



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**PRÁTICAS ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO VAGINAL: ESTUDO DE  
BASE POPULACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**MICHELE AVILA BRANCO**

**2017**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**PRÁTICAS ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO VAGINAL: ESTUDO DE  
BASE POPULACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**MICHELE AVILA BRANCO**  
Mestranda

**SIMONE DOS SANTOS PALUDO**  
Orientadora

**RODRIGO DALKE MEUCCI**  
Coorientador

**RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2017**

**MICHELE AVILA BRANCO**

**PRÁTICAS ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO VAGINAL: ESTUDO DE  
BASE POPULACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone dos Santos Paludo  
Coorientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Dalke Meucci**

**RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2017**

**MICHELE AVILA BRANCO**

**PRÁTICAS ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO VAGINAL: ESTUDO DE  
BASE POPULACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**Banca examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone dos Santos Paludo  
Orientadora (Presidente)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Garcia Dias  
Examinador externo – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr<sup>o</sup> Juraci Almeida Cesar  
Examinador interno – Universidade Federal do Rio Grande

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Lucas Neiva-Silva  
Examinador suplente – Universidade Federal do Rio Grande

**RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2017**

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACSCRG</b>	<b>Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande</b>
<b>CEPAS</b>	<b>Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde</b>
<b>DATASUS</b>	<b>Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde</b>
<b>Decs</b>	<b>Descritos em Ciências da Saúde</b>
<b>FAMED</b>	<b>Faculdade de Medicina</b>
<b>FURG</b>	<b>Universidade Federal do Rio Grande</b>
<b>HU</b>	<b>Hospital Universitário</b>
<b>IBGE</b>	<b>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</b>
<b>MS</b>	<b>Ministério da Saúde</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>
<b>PIB</b>	<b>Produto Interno Bruto</b>
<b>PPGSP</b>	<b>Programa de Pós-graduação em Saúde Pública</b>
<b>RS</b>	<b>Rio Grande do Sul</b>
<b>SINASC</b>	<b>Sistema de Informação de Nascidos Vivos</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>

**Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em um município do extremo sul do Brasil**

**Resumo**

**Objetivo:** investigar a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com características das parturientes residentes em Rio Grande, RS, Brasil. **População alvo:** parturientes riograndinas, residentes na zona urbana ou rural, submetidas ao parto vaginal de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016. **Delineamento:** estudo transversal, de base populacional, inserido num projeto maior denominado “Estudo Perinatal”, conduzido a cada três anos, com o objetivo de avaliar a assistência à gestação e ao parto no município. **Desfecho:** foi caracterizado quando a parturiente respondia “SIM” a qualquer uma das questões do número 01 ao 15 ou “NÃO” na questão 16, referentes a práticas associadas à violência obstétrica. As análises foram feitas no software Stata 14.0, onde se realizou uma análise descritiva da prevalência do desfecho e utilizou-se o teste exato de Fisher para comparar proporções. **Processo amostral:** o estudo se tratou de um censo, incluindo 1226 parturientes riograndinas submetidas ao parto vaginal no ano de 2016. **Resultados:** mais da metade da amostra foi composta por mulheres com idade igual ou superior aos 22 anos (64,9%), cor da pele branca (64,7%), 9 anos ou mais de estudo (51,6%), vivia com companheiro (79,0%), não era primípara (58,0%) e utilizou o Sistema Único de Saúde como fonte de pagamento da internação (94,3%). O exame de toque (68,3%), a episiotomia (41,3%), o uso de medicamento (33,8%), a amniotomia (30,2%) e a manobra de Kristeller (23,1%) foram as práticas com maior prevalência. Outras menos frequentes foram a falta de informação (8,8%), jejum (7,6%), desrespeito (5,8%), posição supina (3,3%), tricotomia (2,0%) e enema (1,4%). Quando agrupadas de acordo com a gravidade, 50,9% das mulheres relataram sofrer práticas mais severas (categoria 2), sendo mais frequente nas mais jovens (67,2%), com maior escolaridade (58,4%), primíparas (69,8%) e com pagamento privado da internação (72,9%). Mesmo diante dessas taxas, apenas 2,6% das mulheres se reconhecem como vítimas de qualquer tipo de violência. **Conclusões:** os achados do estudo evidenciam um modelo de assistência intervencionista que precisa se adequar as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde.

**Descritores:** parto obstétrico; violência contra a mulher; saúde pública.

**Practices associated with obstetric violence in vaginal delivery:  
a population-based study in Southern Brazil**

**Abstract**

**Objective:** To investigate the prevalence of practices associated with obstetric violence and its distribution according to characteristics of parturients residing in the city of Rio Grande, Brazil. **Target population:** Pregnant women from the city of Rio Grande, from urban or rural areas, submitted to vaginal delivery from January 1st to December 31th, 2016. **Study Design:** This population-based cross-sectional study is part of a larger project called "Perinatal Study", conducted every three years, which aims to evaluate gestation and delivery assistance in Rio Grande. **Outcome:** It was characterized when the parturient answered "YES" to any of the questions from number 01 to 15 or "NO" to the question 16 related to "practices associated with obstetric violence". Analyses were performed using Stata 14.0 software. Descriptive analysis was used to investigate outcome's prevalence and Fisher's exact test was used to compare proportions. **Sampling process:** This study was a census, including 1226 parturients from Rio Grande underwent vaginal delivery in 2016. **Results:** more than half of the sample was composed by women aged 22 years or over (64.9%), white (64.7%), with 9 years or more of study (51.6%), lived with a partner (79.0%), was not primiparous (58.0%) and used public health system as a source of hospitalization payment (94.3%). Touch examination (68.3%), episiotomy (41.3%), use of medication (33.8%), amniotomy (30,2%) and Kristeller's maneuver (23.1%) were the most prevalent practices. Other less frequent practices were lack of information (8,8%), fasting (7.6%), disrespect (5.8%), supine position (3.3%), trichotomy (2.0%) and enema (1.4%). When grouped according to severity, 50.9% of the women reported severe practices (category 2), being more frequent among the younger ones (67.2%), with higher education (58.4%), primiparous women (69.8%) and with private hospitalization (72.9%). Despite the rates found, only 2.6% of the women recognized themselves as victims of violence. **Conclusions:** The findings of this study show a model of interventionist assistance that needs to be adapted to the guidelines proposed by the World Health Organization. **Descriptors:** obstetric delivery; violence against women; public health

## CONTEÚDOS DO VOLUME

I	Projeto	11
II	Relatório do trabalho de campo	41
III	Adaptações em relação ao projeto inicial	43
IV	Normas da Revista	45
V	Artigo	57
VI	Nota a imprensa	78
VII	Apêndices	81



## SUMÁRIO

<b>I</b>	<b>PROJETO</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>Introdução</b>	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>Revisão bibliográfica</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Violência</b>	<b>15</b>
<b>1.3</b>	<b>Parto</b>	<b>15</b>
<b>1.4</b>	<b>Definição de violência obstétrica</b>	<b>17</b>
<b>1.5</b>	<b>Prevalência da violência obstétrica</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>Justificativa</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>Objetivos</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>Hipóteses</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>Metodologia</b>	<b>26</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização do local</b>	<b>26</b>
<b>5.2</b>	<b>Delineamento</b>	<b>26</b>
<b>5.3</b>	<b>Participantes</b>	<b>27</b>
<b>5.4</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>27</b>
<b>5.5</b>	<b>Critérios de exclusão</b>	<b>27</b>
<b>5.6</b>	<b>Cálculo do tamanho da amostra</b>	<b>27</b>
<b>5.7</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b>	<b>28</b>
<b>5.8</b>	<b>Definição do desfecho e das variáveis a serem coletadas</b>	<b>28</b>
<b>5.9</b>	<b>Seleção e treinamento das entrevistadoras</b>	<b>31</b>
<b>5.10</b>	<b>Estudo piloto</b>	<b>31</b>
<b>5.11</b>	<b>Logística e coleta de dados</b>	<b>31</b>
<b>5.12</b>	<b>Controle de qualidade</b>	<b>32</b>
<b>5.13</b>	<b>Processamento e análise de dados</b>	<b>32</b>
<b>5.14</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Divulgação dos resultados</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>Orçamento</b>	<b>35</b>
<b>8</b>	<b>Cronograma</b>	<b>36</b>

<b>9</b>	<b>Referências bibliográficas</b>	<b>37</b>
<b>II</b>	<b>ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL</b>	<b>41</b>
<b>III</b>	<b>RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO</b>	<b>43</b>
<b>IV</b>	<b>NORMAS DA REVISTA</b>	<b>45</b>
<b>V</b>	<b>ARTIGO</b>	<b>57</b>
<b>VI</b>	<b>NOTA A IMPRENSA</b>	<b>78</b>
<b>VII</b>	<b>APÊNDICE</b>	<b>81</b>
<b>7.1</b>	<b>Apêndice 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>82</b>
<b>7.2</b>	<b>Apêndice 2 – Questionário</b>	<b>83</b>

## **I PROJETO**

## **1 INTRODUÇÃO**

O nascimento de um filho tem uma representação muito importante na vida de qualquer mulher. A espera pelo momento do parto é repleta de expectativas e a maioria das mulheres busca o ambiente hospitalar por entender que esse local irá oferecer segurança e apoio necessário para qualquer tipo de intercorrência (Teixeira, Pereira, 2006). O atendimento prestado nas instituições hospitalares está centrado na assistência intervencionista, que passou a ser vista como algo esperado ou natural. Há evidências científicas que identificam que as práticas utilizadas na assistência ao parto são necessárias para evitar desfechos obstétricos negativos, contudo o excesso de tecnologias ou intervenções pode gerar prejuízos para a mãe e o bebê (Leal MdC, Gama SGNd, 2014). Outros autores ainda indicam que os modelos que se utilizam de muitas intervenções acabam colocando a mulher em uma posição mais passiva e submissa, sem espaço para expressar seus desejos e sentimentos (d'Orsi E et al, 2014).

