

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA LAGES FERRER DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO OBSTÉTRICO EM HOSPITAIS DE  
ENSINO DE ALTO RISCO: UM ESTUDO DE COORTE  
RETROSPECTIVO**

MACEIÓ

2019

LARISSA LAGES FERRER DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO OBSTÉTRICO EM HOSPITAIS DE  
ENSINO DE ALTO RISCO: UM ESTUDO DE COORTE  
RETROSPECTIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Strict sensu* em Enfermagem (PPGEnf) da Escola de Enfermagem e Farmácia (ENSEFAR)/ Universidade Federal de Alagoas (UFAL) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ruth França Cizino da Trindade

MACEIÓ

2019

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

O48c Oliveira, Larissa Lages Ferrer de.  
Caracterização do cuidado obstétrico em hospitais de ensino de alto risco : um estudo de coorte retrospectivo / Larissa Lages Ferrer de Oliveira. - 2019.  
69 f. : il.

Orientadora: Ruth França Cizino da Trindade.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 44-50.

Apêndices: f. 51-58.

Anexos: f. 59-69.

1. Violência contra a mulher. 2. Obstetrícia. 3. Humanização da assistência.  
4. Enfermagem obstétrica. I. Título.

CDU: 616-083:618.2

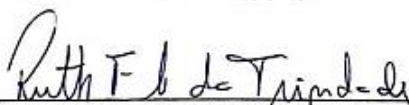
LARISSA LAGES FERRER DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO OBSTÉTRICO EM HOSPITAIS DE  
ENSINO DE ALTO RISCO: UM ESTUDO DE COORTE  
RETROSPECTIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Strict sensu* em Enfermagem (PPGenf) da Escola de Enfermagem e Farmácia (ENSEFAR)/ Universidade Federal de Alagoas (UFAL) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

**Aprovado em 22 de abril de 2019**

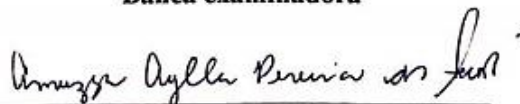
**Orientadora**



Prof.ª Dr.ª Ruth França Cizinho da Trindade

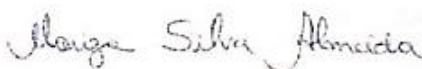
Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas

**Banca examinadora**



Prof.ª Dr.ª Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas



Prof.ª Dr.ª Mariza Silva Almeida

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

A todos que lutam incansavelmente por um cuidado digno e respeitoso, livre de violência e enriquecido de empatia, sobretudo a mulheres em seus diversos ciclos de vida.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** por me conceder resiliência e fortalecimento diante da conclusão de mais esta etapa da minha vida.

À minha mãe **Mariza** por imenso amor e encorajamento.

Ao meu esposo **Alciney** pelo abraço apertado e pelo companheirismo.

À Prof<sup>a</sup> **Ruth Trindade** por compartilhar seu conhecimento a favor da construção desse estudo, por tamanho acolhimento e pelo espírito leve.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Amuzza Aylla** e a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Mariza Almeida** pelas orientações tão oportunas e carinhosas.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Cristina Trezza** e a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Ana Maria Almeida** pela disponibilidade em participar como suplentes.

As **mulheres** que me permitiram ouvi-las e se doaram para efetivação desta pesquisa.

As minhas amigas **enfermeiras obstétricas** que lutam pelo reconhecimento da mulher como protagonista do cuidado obstétrico.

Aos **amigos e amigas** que destinaram energias do bem a favor da finalização deste processo.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL)** pelo apoio financeiro em um momento de profunda desvalorização científica em nosso país.

## EPÍGRAFE

“Não há como desanimar; o trabalho árduo de resgatar a porção de humanidade que se esvai pela coisificação do nascimento precisa de profissionais apaixonados e firmes.”

(Ricardo Jones)

## RESUMO

**Objetivo:** analisar o cuidado obstétrico em hospitais de ensino da cidade de Maceió destinados à assistência a gestações de alto risco. **Método:** estudo epidemiológico observacional caracterizado como coorte retrospectivo realizado com 291 mulheres que receberam assistência ao parto vaginal, cesárea ou processo de abortamento nos hospitais de ensino selecionados como cenário desta pesquisa. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de junho e novembro de 2018, por meio de um formulário de entrevista contendo questões que permitiram a caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres entrevistadas, bem como a análise da assistência fornecida à estas mulheres e sua relação com a violência obstétrica, sendo a estatística descritiva e analítica base para a interpretação dos dados. **Resultado:** quanto a modalidade da internação hospitalar, 69,8% das mulheres entrevistadas foram submetidas à cesárea, 29,5% das mulheres vivenciaram o parto vaginal e apenas 0,7% estavam internadas em decorrência da assistência ao processo de abortamento. No que se refere a caracterização da assistência obstétrica: 18,9% não se sentiram à vontade para expor queixas ou dúvidas; 16,5% tiveram mãos, braços ou pernas amarrados; 13,1% não conseguiram compreender as informações que receberam; 10,3% não se sentiram seguras diante do cuidado recebido; 9,6% não receberam informações acerca dos procedimentos desenvolvidos pelos profissionais de saúde; 7,9% não sentiram-se acolhidas e/ou apoiadas; 4,5% acreditam que não tiveram a privacidade respeitada; 4,5% vivenciaram procedimentos não consentidos; 4,1% não permanecerem com acompanhantes de sua escolha; 4,1% receberam gritos durante a assistência e 3,1% foram solicitadas a parar de chorar ou gritar. Com relação às mulheres que receberam assistência ao trabalho de parto, observou-se que 72,1% delas não se alimentaram; a 54,4% não foram ofertados métodos não farmacológicos para o alívio da dor; 46,3% não ingeriram líquidos; 32,0% foram submetidas a toques vaginais consecutivos por pessoas distintas; 31,3% receberam ocitocina sintética por meio de acesso venoso; 28,6% foram submetidas à amniotomia; 21,8% não tiveram liberdade para deambular e/ou mudar de posição; 6,1% foram submetidas a tricotomia e 4,8% foram submetidas à lavagem gástrica. Quanto à assistência ao período expulsivo, 91,9% das mulheres pariram em posições não supinas; 72,1% receberam indução de puxos; 15,1% foram submetidas à episiotomia e 5,8% à Manobra de Kristeller. No que se refere à assistência recebida por mulheres e recém-nascidos no pós-parto (partos vaginais e cesáreas), em 56,4% não houve estímulo ao aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido; em 47,8% os binômios não estabeleceram contato pele a pele com a mãe; em 39,8% não houve clampeamento tardio de cordão umbilical e 38,8% a mulher não pôde permanecer com seu filho(a). **Conclusão:** a caracterização da assistência fornecida pelos hospitais de ensino traduz-se em violência obstétrica quanto violência institucional e de gênero, distanciando-se dos princípios da maternidade segura e autonomia da mulher e família.

**Palavras-chave:** Violência contra Mulher; Obstetrícia; Humanização da assistência; Enfermagem Obstétrica.



## ABSTRACT

**Objective:** to analyze obstetric care in teaching hospitals in the city of Maceió for the care of high-risk pregnancies. **Method:** an observational epidemiological study characterized as a retrospective cohort performed with 291 women who received assistance with vaginal delivery, cesarean section or abortion process in selected hospitals as the setting for this study. Data collection took place between June and November 2018, through an interview form containing questions that allowed the sociodemographic and obstetric characterization of the interviewed women, as well as the analysis of the assistance provided to these women and their relationship with the obstetric violence, the descriptive and analytical statistics being the basis for the interpretation of the data. **Results:** 69.8% of the interviewed women were submitted to cesarean section, 29.5% of the women experienced vaginal delivery, and only 0.7% were hospitalized as a result of abortion care. Regarding the characterization of obstetric care: 18.9% did not feel comfortable to present complaints or doubts; 16.5% had hands, arms or legs tied; 13.1% failed to understand the information they received; 10.3% did not feel safe before the care received; 9.6% did not receive information about the procedures developed by health professionals; 7.9% did not feel welcomed and / or supported; 4.5% believe they did not have privacy respected; 4.5% experienced non-consented procedures; 4.1% do not stay with companions of their choice; 4.1% were cried during the care and 3.1% were asked to stop crying or screaming. With respect to women receiving labor assistance, it was observed that 72.1% of them did not feed; to 54.4% were not offered non-pharmacological methods for pain relief; 46.3% did not ingest liquids; 32.0% were submitted to consecutive vaginal touches by different people; 31.3% received synthetic oxytocin through venous access; 28.6% underwent amniotomy; 21.8% were not free to wander and / or change positions; 6.1% underwent trichotomy and 4.8% underwent gastric lavage. Regarding the assistance to the expulsion period, 91.9% of the women gave birth in non-supine positions; 72.1% received induction of pulls; 15.1% were submitted to episiotomy and 5.8% to the Kristeller Maneuver. Regarding the care received by postpartum women and newborns (vaginal deliveries and cesarean deliveries), in 56.4% there was no encouragement to breastfeed in the first hour of life of the newborn; in 47.8% the binomials did not establish skin-to-skin contact with the mother; in 39.8% there was no late clamping of the umbilical cord and 38.8% the woman could not remain with her child. **Conclusion:** the characterization of the assistance provided by the teaching hospitals translates into obstetric violence as institutional and gender violence, distancing itself from the principles of safe motherhood and autonomy of women and the family.

**Keywords:** Violence Against Women; Obstetrics; Humanization of Assistance; Obstetric Nursing.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Estratificação da amostra por HE segundo internações no ano de 2017. Maceió-Al, 2018.....	23
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição percentual das mulheres participantes do estudo por motivo de internação nos Hospitais de Ensino. Maceió-AL, 2018.....	28
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo. Maceió-Al, 2018.....	28
<b>Tabela 2</b> - Caracterização do cuidado pré-natal recebido pelas mulheres participantes do estudo. Maceió-Al, 2018.....	30
<b>Tabela 3</b> – Análise estatística da caracterização da assistência recebida pelas mulheres nos Hospitais de Ensino. Maceió-Al, 2018.....	31
<b>Tabela 4</b> – Análise estatística das variáveis pertinentes ao trabalho de parto em relação ao tipo de parto. Maceió-Al, 2018.....	33
<b>Tabela 5</b> - Caracterização da assistência recebida pelas mulheres durante o período expulsivo. Maceió-Al, 2018.....	34
<b>Tabela 6</b> - Análise estatística das variáveis pertinentes ao pós-parto em relação ao tipo de parto. Maceió-Al, 2018.....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

HE - Hospital de Ensino

HEA - Hospital de Ensino A

HEB - Hospital de Ensino B

MNFAD - Métodos Não Farmacológico para o Alívio da Dor

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PAISM - Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PPP - Pré-parto/Parto/Pós-parto

SUS - Sistema Único de Saúde

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
2.1 Tipo de estudo.....	22
2.2 Cenário.....	22
2.3 População do estudo, critérios de inclusão e exclusão.....	23
2.4 Amostra.....	23
2.5 Coleta de dados.....	24
2.6 Procedimentos e aspectos éticos.....	25
2.7 Tratamento e análise dos dados.....	26
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
3.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres participantes do estudo.....	27
3.2 Caracterização do cuidado recebido pelas mulheres participantes do estudo.....	30
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A - Instrumento de registro de artigos.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO A - Autorização institucional para pesquisa (MESM).....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO B - Autorização institucional para pesquisa (HUPAA).....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (UFAL).....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pais ou responsáveis.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO F - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>68</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo possui como objeto a caracterização do cuidado obstétrico em Hospitais de Ensino (HE) da cidade de Maceió-AL especializados no atendimento de gestações de alto risco. A concepção desse objeto surgiu a partir da necessidade da autora, especialista em Enfermagem Obstétrica, em compreender o contexto de formação de profissionais de saúde diante do cenário obstétrico atual, na luta pela assistência segura e pelo protagonismo feminino perante o *boom* de publicações científicas acerca deste tema em âmbito nacional.

Ao longo do tempo, o modelo de atenção obstétrica sofreu mudanças importantes. Considerado um evento familiar de carácter feminino, a assistência ao parto recebeu grande influência do processo de urbanização e fundação das universidades, em meados do século XIX, desencadeado pela vinda da Família Real para o Brasil. Desde então, mediante ao avanço técnico-científico, esta assistência torna-se embargada pela medicalização como consequência da intensa patologização de acontecimentos naturais na vida das mulheres, comprometendo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e os indicadores do cuidado destinado a essa população (MAIA, 2010; CARLO; TRAVERS, 2016).

Diante deste cenário, a insatisfação das mulheres perante o (des)cuidado recebido, promoveu, no século XX, o surgimento do Movimento de Humanização do Parto. Assim designado, por relaciona-se ao movimento filosófico chamado humanismo que, contrapondo-se ao teocentrismo da idade média, coloca o ser humano em destaque e oferece a ele o controle do seu destino. Nesse sentido, a qualificação da assistência à mulher e recém-nascido por meio da integralidade e individualidade do cuidado, bem como da utilização de práticas comprovadamente benéficas diante da ciência, e o protagonismo do ser cuidado, tornou-se o objetivo do movimento, agregando profissionais de diversas áreas em torno de uma série de reivindicações em prol dessa ideologia (D'AQUINO, 2016).

No escopo do surgimento de políticas públicas atreladas a ideologia de qualificação do cuidado obstétrico e neonatal, publicado em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o documento intitulado *Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático* representou um marco na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, sendo fruto de debates internacionais com base em evidências científicas. Em carácter de atualização, após quase duas décadas, a OMS publicou um compilado de recomendações intitulado *Intrapartum care for a positive childbirth experience* a fim de contribuir não apenas para uma assistência segura ao processo parturitivo, mas também uma experiência positiva com enfoque no protagonismo da mulher e na abordagem holística pautada nos direitos humanos (WHO, 2018; CARVALHO et al., 2015).

No Brasil, instituído por meio da Portaria nº 569/2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) adotou como prioridade a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. A esta seguiram outras publicações como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 2004, a Política de Atenção Obstétrica e Neonatal (Portaria nº 1.067) e a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108) em 2005 e a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459) em 2011 (BRASIL, 2000; BRASIL 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Merece destaque ainda, a *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* publicada em 2016 pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) que “visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis” (BRASIL, 2016, p. 5).

Apesar de tal esforço, segundo Zanardo et al. (2017), a alarmante taxa de cesárea apresentada pelo Brasil e a quantidade de intervenções desnecessárias, realizadas pelos profissionais de saúde durante o processo parturitivo, promoveu discussões acerca de uma modalidade de violência associado à assistência obstétrica. A violência obstétrica, pode então ser entendida, como “qualquer ato ou intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao neonato, praticada sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física ou psicológica, indo contra os seus sentimentos, desejos e opções,” (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p.2) ou ainda, como “as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento.” (DINIZ et al., 2015, p. 3).

