana e justiça. Não foram realizados procedimentos invasivos ou prejudiciais aos participantes. Foram seguidas as diretrizes das Resoluções 466/12 e 510/16, garantindo o consentimento livre e esclarecido das participantes, confidencialidade das informações e a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento. Os riscos foram mínimos, sendo preservada a integridade física e psicológica das participantes. No caso de desconforto, as participantes foram orientadas a buscar apoio na Clínica de Psicologia da UNAERP.

O estudo foi autorizado pelo Diretor do Hospital Electro Bonini e avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNAERP antes de sua realização.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A População foi de 54 pacientes, foram excluídas 2 pacientes por estarem fora dos critérios de inclusão (1 paciente era menor de 18 anos no momento da entrevista e 1 paciente pertencia ao serviço particular), 1 paciente recusou-se a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Totalizando a amostra de 51 pacientes.

A primeira parte do instrumento de coleta de dados foi composta por questões contemplando: a idade, autodeclaração racial, paridade, tipo de parto e preferência de via de parto das participantes do estudo. Os resultados seguem apresentados nas Tabelas.

Tabela 1- Variação de idade entre as pacientes envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

Média Ponderada	26,65
Idade Mínima	18
Idade Máxima	42

Tabela 2 - Variação de autodeclaração racial de mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

	Incidência	%
Branca	17,00	33,3%
Preta	14,00	27,5%
Parda	20,00	39,2%

Tabela 3 - Variação de paridade entre as mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

	Incidência	%
Primíparas	29,00	56,9%
Paucíparas	20,00	39,2%
Múltiparas	2,00	3,9%

Tabela 4 - Variação entre as vias de parto de mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

	Incidência	%
Parto Normal	16,00	31,4%
Cesárea	35,00	68,6%

Tabela 5 - Variação entre as preferências de vias de parto de mulheres envolvidas no estudo. Ribeirão Preto, 2023.

	Incidência	%
Parto Normal	39,00	76,5%
Cesárea	9,00	17,6%
Sem preferência	3,00	5,9%

Entre as 39 mulheres com preferência por via de parto normal, 15 mulheres (38,4%) tiveram parto via vaginal. Entre as 9 mulheres com preferência por cesariana, 8 mulheres (88,8%) passaram pela cesariana. As 3 mulheres que se declararam sem preferência por uma via de parto específica, foram submetidas a cesariana.

A segunda parte do instrumento de coleta de dados foi composta por 6 questões com respostas sim e não, e 1 questão contendo 15 subitens onde a puérpera foi solicitada a classificar violência obstétrica de acordo com sua percepção entre 0 não é violência obstétrica, 1 forma leve de violência obstétrica e 2 forma grave de violência obstétrica. No Quadro 1 estão as variações entre as respostas às Questões 1 a 6.

Quadro 1: Variação entre respostas referentes às Questões 1 a 6. Ribeirão Preto, 2023.

Questão	Não	Sim
Questão 1- Informações sobre o parto	11 mulheres (21,6%)	40 mulheres (78,4%)
Questão 2- Informações sobre posições para o parto vaginal	20 mulheres (39,2%)	31 mulheres (60,8%)
Questão 3- Informações sobre os métodos de alívio de dor	20 mulheres (39,2%)	31 mulheres (60,8%)
Questão 4- Informações sobre o direito de acompanhante	11 mulheres (21,6%)	40 mulheres (78,4%)
Questão 5 -conhecimento sobre violência obstétrica	27 mulheres (52,9%)	24 mulheres (47,1%)
Questão 6- sofrimento de violência obstétrica	41 mulheres (80,4%)	10 mulheres (19,6%)

Fonte: Autora.

Quadro 2: Respostas das entrevistadas referentes aos subitens da Questão 7, Ribeirão Preto, 2023.