Estudos mostram que embora existam manuais, orientações e referências técnicas específicas para os profissionais que atendem à gestação e o parto, o modelo intervencionista ainda é predominante no país (Barros FC et al, 2005). Dessa forma, nascer no Brasil não tem sido um momento experienciado de maneira positiva por algumas mulheres, tanto aquelas ricas quanto as pobres (Leal MdC, Gama SGNd, 2014). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2014), muitas mulheres acabam sendo vítimas da chamada violência obstétrica que se caracteriza por abusos, desrespeito e maus-tratos praticados por profissionais da saúde, ameaçando a integridade física e psicológica destas.

O tema da violência obstétrica tem recebido maior destaque nos últimos anos, contudo ainda são poucos os estudos que revelam as características e o impacto desses eventos. No Brasil, a Pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo no ano de 2010, contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema, apontando que cerca de um quarto das mulheres são vítimas de alguma forma de violência durante a assistência recebida na sua parturição (Diniz SG et al, 2015). Sendo assim, verifica-se que a violência está cada vez mais presente na rotina obstétrica, se configurando como

um grande problema de saúde pública visto os prejuízos que pode acarretar para a saúde física e/ou emocional das mulheres (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Considerando a escassez de estudos quantitativos na área, justifica-se a importância desse estudo que teve como objetivo medir a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com as características sociodemográficas (idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, fonte de pagamento da internação) e primiparidade das parturientes submetidas ao parto vaginal hospitalar, residentes em Rio Grande, Rio Grande do Sul, município do extremo sul do Brasil, no ano de 2016.

### 1.1 Revisão bibliográfica

A revisão de literatura foi realizada a partir de buscas em duas bases eletrônicas de dados: Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram usados os descritores “Violência Obstétrica” e “Violência no Parto”, incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e suas respectivas traduções padronizadas no Medical SubjectHeading (MESH).

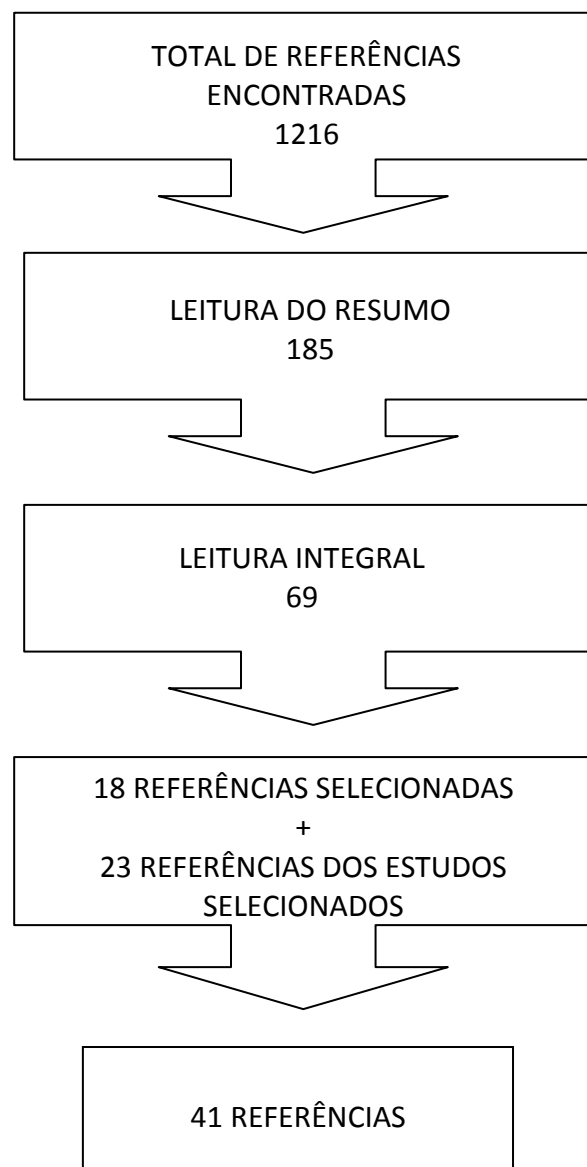
A busca foi realizada tendo com critério de inclusão apenas os estudos que avaliassem a violência obstétrica ou violência no parto. Desta forma, foram excluídos artigos qualitativos referentes à violência doméstica, violência praticada contra parceiro íntimo, prematuridade, violência sexual, violência intrafamiliar, complicações obstétricas graves, suicídio, transtornos mentais, violência contra o recém-nascido, atitudes dos profissionais de saúde em relação a mulheres vítimas de violência, assistência pré-natal, fatores associados com amamentação, gravidez indesejada, dependência de substâncias, abuso físico e parto prematuro.

Na busca inicial foram encontradas 737 publicações na base de dados do PubMed, sendo 447 com o descritor “Obstetric violence” e 290 com “Violence in childbirth”. Na Biblioteca Virtual de Saúde, foram localizados um total de 479 artigos, sendo 151 artigos com o descritor “Violência obstétrica” e 328 com “Violência no parto”. As referências foram importadas para o Endnote, gerando uma biblioteca de 1216 artigos. Para a seleção da pesquisa foram lidos todos os títulos, sendo que aqueles que continham alguma palavra que remetesse ao objeto de estudo tiveram seus resumos lidos. De acordo com esta etapa, foram selecionados 185 artigos para

leitura do resumo, 69 para leitura integral, e finalmente 18 selecionados. Posteriormente, foram incluídas ainda 23 referências provenientes dos estudos selecionados.

Quadro 1 – Busca dos artigos

BASE DE DADOS	DESCRITOR	REFERÊNCIAS ENCONTRADAS
Pub Med	Obstetric violence	447
Pub Med	Violence in childbirth	290
Biblioteca Virtual em Saúde	Violência obstétrica	151
Biblioteca virtual em Saúde	Violência no parto	328



## 1.2 Violência

A violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que pode ser identificado em vários tipos de relações, sejam aquelas que envolvem duas pessoas, grupos ou até mesmo instituições, podendo ocorrer tanto em espaços públicos como privados. A violência vem crescendo a cada dia, em todas as suas formas, acometendo muitas pessoas, não fazendo distinção social, racial, etária ou religiosa (Foneite J et al, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), a violência ocorre em situações nas quais se utiliza o poder ou força física contra si mesmo, outras pessoas ou até mesmo grupos ou comunidade. Isto pode levar a consequências diversas, tais como morte, lesão, dentre outras. A palavra poder é inserida no conceito de violência como uma forma de ressaltar o uso de ameaças, intimidação, negligência e vários outros tipos de abuso (físico, sexual e psicológico).

A violência não é restrita apenas a atos que produzam necessariamente sofrimento ou morte, visto que existem vítimas que apresentam problemas físicos, psicológicos ou sociais (Schraiber L et al, 2006). É vista como uma questão social e de saúde pública, sendo que estudos mostram que a maioria das pessoas que morrem na faixa etária entre 15 e 44 anos têm como causa da morte questões relacionadas à violência. Isso traz grandes prejuízos, pois além da questão financeira gerada pelas despesas em saúde, traz sofrimento à pessoa e aos familiares, fato que acaba gerando um custo muito maior em função das sequelas que o sujeito leva para o resto de sua vida (Dahlberg L, Krug E, 2006).

## 1.3 Parto

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher, momentos únicos que podem ser considerados como um dos aspectos mais significativos da existência humana. Independentemente da cultura, o nascimento sempre desperta emoções e sentimentos (Souza J, Castro C, 2014). Neste momento, a mulher vivencia uma experiência radical e de grande importância para sua existência (Chaves R, 2014). Portanto, a maneira como esse momento é vivenciado ficará na

memória dessa mulher, o que justifica a relevância do cuidado prestado pelos profissionais desde o pré-natal até o momento do parto. De acordo com uma série de diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde, é preciso que a mulher receba cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas, sendo vista como um sujeito único que apresenta características (valores culturais, crenças, necessidades, expectativas) e necessidades próprias. Dessa forma, ela conseguirá se sentir mais acolhida, segura e protegida (Ministério da Saúde, 2016)

Atualmente no Brasil, 98,7% das mulheres tem acesso aos serviços de pré-natal, sendo que 75,8% destas, iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. Estes resultados mostram que existe uma cobertura elevada de assistência pré-natal no país (Viellas EF et al, 2014). Da mesma forma, a assistência ao parto no Brasil é praticamente universal, sendo que 98,08% dos partos são hospitalares (Datusus, 2012). A Organização Mundial da Saúde (2014) refere que as taxas de assistência institucional para o parto melhoraram nas últimas décadas, devido ao fato das mulheres serem incentivadas, por meio de medidas políticas, campanhas, mobilização comunitária, dentre outros a utilizar estas instituições.

A maneira como se dá a relação da mulher com os prestadores de cuidados nas instituições de saúde no pré-natal e no parto é de vital importância nesse processo que deve estar baseado em confiança, respeito, cordialidade, segurança, clareza na comunicação e boa capacidade técnica. Porém, nem sempre isso acontece e muitas mulheres acabam experimentando situações de abusos, desrespeitos, maus-tratos e negligência que equivalem a violação de direitos humanos. Pesquisadores indicam que no momento do parto a mulher apresenta-se mais frágil e sente maior medo de sofrer alguma punição por expressar seus desejos e sentimentos, tornando-se mais vulnerável a ocorrência da violência obstétrica (Wolf LR, Waldom VR, 2008). As queixas em relação ao parto são frequentes e a relação com os profissionais, que deveria ser marcada pela qualidade da assistência, nem sempre é avaliada de forma positiva. Dentre as várias queixas, estudos destacam a dificuldade de acesso às maternidades, bem a atitude mercenária de alguns profissionais que buscam obter vantagens financeiras num momento de fragilidade. Desta forma, o atendimento pelos profissionais é, em alguns casos, marcado pela desconfiança e desrespeito,



principalmente com mulheres menos favorecidas economicamente (Hotimsky S et. al, 2002).