Torna-se importante ressaltar que, a violência obstétrica sustenta-se sob outros dois tipos de violência, a violência de gênero e a violência institucional. Para Santos (2017), a violência obstétrica classifica-se como violência de gênero à medida que se fundamenta no tratamento calcado em uma construção histórica e social extremamente machista e patriarcal no qual a mulher ocupa posição passiva e submissa sem a possibilidade efetiva de manifestar livremente suas vontades e preferências. À medida que é entendida como violência institucional, segundo Chai et al. (2018), por ser praticada contra a mulher, por ação ou omissão, em instituições públicas ou privadas por profissionais que deveriam prover o cuidado, bem como prevenir e/ou reparar danos e não os promover.

Neste contexto paradoxal gerado pelo confronto entre assistência obstétrica e políticas públicas, a reflexão acerca da formação de profissionais de saúde envolvidos com o cuidado à



mulher torna-se de grande importância, sobretudo em instituições denominadas de Hospitais de Ensino (HE), compreendidas, segundo o Ministério da Educação/Br, como hospitais gerais e/ou especializados que atuam como cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, de propriedade de uma instituição de ensino superior pública ou privada ou formalmente conveniado a esta (BRASIL, 2004).

O ensino foi introduzido nos hospitais a partir do século XVIII quando passa a ser visto não mais como um espaço de morte dos excluídos, mas de cura e formação profissional. Atualmente, o sistema de saúde possui como atribuição a formação de profissionais especializados e o desenvolvimento da educação permanente, atuando como cenário de promoção do cuidado, pesquisa e avaliação de novas tecnologias (ARAÚJO; LETA, 2014).

Para Nogueira et al. (2015), a integração entre ensino e assistência promovida pelas atividades educacionais desenvolvidas nos HE's fortalece a relação entre o aluno e a comunidade, possibilitando a aplicação dos conhecimentos teóricos mediante a realidade dos usuários e em consonância com o que é estabelecido pelas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, o presente estudo possui como questão de pesquisa: **Como se caracteriza o cuidado obstétrico em Hospitais de Ensino destinados ao atendimento de gestações de alto risco na cidade de Maceió?** Para responder ao questionamento, a pesquisa possui como objetivo: analisar o cuidado obstétrico em hospitais de ensino da cidade de Maceió destinados à assistência a gestações de alto risco.

O presente estudo torna-se relevante diante da comprovação científica da existência de uma modalidade de violência atrelada a qualidade insatisfatória da assistência obstétrica, em publicações nacionais e internacionais atuais, à medida que busca caracterizar o cuidado desenvolvido em instituições destinadas à formação de profissionais de saúde, promovendo a reflexão acerca do processo de aprendizagem nesses cenários. Neste sentido, as informações produzidas poderão fornecer subsídios para proporcionar o planejamento de estratégias comprometidas com a atenção obstétrica, buscando contribuir com a assistência em consonância com os princípios norteadores do SUS.

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

Diante do objeto deste estudo, optou-se nesta revisão de literatura pelo método da revisão integrativa por esta ser capaz de sintetizar resultados obtidos em pesquisas científicas de maneira sistemática, ordenada e abrangente, sendo adotada a seguinte questão para esta revisão: **Quais práticas e atitudes presentes nos estudos, que tratam da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, podem ser caracterizadas enquanto violência obstétrica?**

Para a seleção da produção científica foram realizadas buscas nas fontes de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados no período de 2008 a 2018 nos idiomas português, inglês e espanhol. Já os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis na íntegra, que não respondiam à questão desta pesquisa, repetidos na mesma ou em mais de uma fonte de dados e estudos de revisão/análise.

Após estabelecimento dos descritores, por meio de consulta ao vocabulário de Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), elaborou-se a seguinte estratégia de busca: *Violence AND ("Natural Childbirth" OR Cesarean Section OR Abortion)*, sendo a análise dos bancos de dados realizada por acesso *online* nos meses de setembro e outubro de 2018.

A partir da inserção da estratégia de busca nas bases de dados obtiveram-se 501 registros, que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultaram em uma amostra de 12 artigos, os quais foram analisados na íntegra. Para registro das informações presentes nos artigos selecionados, elaborou-se um instrumento contendo os seguintes aspectos: título da publicação, base de indexação, periódico de publicação/ano, objetivo do trabalho, metodologia e síntese do estudo relacionada à questão de pesquisa (APÊNDICE A).

Do total da amostra selecionada, 10 artigos são produções brasileiras e 02 internacionais. Quanto ao local de desenvolvimento dos estudos no Brasil, a região Nordeste encontra-se como a maior contribuinte da produção científica encontrada, seguida da região sudeste. A região centro-oeste e a região sul apresentam 01 artigo cada, existindo ainda um estudo multicêntrico realizado em todas as regiões do país. Com relação ao ano das publicações, é possível observar que a produção sobre a temática se torna constante entre os anos de 2015 e 2017, acumulando 10 dos 12 artigos selecionados.

A identificação de práticas e atitudes relacionadas à violência obstétrica requer sua compreensão fidedigna. Deste modo, segundo o Ministério da Saúde/Br, o termo *violência* caracteriza-se pela invasão da autonomia e integridade física ou moral do outro; pelo uso de

palavras ou ações que constroem e/ou machucam; ou ainda, pelo uso abusivo de poder que resulta em sofrimento ou ferimentos (BRASIL, 2014). Enquanto que a *obstetricia* é entendida como o ramo da medicina que estuda o ciclo reprodutivo da mulher, englobando a compreensão fisiológica da gestação, parto e puerpério (OPAS, 2014).

Assim, considerada crime pela *Ley de proteccion integral a las mujeres*<sup>1</sup> publicada na Argentina em 2009, a violência obstétrica pode ser descrita como *aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales*<sup>2</sup> (ARGENTINA, 2009).

Segundo Diniz et al. (2015), esta modalidade de violência configura-se por meio da imposição de intervenções não consentidas e/ou intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; do uso de procedimentos sem respaldo científico; do cuidado não confidencial ou não privativo; do cuidado indigno; do abuso físico e verbal; da discriminação baseada em certos atributos; do abandono, negligência ou recusa de assistência, bem como da detenção da mulher nos serviços de saúde. Tais práticas e atitudes podem ser observadas em estudos como *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado* realizada pela Fundação Perseu Abramo realizado em 2010 com 2365 mulheres e *Teste da Violência Obstétrica: Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher* realizado em 2012 com 1966 mulheres (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; FRANZON; SENA, 2012).

Torna-se importante destacar que, de acordo com a OMS, desde 1985, a comunidade científica considera que a taxa ideal de cesárea se encontra entre 10% e 15%, sendo nestes casos, capaz de reduzir a mortalidade e morbidade materna e neonatal. Contudo, esta taxa vem crescendo a níveis alarmantes no mundo todo, sobretudo no Brasil, promovendo riscos imediatos e a longo prazo a mulheres e crianças, principalmente em populações com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados e por este motivo caracteriza-se como violência obstétrica (OMS, 2015).

Diante do contexto descrito, a prática deste tipo de violência representa a violação dos direitos humanos básicos da mulher, principalmente no que tange seus direitos sexuais e reprodutivos sendo, portanto, entendida como violência contra mulher, que é descrita segundo a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*

---

<sup>1</sup> Lei de proteção integral as mulheres - Lei nº 26.485/2009 (traduzido pela pesquisadora).

<sup>2</sup> “(...) aquela exercida por profissional de saúde sob o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa por meio do tratamento desumanizado, do abuso da medicalização e patologização de processos naturais.” (traduzido pela pesquisadora).

como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (SILVA; SERRA, 2017, p. 43). Expondo ainda que “o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.” (SILVA; SERRA, 2017, p. 43).

Segundo Scott (1995), por *gênero* compreende-se à designação das relações sociais entre os sexos; trata da criação social das ideias de definição dos papéis categorizados atribuídos a homens e mulheres que “visa à preservação da organização social de gênero fundada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino” (SAFFIOTI, 1996, n.p). Portanto, por ser geralmente praticada por aquele que possui maior parcela de poder numa relação, a reprodução da violência de gênero não pode ser atribuída como responsabilidade única dos homens (PRIORI, 2003).

Por assim representar a desigualdade diante da relação de poder estabelecida entre profissionais e mulheres em instituições de saúde, a violência obstétrica pode ainda ser entendida como violência institucional, caracterizada como aquela praticada, por ação ou omissão, nas instituições públicas ou privadas prestadoras de serviços que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas (CHAI et al., 2018; BRASIL, 2004).

A análise dos artigos inseridos nesta revisão integrativa demonstra que, dos 12 estudos incluídos na revisão, 10 versam sobre a violência impulsionada pelo gênero, estando essa vinculada à assistência ao aborto (espontâneo ou interrupção legal da gestação) e ao processo parturitivo, demonstrada por meio de coação/constrangimento da mulher (repetição de questionamentos, ameaça de denúncia a polícia, críticas ao ato de gemer ou chorar e ausência de confidencialidade), além de violência verbal e física (NUNES; MORAIS, 2016; MADEIRO; RUFINO, 2017; SÁ et al., 2011; CARVALHO; BRITO, 2017).

No que se refere à prática da violência obstétrica durante o parto vaginal e a cesárea, observou-se nos estudos que as práticas e atitudes mais comuns dizem respeito a verbalização de comentários inadequados, demonstração de indiferença diante da vivência das mulheres e não fornecimento de privacidade e orientações às mulheres acerca dos procedimentos desenvolvidos durante assistência (CARVALHO; BRITO, 2017; WOLF; WALDOW, 2008; ANDERSON; PEREZ, 2015).

Compreendida igualmente como violência obstétrica, durante o processo de parto e nascimento, à medida que não cumpre com os direitos garantidos as mulheres por meio da constituição e dos princípios das políticas públicas (Sistema Único de Saúde e Rede Cegonha), a peregrinação em busca de atendimento torna-se uma prática corriqueira que aumenta a vulnerabilidade do binômio, caracterizando-se dessa forma como uma atitude de não cuidado/desumanização como demonstrado por uma pesquisa realizada em 2014 com 56 mulheres no Rio de Janeiro (RODRIGUES et al., 2015).

Diante deste contexto, a humanização pode ser compreendida como um corpo de conhecimento que subsidia a assistência pautada em evidências científicas, respeitando a individualidade de cada mulher e promovendo seu empoderamento, a fim de garantir segurança com a promoção de experiências de parto e nascimento positivas (POSSATI, 2017).

Segundo o PHPN, a humanização da assistência compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro refere-se ao dever dos serviços de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isso, há necessidade de uma atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e, também, romper com o isolamento normalmente imposto à mulher. O segundo aspecto refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido (BRASIL, 2000; OLIVEIRA et al., 2017).

Com relação a medicalização e patologização, um estudo realizado com 1.027 binômios com o objetivo de identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida, demonstrou que ter vivenciado cesariana e não permanecer em alojamento conjunto após o parto foram fatores que interferiram negativamente no vínculo estabelecido pela mãe e o recém-nascido (SÁ et al., 2011).

Torna-se também importante destacar que a taxa de 61,5% de cesarianas apresentada pelo estudo, rompe com o que é defendido pela OMS no que se refere a adoção desta cirurgia (SÁ et al., 2011). Para Riscado et al. (2016), a generalização da cesárea é vista como um problema sanitário ao acarretar maior risco de morbimortalidade para a mulher e recém-nascido. Nesse sentido, as evidências científicas demonstram que a prática médica deve basear-se em parâmetros específicos, balanceando riscos e benefícios a fim de evitar iatrogenias.

Quanto aos aspectos psicológicos associados a esta forma de medicalização, em um estudo realizado nos Estados Unidos com 44 adolescentes que foram submetidas à cesárea, observou-se por meio das entrevistas, a presença de sintomas traumáticos e depressivos,

associados, sobretudo, as cirurgias realizadas antes das 38 semanas de gestação e sem o conhecimento da adolescente sobre sua indicação (ANDERSON; PEREZ, 2015).

Diante dos resultados encontrados, constata-se que a prática da violência obstétrica, além das violações descritas anteriormente, rompe ainda com a ideologia do Sistema Único de Saúde no que diz respeito a seus princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade), bem como com os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça estabelecidos pela bioética, demonstrando a gravidade de sua prática e a necessidade emergente de repensar a assistência que vem sendo prestada a mulher e neonatos (CAMPOS et al., 2009; SILVA; SERRA, 2017).

Na busca pela mudança do modelo obstétrico atual e a consequente qualificação da assistência ao processo parturitivo, destaca-se o papel da enfermagem obstétrica. Segundo Reis et al., “A formação da enfermeira obstétrica envolve habilidades e competências que possibilitam a prestação de um cuidado integral, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno-infantil” (REIS et al., 2015, p. 95), transmitindo às mulheres segurança e conforto, resgatando assim sua autoconfiança e fortalecendo a sua capacidade de parir (REIS et al., 2015).

Nesse sentido, enquadrada na definição de *parteira* segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a enfermeira obstétrica possui como características que a confere papel singular: parceria com as mulheres na promoção de autocuidado e da saúde das mulheres, seus filhos e suas famílias; respeito à dignidade humana e às mulheres como pessoas que gozam de direitos humanos plenos; defesa das mulheres cujas vozes tenham sido silenciadas; empoderamento das mulheres para obter um melhor cuidado da saúde; sensibilidade cultural, trabalhando com as mulheres e outros profissionais de saúde na tentativa de superar práticas culturais prejudiciais às mulheres; ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, de maneira a considerar a gravidez como um evento normal da vida (OPAS, 2014).

Sendo assim, pode-se concluir que, os estudos inseridos nesta revisão comprometem-se com a caracterização da violência obstétrica por meio da (des)assistência de profissionais de saúde e demonstram a necessidade da busca por estratégias de melhoria do modelo obstétrico atual, destacando-se nesse sentido, a enfermagem obstétrica na promoção de partos e nascimentos seguros, pautados em evidências científicas e no protagonismo da mulher (DINIZ et al., 2015; OPAS, 2014).

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo**

Estudo epidemiológico observacional caracterizado como coorte retrospectivo. Por epidemiologia observacional, compreende-se o estudo da ocorrência das condições relacionadas à saúde em populações específicas sem qualquer intervenção por parte do pesquisador, enquanto estudos de coorte destinam-se a analisar a relação existente entre a presença de fatores de riscos ou características e o desenvolvimento destas condições. Estes são entendidos como retrospectivo (não concorrentes), quando os dados provenientes da relação exposição e desfecho foram produzidos no passado e pretende-se desenvolver a pesquisa a partir desta ótica (FLETCHER, 2006; PONTE et al., 2012; UFG, S/ANO).