Item	Não é violência	Forma leve de violência	Forma grave de violência
7.1- Sofrer xingamentos e humilhações	1 mulher (2,0%)	2 mulheres (3,9%)	48 mulheres (94,1%)
7.2- Realização de procedimentos sem consentimento prévio	5 mulheres (9,8%)	5 mulheres (9,8%)	41 mulheres (80,4%)
7.3 - Impedir a presença do acompanhante de livre escolha	4 mulheres (7,8%)	12 mulheres (23,5%)	34 mulheres (66,7%)
7.4 - Impedir a mulher de ingerir alimentos	9 mulheres (17,6%)	18 mulheres (35,3%)	24 mulheres (47,1%)
7.5 - Impedir a mulher de assumir a posição mais confortável durante o trabalho de parto	9 mulheres (17,6%)	15 mulheres (29,4%)	27 mulheres (52,9%)
7.6 - Dor fisiológica do parto	40 mulheres (78,4%)	5 mulheres (9,8%)	6 mulheres (11,8%)
7.7 - Sentir-se sozinha, abandonada pela equipe de saúde	3 mulheres (5,9%)	12 mulheres (23,5%)	36 mulheres (70,6%)
7.8 - Convencer a mulher a optar por um tipo de parto sem justificativa	2 mulheres (3,9%)	6 mulheres (11,8%)	43 mulheres (84,3%)
7.9 - Impedir o contato pele-a-pele com o recém-nascido	7 mulheres (13,7%)	3 mulheres (5,9%)	41 mulheres (80,4%)
7.10 - Esclarecer sobre os benefícios do parto normal	39 mulheres (76,5%)	9 mulheres (17,6%)	3 mulheres (5,9%)
7.11 - Incentivar a amamentação	48 mulheres (94,1 %)	1 mulher (2,0%)	2 mulheres (3,9%)
7.12 - Falar para a mulher parar de gritar durante o trabalho	3 mulheres (5,9%)	10 mulheres (19,6%)	38 mulheres (74,5%)
7.13 - Ofertar métodos não medicamentos para alívio da dor	47 mulheres (92,2%)	3 mulheres (5,9%)	1 mulher (2,0%)
7.14 - Não ter a privacidade preservada	10 mulheres (19,6%)	21 mulheres (41,2%)	20 mulheres (39,2%)
7.15 - Incentivar a mulher a movimentar-se, realizar caminhadas	45 mulheres (88,2%)	6 mulheres (11,8%)	0 mulher (0,0%)

Fonte: Autora (2023)

4 CONCLUSÃO

Em conclusão, a violência obstétrica pode causar partos traumáticos, afetando os partos subsequentes e limitando a reprodução futura, gerando ansiedade e visão negativa do parto, podendo interferir no vínculo com o recém-nascido. A falta de informação impacta a experiência das mulheres, perpetuando o problema. A humanização do parto valoriza a mulher, promovendo ambiente acolhedor e cuidado integral, ligada a resultados positivos e menor violência obstétrica. Informação é crucial na prevenção. Equipes de saúde têm papel na identificação e prevenção.

Os resultados revelaram que muitas mulheres não receberam informações adequadas durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, posições favoráveis para o parto vaginal, métodos de alívio da dor e o direito de ter um acompanhante presente.

Sobre que a preferência de via de parto, houve predomínio das mulheres 39 (76,5%) que declararam ter preferência por parto normal. Em análise, 25 mulheres (49,1%) não tiveram seu desejo por via parto atendido, 24 mulheres (96%) tinham desejo por parto normal e foram submetidas a cesariana e 1 mulher (4%) tinha preferência por cesariana e teve parto vaginal.

Entre as 39 mulheres com preferência por via de parto normal, 15 mulheres (38,4%) tiveram parto via vaginal. Entre as 9 mulheres com preferência por cesariana, 8 mulheres (88,8%) passaram pela cesariana. As 3 mulheres que se declararam sem preferência por uma via de parto específica, foram submetidas a cesariana.

A análise dos dados também mostrou que entre as 10 mulheres que afirmaram sofrer violência obstétrica 4 mulheres (40%) afirmaram desconhecer o termo. E ainda, entre as 27 mulheres que afirmaram desconhecer o termo violência obstétrica 23 mulheres (85,2%) negaram ter sofrido algum tipo de violência.

Essa informação nos sugere que essas mulheres podem ter experimentado situações de violência obstétrica sem reconhecerem essa violação de direitos. Isso pode ocorrer devido à falta de conscientização sobre o conceito, ou talvez porque a experiência foi mascarada por informações insuficientes durante o pré-natal. Entre

as mulheres que afirmaram desconhecer o termo "violência obstétrica", a maioria esmagadora (85,2%) negou ter sofrido algum tipo de violência. Esses resultados sugerem que a ausência de conhecimento sobre o termo pode influenciar a percepção das mulheres sobre suas próprias experiências. Elas podem não associar determinados comportamentos ou práticas a violência obstétrica, o que pode levar a uma subnotificação significativa desses incidentes.

A capacitação de mulheres com conhecimento preciso não apenas as empodera, mas também ajuda a identificar e relatar incidentes de violência. Um esforço conjunto envolvendo a humanização, aprimoramento do cuidado obstétrico, treinamento sensível na área de saúde e recursos tecnológicos que reforcem a informação, pode efetivamente conter a violência obstétrica rumo a uma jornada de parto respeitosa e segura.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O.; Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc Saude Coletiva**. Campinas, SP, v.16, n.7, p.3061-3068, julho 2011.

LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NUCCI, M. F.; PORTELLA, Y.; LEAL, M. D. C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 2, p. 483-491, janeiro 2022.

NAGAHAMA, E. E.; SANTIAGO, I. S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Campinas, SP, v. 3, n. 10, p.651-657, setembro 2005.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface Comunic.**, Botucatu, SP, v.4, p.595-602, junho 2009.

ZORZAM, B. A. O. **Informações e escolha no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP 2013.