Além disso, o nascimento tem sido banalizado pelos cuidadores, uma vez que a prática muitas vezes é pautada apenas em critérios técnicos, não sendo observadas as necessidades e os sentimentos das gestantes (Chaves R, 2014). Dessa forma, a violência obstétrica pode, portanto, ocorrer tanto em lugares que apresentam pouquíssimos recursos humanos e tecnológicos quanto em locais onde, em nome da “assistência”, as intervenções são padronizadas (Serruya S, 2014). Alguns autores ainda acrescentam que uma das tecnologias de saúde mais utilizada de forma desnecessária é o parto cesáreo, o qual pode se constituir num risco para a mãe e o bebê. No Brasil, cerca de 52% dos partos são por cesarianas, enquanto o recomendado pela OMS é de apenas 15%. A cesárea indesejada é fruto de um processo mais complexo e amplo que deve levar em consideração vários aspectos, tais como questões históricas e sociais vivenciadas pelas mulheres ao longo dos tempos e as relações que elas estabelecem com pessoas diversas e com os profissionais de saúde (Salgado H et al, 2013).

#### 1.4 Definição de violência obstétrica

A violência pode se manifestar de diferentes maneiras, mas quando se apresenta à mulher no momento da gravidez e/ou parto, é caracterizada como violência obstétrica. Embora o termo seja relativamente novo, já existem alguns estudos que apontam alta prevalência dessa violação contra as mulheres (Andrade B, Aggio C, 2014; Biscegli T et al, 2015; Leal MdC, Gama SGNd, 2014; Venturi G, Godinho T, 2013). A violência obstétrica envolve o desrespeito que existe há muito tempo na procura por atendimento à saúde sexual e reprodutiva (Ciello C et al, 2012). Além disso, pode ser compreendida como sendo aquela praticada por profissionais de saúde que se apropriam do corpo das mulheres, não permitindo que elas expressem seus sentimentos e desejos. A mulher é vista como um ser passivo, que não consegue participar ativamente do processo de parturição (Juárez D et al, 2012). De acordo com a Declaração contra a violência obstétrica, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2014, muitas mulheres, no mundo inteiro, são vítimas de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Isto é

considerado não apenas violação do direito a uma assistência de qualidade, mas uma ameaça à integridade das pessoas.

Devido às suas múltiplas dimensões, o termo é utilizado para descrever as várias formas de violência que podem ser vivenciadas pela mulher durante o parto. Vários autores citam algumas situações que podem caracterizar esse tipo de violência, tais como: agressões físicas, psicológicas e verbais, ausência de acompanhante e procedimentos desnecessários e danosos que são realizados muitas vezes sem uma indicação clínica (episiotomia, tricotomia, ocitocina, dentre outros). Além dessas características, a violência obstétrica por ser categorizada da seguinte forma:

\_ abuso físico: inclui procedimentos sem justificativa clínica e intervenções (episiotomia, toques vaginais dolorosos e repetitivos, não uso de analgesia, imobilização física em posições dolorosas);

\_ imposição de intervenções não consentidas: diz respeito às informações parciais ou distorcidas, falta de respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento na maternidade;

\_ cuidado não confidencial ou privativo: falta de confidencialidade e privacidade, fazendo com que as mulheres se sintam expostas. Isto acaba sendo, muitas vezes, uma justificativa para, negarem a presença do acompanhante durante a hospitalização;

\_ cuidado indigno e abuso verbal: forma de comunicação desrespeitosa, ridicularizando a dor, desmoralizando pedidos de ajuda. Inclui ainda humilhações de caráter sexual;

\_ discriminação baseada em certos atributos: tratamento diferencial para aquelas parturientes que apresentam atributos considerados positivos (casada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, mais saudáveis, etc) ou negativos;

\_ abandono, negligência ou recusa de assistência: atendimento desrespeitoso com aquelas mulheres que são percebidas como muito queixosas, e nos casos de assistência ao aborto incompleto;

\_ detenção nos serviços: pacientes que ficam retidas até que saldem dívidas com os serviços (Browser D, Hill K, 2010).

Demonstrando a complexidade do tema e dificuldade de definição, um Dossiê feito no Brasil pela Rede Parto do Princípio (2012), ampliou o conceito de violência obstétrica, afirmando que ela pode ser considerada qualquer ato praticado contra a

mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Este tipo de violência se expressa de diversas maneiras formas, explícitas ou veladas, sendo fortemente condicionada por preconceitos de gênero. De acordo com este documento, são seis os atos que caracterizam a violência obstétrica:

\_ caráter físico: se refere a todo procedimento doloroso ou invasivo feito no corpo da mulher de forma desnecessária e sem o seu consentimento. Alguns dos exemplos citados se refere a tricotomia (raspagem de pêlos), cesariana sem indicação clínica, manobra de Kristeller (movimento brusco e agressivo, no qual empurram a barriga da gestante), a não utilização de analgésicos em procedimentos nos quais é indicado, uso banalizado da ocitocina com a finalidade de acelerar o trabalho de parto, dentre outros.

\_ caráter psicológico: consiste em toda ação que provoque instabilidade emocional, medo e insegurança na mulher. Esse tipo pode ser exemplificado por ameaças, mentiras, chantagens, grosserias, impedimento da entrada ou presença do acompanhante, desrespeitos e informações prestadas insuficientes ou com linguagem inacessível, não levando em conta os padrões culturais da pessoa

\_ caráter sexual: envolvem aquelas ações impostas às mulheres, incidindo sobre seu senso de integridade reprodutiva e sexual. Um exemplo disso é o procedimento da episiotomia que é um corte feito com tesoura ou bisturi, na entrada da vagina, muitas vezes sem a utilização de anestésico. Além disso, podem ser considerado abusos de caráter sexual vários exames de toque invasivos, constantes e agressivos bem como a imposição da posição supina para dar à luz.

\_ caráter institucional: ocorre nos casos em que as mulheres são impedidas ou retardadas de terem acesso aos direitos previstos na legislação. Isto pode ser constatado nos casos em que o acesso aos serviços de saúde é impedido ou dificultado, bem como protocolos institucionais que não estejam de acordo com as leis vigentes.

\_ caráter material: quando se viola o direito das mulheres, obtendo recursos financeiros em situações previstas na lei. Observa-se este caráter em situações nas quais as mulheres são obrigadas a pagar alguma diferença pelo serviço prestado que não esteja prevista em lei.

\_ caráter midiático: consiste em ações praticadas por profissionais através dos meios de comunicação incentivando a práticas que não são indicadas do ponto de vista científico, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Isto pode ser exemplificado quando alguns profissionais induzem as mulheres a “optar” pelo parto que mais lhe favorece (Ciello C et al, 2012).

Existem três indicadores de cuidados para o corpo que procria, o que deve ser levado em consideração durante a prática obstétrica. O primeiro indicador está relacionado à (in)devida invasão do corpo, onde a violência sofrida pelas mulheres acaba sendo velada em nome de uma técnica, como se a mulher grávida estivesse doente e necessitasse de tratamento. As diferenças hierárquicas se aguçam nas instituições de saúde, onde a equipe passa a ter o poder sobre o corpo da mulher, determinando o que está deverá fazer. Dessa forma, a mulher acaba passando a ser vítima pela violência que a atenção à saúde produz em seus corpos. O segundo indicador se refere ao (des)cuidado com o corpo em trabalho de parto, caracterizando uma violência mostrada, onde a violação sobre seu corpo se dá de forma clara quando a mulher é amarrada na mesa, passa por procedimentos dolorosos e invasivos, onde as pessoas que estão a sua volta tem pressa, não levando, em consideração os seus sentimentos. O último indicador se expressa pelo (des)cuidado com o corpo vazio, pois depois que o bebe nasce, as atenções costumam se voltar para ele. O abandono também é uma violência praticada contra a mulher, sendo reproduzido no cotidiano em função da atenção se voltar para a novidade (Figueiredo N et al, 2004).

Os contínuos avanços científicos na área da obstetrícia, ao mesmo tempo em que beneficiam trazendo mais segurança em situações que oferecem riscos para as pessoas, também tem causado distorções no significado do que é estar grávida e o que isso significa em movimento para a entrega. As mulheres são colocadas numa posição de dependência total, favorecendo o aparecimento da “violência simbólica”, a qual é exercida não apenas através da força física, mas de símbolos, gestos, posturas e atitudes. Nesses casos, as vítimas não se percebem como tal, visto tamanho grau de submissão (Moors N, Anchel J, 2014).

Embora a violência obstétrica seja conceituada de diferentes maneiras por pesquisadores, todos concordam que ela se refere a qualquer ato violento praticado contra a parturiente, violando assim seus direitos (Browser D, Hill K, 2010; Andrade B,

Aggio C, 2014; Kondo C et al, 2014; Lamarca G, Vettore M, 2014; Febrasgo, 2015; Diniz SG et al, 2015; Tesser CD et al, 2015). Para a OMS (2014), devido à alta prevalência e prejuízos acarretados para as mulheres, este é considerado um problema de saúde pública e requer maiores estudos, a fim de que se possa compreender melhor e buscar formas de prevenção e eliminação desta.

### 1.5 Prevalência da Violência Obstétrica

Na literatura acadêmica, a violência obstétrica tem ganhado visibilidade nos últimos anos, contudo os estudos com delineamento qualitativo ainda são maioria (Teixeira NZF, Pereira WR, 2006; Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, 2011; Aguiar JM et al 2013; d'Orsi E et al, 2014; Luz N et al, 2015). Entretanto, as pesquisas realizadas até o momento revelam que a violência obstétrica é prevalente em diferentes regiões do país.