Para Oliveira et al. (2015), nos estudos não concorrentes, todas as informações sobre a exposição e o desfecho já ocorreram antes do início do estudo e sua desvantagem relaciona-se a inabilidade para controlar variáveis pela falta de informação, o que pode representar um viés, por outro lado a perda de participantes ao longo do seguimento que pode comprometer a validade de estudos concorrentes, não é observada nos estudos não concorrentes. Tornando-se viáveis ainda, por relacionarem-se a vantagens como a inexistência de problemas éticos para exposição a um agravo, como nos estudos experimentais.

De acordo com Esperón (2017), a pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos, sendo esta capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica e, conseqüentemente, avaliar a qualidade do cuidado. Nesse sentido, ainda de acordo com o autor citado, o emprego da pesquisa quantitativa é capaz de promover o desenvolvimento da Enfermagem como ciência.

### **2.2 Cenário**

A coleta dos dados desta pesquisa realizou-se em 02 (dois) Hospitais de Ensino públicos localizados na cidade de Maceió-AL, caracterizados como instituições de referência no atendimento as gestantes de alto risco em instância federal e estadual. A fim de garantir o anonimato institucional, os nomes dos HE's não serão citados, sendo substituídos pelas nomenclaturas HEA e HEB.

Conforme dispostos nas mídias pertencentes aos HE's, o HEA é composto por 50 leitos obstétricos (08 leitos de pré-parto e 42 leitos de assistência clínica e alojamento conjunto) e possui como missão “prestar assistência qualificada às gestantes e recém-nascidos de alto risco, através de equipe multidisciplinar especializada, ética e humanizada, contribuindo para o ensino

e a pesquisa, capacitando profissionais nos diversos segmentos da área de saúde”. De forma semelhante, o HEB se dispõe a “formar profissionais em saúde, num contexto acadêmico de ensino, produção do conhecimento e assistência, com ênfase em excelência, humanização e compromisso social.”, sendo composto por 66 leitos obstétricos, destes 05 leitos de pré-parto e 61 leitos de assistência clínica e alojamento conjunto.

### **2.3 População do estudo, critérios de inclusão e exclusão**

Inserem-se como participantes deste estudo, mulheres que receberam assistência relacionada ao parto vaginal, cesárea (anteparto ou intraparto) ou ao processo de abortamento nos hospitais selecionados como cenário desta pesquisa. Para fins de esclarecimento, entende-se por cesárea anteparto aquela que ocorre antes do início do trabalho de parto e cesárea intraparto aquela que acontece após sua deflagração (MASCARELLO et al., 2017).

Adotou-se como critérios de inclusão mulheres em qualquer faixa etária, que concordaram em participar da pesquisa e em condições físicas e/ou emocionais para responder as perguntas do instrumento de coleta de dados. Sendo excluídas da amostra mulheres menores de 18 anos desacompanhadas de seus pais ou responsáveis, pela inviabilidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos mesmos e, ainda, mulheres que vivenciaram morte fetal intrauterina.

### **2.4 Amostra**

Para estabelecimento da amostra, adotou-se por referência os dados pertinentes a demanda obstétrica, durante o ano de 2017, nos HE's selecionados como unidades de coleta de dados desta pesquisa. Estes dados referem-se à modalidade de internação segundo Capítulo XV (gestação, parto e puerpério) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10) e estão disponíveis no sistema de informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para estabelecimento da amostra, utilizou a calculadora estatística *StatCalc*, com adoção dos seguintes parâmetros: frequência esperada do evento de 25% com base no estudo *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, margem de erro de 10% e grau de confiança de 90%. Após o cálculo, a amostra foi estratificada segundo HE, conforme dados presentes no quadro a seguir.



**Quadro 1 - Estratificação da amostra por HE segundo internações no ano de 2017. Maceió, 2018.**

Hospital	Internação Cap XV /CID 10	Amostra calculada	Amostra coletada
HEA	448	63	111
HEB	724	66	180
<b>TOTAL</b>	<b>1.172</b>	<b>129</b>	<b>291</b>

Fonte: DATASUS

## 2.5 Coleta de dados

A coleta das informações, desenvolvida entre os meses de junho e novembro de 2018, deu-se por meio de um formulário de entrevista estruturado (APÊNDICE B), caracterizado como importante instrumento de investigação social, cujo a obtenção dos dados dar-se diretamente pelo contato com o participante do estudo (OLIVEIRA et al., 2016). Para esta etapa, realizou-se seleção e treinamento de entrevistadoras, que foram monitoradas durante toda a coleta. A fim de facilitar o processo de coleta dos dados, o formulário foi desenvolvido nas versões *online*, por meio do *Google Form*, e impressa, para entrevistadoras com acesso e sem acesso à *internet*, respectivamente. O formulário foi aplicado individualmente, entre os dias de segunda e sexta-feira nos turnos da manhã ou tarde (conforme disponibilidade das entrevistadoras), com todas as mulheres internadas que satisfaziam os critérios de inclusão da pesquisa.

A fim de formalizar os resultados deste estudo e compará-los a outras publicações científicas sobre o tema, definiu-se como variável depende a violência obstétrica, e como variáveis independentes características socioeconômicas e obstétricas das participantes, tais como: idade, município de residência, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, paridade/passado obstétrico e aspectos relacionados à gestação atual. Neste sentido, para caracterizar a violência obstétrica, considerou-se nesta pesquisa, além das definições trazidas anteriormente, sua relação com as recomendações obstétricas propostas pela OMS por meio do documento intitulado *Intrapartum care for a positive childbirth experience* publicado no ano de 2018.

No que se refere ao conteúdo científico, dentre os cuidados recomendados estão: cuidado obstétrico respeitoso (garantia de dignidade, privacidade, confidencialidade e ausência de dados e maus tratos, bem como fornecimento de informações e apoio contínuo),

comunicação efetiva, presença de acompanhante, toque vaginais com intervalo mínimo de quatro horas, aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, ingestão de líquidos e alimentos pelas gestantes em trabalho de parto, mobilidade e liberdade de posicionamento e respeito a hora de ouro por meio do clampeamento tardio do cordão umbilical, do estabelecimento do contato pele a pele, do estímulo ao aleitamento materno e permanência conjunta do binômio após o nascimento. No escopo dos procedimentos não recomendados encontram-se a realização da tricotomia da região íntima, Manobra de Kristeller, amniotomia de rotina e uso de ocitocina para aceleração do trabalho de parto (OMS, 2018).

Quanto à ocupação, vale ressaltar que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entende-se por “População Economicamente Ativa” o potencial de mão de obra com que pode contar o setor produtivo, dividindo-se em duas categorias, a primeira denominada “População ocupada” formada por mulheres que possuíam trabalho, mas que não estavam trabalhando em decorrência da licença maternidade e a segunda, denominada “População desocupada” composta por mulheres não tinham trabalho, mas que estavam dispostas a trabalhar até o momento da gestação e que para isso tomaram alguma providência efetiva, como consultar pessoas ou jornais. Existe ainda, a “População Não Economicamente Ativa” que engloba as mulheres não classificadas como ocupadas ou desocupadas (IBGE, 2002).

Para compreensão acerca dos posições supinas e não-supinas no momento do período expulsivo (parto vaginal), considerou-se como referência a revisão sistemática *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*, publicada pela Cochrane 2017. Segundo esta revisão, considera-se como posições supinas: a posição de Sims (decúbito lateral), a posição de Fowler (semi-sentada), a posição ginecológica ou litotômica e a posição de Trendelenburg (cabeça abaixo do nível da pelve). Já como posições não-supinas são consideradas: sentada na banqueta de parto, ajoelhada, de cócoras (sem ajuda de outros ou com ajuda de barra de apoio) e agachada (GUPTA et al., 2017).

## **2.6 Procedimentos e aspectos éticos**

Em observância à legislação que regulamenta a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, incluídas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, após obtenção das autorizações institucionais dos HE's (ANEXO A e B), o projeto desta pesquisa foi encaminhado para apreciação a um Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas através da Plataforma Brasil, a fim de confirmar o respeito aos princípios éticos, sendo aprovado sob o CAAE: 87916218.5.0000.5013 (ANEXO C).

Após a aprovação do estudo, iniciou-se a aproximação com os HE's e a identificação das possíveis participantes da pesquisa nas enfermarias de Alojamento Conjunto por meio de dados da internação. Após esta identificação, os pesquisadores se aproximaram das mulheres, a fim de esclarecê-las quanto ao propósito desta pesquisa, sendo-lhes garantida a participação espontânea (em ambiente calmo e reservado), o anonimato, a possibilidade de interromper a entrevista, caso assim deseje, e o respeito aos dados colhidos, sem indução ou constrangimento.

Nos casos de aceitação, realizou-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes (ANEXO D) ou por seus pais/responsáveis (ANEXO E) e, no caso de participantes menores de 18 anos, a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (ANEXO F), buscando anular quaisquer dúvidas no entendimento das informações e proporcionar o respeito à autonomia da mulher. A documentação foi então assinada em duas vias, permanecendo uma delas com a participante/responsável e outra com a pesquisadora.

## **2.7 Tratamento e análise de dados**

Dando seguimento a etapa de coleta, os dados produzidos por meio do formulário impresso e *online* foram inseridos em planilha do Programa Excel (Pacote Office 2016) e, posteriormente, tabulados e analisados a luz da estatística descritiva e analítica com o auxílio do software EpilInfo versão 7.2.0.1, sendo os elementos gráficos também produzidos com por meio do Excel.

Para a comparação de médias e proporções, foram utilizados, respectivamente, a Análise de Variância (ANOVA) e o Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Foi utilizada como medida de risco o Risco Relativo (RR) e em todas as análises, foi considerado como ponto de corte o nível de significância de  $\alpha=0,05$ .

### 3. RESULTADOS

Para facilitar a compreensão, após análise, os dados foram categorizados quanto às características sociodemográfica e obstétrica das mulheres entrevistadas e ao cuidado recebido pelas mesmas nos hospitais de ensino, cenários desta pesquisa.

#### 3.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres participantes do estudo

A amostra das mulheres participantes deste estudo foi constituída em sua totalidade por 291 puérperas, sendo 111 do HEA e 180 do HEB. Ao longo do desenvolvimento do estudo, foram entrevistadas mulheres entre 13 e 49 anos. Segundo Tabela 1, destacaram-se aquelas na faixa etária de 18 anos ou mais (91,1%); residentes de Maceió (51,5%); de raça parda (65,3%); em união estável (49,5%); com escolaridade entre 10 e 12 anos de estudo (46,7%) e pertencentes à população não economicamente ativa (54,6%).

Analisando as mulheres pertencentes à população economicamente ativa, verifica-se que 46,2% relataram pertencer à população ocupada e 53,8% à desocupada. A renda familiar das mulheres entrevistadas variou de 0 a 07 salários mínimos, apresentando média de R\$ 1.141,50 e diferença estatisticamente significativa quando analisada sob o ponto de vista das mulheres submetidas à cesariana ( $p=0,0361$ ) que apresentaram renda superior às demais.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo. Maceió-Al, 2018.**

Variáveis	n	%
<b>Idade</b>		
Menor que 18 anos	26	8,9
Maior ou igual a 18 anos	265	91,1
<b>Município de residência</b>		
Capital	150	51,5
Interior do Estado	141	48,5
<b>Raça</b>		
Branca	43	14,8
Preta	31	10,6
Amarela	20	6,9
Parda	190	65,3
Indígena	03	1,0
Ignorado	04	1,4
<b>Estado civil</b>		
Solteira	58	19,9
Casada	85	29,2
Viúva	02	0,7
Divorciada	02	0,7
União Estável	144	49,5
<b>Escolaridade</b>		

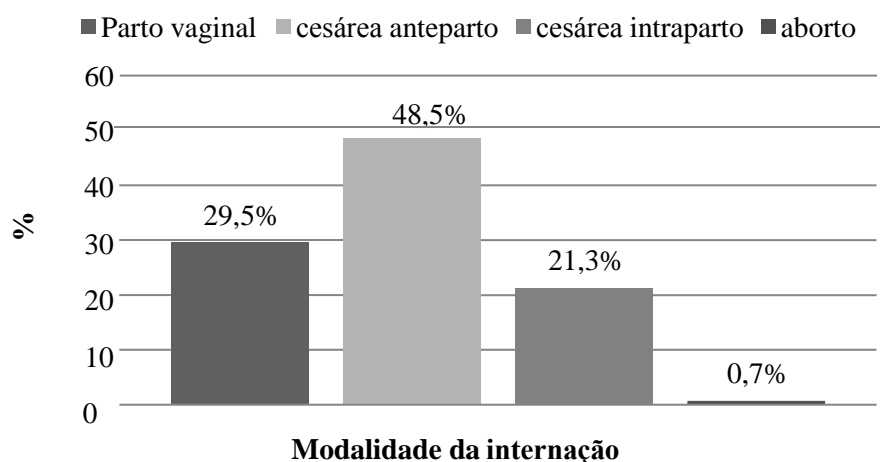
Continuação

Variáveis	n	%
Nenhuma	04	1,4
01 a 04 anos de estudo	20	6,9
05 a 09 anos de estudo	98	33,7
10 a 12 anos de estudo	136	46,7
+ de 12 anos	33	11,3
<b>Ocupação</b>		
População Economicamente Ativa	132	45,4
População Não Economicamente Ativa	159	54,6

Fonte: dados da pesquisadora

Em consonância com o objeto deste estudo, torna-se importante caracterizar as participantes quanto a seus aspectos obstétricos. No que se refere à caracterização da vivência obstétrica no período de internação hospitalar, 69,8% das mulheres foram submetidas à cesárea, destas 48,5% anteparto e 21,3% intraparto; 29,5% das mulheres vivenciaram o parto vaginal e apenas 0,7% estavam internadas em decorrência da assistência ao processo de abortamento, conforme disposto no gráfico 1.

**Gráfico 1 - Distribuição percentual das mulheres participantes do estudo por motivo de internação nos Hospitais de Ensino. Maceió-Al, 2018.**



Fonte: dados da pesquisadora

Quanto à paridade das entrevistadas, houve o predomínio de mulheres na vivência da primeira gestação (38,5%); sem experiência de partos vaginais (51,5%); que se submeterem apenas a uma cesárea em suas vidas (45,7%) e que nunca vivenciaram o aborto (78%). Quando questionadas sobre a gestação atual, 55,7% das puérperas informaram que não houve planejamento para concepção. Apesar deste dado, 98,6% das mulheres receberam assistência pré-natal conforme Tabela 02. Sob o ponto de vista da estatística analítica, houve associação de relevância significativa entre a média de gestações e as mulheres sem escolaridade ( $p=0,0000$ ),

viúvas ( $p=0,0177$ ), entre 40 e 49 anos ( $p=0,0000$ ) e sem planejamento da gestação atual ( $p=0,0299$ ), o que pode retratar a vulnerabilidade social desta população em específico.