No Brasil, a Pesquisa Nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, no ano de 2010, contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema, apontando que cerca de um quarto das mulheres são vítimas de alguma forma de violência durante a assistência recebida na sua parturição. Dentre os relatos das vítimas, as formas de violência que mais se destacaram foram os exames de toque de forma dolorosa (10%), negar ou deixar de oferecer algum tipo de alívio para a dor (10%), gritos (9%), falta de informação sobre os procedimentos (9%), se negou a atender (8%) e humilhação (7%) (Venturi G, Godinho T, 2013).

A pesquisa “Nascer no Brasil”, inquérito nacional sobre o parto e o nascimento, em maternidades públicas, privadas e mistas de 191 municípios do país, entrevistou quase 24.000 mulheres. Os resultados mostraram que os procedimentos relacionados ao parto estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes para enema (91,7%), jejum (74,8%), restrição ao leite (55,7%), episiotomia (53,5%), cesarianas sem justificativa (52%), amniotomia artificial (39,1%), uso de medicação estimulante (36,4%) e manobras mecânicas para acelerar o nascimento – Manobra de kristeller (36,1%) (Leal MdC et al, 2014). Nessa mesma direção, Andrade et. al. (2016) encontraram uma prevalência de 86,57% de violência obstétrica entre 603

parturientes em uma capital da região nordeste, sendo o incentivo a puxos voluntários (65%), uso de ocitocina (41%), a posição supina/litotomia (39%) e o uso da manobra de Kristeller (9%) as práticas prejudiciais mais frequentes, mostrando associação com baixa escolaridade (Andrade PDON et al, 2016).

Estudo realizado num hospital escola na cidade de Catanduva, interior do estado de São Paulo, com 172 puérperas no ano de 2014, evidenciou uma prevalência de violência obstétrica de 27,9%, sendo que as queixas mais frequentes foram em relação a procedimentos obstétricos realizados sem autorização ou esclarecimentos (27,3%), episiotomia (25,5%), amniotomia artificial (17%) e enema (17%). Apareceram também o jejum (8,5%), tricotomia (8,5%), toques constantes (8,5%), manobra de kristeller (8,5%) e cesárea sem justificativa (8,5%). Além disso, observou-se a ocorrência de conduta desrespeitosa e repreensão (2,3%), falha no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e proibição para acompanhante (9,3%). A violência obstétrica predominou nas mulheres pardas, casadas e menores de 35 anos (Biscegli TS et al, 2015).

Diante do exposto, é possível verificar que pesquisas em diferentes estados brasileiros têm revelado a utilização de práticas não recomendadas e/ou condutas desrespeitosas em maternidades públicas e privadas caracterizando uma assistência violenta ao parto vaginal. Pesquisadores sugerem que alguns dados ainda estejam subnotificados, já que nem sempre as mulheres reconhecem algumas práticas como abusivas e/ou inadequadas dificultando a sua identificação no momento de pesquisas de auto-relato (Fujita JAL, Shimo AKK, 2015). Embora reveladoras, as pesquisas sobre a temática são incipientes e constituem um problema de saúde pública complexo, de crescente importância, visto que sua prevalência e impacto na saúde da mulher e do bebê ainda não são bem conhecidos.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Estudos recentes apontam para um problema de saúde pública que vem se tornando cada vez mais frequente nas instituições de saúde – a violência obstétrica. Nessa situação, as mulheres têm seus direitos violados, sofrendo abusos, desrespeito e maus-tratos por parte dos profissionais. A maioria das pessoas não reconhece esse tipo de violência e não se percebe como vítima, o que dificulta a identificação dos casos.

A Organização Mundial de Saúde (2014) não apenas sugere algumas medidas que devem ser adotadas para evitar e eliminar o desrespeito contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto, como aponta a necessidade de mais estudos nessa área, visto que sua prevalência e impacto na saúde não são bem conhecidos. A relevância desse estudo fica evidenciada pelo número reduzido de publicações científicas relacionadas à prevalência dessa forma de violência no mundo, no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Rio Grande, que é considerado um município de porte médio, localizado no extremo sul do país. A partir dos resultados encontrados será possível conhecer a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com as características das mulheres.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Descrever a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica em parturientes submetidas ao parto vaginal, residentes na zona urbana ou rural do município de Rio Grande, no ano de 2016.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Investigar a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica;
- b) Avaliar a distribuição das práticas de acordo com características sociodemográficas (idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, fonte de pagamento da internação) e primiparidade.



#### **4 HIPÓTESES**

Algumas práticas associadas à violência obstétrica tendem a estar presentes em pelo menos 25% das mulheres riograndinas submetidas ao parto vaginal no ano de 2016.

A ocorrência das práticas associadas à violência obstétrica tende a ser significativamente maior em mulheres mais jovens, de cor da pele não branca, que não vivem com companheiro, com baixa escolaridade, menor renda, primíparas e que tiveram o Sistema Único de Saúde como fonte de pagamento da internação.

## **5 METODOLOGIA**

O presente projeto é um recorte de um estudo científico maior intitulado “Perinatal 2016: Um estudo de série temporal avaliando a assistência a gestação e ao parto no município de Rio Grande, RS”, que tem como objetivo conhecer indicadores relacionados à assistência à gestação e ao parto no referido município.

### **5.1. Caracterização do local**

Rio Grande é a cidade mais antiga do Estado do Rio Grande do Sul, constituindo o primeiro núcleo urbano gaúcho. Considerado um município de porte médio, fica localizado na região sul do estado, extremo sul do Brasil, com uma população estimada de 207.860 habitantes para 2015, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Em 2010, o município possuía uma densidade demográfica de 72,8 habitantes por Km<sup>2</sup>, quase o dobro da média da maioria dos municípios gaúchos (IBGE, 2011). É uma cidade portuária, com uma economia bem diversificada, que gera um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$45.000,00 per capita/ano. Sua riqueza foi construída ao longo do tempo devido a forte movimentação industrial, o que a faz ser considerada uma das cidades mais ricas do Rio Grande do Sul, e a mais rica da região sul do Estado. A sua rede de saúde é composta por 45 estabelecimentos de saúde que prestam serviço pelo Sistema Único de Saúde e dois hospitais gerais (Hospital Santa Casa do Rio Grande e o Hospital Universitário).

### **5.2 Delineamento**

O delineamento deste estudo será observacional do tipo transversal (prevalência) de base populacional, recomendado para estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica.

### **5.3 Participantes**

Parturientes riograndinas, residentes na zona urbana ou rural, que ganharem seus bebês no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

### **5.4 Critérios de inclusão**

Serão incluídas no estudo todas as parturientes riograndinas, submetidas ao parto vaginal hospitalar, com 20 semanas ou mais de gestação e o bebê pesar mais de 500 gramas no momento do nascimento.

### **5.5 Critérios de exclusão**

Serão excluídas do estudo as parturientes que apresentem um déficit que impeça a compreensão do instrumento a ser aplicado, bem como aquelas mulheres que tiverem o parto no domicílio ou via pública, mesmo que receba assistência posterior no hospital.

### **5.6 Cálculo do tamanho da amostra**

De acordo com dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, estima-se cerca de 2.700 nascimentos para o ano de 2016 no município do Rio Grande. Levando em consideração uma prevalência de 25% para o desfecho violência obstétrica, margem de erro de 2.0 pontos percentuais e estimando uma perda de 5%, o presente estudo deverá incluir pelo menos 1.798 parturientes.

## **5.7 Instrumento de coleta de dados**

Trata-se de um questionário (Apêndice 2) único, padronizado e pré-codificado com a maioria das perguntas fechadas, desenvolvido para o “Estudo Perinatal”, sendo aplicado às mães em até 48 (quarenta e oito) horas após o parto.

Serão coletadas informações sobre características sociodemográficas (idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, fonte de pagamento da internação), primiparidade e práticas associadas à violência obstétrica.

A formulação das questões a serem utilizadas no estudo poderá sofrer alterações para a versão final do instrumento após o estudo piloto.

## **5.8 Definição do desfecho e das principais variáveis a serem coletadas**

As 16 questões referentes ao desfecho “práticas associadas à violência obstétrica” serão adaptadas de um estudo realizado por Biscegli et al (2015), sendo caracterizado o desfecho quando a parturiente responder “SIM” a qualquer uma das questões do número 01 ao 15 ou responder “NÃO” na questão 16, conforme descrito no Quadro 2.

Posteriormente, as práticas associadas à violência obstétrica serão agrupadas em duas categorias, de acordo com sua gravidade e prejuízos que possam trazer à parturiente e/ou bebê. Sendo assim, a Categoria 1 incluirá os seguintes procedimentos: desrespeito, medicação estimulante, amniotomia artificial, exame de toque, tricotomia, enema, jejum, falta de informação e posição supina. A Categoria 2 se refere à episiotomia e manobra de kristeller.