Observa-se que 67,6% das entrevistadas realizaram o pré-natal apenas na atenção básica e que 76% participaram de 06 (seis) consultas ou mais, conforme preconiza o Ministério da Saúde. A captação precoce (até a 12<sup>a</sup> semana de gestação) para início do pré-natal ocorreu em 78,4% dos casos. Com relação às orientações realizadas pelos profissionais de saúde que desenvolveram o cuidado pré-natal, 47,7% das mulheres verbalizaram não ter recebido informações acerca da maternidade de referência para assistência ao parto ou a intercorrências e 63,8% não foram orientadas quanto à fisiologia do processo parturitivo, bem como sobre a assistência obstétrica a este momento de suas vidas (Tabela 2).

**Tabela 2 - Caracterização do cuidado pré-natal recebido pelas mulheres participantes do estudo. Maceió-Al, 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Local de realização</b>		
UBS/PSF	194	67,6
Hospital de Referência/Alto risco	39	13,6
Serviço particular/suplementar	11	3,8
Mais de um local	43	15,0
<b>Número de consultas</b>		
Menos de 06 consultas	69	24,0
06 consultas ou mais	218	76,0
<b>Período de início</b>		
Até o primeiro trimestre	225	78,4
Após o primeiro trimestre	62	21,6
<b>Fornecimento de informações acerca da maternidade de referência</b>		
Sim	150	52,3
Não	137	47,7
<b>Fornecimento de informações acerca da fisiologia do processo parturitivo e assistência obstétrica</b>		
Sim	104	36,2
Não	183	63,8

Fonte: dados da pesquisadora

Antes de ingressar nos aspectos pertinentes a assistência obstétrica recebida pelas mulheres nos Hospitais de Ensino, buscou-se caracterizar a procura pela internação hospitalar por meio da compreensão acerca dos sinais/sintomas que levaram as mulheres a procurar o serviço de atendimento obstétrico, bem como da existência de peregrinação durante esta procura. Sendo assim, 40,2% das entrevistadas relataram que a ida a maternidade foi impulsionada pela dor (baixo ventre ou lombar) desencadeada pelas contrações, enquanto que 45,7% buscou outro serviço antes do internamento no hospital em que se encontrava.

### 3.2 Caracterização do cuidado recebido pelas mulheres participantes do estudo

No que se refere à caracterização da assistência recebida pelas mulheres nos Hospitais de Ensino, constatou-se todas as mulheres referiram no mínimo uma situação de violência, dentre elas: 18,9% não se sentiram à vontade para expor queixas ou dúvidas; 16,5% tiveram mãos, braços ou pernas amarrados; 13,1% não conseguiram compreender as informações que receberam; 10,3% das entrevistadas não se sentiram seguras diante do cuidado recebido; 9,6% não receberam informações acerca do cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde; 7,9% não sentiram-se acolhidas e/ou apoiadas; 4,5% acreditam que não tiveram a privacidade respeitada; 4,5% vivenciaram procedimentos não consentidos; 4,1% não permanecerem com acompanhantes de sua escolha; 4,1% receberam gritos durante a assistência; e 3,1% foram solicitadas a parar de chorar ou gritar e, como pode ser observado na Tabela 3.

Considerando os parâmetros dispostos na Tabela 03, no que se refere a comparação das práticas desenvolvidas nos Hospitais de Ensino A e B, pode-se inferir que houve significância estatística apenas quanto ao fornecimento de informações ( $p=0,0294$ ) e a sensação de segurança diante da assistência ( $p=0,0027$ ), ambas com baixa força de associação em razão dos valores de RR e IC. Constatando-se, desta forma, que os desfechos listados são desempenhados sem diferença significativa no que diz respeito ao local da internação.

**Tabela 3 – Análise estatística da caracterização da assistência recebida pelas mulheres nos Hospitais de Ensino. Maceió-Al, 2018.**

Desfecho	Hospital		Risco Relativo (RR)	Parâmetros		
	HEA (%)	HEB (%)		IC95%	$\chi^2$	p
<b>Sentiu-se segura diante da assistência recebida</b>						
Sim	82,88	93,89	1,13	1,03  —  1,24	8,99	0,0027
Não	17,12	6,11				
<b>Fornecimento de informações acerca da assistência pelos profissionais de saúde</b>						
Sim	85,59	93,33	1,09	1,00  —  1,18	4,73	0,0294
Não	14,41	6,67				
<b>Presença de acompanhante da própria escolha</b>						
Sim	92,79	97,78	1,05	0,99  —  1,11	4,31	0,0640
Não	7,21	2,22				
<b>Recebeu gritos</b>						
Sim	6,31	2,78	0,44	0,14  —  1,35	2,16	0,1414
Não	93,69	97,22				
<b>Respeito à privacidade</b>						
Sim	93,69	96,67	1,03	0,97  —  1,09	1,42	0,2330

Continuação

Desfecho	Hospital		Risco Relativo (RR)	Parâmetros		
	HEA (%)	HEB (%)		IC95%	$\chi^2$	p
Não	6,31	3,33				
<b>Sentiu-se acolhida/apoiada por profissional de saúde do HE</b>						
Sim	93,69	91,11	0,97	0,90  —  1,03	0,62	0,4276
Não	6,31	8,89				
<b>Confiança para expor dúvidas e/ou queixas</b>						
Sim	82,88	80,00	0,96	0,86  —  1,07	0,37	0,5417
Não	17,12	20,00				
<b>Realização de procedimento sem consentimento</b>						
Sim	5,41	3,89	0,71	0,24  —  2,08	0,37	0,5430
Não	94,59	96,11				
<b>Mãos, braços ou pernas amarradas</b>						
Sim	18,02	15,56	0,86	0,51  —  1,45	0,30	0,5824
Não	81,98	84,44				
<b>Compreensão acerca das informações recebidas</b>						
Sim	85,59	87,78	1,02	0,93  —  1,12	0,29	0,5898
Não	14,41	12,22				
<b>Solicitação para parar de chorar ou gritar</b>						
Sim	3,60	2,78	0,77	0,21  —  2,80	0,15	0,7353
Não	96,40	97,22				

Fonte: dados da pesquisadora

Com relação às mulheres que receberem assistência ao parto vaginal, observou-se que durante o trabalho de parto 68,6% delas não se alimentaram; 40,7% receberam ocitocina sintética por meio de acesso venoso; a 37,2% não foram ministrados Métodos Não Farmacológicos para o Alívio da Dor (MNFAD); 33,7% a toques vaginais consecutivos por pessoas distintas; 30,2% não ingeriram líquidos; 27,9% foram submetidas à amniotomia; 10,5% não tiveram liberdade para deambular e/ou mudar de posição; 2,3% foram submetidas a tricotomia e 2,3% foram submetidas à lavagem gástrica (Tabela 4).

Além das mulheres que vivenciaram o parto vaginal, mulheres submetidas à cesárea intraparto também usufruíram do trabalho de parto, nestes casos: a 79% não foram fornecidos MNFAD; 77,4% das entrevistadas não se alimentaram neste período; 69,4% não ingeriram líquidos; 38,7% não tiveram liberdade para deambular e/ou mudar de posição; 29% foram submetidas à amniotomia; 29% a toques vaginais consecutivos por pessoas distintas; 17,7% receberam ocitocina sintética por acesso venoso; 12,9% foram submetidas a tricotomia e 8,1% foram submetidas a lavagem gástrica, conforme Tabela 4.



Ao realizar a análise estatística dos desfechos descritos acima em comparação com o tipo de parto, viu-se que há diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que vivenciaram o parto vaginal e mulheres que vivenciaram a cesárea (ambos antecidos pelo trabalho de parto) no que se refere a ingestão de líquidos ( $p=0,0000$ ), a deambulação e a liberdade de posição ( $p=0,0000$ ), o fornecimento de MNFAD ( $p=0,0000$ ) e a administração de ocitocina sintética ( $p=0,0029$ ). Observou-se ainda que, para mulheres que experienciaram o parto vaginal, o risco de não ingerir líquidos é 57% ( $RR=0,43$ ) menor, de não deambular e mudar de posição livremente é 32% ( $RR=0,68$ ) menor, de não utilizar MNFAD é 67% ( $RR=0,33$ ) menor e de receber ocitocina sintética é 57% ( $RR=0,43$ ) menor do que em mulheres que foram submetidas a cesárea (Tabela 4).

**Tabela 4 – Análise estatística das variáveis pertinentes ao trabalho de parto em relação ao tipo de parto. Maceió-Al, 2018.**

Desfecho	Tipo de parto		Risco Relativo (RR)	Parâmetros		
	Parto vaginal (%)	Cesárea intraparto (%)		IC95%	$\chi^2$	p
<b>Deambulação e liberdade de posição</b>						
Sim	89,53	61,29	0,68	0,55  —  0,84	16,58	0,0000
Não	10,57	38,71				
<b>Ingestão de líquidos</b>						
Sim	69,77	30,65	0,43	0,29  —  0,65	22,15	0,0000
Não	30,23	69,35				
<b>Fornecimento de MNFAD à mulher</b>						
Sim	62,79	20,97	0,33	0,20  —  0,55	25,43	0,0000
Não	37,21	79,03				
<b>Infusão de ocitocina sintética</b>						
Sim	40,70	17,74	0,43	0,24  —  0,78	8,86	0,0029
Não	59,30	82,26				
<b>Realização de tricotomia</b>						
Sim	2,33	12,90	5,54	1,21  —  25,23	6,39	0,0114
Não	97,97	87,10				
<b>Realização de lavagem gástrica</b>						
Sim	2,33	8,06	3,46	0,69  —  17,29	2,63	0,1302
Não	96,67	91,94				
<b>Alimentação</b>						
Sim	31,40	22,58	0,71	0,41  —  1,25	1,39	0,2371
Não	68,60	77,42				
<b>Realização de toques vaginais sucessivos por pessoas diferentes</b>						

Desfecho	Tipo de parto		Risco Relativo (RR)	Parâmetros		
	Parto vaginal (%)	Cesárea intraparto (%)		IC95%	$\chi^2$	p
Sim	33,72	29,03	0,86	0,52  —  1,40	0,36	0,5454
Não	66,28	70,97				
<b>Realização de amniotomia</b>						
Sim	27,9	29,03	1,04	0,62  —  1,74	0,02	0,8809
Não	72,09	70,97				

Fonte: dados da pesquisadora

Quanto à assistência ao período expulsivo (parto vaginal), 91,9% pariram em posições não supinas, sendo 53,2% em posição litotômica/ginecológica e 45,6% em posição semi-sentada; 72,1% das mulheres receberam indução de puxos; 15,1% foram submetidas à episiotomia e 5,8% foram submetidas à Manobra de Kristeller (Tabela 5). Ao realizar a análise estatística destes dados em comparação com o período de início e ao número de consultas do pré-natal, constatou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre a realização das intervenções listadas acima e as características do pré-natal. O que pode sugerir que um pré-natal iniciado no primeiro trimestre e com seis consultas ou mais não garante informações suficientes para a prevenção de práticas desnecessárias durante a assistência obstétrica ao nível do empoderamento da mulher.

**Tabela 5 - Caracterização da assistência recebida pelas mulheres durante o período expulsivo. Maceió-Al, 2018.**

Variáveis	n	%
<b>Puxo dirigido</b>		
Sim	62	72,1
Não	24	27,9
<b>Episiotomia</b>		
Sim	13	15,1
Não	73	84,9
<b>Manobra de Kristeller</b>		
Sim	05	5,8
Não	81	94,2
<b>Posição do parto</b>		
Supina	79	91,9
Não-supina	07	8,1

Fonte: dados da pesquisadora

Uma vez conduzidas à cesárea (anteparto ou intraparto), 4,3% das mulheres não foram informadas acerca dos motivos que justificaram a realização da cirurgia. Dentre as que foram informadas, sinais e/ou sintomas relacionados às síndromes hipertensivas específicas da gestação foram usados como argumento para a submissão à cesariana em 37% dos casos.

Quanto à assistência recebida por mulheres e recém-nascidos no pós-parto (partos vaginais e cesáreas), em 56,4% não houve estímulo ao aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido; em 47,8% os binômios não estabeleceram contato pele a pele com a mãe; em 39,8% não houve clampeamento tardio de cordão umbilical; 38,8% a mulher não pôde permanecer com seu filho(a) e em 33,6% dos casos os recém-nascidos foram conduzidos a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) após o nascimento (Tabela 6).

No que se refere a análise estatística, não houve diferença estatisticamente significativa entre os recém-nascidos encaminhados a UCI ou UTI quando comparadas as vias de nascimento, no entanto, quando avaliadas sob a ótica das boas práticas neonatais essa diferença foi significativa. Os dados demonstram que, entre os binômios que vivenciaram o parto vaginal, houve 54% menos risco (RR=0,46) de não haver clampeamento tardio de cordão, 27% menor risco (RR=0,73) de não haver estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, 50% menos risco (RR=0,50) de não haver contato pele a pele e 27% (RR=0,73) menos risco do recém-nascido não permanecer com a mãe após o nascimento.

**Tabela 6 - Análise estatística das variáveis pertinentes ao pós-parto em relação ao tipo de parto. Maceió-AL, 2018.**

Desfecho	Tipo de parto		Risco Relativo (RR)	Parâmetros		
	Parto normal (%)	Cesárea intraparto (%)		IC95%	$\chi^2$	P
<b>Contato pele a pele</b>						
Sim	80,23	40,39	0,50	0,41  —  0,61	38,42	0,0000*
Não	19,77	59,61				
<b>Clampeamento tardio do cordão</b>						
Sim	49,38	22,92	0,46	0,30  —  0,71	13,52	0,0002*
Não	50,62	77,08				
<b>Permanência da mãe com o bebê</b>						
Sim	75,58	55,17	0,73	0,61  —  0,86	10,60	0,0011*
Não	24,42	44,83				
<b>Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida</b>						
Sim	53,49	39,41	0,73	0,56  —  0,95	4,86	0,0273*
Não	46,51	60,59				
<b>Recém-nascido encaminhado a UTI/UCI</b>						
Sim	29,07	35,47	1,22	0,83  —  1,78	1,10	0,2922
Não	70,93	64,53				

Fonte: dados da pesquisadora

#### 4. DISCUSSÃO

Ao analisar as características da assistência pré-natal recebida pelas mulheres entrevistadas sob a ótica dos indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), constata-se que apesar da captação precoce e do acompanhamento desenvolvido em seis ou mais consultas apresentado pela maioria, as gestantes estão sendo pouco informadas acerca das particularidades do processo parturitivo, no que se refere a seus aspectos fisiológicos e assistenciais, o que pode representar um agravo importante.

Este resultado assemelha-se ao encontrado em um estudo realizado no Distrito Federal e publicado em 2016, no qual 72,2% das entrevistadas afirmaram, ao final da gestação, que não haviam conversado sobre o parto com o profissional de saúde durante o desenvolvimento do pré-natal (TOSTES; SEIDL, 2016), entende-se que este fato pode afetar negativamente a vivência de parto da mulher por meio de ansiedades, medos e dúvidas não esclarecidas.

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012). No entanto, este profissional de saúde tem como dever, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (artigo 38), prestar informações escritas e/ou verbais completas e fidedignas necessárias a continuidade da assistência (COFEN, 2017).

Apesar destes indicadores, o próprio Ministério da Saúde discorre que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas por meio da escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando não apenas o cuidado biológico, mas aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais a fim de garantir a qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

Segundo estudo publicado com o objetivo de avaliar o cuidado pré-natal na Atenção Básica do município de Vitória – ES (RUSCHI et al., 2018), entre os inúmeros índices para avaliação da adequação do pré-natal, aquele que levou em consideração apenas o início do pré-natal e o número de consultas (índice de Kotelchuck) apresentou limitações ao não considerar as características socioeconômicas, demográficas e variáveis reprodutivas das gestantes na definição da adequação da assistência, o que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa.

No escopo de fornecimento de informações/orientações durante a prestação do cuidado

pré-natal, torna-se relevante destacar a importância da construção do plano de parto, instrumento considerado como boa prática obstétrica pela OMS desde 1996. Trata-se de um documento escrito em que as gestantes expressam antecipadamente suas escolhas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, evitando intervenções desnecessárias e indesejadas, mediante esclarecimentos realizados pelo profissional de saúde no pré-natal a fim de garantir a participação ativa da mulher no processo de parturição (OMS, 1996; GOMES et al., 2017).

Ainda no que se refere ao acesso à informação, de acordo com a Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 e com o manual de *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco* do Ministério da Saúde de 2012, toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia a maternidade na qual acontecerá o parto, bem como na qual será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012). Apesar da existência desta legislação, este estudo mostrou que 47,7% das mulheres entrevistadas não receberam informações acerca de sua maternidade de referência, durante o pré-natal, e ainda que 45,7% buscou outro serviço antes da internação nos cenários de coleta.

Segundo Ferreira (2015, p. 66), “a peregrinação no anteparto ocorre quando uma gestante entra em trabalho de parto e não consegue atendimento na primeira maternidade que procura, tendo assim, que buscar outras maternidades até conseguir assistência ao parto”. Esta peregrinação é considerada violência obstétrica à medida que anula direitos e acarreta riscos à saúde do binômio, de modo a favorecer desfechos negativos e contribuir para ao aumento dos índices de mortalidade materna e neonatal, podendo estar associada a desorganização da rede de atenção à saúde e a deficiência no fornecimento de informações a gestantes e seus familiares durante o cuidado pré-natal (RODRIGUES et al., 2015).

Quando se trata da internação hospitalar e do processo de participação da mulher no cuidado a ela ofertado, constatou-se que a 9,6% das mulheres não receberam informação acerca da assistência obstétrica fornecida e ainda que 13,1% das mulheres não conseguiu compreender as informações que receberam. De acordo com o compilado de recomendações *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, publicado pela OMS em 2018, a comunicação efetiva entre os prestadores de saúde da maternidade e as mulheres, por meio de métodos simples e culturalmente aceitáveis é recomendada para uma experiência positiva de parto.

Segundo Rodrigues et al. (2017), durante o processo parturitivo, a mulher vivencia sentimentos como o medo da ocorrência de intercorrências, a ansiedade pelo nascimento de seu filho e a solidão por desconhecer, muitas vezes, o ambiente em que se encontra. Dessa forma, a fim de garantir uma experiência acolhedora, as mulheres devem ser informadas acerca dos

procedimentos envolvidos na assistência obstétrica de forma clara, de modo que estas possam compreender o que está sendo dito e sintam-se seguras diante do contexto o qual estão inseridas.

Além do não fornecimento de informações, a apreciação de outros aspectos relacionados diretamente, a assistência recebida nos Hospitais de Ensino demonstra algumas situações caracterizadas como violência obstétrica, tais como: a impossibilidade da presença do acompanhante escolhido pela parturiente, a realização de procedimentos sem a permissão da mulher, a comunicação de profissionais de saúde por meio de gritos e a falta de acolhimento durante a vivência hospitalar.

No que se refere ausência de acompanhante da escolha da mulher, sabe-se que desde 2005, a Lei nº 11.108 garante às parturientes a presença de acompanhante (indicado pela mesma) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Não garantir este acesso, relaciona-se ao fato de não fornecer informação à mulher acerca de seu direito, bem como a violência institucional, uma vez que o serviço veta o que é estabelecido por lei.

Para Souza e Gualda (2016), os benefícios da participação de um acompanhante do convívio da mulher durante o processo de parto e nascimento tem sido amplamente apontado em literaturas nacionais e internacionais. Dentre estes benefícios estão a maior satisfação global da mulher com a experiência do processo de parto (promoção de conforto e segurança), a redução do uso de fármacos para o alívio da dor e a redução no índice de intervenções como cesárea e episiotomia, além de melhores índices de Apgar para bebês ao nascimento.

Ao se discutir a questão da prática de procedimentos sem o consentimento, remete-se imediatamente ao conceito da violência obstétrica, descrito anteriormente como “qualquer ato ou intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao neonato, praticada sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia” (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p.2). Trata-se, portanto, da presença clara desta modalidade de violência durante a internação nos hospitais estudados, representando uma atitude que precisa ser combatida, sobretudo, por meio do processo de aprendizagem profissional na área da saúde, pois pedir permissão para tocar o corpo do outro, deveria ser prerrogativa para prática de qualquer intervenção.

Quanto à análise da prevalência da violência verbal, observou-se que além de presente nesta pesquisa, esta categoria de violência destacou-se também em um estudo realizado em 2010 pela Fundação Perseu Abramo com 2.365 mulheres e em um estudo realizado no Ceará com 3.675 mulheres entre os anos de 2013 e 2014, nos quais 9% e 11% das entrevistadas, respectivamente, receberam gritos durante a assistência obstétrica (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; RODRIGUES ET AL., 2017). Tal situação além de caracterizar-se como

desrespeito, gera sentimentos de angústia e inferioridade e conseqüentemente medo e insegurança na mulher, o que compromete sua vivência obstétrica.

Ainda segundo a OMS, como cuidado respeitoso em obstetrícia, entende-se aquele organizado para e fornecido a todas as mulheres, de maneira a preservar sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a liberdade de maus tratos, de modo a permitir a escolha informada, além do acolhimento/apoio durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018). Em oposição a esta recomendação, 10,3% das mulheres não se sentiram seguras diante da assistência recebida, enquanto que 7,9% não sentiram acolhidas pelos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que, a questão do acolhimento em saúde é algo que vem sendo discutido há bastante tempo por meio de documentos importantes, tais como a Política Nacional de Humanização (PNH), publicada em 2003, que defende que o acolhimento é capaz de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários (MARTIS; LUZIO, 2017). Um aspecto positivo observado, refere-se ao fato de que entre as mulheres que se sentiram acolhidas e apoiadas durante a internação, em 63,8% dos casos este profissional de saúde pertencia a equipe de enfermagem.

Em consonância com este dado, um estudo realizado em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino do Mato Grosso, entre os anos de 2014 e 2016, com o objetivo de analisar o cuidado prestado após a inserção de enfermeiras obstétricas, mostrou que mesmo se tratando de um cenário de ensino, a prática destas profissionais está associada aos princípios da humanização do parto e nascimento preconizadas pela OMS e Ministério da Saúde do Brasil, promovendo a valorização/qualificação de seu processo de trabalho (MEDEIROS ET AL., 2016).

No que diz respeito à assistência durante o trabalho de parto para mulheres que vivenciaram o parto vaginal ou a cesárea intraparto, observa-se o uso de práticas consideradas desnecessárias sob ótica da Medicina Baseada em Evidências, tais como realização de tricotomia, privação de deambulação e mudança de posição, além de toques vaginais sucessivos realizados por pessoas distintas e o não fornecimento de MNFAD, reforçando a medicalização da assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2016; WHO, 2018).

Sob a visão da medicalização da assistência obstétrica, Oliveira e Penna (2017) discorrem que:

“A realização do parto no ambiente hospitalar, associada à disponibilidade tecnológica no cuidado à saúde, contribuiu para a organização da assistência como uma linha de produção, acentuando a medicalização do parto, cuja capacidade de escolha passa a ser de responsabilidade exclusiva do médico, a despeito do desejo das mulheres, que perdem a sua privacidade e autonomia.” (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 2).

Contrapondo-se aos dados desta pesquisa, a OMS recomenda que durante o trabalho de parto, as mulheres devem ingerir líquidos e aquelas sem fatores de risco devem alimentar-se; não devem ser submetidas a tricotomia de rotina; devem ser incentivadas a deambular e adotar posturas verticais; devem ser submetidas a toques vaginais com intervalo mínimo de quatro horas; devem ter a disposição técnicas de relaxamento para o alívio da dor, de acordo com sua preferência (musicoterapia, técnica de respiração, meditação e/ou massagem) e não devem ser submetidas a amniotomia e infusão de ocitocina sintética com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto (WHO, 2018).

É importante lembrar que, apesar de atualizadas em 2018, tais recomendações foram publicadas também pela OMS em 1996 por meio de um guia prático de assistência ao parto normal, promovendo subsídios para a prática da assistência segura desde então. Tal publicação representou um marco na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, sendo produto de debates internacionais com base em evidências científicas. Seu conteúdo inclui a classificação das práticas utilizadas na assistência obstétrica e neonatal nas seguintes categorias: A) demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B) claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; D) as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (OMS, 1996).

A Rede Cegonha, instituída no Brasil em 2011 pela Portaria nº 1.459, entendida como uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”, da qual os hospitais estudados se inserem, também se propõe a incorporar a adoção de práticas baseadas em evidências (obstétricas e neonatais) e reduzir as intervenções desnecessárias por meios de suas diretrizes (BRASIL, 2011).

Continuando nesta perspectiva, no que se refere à assistência ao parto vaginal/período expulsivo, práticas como indução de puxos, episiotomia e Manobra de Kristeller foram pontuadas, pelas mulheres entrevistadas, como ofertadas pelos profissionais de saúde. Ainda considerando como referência o compilado de recomendações da OMS publicado em 2018, durante o período expulsivo as mulheres devem ser encorajadas e apoiadas a seguir seu próprio impulso de modo a conduzir seus puxos, não devem ser submetidas à episiotomia de rotina, tão pouco a Manobra de Kristeller com a justificativa de facilitar o parto (WHO, 2018).

Além da adoção de tais práticas, constatou-se também que 91,9% das mulheres



entrevistadas pariram em posição supina (posição litotômica/ginecológica, semi-sentada ou lateralizada). Segundo evidências científicas, a deambulação e adoção de posições verticais durante o processo parturitivo apresentam vantagens como a redução do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto (dilatação e expulsão); redução da necessidade analgesia pela diminuição do estresse e da dor; redução da incidência de sofrimento fetal e promoção de melhores condições do recém-nascido; além do incentivo ao protagonismo da mulher a participar ativamente do nascimento de seu filho (BALASKAS, 2015; WHO, 2018). Sendo assim, as mulheres devem ser encorajadas a movimentar-se e a adotar posições de sua preferência durante o processo parturitivo.

Ao analisar os resultados pertinentes a hospitalização no que se refere à via de nascimento, observa-se que apenas 29,5% das mulheres vivenciaram o parto vaginal enquanto que 69,8% foram submetidas à cesárea (anteparto ou intraparto), o que representa uma taxa de cesárea de 70,2% neste estudo. Este dado representante um importante problema de saúde pública e caracteriza-se como violência obstétrica à medida que acarreta riscos a população materno-infantil, visto que se apresenta muito acima do que é estipulado pela OMS, mostrando-se questionável acerca de seu caráter de emergência (OMS, 2015). Além de representar um risco a não adesão das boas práticas obstétricas e neonatais quando comparado as mulheres que vivenciaram o parto vaginal, como mostram os dados das Tabelas 4 e 6.

Segundo Diniz et al. (2016), o ensino de obstetrícia no Brasil requer que o aluno desenvolva um certo número de procedimentos para fins de avaliação, de modo a instigar o treinamento das habilidades em pacientes, sobretudo usuárias do SUS, muitas vezes, de forma não consentida e/ou informada. Além de perpetuar este tipo de abuso, as instituições formadoras desconsideram o conhecimento científico produzido nos últimos anos, fortalecendo a ideia da mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de atuação para formação profissional.

Esta informação é ainda mais alarmante, pois as maternidades participantes desta pesquisa são instituições envolvidas com a formação de profissionais de saúde e deveriam preocupar-se com o processo de aprendizagem pautado em evidências científicas, conduzindo para cirurgia apenas mulheres com reais indicações. Desconstruir a compreensão de que o corpo da mulher é imperfeito (base da medicalização da assistência) e de que o conhecimento provém da repetição da técnica são atitudes que podem contribuir para reflexão acerca da diminuição da taxa de cesárea.

Para Medeiros et al. (2016):

“(…) os hospitais de ensino têm como características a centralidade no processo de formação, o que determina a ocorrência de rodízio entre os que

ali atuam, sendo frequente a presença de docentes, discentes de medicina, enfermagem e outras áreas da saúde. Essa forma de organização que prioriza o ensino tem sido apontada como fator dificultador para o estabelecimento de vínculo entre cuidadores e pacientes e para a concretização de uma prática humanizada e livre de intervenções sem indicações clínicas.” (MEDEIROS ET AL., 2016, p. 1094).

Outra questão importante diz respeito ao fato de que 4,9% das mulheres não foram informadas sobre o motivo pelo qual foram conduzidas a cirurgia, indo totalmente de encontro com os princípios da humanização da assistência, pois comunicar o ser cuidado acerca dos procedimentos realizados em seu corpo, deveria ser a primeira atividade desempenhada pelo profissional de saúde, antes mesmo de desenvolver a técnica a que se propõe. Sendo entendida como um procedimento médico, a realização da cesárea enquadra-se no escopo do Código de Ética Médico, resolução nº 1.931 de 2009, o qual preconiza em seu artigo 34 que é vedado ao profissional “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento” (CFM, 2009, p. 38).

Quanto à análise dos dados pertinentes a assistência ao binômio no período pós-parto, observou-se que a adesão a cuidados como o contato pele a pele, clampeamento tardio de cordão e estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida encontra-se comprometida visto que, apesar de comprovadamente benéficos, não são amplamente praticados, mesmo nos casos em que os bebês não são encaminhados a UCI/UTI, indo ao encontro do estudo *Nascer no Brasil*, o qual apresentou percentuais aproximados para não adesão de tais práticas na região nordeste (MOREIRA et al., 2014). Desse modo, pode-se inferir a presença da violência obstétrica também sob seu aspecto neonatal, visto que tal prática profissional compromete os benefícios do respeito à hora de ouro para a saúde materno-infantil.