**Quadro 2.** Questões sobre as práticas associadas à violência obstétrica

<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O TRATAMENTO DADO À SRA. DESDE O MOMENTO QUE CHEGOU NESTE HOSPITAL ATÉ AGORA</b>				
<b>1. Desde que chegou ao hospital, em algum momento a Sra. se sentiu maltratada ou desrespeitada?</b>				Desr16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>2. Algum profissional gritou ou xingou a Sra., fazendo com que se sentisse ameaçada ou humilhada?</b>				Grit16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>3. Algum profissional debochou ou fez alguma piada da Sra.?</b>				Debo16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>4. Algum profissional repreendeu a Sra. por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?</b>				Repre16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>5. A Sra. foi impedida de ser acompanhada por algum familiar ou amigo durante a internação?</b>				Impe16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>AGORA GOSTARIA DE SABER QUAIS CUIDADOS FORAM FEITOS ANTES DO PARTO</b>				
<b>6. Foi feita a raspagem dos seus pelos pubianos (pubianos/vaginal)?</b>				Ras16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>7. Foi feita lavagem intestinal?</b>				Lav16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>8. A Sra. teve que ficar em jejum?</b>				Jej16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>9. A Sra. teve que ficar deitada sem poder se mexer?</b>				Deit16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>10. Algum profissional rompeu a sua bolsa?</b>				Rbols16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>11. Foi usado algum medicamento para iniciar ou acelerar o trabalho de parto?</b>				Mace16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>12. A Sra. sabe se foi feito episiotomia, que é um corte embaixo na hora do parto que ajuda o bebê a nascer?</b>				Ep16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>13. Foi realizado exame de toque vaginal por diferentes pessoas ou profissionais?</b>				Toqd16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>14. Na hora do parto, alguém empurrou sua barriga por cima para ajudar o bebê a nascer?</b>				Empur16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>15. A Sra. acha que sofreu algum tipo de desrespeito, má educação ou até mesmo violência desde que chegou neste hospital para ganhar o bebê?</b>				Viol16
(0) não	(1) sim	(9) ign		
<b>16. Durante a sua internação/baixa, tudo o que foi feito ou oferecido para a Sr<sup>a</sup>, foi explicado antes?</b>				Inf16
(0) não	(1) sim	(9) ign		

Teremos outras variáveis de interesse, a fim de investigar sua distribuição, conforme descrito no quadro 3.

**Quadro 3.** Quadro das variáveis de interesse

Variável	Definição	Tipo de variável	Forma de coleta	Operacionalização
Idade materna	Anos completos	Numérica discreta	_____ anos	12-17 18-21 22 ou mais
Cor da pele da mãe	Cor da pele referida pela mãe	Politômica	Branca Morena/Parda/ Mulata Preta Outra	Branca Não-branca
Situação conjugal	Reside com alguém	Dicotômica	Sim/Não	Sim/Não
Escolaridade materna	Anos completos de estudo da mãe	Numérica discreta	_____ anos	0-4 5-8 9 ou mais
Renda familiar	Valor recebido por todas as pessoas que moram no domicílio, no mês imediatamente anterior ao da entrevista	Numérica contínua	R\$ _____	1º tercil 2º tercil 3º tercil
Primípara	Se é o nascimento do primeiro filho	Dicotômica	Sim Não	Sim Não
Fonte de pagamento	Forma de pagamento pelos serviços utilizados	Politômica	SUS Particular Convênio	SUS Particular/ Convênio

## **5.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

A seleção será feita por entrevista, sendo a equipe composta por três entrevistadoras graduadas em ciências humanas. O treinamento terá uma carga horária de 40 horas, sendo estas distribuídas em cinco dias consecutivos na semana. Será realizada a leitura do questionário, do manual de instruções e aplicação do instrumento em duplas, a fim de que possam ser esclarecidas eventuais dúvidas.

## **5.10 Estudo piloto**

O estudo piloto será realizado com parturientes do município do Rio Grande na primeira quinzena de dezembro de 2015 e terá como objetivo testar o tempo de aplicação do questionário, avaliar os enunciados das questões propostas, verificar problemas com interpretação de perguntas e possíveis dúvidas que possam surgir no decorrer do processo.

Neste período do trabalho, cada entrevistadora aplicará, no mínimo, quatro questionários completos. Ao final do treinamento, serão esclarecidas possíveis dúvidas que surgirem e efetuadas as modificações necessárias no instrumento para envio à impressão final.

## **5.11 Logística e coleta de dados**

Após consulta no livro de registros de internações, as mães serão procuradas na maternidade nas primeiras 48 horas após o parto. Nesse momento, as entrevistadoras visitarão os leitos, identificando-se e apresentando os objetivos da pesquisa. Caso a pessoa concorde em participar, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e entregue em duas vias para assinatura, sendo que uma delas ficará com a parturiente.

Dessa forma, as questões serão feitas às mães de forma individual e as respostas digitadas pelas entrevistadoras, num tablet, através do aplicativo RedCap. O questionário será codificado ao término de cada dia de trabalho.

Durante o período do estudo, duas entrevistadoras irão atuar de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, ficando uma delas na maternidade do Hospital Santa Casa do Rio Grande e outra no Hospital Universitário. A terceira entrevistadora irá atuar nos finais de semana e feriados. Haverá um rodízio mensalmente entre elas, a fim de que todas realizem entrevistas em todos os dias da semana.

### **5.12 Controle de qualidade**

A fim de controlar a qualidade do estudo, serão refeitos 10% de parte das entrevistas com as mães nas suas residências, em até 15 dias após o parto. A entrevista será realizada por outra pessoa que irá fazer perguntas-chave do questionário original com o intuito de identificar erros ou respostas não verdadeiras.

Será aplicado o teste de Kappa para avaliar o nível de concordância entre as respostas nos dois momentos de aplicação.

### **5.13 Processamento e análise dos dados**

Após codificação e revisão, os questionários serão entregues para digitação pelos bolsistas (digitadores independentes). Os dados serão digitados e tabulados no software livre EPIDATA 3.1 e, posteriormente, transferidos para o pacote estatístico STATA 14 , a fim de serem analisados.

Primeiramente será realizada análise descritiva da amostra, na qual serão apresentadas as proporções das categorias de cada uma das variáveis independentes. Em seguida, será calculada a prevalência geral do desfecho, o qual será descrito de acordo com as variáveis independentes, utilizando-se o teste exato de Fisher para diferenças de proporções.



#### **5.14 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG) e da Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG).

A pesquisa envolve somente a aplicação de um questionário nas parturientes, residentes na zona urbana ou rural, submetidas ao parto vaginal hospitalar no ano de 2016. Elas serão localizadas por meio das informações registradas nos prontuários de internação das pacientes do hospital. A entrevistadora irá se identificar, explicar os objetivos do estudo e, caso a pessoa concorde em participar, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entregue em duas vias para assinatura, sendo que uma delas ficará com a parturiente.

Não haverá exame e/ou medida invasiva, apenas questões relacionadas à assistência ao parto no período da internação. Sendo assim, essa pesquisa representa risco mínimo para as participantes. Poderá haver apenas pequeno constrangimento diante das respostas e, caso isso ocorra, estas mulheres poderão ser encaminhadas ao serviço de psicologia do Hospital Universitário.

Os investigadores envolvidos com a pesquisa assumem o compromisso de zelar pela confidencialidade e pelo sigilo das informações obtidas durante o trabalho. As informações serão usadas para atingir o objetivo previsto, sempre respeitando a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa. Os dados referentes ao trabalho de campo ficarão arquivados em computador, sob responsabilidade dos coordenadores do estudo.

Em caso de suspensão ou encerramento da pesquisa é de responsabilidade dos investigadores comunicarem o CEPAS-FURG e CEPAS-ACSCRG, bem como apresentar as justificativas que levaram ao encerramento das atividades.

## **6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de reuniões com equipes médicas dos referidos hospitais, equipes de saúde da Secretaria de Município da Saúde, apresentação de trabalhos em congressos, redação de artigos científicos e dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, RS.

## 7. ORÇAMENTO

O presente estudo foi orçado em R\$ 41.660,00 (quarenta e um mil seiscientos e sessenta reais), incluindo material permanente (tablets) e gastos de custeio (pagamento de pessoal, deslocamento e material de consumo). Os demais materiais de consumo, equipamentos, espaço físico e mobiliário serão cedidos pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande. Os custos desse estudo serão divididos entre o corpo docente e discente envolvido.

ITEM	QUANTIDADE	VALOR
Material permanente	04 tablets	R\$3.200,00
Material de consumo	Diversos	R\$1.980,00
Pagamento de pessoal	03 entrevistadoras	R\$33.600,00
Deslocamento	04 passagens por dia	R\$2.880,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$41.660,00</b>



## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2011; 15:79-91.

Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29: 2287-2296.

Andrade BP; Aggio CM. Violência obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas* 2014: 01-07.

Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365:847-54.

Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga AT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidarteEnfermagem* 2015; 9(1):18-25.

Browser D; Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a landscape analysis. Harvard, 2010.

Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30:S14-S6.

Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, Santos S. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Rede parto do princípio 2012.

Dahlberg L, Krug E. Violência: um problema global de saúde pública. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002.

Departamento de Informática do SUS. Informações sobre nascimentos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde 2015.

Diniz SG, Salgado HdO, Andrezzo HFdA, Carvalho PGCd, Carvalho PCA, Aguiar CdA. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development* 2015;25:377-84.

d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JMd, Gusman CR, Torres JA. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. de Saúde Pública* 2014; 1:154-168.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Violência Obstétrica. Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/site/>. Acesso em 30 Out 2015

Figueiredo N., Tyrrel M, Carvalho V, Leite J. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12: 905-912 .

Foneite J, Feo A, Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev. ObstetricGinecology* 2012, 72.

FUJITA JAL, Shimo AKK. Violência na parturição: revisão integrativa. *Varia Scientia – Ciências da Saúde* 2015; 2:167-79.

Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, *J Biomed Inform.* 2009 Apr;42(2):377-81.

Hotimsky S, Ratnner D, Venancio S, Bógus C, Miranda M. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública 2002; 18..

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

Juaréz D. et al. Violencia sobre lasmujeres: herramientas para eltrabajo de losequiposcomunitários .Ministerio de la Salud de la Nacion 2012.

Kondo C, Silveira K, Niy D, Silva D, Buzatto G, Salgado H. Violência obstétrica é violência contra a mulher – Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.

Lamarca G., Vettore M. Série Violência contra a mulher: um problema de proporções epidêmicas. Portal DSS Brasil 2014.

Leal MdC, Gama SGNd. Nascer no Brasil. Cad. de Saúde Pública 2014; 30: S5-S.