Segundo o manual intitulado *Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças*, produzido pelo Ministério da Saúde em 2011, as três práticas citadas acima são capazes de promover benefícios imediatos e a longo prazo para saúde de mulheres e recém-nascidos, tais como a regulação da temperatura corporal e a promoção da estabilidade cardiorrespiratória em recém-nascidos e o fortalecimento do vínculo entre o binômio, no caso do contato pele a pele; o fornecimento de reserva de ferro e melhoria nos níveis hematológicos para crianças e a redução de incidência de retenção placentária em mulheres, para o clampeamento tardio de cordão; e a prevenção de morbimortalidade neonatal e liberação de ocitocina pela mulher (efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno), no caso do estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de

vida. Benefícios estes também publicados pelo compilado de recomendações da OMS em 2018 (OMS, 2018).

Diante do que foi discutido, identificar que todas as mulheres entrevistadas sofreram ao menos uma modalidade de violência obstétrica requer atenção por parte daqueles que se propõe a cuidar. Dessa forma, torna-se necessário um olhar direcionado a otimização da formação profissional destes hospitais, tanto no que se refere aos novos profissionais de saúde quando aqueles já formados (educação continuada), a fim de garantir o desenvolvimento do cuidado pautado na segurança por meio da consideração de evidências científicas e do protagonismo da mulher e recém-nascido (individualidade e integralidade), desconstruindo modelos pautados na medicalização e patologização da gestação, destacando-se neste âmbito, a figura da enfermeira obstétrica e obstetrix.

Nesse sentido, Moura et al. (2018) discorre que a fim de prevenir a violência obstétrica os profissionais de saúde devem explicar a mulher, de forma que ela compreenda, o momento em que ela se encontra e de que forma ela pode contribuir com seu cuidado; buscar ouvi-la, de forma a promover a integralidade/multiprofissionalidade do cuidado e prevenir humilhações pela equipe; evitar procedimentos invasivos, que causem dor ou possuem riscos elevados, exceto em casos criteriosamente indicados; orientar a mulher acerca de seus direitos relacionados a maternidade e reprodução, inclusive com a promoção do direito a presença de um acompanhante, desde a assistência pré-natal ao cuidado ao parto; garantir acesso a leitos por meio da equidade; investir no processo de educação continuada e atualização profissional de forma a garantir o desempenho de uma assistência de qualidade.

Compreendendo que a prevenção da violência obstétrica não é unilateral, torna-se oportuno destacar ainda, a importância da promoção da educação em saúde na assistência pré-natal, seja por meio de rodas de gestantes e/ou da construção de instrumentos como o plano de parto como ferramentas de empoderamento de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal e luta contra a prática da violência institucional e de gênero.

## CONCLUSÃO

A análise dos dados produzidos por esta pesquisa demonstrou que todas as mulheres entrevistadas vivenciaram ao menos um dos aspectos relacionados a violência obstétrica, durante a internação hospitalar (assistência ao trabalho de parto, parto vaginal, cesárea e pós-parto), sobretudo no que se refere a taxa de cesárea apresentada pelo estudo que ao ultrapassar as estimativas da OMS; ao não fornecimento de informações pelos profissionais de saúde e/ou a dificuldade na compreensão destas pelas mulheres; a percepção da ausência de acolhimento, segurança e privacidade por parte das entrevistadas; a realização de procedimentos não consentidos e desnecessários e à privação de cuidados obstétricos e neonatais comprovadamente benéficos diante das evidências. Condições que, diante dos dados, não se relacionam com a gravidade do quadro clínico dos binômios, apesar de se tratarem de maternidades de assistência a gestações de alto risco.

Sendo assim, a caracterização da assistência fornecida pelos HE's durante o processo parturitivo demonstrou-se inserida nos conceitos de violência obstétrica quanto violência institucional e de gênero, distanciando-se dos princípios da maternidade segura e autonomia da mulher e família e definindo-se, nestas situações, como (des)cuidado.

Torna-se oportuno destacar que, ao possibilitar a compreensão acerca da caracterização da assistência obstétrica em cenários destinados a formação de profissionais de saúde, este estudo pode proporcionar subsídios para a qualificação do processo de aprendizagem na busca por um cuidado respeitoso e seguro à mulher e recém-nascido, de modo à superar o modelo iatrogênico dominante, pautado na medicalização e patologização de processos naturais e na visão do “corpo-escola”, não descartando, no entanto, estratégias ligadas a outros níveis de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

ANDERSON, C.; PEREZ, C. Adolescent Psychological Birth Trauma Following Cesarean Birth. **Pediatric nursing**, New Jersey, v. 41, n. 2, p. 78-83, 2015.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2014, Londrina. **Anais** [...]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2014. p.1-7.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1261-1281, 2014.

ARGENTINA. **Ley 26.485, Marzo 11 de 2009**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, [2009]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviço**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica, nº 32. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Congresso Nacional, [2005]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria nº. 1.067 de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção

Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, [2005].

Disponível em:

[http://www.lex.com.br/doc\\_395287\\_PORTARIA\\_N\\_1067\\_DE\\_4\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2005.asp](http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.asp)  
x. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Congresso Nacional, [2007]. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm). Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. **Lei nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Gabinete do Ministro, [2011]. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.000 de 15 de março de 2004**. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Brasília: Gabinete do Ministro, [2004].

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400\\_02\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html). Acesso em: 15 mar. 2018.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR DRUMOND, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Segunda edição. Editora Hucitec/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, I. S.; BRITO, I. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 16, n. 47, p. 71-97, 2017.

CARVALHO, S.R.; RODRIGUES, C.O.; COSTA, F. D.; ANDRADE, H.S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.

CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015.

CARLO, W. A.; TRAVERS, C. P. Maternal and neonatal mortality: time to act. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.92, n.6, p. 543-545, 2016.

CHAI, C. G.; SANTOS, J. P.; CHAVES, D. G. Violência institucional contra a mulher: o poder judiciário, de pretensão protetor a efetivo agressor. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 13, n. 2, p.640-665, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, [2017]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>. Acesso: 04 abr. 2019.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CRVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. GrowthDev**, São Paulo, n. 3, v. 25, p: 1-8, 2015.

D' AQUINO, L. S. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os protestos que tomaram o mundo em 2013. **Novos Saberes**, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 46-58, 2016.

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. C. A. C.; SALGADO, H. O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016.

ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, e20170027, 2017.

FERREIRA, R. V. F. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Agosto, 2010. Disponível em: Acesso em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf). Acesso em: 03 out. 2017.

FLETCHER, R. H; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANZON, A. C. A; SENA, L. M. Teste da Violência Obstétrica: Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher. Maio, 2012. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados\\_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o\\_Diagramada\\_Vers%C3%A3o-final.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf) . Acesso em: 03 out. 2017.

GOMES, R. P. C.; SILVA, R. S.; OLIVEIRA, D. C. C.; MANZO, B. F.; GUIMARÃES, G. L.; SOUZA, C. V. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **REME – Rev Min Enferm.**, Minas Gerais, 21:e-1033, p. 1-8, 2017.

GUPTA, J.K.; SOOD, A.; HOFMEYR, G.J.; VOGEL, J. P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 5, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Mensal de Emprego (Antiga Metodologia). Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural (a história e a filosofia de uma revolução). 3. ed. rev. atual. e aumentada. São Paulo: Ground, 2015.

JONES, R. H. **Entre as orelhas**: histórias de parto. Porto Alegre (RS): Ideias – Produção Cultural Ltda, 2012.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MAIA, M.B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FICORUZ, 2010.

Martins, C. P.; Luzio, C. A. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p: 13-22, 2017.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 105, p. 1-12, 2017.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, 2016.

MEDEIROS, R. M. K; TEIXEIRA, R. C; NICOLINI, A. B; ALVARES, A. S; CORRÊA, A. C. P; MARTINS, D. P. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, 2016.

MOREIRA, M. E. L.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; SILVA, A. A. M.; LANSKY, S.; PINHEIRO, R. S.; GONÇALVES.; LEL, M. C. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014

MITROS, M. S.; ALMEIDA, P. C. Violência obstétrica no processo de parturicção em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução e Climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.

NOGUEIRA, D. L.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; LINHARES, M. S. C. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n.1, p. 151 - 58, 2015.



NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 4, p. 468- 476, 2016.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v.26, n.2, p. 1-10, 2017.

OLIVEIRA, L.L.F.; TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, A. A. P.; MELO G. C.; SANCHES, M.E. T. L.; PINTO, L. M. T. R. As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e14203, 2017.

OLIVEIRA, M. A; VELLARDE, G. C; SÁ, R. A. M. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. **Revista FEMINA**, São Paulo, v.43, n.3, p. 105-110, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos**. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

PERNAMBUCO. Ministério Público. Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos [cartilha]. Recife (PE): Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

Disponível em:

<https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saude Soc.**, São Paulo, v.23, n. 1, p. 313-24, 2014.

PONTES, K. M. A.; BORGES, M. C. L. A.; BARRETO, F. A.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, L. F.; FIALHO, A. V. M. Produção científica em enfermagem cirúrgica: análise dos estudos quantitativos realizados entre 2005 e 2009. **Rev Rene.**, Ceará, v. 13, n.1, p. 231 - 41, 2012.

POSSATI, A.B.; PRATES, A.L.; CREMONESE, L.; SCARTON, J.; ALVES, C.N.; RESSEL, L.B. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, e20160366, 2017.

PRIORI, Claudia. **Retrato falado da violência de gênero: queixas e denúncias na Delegacia da Mulher de Maringá (1987-1996)**. 2003. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.

REIS, T. R.; ZAMBERLAN, C.; QUADROS, J. S.; GRASEL, J. T.; MORO, A. S. S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 36(esp), p. 94-101, 2015.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto - enferm.**,

Florianópolis, v. 25, n. 1, e3570014, 2016.

RODRIGUES, F. A. C.; LIRA, S. V. G.; MAGALHÃES, P. H.; FREITAS, A. L. V.;

RUSCHI, G. E. C.; ZANDONADE, E.; MIRANDA, A. E.; ANTÔNIO, F. F. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 131-139, 2018.

SÁ, N. N.B.; GUBERT, M. B.; SANTOS, W.; SANTOS, L. M. P. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-524, 2016.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil: conceitos versus dados. In: 48ª Reunião Anual da SBPC; 1996, jul 07-12; São Paulo, Brasil. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1996. p. 531-533.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.35, n. 1, p. 157- 60, 2014.

SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Violência Obstétrica: você sabe o que é? 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf> . Acesso em: 01 Out. 2017

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, p.71-100, 1995.

SILVA, D. M.; SERRA, M. C. M. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 42-65, 2017.

SILVA, M. G.; MARCELINO, M. C.; RODRIGUES, L. S.; TORO, R. C.; SHIMO, A. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**, Ceará, v. 15, n. 4, p. 820-8, 2014.

SOUZA, S. R. R. K; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 25, n. 1, e4080014, p. 1-9, 2016.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters*, v.23, p. 149-50, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, Rio Grande do Sul, v. 29, e155043, 2017.

ZORZANELLI, R.; CRUZ, M.G.A. The concept of medicalization in Michel Foucault in the 1970. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

**APÊNDICE A – Instrumento de registro de artigos da revisão integrativa de literatura**

<b>Título da publicação</b>	<b>Base de indexação</b>	<b>Local de publicação/Ano</b>	<b>Objetivo do trabalho</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Síntese do estudo relacionada à questão de pesquisa</b>
1. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study	LILACS	São Paulo Medical Journal/2017	Avaliar as características sociodemográficas e psicológicas das mulheres que solicitaram o aborto legal, em um serviço público de saúde, após terem sofrido violência sexual.	Estudo descritivo retrospectivo de 131 mulheres submetidas ao aborto legal na Universidade Estadual de Campinas entre 1994 e 2014, em decorrência da violência sexual.	Das entrevistadas, 92 mulheres apresentaram um relatório policial, embora isso não tenha sido necessário para interromper a gravidez devido à violência sexual, pois a maioria dos serviços opta por exigir um relatório policial e também um relatório do IML para provar que a mulher foi realmente estuprada, supondo que a mulher possa estar mentindo, gerando desconforto, risco de não adesão à referência para violência sexual e constrangimento.
2. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva/2017	Recuperar histórias de violência institucional na assistência ao aborto provocado, sob a ótica das mulheres, em um hospital público de referência em Teresina, no Piauí.	Estudo conduzido entre junho de 2012 e novembro de 2013, tendo como unidade de análise mulheres que realizaram aborto de maneira ilegal e insegura e estavam internadas em hospital público de referência em Teresina, para realização de curetagem uterina por aborto incompleto.	De um total de 72 mulheres, 26 relataram desrespeito e abuso durante a internação. Caracterizadas pelos autores como “violências institucionais”, o estudo aponta: práticas discriminatórias (como julgamento moral), tratamento não digno (ameaças de denúncia à polícia, uso de linguagem ríspida e grosseira e internação conjunta com puérperas), negligência (longa espera para realização do esvaziamento uterino), ausência de consentimento (procedimentos médicos realizados sem explicação), além de violação da privacidade e confidencialidade (entrevista e exame físico realizados com outras pacientes).

3. Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação	LILACS	Estudos de psicologia (Natal)/2016	Conhecer a experiência de mulheres que engravidaram por consequência do estupro, destacando as vivências anteriores e após o desfecho da gestação (continuidade ou a interrupção legal da gestação ).	Estudo de casos múltiplos, realizado com três mulheres em Fortaleza-CE.	Relato de mobilização institucional a favor da continuidade da gestação após mulheres declararem desejo por ILG, o que vale questionar até que medida a instituição é parcial neste processo de decisão. A realização da ILG ainda é vista de forma negativa pelos profissionais nos serviços de saúde, de forma que as mulheres ainda encontram muitas resistências no contato com eles; quer seja em relação ao tema violência sexual quer seja em relação à ILG.
4. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal	LILACS	Revista brasileira de epidemiologia/2011	Identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida.	Amostra de 1.027 pares (mães e filhos) estudadas. Estudo transversal, realizado junto às mães e crianças menores de um ano de idade, que compareceram à segunda etapa da campanha de poliomielite no Distrito Federal, Brasil, em 2011.	A violência verbal por parte dos profissionais de saúde no momento no parto foi referida por 17,8% das parturientes, seguida da violência física (17,3%) e negligência (16,7%), entretanto, nenhum desses estudos investigou a existência de associação entre violência no parto e AMPH. Foram encontrados relatos de interrupção de alojamento conjunto.
5. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia	LILACS	História, Ciências, Saúde- Manguinhos/2016	Demonstrar que os processos de simbolização que integram a atenção hospitalar às mulheres afetam, de modo contundente, suas experiências.	A pesquisa combinou métodos qualitativos e quantitativos para investigar as relações entre jovens de 15 a 24 anos e a instituição hospitalar.	Embora a maioria das participantes classifique a vivência no hospital como positiva, estas mesmas mulheres descreveram episódios de discriminação/preconceito e atenção desumanizada no processo de assistência ao abortamento, por meio de opressão/abuso de poder, negligência, falta de fornecimento das informações cerca do cuidado, proibição da presença de acompanhantes, demora para realização da curetagem (não vista como prioridade na atenção obstétrica) e até violência verbal (gritos).

6. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva/2016	Apresentar dados atualizados sobre a estrutura dos serviços e a situação do atendimento à violência sexual, além do perfil das mulheres e das características do aborto.	Estudo de métodos mistos, de abrangência nacional, tendo como unidade de análise os serviços de aborto legal no Brasil em 2013-2015. Foram avaliados os 60 serviços listados pelo Ministério da Saúde como em funcionamento em 2009.	As mulheres relatam desacolhimento no serviço de acesso à ILG, dificuldade de acesso aos profissionais que apresentam objeção de consciência mesmo trabalhando em serviço de referência para tal. A razão mais comum para essa recusa seriam barreiras morais ou religiosas ao aborto, além da contestação da veracidade do relato de violência pela mulher, assim como a solicitação do BO e do laudo do IML, no sentido de blindar a equipe contra a palavra da mulher. Os entrevistados também apostam que a imposição de barreiras burocráticas seria reduzida se os profissionais fossem treinados em conceitos como “saúde sexual e reprodutiva”, “violência de gênero”, “humanização” e “direitos humanos”.
7. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico	LILACS	Esc. Anna Nery Rev. Enferm/2015	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direito de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento.	Pesquisa descritiva, exploratória realizada com 56 mulheres nos alojamentos conjuntos de quatro maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, desenvolvida em 2014. A análise dos dados foi na modalidade temática do conteúdo.	Mostraram um problema recorrente para as mulheres, a peregrinação, que traz três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidado e dos sentimentos vivenciados pela busca de atendimento. Esses pontos estão interligados pela lógica do descumprimento de ações que assegurem os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, além do despreparo das instituições em oferecer uma assistência de qualidade.
8. "Siempre me critican": barriers to reproductive health in Ocotal, Nicaragua	LILACS	Rev Panam Salud Publica/2015	Identificar barreiras percebidas para acessar cuidados de saúde reprodutiva de acordo com as mulheres de Ocotal, Nicarágua; descrever sua compreensão de	De maio a junho de 2014, três grupos de discussão foram realizados em espanhol com 17 mulheres de dois bairros diferentes (barrios) na cidade de Ocotal, na Nicarágua.	Obstáculos sérios, incluindo 1) violência contra as mulheres, 2) machismo, 3) críticas de outros, e 4) falta de comunicação e educação limitam a capacidade das mulheres de tomar suas próprias decisões de saúde reprodutiva. As mulheres tinham uma falta generalizada de conhecimento sobre os direitos reprodutivos e os documentos internacionais de direitos humanos que os definem. Além disso,

			seus direitos reprodutivos; e documentar suas opiniões sobre a proibição total da Nicarágua ao aborto.	Um guia de discussão semi-estruturado com perguntas abertas foi empregado para elucidar as perspectivas locais em relação aos temas das discussões dos grupos focais.	devido a ideologias religiosas e culturais, a maioria das mulheres apoiou a proibição total do país ao aborto na maioria das circunstâncias, com a possível exceção do estupro.
9. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal	LILACS	Cadernos de Saúde Pública/2015	Relatar vivências de mulheres após a violência sexual, no diagnóstico de gravidez, na busca pelo serviço de interrupção legal da gestação e durante a internação em um hospital universitário.	Foi realizada pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas em dez mulheres de 18-38 anos e escolaridade $\geq$ 8 anos, após 1-5 anos da interrupção legal da gestação.	As mulheres desconheciam o direito à interrupção legal da gestação, sentiram a violência sexual como experiência vergonhosa, mantiveram segredo e não procuraram qualquer atendimento imediato. O diagnóstico de gravidez provocou sentimentos de angústia e desejo de abortar. Para as mulheres que procuraram o setor de saúde suplementar as orientações foram precárias ou não aconteceram. O atendimento dos profissionais mostrou-se relevante para assimilação da experiência do aborto.
10. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto	SCIELO	Saúde Soc. São Paulo/2008	Descrever, analisar e discutir as representações das mulheres sobre a assistência prestada no trabalho de parto e parto, com perspectivas de humanização.	Recorte de uma tese de doutorado intitulada “Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto” que teve por cenário o Centro Obstétrico de um hospital-escola no sul do país, do qual participaram 33 mulheres. O período para a coleta das informações junto à clientela ocorreu durante três meses ininterruptos durante o ano de 2004.	O estudo desenvolvido por Wolff (2004) constatou que embora as entrevistadas tenham elogiado o atendimento quanto ao aspecto relacional e valores humanísticos, identificaram elementos de não-cuidado, os quais foram bem graves, apontando a necessidade de uma mudança de postura e atitude por parte de alguns profissionais. Nesse recorte destacou-se os depoimentos de parturientes que evidenciaram o não cuidado e/ou desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto.

11. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal	SCIELO	Rev. Enfermería Global/2017	Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.	Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, no qual foram entrevistadas 35 puérperas que vivenciaram o parto vaginal nas duas maternidades públicas municipais existentes na cidade de Natal, Rio Grande do Norte.	Comentários inadequados, críticas sobre o ato de gritar ou gemer durante o trabalho de parto, intimidação e ameaça, dor promovida pelo toque vaginal e episiorrafia, restrição ao leito e proibição de mudança de posição demonstram-se como formas de violência obstétrica vivenciadas pelas entrevistadas caracterizadas como palavras ou atitudes dos profissionais de saúde pelos autores.
12. Adolescent Psychological Birth Trauma Following Cesarean Birth	CINHAL	PEDIATRIC NURSING/2015	Explorar associações entre sintomas depressivos, exposição à violência e traumas psicológicos no nascimento em adolescentes que vivenciaram cesariana.	Estudo descritivo exploratório com 44 adolescentes nos Estados Unidos. Dentro de 72 horas após o parto, os sintomas de Psychological Birth Trauma (PBT) foram medidos através de uma classificação subjetiva da experiência de nascimento e a Impact of Event Scale (IES).	22,7% dos adolescentes classificou a experiência da cesárea como “horível”, indicando subclínica de sintomas traumáticos. Houve associação entre sintomas de depressão e cesáreas realizadas antes de 38 semanas. Além de avaliação entre a associação entre cesáreas de emergência e cesáreas agendadas com os sintomas depressivos, mostrando ainda desconhecimento acerca da necessidade da cesariana.



## APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

**Título** - Violência Obstétrica em Hospitais de Ensino: um Estudo de Prevalência

Hospital de Ensino: ( ) HUPAA ( ) MESM

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Município de residência/UF: \_\_\_\_\_
3. Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Ignorado
4. Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Viúva ( ) Divorciada ( ) União Estável
5. Escolaridade:
  - ( ) Nenhuma
  - ( ) De 01 a 04 anos ( do 1º ao 4º ano do Ensino Fundamental)
  - ( ) De 05 a 09 anos (do 5º ao 9º ano do Ensino Fundamental)
  - ( ) De 10 a 12 anos (do 1º ao 3º ano do Ensino Médio)
  - ( ) Mais de 12 anos (a partir do 1º ano do Ensino Superior)
6. Ocupação:
  - ( ) População Economicamente Ativa → ( ) Ocupada ou ( ) Desocupada
  - ( ) População Não Economicamente Ativa
7. Renda Familiar (salário mínimo = R\$ 954,00): \_\_\_\_\_

### DADOS OBSTÉTRICOS

1. Por qual motivo você está neste hospital?
  - ( ) Parto normal ( ) Cesárea antecedida por trabalho de parto ( ) Cesárea imediata ( ) Aborto
2. Paridade/Passado obstétrico  
G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ PN \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
3. Sua gestação foi planejada? ( ) Sim ( ) Não
4. Sua gestação foi considerada de risco em algum momento? ( ) Sim ( ) Não
5. Você realizou pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

#### SE SIM ↓

- 5.1. Local que realizou o pré-natal: ( ) UBS/PSF ( ) Hospital ( ) Particular
- 5.2. Número de consultas de pré-natal: ( ) < 6 consultas ( ) ≥ 6 consultas
- 5.3. Mês de início do pré-natal (idade gestacional): \_\_\_\_\_ mês
- 5.4. Durante o pré-natal, o profissional de saúde lhe informou qual seria sua maternidade/hospital de referência? ( ) Sim ( ) Não
- 5.5. Durante o pré-natal, o profissional de saúde lhe informou sobre o que aconteceria na maternidade/hospital (assistência e processos fisiológicos)? ( ) Sim ( ) Não

## DADOS ACERCA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### PARA TODAS AS MODALIDADES DE INTERNAÇÃO ↓

1. Porque você procurou a maternidade/hospital?

- ( ) Dor  
 ( ) Sangramento  
 ( ) Perda de líquido  
 ( ) Outro:
- 

2. Você procurou outra maternidade antes de se internar nesta unidade hospitalar?

( ) Sim. Porque não foi acolhida/internada?

---

( ) Não

3. Você permaneceu com um acompanhante de sua escolha? ( ) Sim ( ) Não

4. Foi permitida a permanência de acompanhante do sexo masculino? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA

5. Você foi informada acerca dos procedimentos realizados em seu corpo? ( ) Sim ( ) Não

6. Você conseguiu compreender as informações que recebeu? ( ) Sim ( ) Não

7. Foi realizado algum procedimento sem o seu consentimento? ( ) Sim ( ) Não

8. Você se sentiu à vontade para expor suas dúvidas ou queixas? ( ) Sim ( ) Não

9. Sua privacidade foi respeitada? ( ) Sim ( ) Não

10. Alguém gritou com você em algum momento? ( ) Sim ( ) Não

11. Alguém chamou você por algum apelido indelicado ou você se sentiu incomodada por não ter sido chamada pelo seu nome? ( ) Sim ( ) Não

12. Alguém pediu para você parar de gritar ou chorar em algum momento? ( ) Sim ( ) Não

13. Amarraram suas mãos, braços ou pernas em algum momento? ( ) Sim ( ) Não

14. Você se sentiu segura diante da assistência/cuidado que recebeu? ( ) Sim ( ) Não

15. Você se sentiu acolhida/apoiada por algum profissional de saúde desta unidade hospitalar?

( ) Sim. Quem?

---

( ) Não

### SE TRABALHO DE PARTO (+ PARTO NORMAL OU CESÁREA) ↓

1. Você se alimentou durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não

2. Você bebeu líquidos durante o trabalho de parto? ( ) Sim ( ) Não

3. Você teve liberdade para se movimentar e mudar de posição durante o TP? ( ) Sim ( ) Não

4. Foi oferecido a você algum método não farmacológico para o alívio da dor? ( ) Sim ( ) Não

( ) Banho morno de chuveiro ( ) Massagem ( ) Bola suíça ( ) Técnica de respiração

( ) Musicoterapia ( ) Aromaterapia ( ) Cavalinho ( ) Outro. Qual?

---

5. Você utilizou o “soro que aumenta a dor” (ocitocina sintética)?  Sim  Não
6. Foi realizada depilação dos pelos da sua região íntima/genitália (tricotomia)?  Sim  Não
7. Foi realizada lavagem gástrica (esvaziamento do conteúdo do estômago)?  Sim  Não
8. Romperam sua bolsa das águas artificialmente?  Sim  Não
9. Realizou-se repetidos toques vaginais por pessoas diferentes?  Sim  Não

### SE CESÁREA ↓

1. Você foi informada porque foi encaminhada a cesárea?

Sim. Qual?

---

Não

### SE PARTO NORMAL ↓

1. Em que posição você pariu?

Semi-sentada  Litotômica/ginecológica  Cócoras  Quatro apoios

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

2. Pediram para você fazer força em algum momento?  Sim  Não

3. Cortaram sua vagina no momento do parto (episiotomia)?  Sim  Não

4. Apertaram ou subiram em sua barriga no momento do parto (Manobra de Kristeller)?

Sim  Não

5. Realizaram a retirada dos restos de parto de dentro da vagina sem anestesia?  Sim  Não

### APÓS O PARTO (PARTO NORMAL OU CESÁREA)

1. Após o nascimento, seu bebê precisou ser levado para uma UTI ou UCI Neonatal?

Sim  Não

2. Logo após o nascimento, o bebê foi colocado em contato com a sua pele (sem lençol ou campo cirúrgico)?  Sim  Não

3. Foi permitido que você ficasse com seu bebê?  Sim  Não

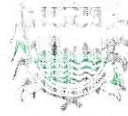
4. Após o nascimento, o cordão umbilical foi cortado tardiamente?  Sim  Não  Não sei

5. Após o nascimento, algum profissional de saúde estimulou o aleitamento materno (em até uma hora)?  Sim  Não

6. Depois do nascimento, como você se sentiu (resumir em uma palavra):

\_\_\_\_\_

## ANEXO A – Autorização institucional para pesquisa Maternidade Escola Santa Mônica



ESTADO DE ALAGOAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL  
Maternidade Escola Santa Mônica - MESM  
Av. Comendador Leão, S/N - Poço da Barra - Maceió/AL. CEP 57.000-000  
Fone: (82) 3315-4401 - CNPJ 12.517.793/0006-04

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PARA O C.E.P. Nº 002/2018

Eu, Flávia Augusta Toledo Lemos, responsável pela Assessoria da Gerência Docente Assistencial da Maternidade Escola Santa Mônica, autorizo a realização da Pesquisa intitulada: **“Violência obstétrica em hospitais de ensino: um estudo de prevalência.”**, que tem por objetivo investigar a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino da cidade de Maceió-AL. Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade da Pesquisadora: Larissa Lages Ferrer de Oliveira, com CPF nº 068.469.614-29, sob a orientação da Profa. Dra. Ruth França Cinzino da Trindade, com CPF sob nº 227.535.604-00 e concordo que a mesma seja realizada nos meses de Maio a Outubro de 2018.

Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades enquanto Instituição envolvida no referido projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização condiciona o início da pesquisa e coleta de dados à apresentação do Parecer Favorável a execução da pesquisa emitida pelo sistema CEP/CONEP e a entrega de uma cópia do parecer.

Maceió, 06 de Fevereiro de 2018.

Atenciosamente,

Flávia Augusta Toledo Lemos  
Assessora da Gerência Docente Assistencial –  
GDA/ MESM  
Matricula nº 4.497-0

**Flávia Augusta Toledo**  
Assessora da Gerência Docente Assistencial  
CPF 724.253.004-06  
Mat. 4497-0



## ANEXO B – Autorização institucional para pesquisa Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (Carta de Aceite)

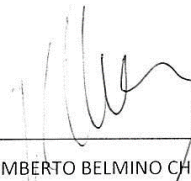


### Carta de Aceite

Maceió, 30 de janeiro de 2018.