Luz N, Assis T, Rezende F. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde 2015; 40(2):80-4

Ministério da Saúde (MS). Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal. Brasília, Ministério da Saúde / Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2016.

Ministério da Saúde: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>

Moors N, Anchel J. Violencia simbólica em la atención al parto, unacercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. Index Enfermagem 2014; 23:

Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. WHO 2014.

Salgado H, Niy D, Diniz C. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém nascido segundo mulheres que passaram que por uma cesárea indesejada. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano 2013; 23.

Schraiber L, d'Oliveira A, Couto M. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev. Saúde Pública 2006; 112-120.

Serruya S. A arte de não fazer o errado e fazer o certo. Cad. Saúde Pública 2014; 30.

Souza JP, Castro CP. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cad. Saúde Pública 2014; 30:S11-S3.

Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Revista Brasileira de Enfermagem 2006; 59: 740-744.

Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade 2015; 10(35):1-12.

Venturi G, Godinho T. Mulheres Brasileiras e Gênero Nos Espaços Público e Privado - Uma Década de Mudanças na opinião pública. Perseu Abramo 2013.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGNd, Theme Filha MM, Costa JVd, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2014;30:S85-S100

Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e sociedade 2008; 17:138-51.



## **II RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

Não foi elaborado um relatório do trabalho de campo visto que, mesmo os dados sendo considerados primários, a pesquisadora não participou diretamente do processo de coleta de dados.

### **III ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL**

## ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

Realizada a qualificação do projeto de pesquisa, algumas questões sofreram alterações:

- O título do estudo foi alterado de “Violência obstétrica entre parturientes de município do extremo sul do Brasil” para “Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em um município do extremo sul do Brasil”.
- As participantes do estudo foram apenas as parturientes submetidas ao parto vaginal.
- O objetivo inicial do estudo era estimar a prevalência e identificar possíveis fatores associados à ocorrência de violência obstétrica entre parturientes no município de Rio Grande no ano de 2016. Posteriormente, definiu-se que seria estimada a prevalência das práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com características sociodemográficas (idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, fonte de pagamento da internação) e primiparidade das parturientes. Sendo assim, foi excluído o Modelo Hierárquico de Análise e a Regressão de Poisson.
- Seriam entrevistadas apenas as mulheres que tivessem realizados seus partos nas duas únicas maternidades de Rio Grande; porém a pesquisa estendeu-se aquelas que tiveram seus partos no Hospital de Cardiologia ou em outra instituição de saúde fora do município.
- As práticas associadas à violência obstétrica foram agrupadas em duas categorias, de acordo com sua gravidade e com os prejuízos que pudessem trazer à parturiente e/ou bebê.

## **IV    NORMAS DA REVISTA**

## INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de

desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente

inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).



4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **5. CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. COLABORADORES**

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

## **7. AGRADECIMENTOS**

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o

estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma

célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open DocumentSpreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG

(Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (TaggedImage File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat), ODT (Open DocumentText), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor

receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enasp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### **15. PROVA DE PRELO**

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.enasp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.enasp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas, no prazo de 72 horas, via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>).



## **V. ARTIGO**

# PRÁTICAS ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO VAGINAL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL

Michele Avila Branco <sup>1</sup>

Simone dos Santos Paludo <sup>1</sup>

Rodrigo Dalke Meucci <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande.

Correspondência:

Michele Avila Branco – mavilabranco@gmail.com

Campus Saúde (FURG), Rua General Osório, s/nº, Centro

Rio Grande – RS, Brasil – CEP 96201-900

## Resumo

Este estudo teve por objetivo investigar a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com características das parturientes residentes em Rio Grande, RS, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, inserido num projeto maior denominado “Estudo Perinatal”, conduzido a cada três anos no município, que tem por objetivo avaliar a assistência a gestação e ao parto. Foi aplicado um questionário único e padronizado a 1226 parturientes riograndinas, residentes na zona urbana ou rural, submetidas ao parto vaginal hospitalar, que ganharam seus filhos entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016. As análises foram feitas no software STATA 14.0, onde se realizou uma análise descritiva da prevalência do desfecho e utilizou-se o Teste Exato de Fisher para comparar proporções. O exame de toque (68,3%), a episiotomia (41,3%), o uso de medicamento (33,8%), a amniotomia (30,2%) e a manobra de Kristeller (23,1%) foram as práticas com maior prevalência. Outras menos frequentes foram a falta de informação (8,8%), jejum (7,6%), desrespeito (5,8%), posição supina (3,3%), tricotomia (2,0%) e enema (1,4%). Quando agrupadas de acordo com a gravidade,

50,9% das mulheres relataram sofrer práticas mais severas (categoria 2), sendo mais frequente nas mais jovens (67,2%), com maior escolaridade (58,4%), primíparas (69,8%) e com pagamento privado da internação (72,9%). Mesmo diante dessas taxas, apenas 2,6% das mulheres se reconhecem como vítimas de qualquer tipo de violência. Os achados do estudo evidenciam um modelo de assistência intervencionista que precisa se adequar as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

**Palavras-chave:** parto obstétrico; violência contra a mulher; saúde pública.

**Practices associated with obstetric violence in vaginal delivery:  
a population-based study in Southern Brazil**

**Abstract**

The aim of this study was to investigate the prevalence of practices associated with obstetric violence and its distribution according to the characteristics of parturients residing in the city of Rio Grande, Brazil. This population-based cross-sectional study is part of a larger project called "Perinatal Study", conducted every three years, which aims to evaluate gestation and delivery assistance in Rio Grande. A single, standardized questionnaire was administered to 1226 pregnant women from urban or rural areas of the city who underwent hospital vaginal delivery, between January 1st and December 31st, 2016. Analyses were performed using Stata 14.0 software. Descriptive analysis was used to investigate outcome's prevalence and Fisher's exact test was used to compare proportions. Touch examination (68.3%), episiotomy (41.3%), use of medication (33.8%), amniotomy (30.2%) and Kristeller's maneuver (23.1%) were the most prevalent practices. Other less frequent practices were lack of information (8.8%), fasting (7.6%), disrespect (5.8%), supine position (3.3%), trichotomy (2.0%) and enema (1.4%). When grouped according to severity, 50.9% of the women reported severe practices (category 2), being more frequent among the younger ones (67.2%), with higher education (58.4%), primiparous women (69.8%) and with private hospitalization (72.9%). Despite the rates found, only 2.6% of the women recognized themselves as victims of violence. The findings of this study show a model of interventionist assistance that needs to be adapted to the guidelines proposed by the World Health Organization.

**Key words:** delivery obstetric; violence against women; public health.

## Introdução

O nascimento de um filho representa uma experiência de grande importância na vida de uma mulher<sup>1-2</sup>. Muitas expectativas cercam o momento do parto, contudo nenhuma delas se relaciona a situações de violência. A Organização Mundial de Saúde (2014) revelou que muitas mulheres, no mundo inteiro, são vítimas de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde<sup>3</sup>. Tais condutas caracterizam a violência obstétrica que, embora conceituada de diferentes maneiras por pesquisadores, se refere a qualquer ato violento praticado contra a parturiente, violando assim seus direitos<sup>4-9</sup>. Esse tema vem sendo tratado desde 1996 pela Organização Mundial da Saúde quando expôs as práticas inadequadas na assistência ao parto vaginal<sup>10</sup>, as quais foram reiteradas no documento de orientações emitido pelo Ministério da Saúde (2016)<sup>11</sup>. Na literatura acadêmica, a violência obstétrica tem ganhado visibilidade nos últimos anos, contudo os estudos com delineamento qualitativo ainda são maioria<sup>12-16</sup>, destacando a necessidade do desenvolvimento de dados estatísticos sobre o tema. Ainda não existe um consenso de como esse problema pode ser definido e mensurado, portanto a prevalência e o impacto na saúde ainda não são totalmente conhecidos.

A violência obstétrica é todo e qualquer ato de violência (física, verbal ou psicológica), negligência ou uso inadequado de tecnologias e procedimentos que não tenham sido consentidos pela parturiente<sup>17</sup>. Mesmo com as orientações já citadas, as mulheres não têm vivenciado o momento do parto de forma positiva<sup>18</sup>. No Brasil, a Pesquisa Nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, no ano de 2010, contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema, apontando que cerca de um quarto das mulheres são vítimas de alguma forma de violência durante a assistência recebida na sua parturição. Dentre os relatos das vítimas, as formas de violência que mais se destacaram foram os exames de toque de forma dolorosa (10%), negar ou deixar de oferecer algum tipo de alívio para a dor (10%), gritos (9%), falta de informação sobre os procedimentos (9%), se negou a atender (8%) e humilhação (7%)<sup>19</sup>.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, inquérito nacional sobre o parto e o nascimento, em maternidades públicas, privadas e mistas de 191 municípios do país,

entrevistou quase 24.000 mulheres. Os resultados mostraram que os procedimentos relacionados ao parto estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes para enema (91,7%), jejum (74,8%), restrição ao leito (55,7%), episiotomia (53,5%), cesarianas sem justificativa (52%), amniotomia artificial (39,1%), uso de medicação estimulante (36,4%) e manobras mecânicas para acelerar o nascimento – Manobra de kristeller (36,1%)<sup>20</sup>. Nessa mesma direção, Andrade *et. al.* (2016) encontraram uma prevalência de 86,57% de violência obstétrica entre 603 parturientes em uma capital da região nordeste, sendo o incentivo a puxos voluntários (65%), uso de ocitocina (41%), a posição supina/litotomia (39%) e o uso da manobra de Kristeller (9%) as práticas prejudiciais mais frequentes, mostrando associação com baixa escolaridade<sup>17</sup>.