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM HOSPITAIS DE ENSINO: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA**”, protocolo 627, sob a coordenação da pesquisadora **RUTH FRANÇA CIZINO DA TRINDADE**, obteve parecer **favorável** do Chefe de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSEERH e somente será **AUTORIZADO DEFINITIVAMENTE** por esta instituição após obter o parecer **consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**.

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
JOSÉ HUMBERTO BELMINO CHAVES

Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica  
GEP/HUPAA/UFAL/EBSEERH

Dr. José Humberto B. Chaves  
Chefe do Setor de Pesquisa e  
Inovação Tecnológica  
SIAPE: 3314459  
HUPAA/UFAL/EBSEERH

**ANEXO B – Autorização institucional para pesquisa Hospital Universitário  
Professor Alberto Antunes (Termo de Concordância)**



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



## Termo de Concordância

Maceió, 24 de janeiro de 2018

Ilmo(a) Sr(a) Chefe da maternidade HUPAA

**Assunto:** Autorização para realizar pesquisa científica na maternidade do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da UFAL/EBSERH

Solicito sua autorização para realizar o projeto de pesquisa “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM HOSPITAIS DE ENSINO: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA**”, cadastrado na Gerência de Ensino e Pesquisa sob **protocolo 627**, obteve **parecer favorável inicial** do Chefe de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSERH, sendo **imprescindível o de acordo da viabilidade desta pesquisa neste setor.**

Esclarecemos que esta pesquisa só será **AUTORIZADA** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

  
RUTH FRANÇA CIZINO DA TRINDADE

De acordo,

  
Dr. Sandra Cristina Vieira Torres  
CHEFE DA UNM MATERNO INFANTIL  
HUPAA/EBSERH/UFAL

Assinatura e carimbo chefia da maternidade

## ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Violência Obstétrica em Hospitais de Ensino: um Estudo de Prevalência

**Pesquisador:** Larissa Lages Ferrer de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87916218.5.0000.5013

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem e Farmácia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.548.804

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por objetivo investigar a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino da cidade de Maceió-AL. Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico e de corte transversal a ser realizado com 291 mulheres em duas maternidades públicas da cidade de Maceió-AL, identificadas como Hospitais de Ensino. Os dados serão coletados por meio de formulário de entrevista e analisados por meio da análise epidemiológica e estatística descritiva. Espera-se como resultado do estudo, a produção de dados que contribuam com a assistência obstétrica em consonância com as políticas públicas de atenção à mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino da cidade de Maceió-AL.

#### avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os incômodos e os riscos envolvidos com a participação das mulheres na pesquisa estão relacionados à inibição/constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, não saber o que responder durante a entrevista e a perda de tempo ao participar do estudo. Para minimizar os riscos, os entrevistadores realizarão a entrevista em ambiente reservado e acolhedor e na ausência de acompanhantes a fim de garantir privacidade, não citarão o nome das participantes ao publicar os dados para garantir-las anonimato e as esclarecerão acerca do conteúdo das questões presentes no formulário utilizado para coleta dos dados.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (32)3214-1041 E-mail: comitedeeticouf@ufal.br

Página 01 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.548.804

Na concretização dos riscos, a fim de sanar os mesmos, os entrevistadores irão interromper a entrevista, remarcar-a ou suspender a participação na pesquisa a qualquer momento, se assim a participante desejar. Os benefícios envolvidos na participação do estudo estão relacionados à construção de subsídios que podem contribuir para o acolhimento e humanização da assistência obstétrica por meio do planejamento de estratégias comprometidas com a redução da violência obstétrica.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa possui relevância para a temática abordada está delimitada e embasada de acordo com a resolução Nº 466/12- CONEP/CNS.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram todos os termos obrigatórios. Observar recomendação relatada abaixo.

#### Recomendações:

De acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, no TCLE, TALE e TCLE para pais e responsáveis e projeto, o pesquisador deve atentar para a assistência imediata ao participante da pesquisa diante de possíveis danos psicológicos causados pela entrevista que abordará a violência obstétrica que a participante possa ter sofrido. Prever apoio psicológico.

TCLE, TALE e TCLE para pais e responsáveis:

-Realizar correção no TCLE, Item 10 substituir "desta do projeto" por "deste estudo"; Item 11 substituir "me trazer" por "lhe trazer".

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende às exigências da resolução 466/2012e 510/2016, mas solicita-se observar recomendações.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (32)3214-1041 E-mail: comitedeeticouf@ufal.br

Página 02 de 04

## ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Continuação do Parecer: 2.648.804

**autorização de declínio;**

V.3ª. deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/IG/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1100435.pdf	17/04/2018 16:27:02		Aceito
Outros	CARTA_DE_CORREÇÕES_AO_CEP.pdf	17/04/2018 16:24:46	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	17/04/2018 16:23:42	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Outros	TALE.pdf	17/04/2018 16:22:54	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Outros	TCLE_PAIS_OU_RESPONSAVEIS.pdf	17/04/2018 16:22:20	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 2.648.804

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf			
		17/04/2018 16:20:42	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/04/2018 20:33:11	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HU.pdf	09/04/2018 20:27:57	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_MESM.pdf	09/04/2018 20:25:47	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUNENCIA_HU.pdf	09/04/2018 20:24:33	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf	26/03/2018 18:56:48	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Outros	INTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS.docx	26/03/2018 18:54:49	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	26/03/2018 18:52:53	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	26/03/2018 18:42:22	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	Aceito

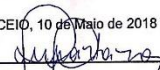
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 10 de Maio de 2018

  
Assinado por:  
Lúcia Santana  
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Página 04 de 04



**ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

(Este documento deve ser assinado em 02 vias pela participante)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado *Violência Obstétrica em Hospitais de Ensino: um Estudo de Prevalência* do pesquisador Larissa Lages Ferrer de Oliveira sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ruth França Cizino da Trindade. A seguir, informações pertinentes a sua participação no estudo:

1. O estudo se destina a investigar a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino da cidade de Maceió-AL;
2. A importância deste estudo é a produção de informações acerca da violência obstétrica em instituições que promovem a formação de profissionais de saúde, possibilitando arcabouço para a melhoria da atenção à mulher durante o trabalho de parto e/ou parto vaginal, cesárea ou abortamento;
3. O resultado que se pretende alcançar é conhecer a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino, bem como suas variáveis;
4. A coleta de dados começará em julho/2018 e terminará em outubro de 2018;
5. O estudo será realizado por meio de entrevistas (após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) com 291 participantes em 02 maternidades do município de Maceió-AL. Após a fase de coleta de dados, os mesmos serão analisados estatisticamente;
6. A sua participação na pesquisa ocorre através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fornecimento de respostas claras e verdadeiras aos questionamentos presentes no instrumento de coleta de dados (formulário de entrevista);
7. Os incômodos e os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa estão relacionados à inibição/constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, não saber o que responder durante a entrevista e a perda de tempo ao participar do estudo. Para minimizar os riscos, os entrevistadores realizarão a entrevista em ambiente reservado e acolhedor e na ausência de acompanhantes a fim de garantir-lhe privacidade, não citarão seu nome ao publicar os dados para garantir-lhe anonimato e lhe esclarecerão acerca do conteúdo das questões presentes no formulário utilizado para coleta dos dados. Na concretização dos riscos, a fim de sanar os mesmos, os entrevistadores irão interromper a entrevista, remarcá-la ou suspender sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim você desejar;
8. Os benefícios de sua participação na pesquisa, mesmo que não diretamente, estão relacionados à construção de subsídios que podem contribuir para o acolhimento e humanização da assistência obstétrica por meio do planejamento de estratégias comprometidas com a redução da violência obstétrica;
9. Em caso de dúvidas acerca do estudo, você poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa (Larissa Lages Ferrer de Oliveira. Endereço: Escola de Enfermagem e Farmácia – Universidade Federal de Alagoas. Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins. Telefones: 082 98812-6586 e 082 99669-2070);
10. Você será informado(a) do resultado final deste estudo, e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
11. A qualquer momento, você poderá recusar a dar continuidade a sua participação no estudo e poderá retirar seu consentimento sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização;
13. O estudo não lhe acarretará nenhuma despesa;
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com sua participação na

pesquisa (nexo causal);


**15.** Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos; Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas/ Escola de Enfermagem e Farmácia  
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins  
Cidade/CEP: Maceió – AL/ CEP: 57072-970  
Telefone: (082) 99669-2070

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campos A. C. Simões, Cidade Universitária  
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 08:00 as 12:00hs  
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de

	
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) do participante da pesquisa (rubricar as demais folhas)	Larissa Lages Ferrer de Oliveira (Pesquisador responsável pelo estudo)

**ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS**

(Este documento deve ser assinado em 02 vias pelo pai ou responsável do menor)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado *Violência Obstétrica em Hospitais de Ensino: um Estudo de Prevalência* do pesquisador Larissa Lages Ferrer de Oliveira sob a orientação da Profª Drª Ruth França Cizino daa Trindade. A seguir, informações pertinentes a sua participação no estudo:

1. O estudo se destina a investigar a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino da cidade de Maceió-AL;
2. A importância deste estudo é a produção de informações acerca da violência obstétrica em instituições que promovem a formação de profissionais de saúde, possibilitando arcabouço para a melhoria da atenção à mulher durante o trabalho de parto e/ou parto vaginal, cesárea ou abortamento;
3. O resultado que se pretende alcançar é conhecer a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino, bem como suas variáveis;
4. A coleta de dados começará em julho/2018 e terminará em outubro de 2018;
5. O estudo será realizado por meio de entrevistas (após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) com 291 participantes em 02 maternidades do município de Maceió-AL. Após a fase de coleta de dados, os mesmos serão analisados estatisticamente;
6. A sua inserção no estudo ocorre por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa;
7. Os incômodos e os riscos envolvidos com a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa estão relacionados à inibição/constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, não saber o que responder durante a entrevista e a perda de tempo ao participar do estudo. Para minimizar os riscos, os entrevistadores realizarão a entrevista em ambiente reservado e acolhedor e na ausência de acompanhantes a fim de garantir-lhe privacidade, não citarão seu nome ao publicar os dados para garantir-lhe anonimato e lhe esclarecerão acerca do conteúdo das questões presentes no formulário utilizado para coleta dos dados. Na concretização dos riscos, a fim de sanar os mesmos, os entrevistadores irão interromper a entrevista, remarcá-la ou suspender sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim você desejar;
8. Os benefícios esperados com a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa, mesmo que não diretamente, estão relacionados à construção de subsídios que podem contribuir para o acolhimento e humanização da assistência obstétrica por meio do planejamento de estratégias comprometidas com a redução da violência obstétrica;
9. Em caso de dúvidas acerca do estudo, você poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa (Larissa Lages Ferrer de Oliveira. Endereço: Escola de Enfermagem e Farmácia – Universidade Federal de Alagoas. Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins. Telefones: 082 98812-6586 e 082 99669-2070);
10. Você será informado(a) do resultado final deste projeto, e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
11. A qualquer momento, você poderá recusar a dar continuidade a autorização para participação do menor sob sua responsabilidade no estudo e poderá retirar seu consentimento sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização;


13. O estudo não lhe acarretará nenhuma despesa para você ou para o menor sob sua responsabilidade;
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa (nexo causal);
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos;

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas/ Escola de Enfermagem e Farmácia  
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins  
 Cidade/CEP: Maceió – AL/ CEP: 57072-970  
 Telefone: (082) 99669-2070

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campos A. C. Simões, Cidade Universitária  
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 08:00 as 12:00hs  
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

	
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) do participante da pesquisa (rubricar as demais folhas)	Larissa Lages Ferrer de Oliveira (Pesquisador responsável pelo estudo)

## ANEXO F - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

(Este documento deve ser assinado em 02 vias pelo menor participante da pesquisa)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado *Violência Obstétrica em Hospitais de Ensino: um Estudo de Prevalência* do pesquisador Larissa Lages Ferrer de Oliveira sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ruth França Cizino da Trindade. A seguir, informações pertinentes a sua participação no estudo:

1. O estudo se destina a investigar a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino da cidade de Maceió-AL;
2. A importância deste estudo é a produção de informações acerca da violência obstétrica em instituições que promovem a formação de profissionais de saúde, possibilitando arcabouço para a melhoria da atenção à mulher durante o trabalho de parto e/ou parto vaginal, cesárea ou abortamento;
3. O resultado que se pretende alcançar é conhecer a prevalência da violência obstétrica em Hospitais de Ensino, bem como suas variáveis;
4. A coleta de dados começará em julho/2018 e terminará em outubro de 2018;
5. O estudo será realizado por meio de entrevistas (após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) com 291 participantes em 02 maternidades do município de Maceió-AL. Após a fase de coleta de dados, os mesmos serão analisados estatisticamente;
6. A sua participação na pesquisa ocorre através da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e fornecimento de respostas claras e verídicas aos questionamentos presentes no instrumento de coleta de dados (formulário de entrevista);
7. Os incômodos e os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa estão relacionados à inibição/constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, não saber o que responder durante a entrevista e a perda de tempo ao participar do estudo. Para minimizar os riscos, os entrevistadores realizarão a entrevista em ambiente reservado e acolhedor e na ausência de acompanhantes a fim de garantir-lhe privacidade, não citarão seu nome ao publicar os dados para garantir-lhe anonimato e lhe esclarecerão acerca do conteúdo das questões presentes no formulário utilizado para coleta dos dados. Na concretização dos riscos, a fim de sanar os mesmos, os entrevistadores irão interromper a entrevista, remarcá-la ou suspender sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim você desejar;
8. Os benefícios de sua participação na pesquisa, mesmo que não diretamente, estão relacionados à construção de subsídios que podem contribuir para o acolhimento e humanização da assistência obstétrica por meio do planejamento de estratégias comprometidas com a redução da violência obstétrica;
9. Em caso de dúvidas acerca do estudo, você poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa (Larissa Lages Ferrer de Oliveira. Endereço: Escola de Enfermagem e Farmácia – Universidade Federal de Alagoas. Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins. Telefones: 082 98812-6586 e 082 99669-2070);
10. Você será informado(a) do resultado final deste estudo, e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
11. A qualquer momento, você poderá recusar a dar continuidade a sua participação no estudo e poderá retirar seu assentimento sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização;
13. O estudo não lhe acarretará nenhuma despesa;

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com sua participação na pesquisa (nexo causal);  
 15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos;


Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU ASSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas/ Escola de Enfermagem e Farmácia  
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins  
 Cidade/CEP: Maceió – AL/ CEP: 57072-970  
 Telefone: (082) 99669-2070

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo dirija-se ao:  
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campos A. C. Simões,  
 Cidade Universitária  
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 08:00 as 12:00hs  
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de 2018

	
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) do participante da pesquisa menor de 18 anos (rubricar as demais folhas)	Larissa Lages Ferrer de Oliveira (Pesquisador responsável pelo estudo)