Estudo realizado num hospital escola na cidade de Catanduva, interior do estado de São Paulo, com 172 puérperas no ano de 2014, evidenciou uma prevalência de violência obstétrica de 27,9%, sendo que as queixas mais frequentes foram em relação a procedimentos obstétricos realizados sem autorização ou esclarecimentos (27,3%), episiotomia (25,5%), amniotomia artificial (17%) e enema (17%). Apareceram também o jejum (8,5%), tricotomia (8,5%), toques constantes (8,5%), manobra de kristeller (8,5%) e cesárea sem justificativa (8,5%). Além disso, observou-se a ocorrência de conduta desrespeitosa e repreensão (2,3%), falha no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e proibição para acompanhante (9,3%). A violência obstétrica predominou nas mulheres pardas, casadas e menores de 35 anos<sup>21</sup>.

Diante do exposto, é possível verificar que pesquisas em diferentes estados brasileiros têm revelado a utilização de práticas não recomendadas e/ou condutas desrespeitosas em maternidades públicas e privadas caracterizando uma assistência violenta ao parto vaginal. Pesquisadores sugerem que alguns dados ainda estejam subnotificados, já que nem sempre as mulheres reconhecem algumas práticas como abusivas e/ou inadequadas dificultando a sua identificação no momento de pesquisas de auto-relato<sup>22</sup>. Embora reveladoras, as pesquisas sobre a temática são incipientes e constituem um problema de saúde pública complexo, de crescente importância, visto que sua prevalência e impacto na saúde da mulher e do bebê ainda não são bem conhecidos. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar a

prevalência de práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com características sociodemográficas (idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, fonte de pagamento da internação) e primiparidade das parturientes riograndinas no ano de 2016.

### **Método**

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Estudo Perinatal – 2016”, conduzida a cada três anos no município do Rio Grande e que tem por objetivo avaliar a assistência oferecida pelas instituições de saúde durante a gestação e o parto. Rio Grande é a cidade mais antiga do Estado do Rio Grande do Sul, constituindo o primeiro núcleo urbano gaúcho. Considerado um município de porte médio, fica localizado na região sul do estado, extremo sul do Brasil, a cerca de 300 Km de Porto Alegre, capital do Estado, com uma população estimada de 210.00 habitantes, segundo dados do último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) <sup>23</sup>.

O delineamento utilizado foi do tipo transversal (prevalência) de base populacional, recomendado para estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica. A população deste estudo foi composta por todas as parturientes riograndinas, residentes na zona urbana ou rural, que ganharam seus bebês no ano de 2016. Foram incluídas no estudo todas as parturientes que tiveram 20 semanas ou mais de gestação e o bebê pesava mais de 500 gramas no momento do nascimento. Foram excluídas aquelas mulheres que apresentavam um déficit cognitivo que impedisse a compreensão do instrumento aplicado, bem como aquelas que tiveram o parto no domicílio ou via pública, mesmo que tivessem recebido assistência posterior no hospital.

A coleta de dados ocorreu de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016 e foi realizada por entrevistadoras previamente selecionadas e treinadas para a aplicação do questionário único e pré-codificado desenvolvido para o “Estudo Perinatal”. Anterior à coleta de dados, foi realizado o estudo piloto com o objetivo de testar o tempo de aplicação do questionário, avaliar os enunciados das questões propostas,

verificar problemas com interpretação de perguntas e possíveis dúvidas que pudessem surgir no decorrer do processo.

O questionário utilizado foi adaptado de um estudo transversal realizado por Biscegli *et.al* (2015) em uma maternidade escola na cidade de Catanduva, interior do estado de São Paulo no ano de 2014 e que tinha como objetivo verificar a prevalência de violência obstétrica <sup>21</sup>. O presente instrumento foi composto de 16 (dezesesseis) questões sobre dados relacionados à assistência prestada pelos profissionais da instituição de saúde. Ao iniciar o bloco de perguntas, a entrevistadora informava: “Agora vamos falar sobre o tratamento dado à Srª desde o momento que chegou neste hospital até agora”. Em seguida, eram realizadas as perguntas relacionadas ao desrespeito: 1) Desde que chegou ao hospital, em algum momento a Srª se sentiu maltratada ou desrespeitada? 2) Algum profissional gritou ou xingou a Srª, fazendo com que se sentisse ameaçada ou humilhada? 3) Algum profissional debochou ou fez piada da Srª? 4) Algum profissional repreendeu a Srª por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto? 5) A Srª foi impedida de ser acompanhada por algum familiar ou amigo durante a internação? Num segundo momento, antes de fazer as perguntas relacionadas aos procedimentos físicos, era informado: “Agora gostaria de saber quais cuidados foram feitos antes do parto...” 6) Foi feita a raspagem dos seus pêlos (pubianos/vaginal)? 7) Foi feita lavagem intestinal? 8) A Srª teve que ficar em jejum? 9) A Srª teve que ficar deitada sem poder se mexer? 10) Algum profissional rompeu a sua bolsa? 11) Foi usado algum medicamento para iniciar ou acelerar o trabalho de parto? 12) A Srª sabe se foi feito episiotomia, que é um corte embaixo na hora do parto que ajuda o bebê a nascer? 13) Foi realizado exame de toque vaginal por diferentes pessoas ou profissionais? 14) Na hora do parto, alguém empurrou sua barriga por cima para ajudar o bebê nascer? 15) A Srª acha que sofreu algum tipo de desrespeito, má educação ou até mesmo violência desde que chegou neste hospital para ter o bebê? 16) Durante a sua internação/baixa, tudo o que foi feito ou oferecido para a Srª, foi explicado antes? O desfecho foi caracterizado quando a parturiente respondeu “SIM” a qualquer uma das questões propostas do número 01 ao 15 ou “NÃO” na questão 16. Durante análise dos dados, as práticas associadas à violência obstétrica foram agrupadas em duas categorias, de acordo com sua



gravidade e prejuízos que pudessem trazer à parturiente e/ou bebê. Sendo assim, a categoria 1 incluiu os seguintes procedimentos: desrespeito, medicação estimulante, amniotomia artificial, exame de toque, tricotomia, enema, jejum, falta de informação e posição supina. Já a episiotomia e manobra de kristeller fizeram parte da categoria 2. Foram coletadas e analisadas outras variáveis, tais como: idade materna, cor da pele autorreferida, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, ter filhos e fonte de pagamento da internação.

Quanto à logística da coleta dos dados, as entrevistadoras se dirigiam até o hospital, faziam uma consulta no livro de registro de internações e identificavam os nascimentos ocorridos naquela instituição de saúde. As mães eram procuradas na maternidade nas primeiras 48 horas após o parto, momento em que as entrevistadoras visitavam os leitos, se identificavam e apresentavam os objetivos da pesquisa. As questões foram feitas às mães de forma individual e as respostas digitadas num tablet, através do aplicativo Red Cap<sup>24</sup>. O questionário era codificado ao término de cada dia de trabalho.

A fim de controlar a qualidade do estudo, foram refeitas 10% de parte das entrevistas com as mães nas suas residências, em até 15 dias após o parto. A entrevista foi realizada por outra pessoa que fazia perguntas-chave do questionário original com o intuito de identificar erros ou respostas não verdadeiras. Foi aplicado o teste de Kappa para avaliar o nível de concordância entre as respostas nos dois momentos de aplicação.

Os dados foram digitados e tabulados no software livre EPIDATA 3.1 e, posteriormente, transferidos para o pacote estatístico STATA 14 (StataCorp., CollegeStation, Estados Unidos), a fim de serem analisados. Primeiramente, foi realizada a análise descritiva para estimar a prevalência das práticas relacionadas à violência obstétrica, bem como descrever as características da amostra. Em seguida, foi realizada análise bivariada, para avaliar a associação entre a variável dependente com as independentes, utilizando o teste Exato de Fisher para diferenças de proporções

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG) e da Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG). Quando a

parturiente concordava em participar do estudo, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinado duas vias do documento. A pesquisa representou risco mínimo para as participantes, sendo que se alguém viesse a se sentir constrangido diante das respostas, poderia ser encaminhada ao serviço de psicologia do Hospital Universitário. Os investigadores envolvidos com a pesquisa assumiram o compromisso de zelar pela confidencialidade e pelo sigilo das informações obtidas durante o trabalho.

## **Resultados**

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde estimou cerca de 2.700 nascimentos para o ano de 2016 no município do Rio Grande <sup>25</sup>. Levando em consideração uma prevalência de 25% para o desfecho violência obstétrica, margem de erro de 2.0 pontos percentuais e estimando uma perda de 5%, o presente estudo deveria incluir pelo menos 1798 parturientes, enquanto contou com a participação de 2671. Como 23 eram gemelares, foram computados 2.694 nascimentos, sendo que destes, 1.226 foram do tipo vaginal, constituindo a amostra do presente estudo. A taxa de resposta do Estudo Perinatal 2016 foi de 99,4%, tendo 15 perdas e recusas (0,6%).

A análise descritiva aponta que mais da metade da amostra foi composta por mulheres com idade igual ou superior aos 22 anos (64,9%), cor da pele branca (64,7%), 9 anos ou mais de estudo (51,6%) e viviam com companheiro (79,0%). A maioria tinha experienciado outra gravidez (58,0%) e utilizado o serviço público durante o período do pré-natal (73,2%). A fonte de pagamento da internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) teve uma taxa de 94,3%. Das práticas associadas à violência obstétrica, 50,9% das mulheres relataram ter sofrido algum procedimento da categoria 2, que se referem aquelas de maior gravidade, visto os prejuízos que podem acarretar. Apenas 6,3% referiram não ter sofrido nenhuma das práticas investigadas (Tabela 1).

A Figura 1 mostra que o exame de toque (68,3%), a episiotomia (41,3%), a medicação estimulante (33,8%) e a amniotomia artificial (30,2%) foram as práticas com maior prevalência nos partos do tipo vaginal realizados com as parturientes do

município no ano de 2016. Mesmo sendo comum nesse tipo de parto, o exame de toque pode ser considerado inadequado quando realizado na ausência de contrações, de forma constante ou por diferentes profissionais. A episiotomia, por sua vez, deve feita de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade e não de forma rotineira. A manobra de Kristeller foi realizada em 23,1% das parturientes, sendo considerada uma prevalência alta, visto que não existem provas de seu benefício e pelo fato de constituir um fator de risco de morbidade materna e fetal. Mesmo com uma baixa prevalência, ainda se percebe algumas práticas que não devem ser realizadas de forma rotineira por não apresentarem uma validação científica, tais como: jejum (7,6%), posição supina (3,3%), tricotomia pubiana e/ou perineal (2,0%) e enema (1,4%). Além disso, evidenciou-se que 5,8% das parturientes foram vítimas de algum tipo de desrespeito, por se sentirem humilhadas, maltratadas ou repreendidas durante a internação.

Na Tabela 2 são apresentadas as distribuições dos desfechos agrupados por categorias de acordo com sua gravidade e as características sociodemográficas (idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, fonte de pagamento da internação) e primiparidade. A frequência dos procedimentos de maior gravidade (categoria 2) aumentaram conforme a diminuição da idade da parturiente (67,2% entre aquelas de menor idade), e o aumento dos anos de escolaridade (58,4% entre as mais escolarizadas). Também foram mais comumente experimentados por mulheres primíparas (69,8%) e que realizaram o parto por financiamento privado (72,9%). Estes procedimentos de maior gravidade também foram mais frequentes em mulheres brancas (56,1%), que viviam sem companheiro (56,1%) e do maior tercil de renda familiar (55,4%), porém não diferiram significativamente daquelas que sofreram violência de menor gravidade ( $p>0,05$ ).

## **Discussão**

Sabe-se que cerca de 98% dos nascimentos no país acontecem dentro de estabelecimentos hospitalares. Embora a obstetrícia moderna venha contribuindo para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, a gravidez, trabalho de parto e parto passaram a ser tratados como doença e não

como expressão de saúde <sup>11</sup>. O modelo de assistência passou a ser considerado intervencionista <sup>17</sup>, devido a alta taxa de intervenções obstétricas utilizadas de forma rotineira, atingindo um grande número de mulheres <sup>26</sup>.

Os achados deste estudo evidenciam a alta prevalência de práticas que estão associadas à violência obstétrica, visto que se tratam de procedimentos questionados pela carência de evidências científicas, por contraindicações e por trazerem desconforto à mulher <sup>10-11</sup>. Uma prática que deveria ser usada de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade e que não vem acontecendo na amostra estudada, é a episiotomia, procedimento cirúrgico que tem como objetivo reduzir o período expulsivo e prevenir danos perineais em mulheres submetidas ao parto vaginal. Seu uso requer muita cautela, visto os prejuízos que pode causar, devendo ser restringida a situações clínicas específicas, avaliando a relação custo-benefício<sup>27</sup>. A prevalência encontrada entre as parturientes foi de 41,3%, semelhante aos resultados encontrados nos estudos de Leal *et al.* (2014) e Bisciegli *et al.* (2015), evidenciando um uso abusivo dessa prática, visto que a Organização Mundial de Saúde sugere uma taxa ideal em torno de 10% <sup>10</sup>.

Cerca de 23% das mulheres do presente estudo foram submetidas a Manobra de Kristeller, que consiste em compressão do fundo uterino na segunda fase do parto vaginal, objetivando sua abreviação. Mesmo proscrita e, inclusive não recomendada, nota-se que essa, ainda é uma prática muito utilizada, sendo observada também no estudo de Leal *et al.* (2014) e Andrade e Aggio (2016). Além de não existirem provas relacionadas ao seu benefício, seu uso constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal, evidenciando uma intervenção médica desnecessária.

Mesmo sendo um procedimento comumente utilizado durante o trabalho de parto vaginal, o exame de toque foi outra prática com alta prevalência (68,3%), visto que não tem orientação para que ocorra de forma constante, na ausência de contrações ou por diferentes profissionais<sup>11</sup>. Na mesma direção aponta o estudo de Venturi *et al.* (2013), mostrando que, mesmo com uma taxa menor, o exame de toque doloroso foi um dos procedimentos mais citados pelas mulheres. Os achados reforçam o excessivo uso dessa prática, principalmente nas mulheres que utilizam o serviço público de saúde.

Embora menos prevalente, outras práticas, não indicadas para serem utilizadas de forma rotineira, ainda aparecem nos resultados. Cerca de 8,8% das mulheres não tiveram acesso à alguma explicação, 8,0% foram privadas de ingerir alimentos e/ou líquidos (jejum), 3,3% permaneceram sem poder se mexer (em posição supina ou decúbito dorsal), 2,0% foram submetidas a tricotomia e 1,4% ao enema. Tais resultados se assemelham aos encontrados no estudo de Bisciegli *et al.* (2015), mostrando que algumas mulheres ainda são submetidas a procedimentos que, mesmo sem indicação de benefício clínico, ainda trazem a possibilidade de danos potenciais. O estudo desenvolvido por Leal *et al.* (2014), mostrou que as mulheres da região sul do país tem mais chance de se movimentar durante o trabalho de parto, corroborando com a baixa prevalência encontrada.

O desrespeito praticado por profissionais de saúde durante o período de internação foi relatado por 5,8% das mulheres. Situações de violência psicológica estiveram presentes no momento do parto, através de ofensas, humilhações, ameaças, deboche, repreensão e/ou maus-tratos. Os achados contrariam as orientações repassadas pela Organização Mundial de Saúde (1996) e Ministério da Saúde (2016), que afirmam que toda mulher deve ser tratada com respeito, ter acesso a informações baseadas em evidências, bem como ser incluída na tomada de decisões. Para que isso aconteça, é preciso que os profissionais estabeleçam uma comunicação e uma relação adequada com a mulher, respeitando sua individualidade, desejos e expectativas.

As práticas de maior gravidade predominaram nas mulheres mais jovens, primíparas e com maior escolaridade. Um estudo desenvolvido por Bisciegli *et al.* (2015) encontrou resultados semelhantes, mostrando que as mulheres com menor idade estão mais suscetíveis a sofrerem algum tipo de violência.

Cabe destacar que a autopercepção de violência sofrida pela mulher durante o trabalho de parto está relacionada com suas expectativas em relação ao serviço que ela irá receber. Sendo assim, percebe-se que, mesmo que 5,8% das mulheres tenham referido algum tipo de desrespeito durante a internação ou tenham sido submetidas a práticas associadas à violência obstétrica, apenas 2,6% se reconhecem como vítimas. Isso evidencia um tipo de violência consentida nas instituições de saúde, onde mulheres, muitas vezes, não emitem opinião, por medo, opressão,

vergonha ou sentimento de inferioridade perante uma suposta figura de autoridade e dono do saber. Outras pressupõem que algumas atitudes são normais, pois acreditam estarem usufruindo de um favor e não de algo que é seu de direito ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas, que é o nascimento do bebê<sup>28</sup>.

A interpretação destes achados está limitada ao delineamento transversal utilizado para revelar a prevalência dos desfechos relacionados à violência obstétrica. Outra importante limitação diz respeito ao questionário, pois além de não ser um instrumento padronizado ou validado para medir violência obstétrica, não incluiu algumas informações consideradas importantes para a caracterização do desfecho, principalmente se a mulher consentiu ou foi informada a respeito daquilo a que foi submetida. É possível que a prevalência relatada nesse estudo esteja subestimada, principalmente nas práticas que se referem ao desrespeito, pois as parturientes, além de estarem num momento de fragilidade, respondiam o questionário dentro do ambiente que estava sendo avaliado, em até 48 horas após o parto. Isso pode ter gerado desconforto e retraimento, impedindo que algumas informações fossem verbalizadas; porém essa foi uma forma de atingir quase a totalidade de mulheres.

Dentre os aspectos positivos, destaca-se o fato do estudo ser de base populacional, com baixa probabilidade de viés de seleção e apresentar um percentual reduzido de perdas e recusas. É um estudo inédito no município, trazendo dados quantitativos de extrema relevância que podem oferecer subsídios para políticas públicas de prevenção e eliminação dessa forma de violência que ainda se faz presente na atualidade.

Nota-se que, mesmo com os esforços da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde ao longo dos anos, através de orientações que vem sendo repassadas<sup>10-11</sup>, os profissionais ainda mostram grande resistência em se adequar as exigências propostas, o que pode ser verificado nos achados desse estudo que evidenciam uma prevalência elevada de intervenções no atendimento obstétrico prestado às riograndinas no ano de 2016. Isso pode estar associado ao fato da medicina ter sido baseada por muito tempo em experiências profissionais e não em evidências<sup>26,29</sup>, a pressa em provocar o nascimento da criança<sup>20</sup>, bem como a

posição de poder que leva a uma imposição da dinâmica de trabalho e a perda de autonomia da mulher.

Os resultados encontrados permitem sugerir algumas intervenções que podem auxiliar na eliminação ou prevenção de práticas associadas à violência obstétrica:

- realizar novos estudos, incluindo outras questões relacionadas ao desfecho, tais como: negação de algum tipo de alívio para a dor, cesárea sem justificativa, restrição ao leito, falta de informação e/ou consentimento sobre os procedimentos realizados;
- capacitar os profissionais da saúde, reforçando a necessidade de um tratamento mais humanizado no momento do parto;
- desencorajar algumas práticas utilizadas de forma rotineira, questionadas pela carência de evidências científicas, por contraindicações e por trazerem desconforto à mulher;
- empoderar as gestantes, esclarecendo e orientando sobre a importância da sua participação no momento do nascimento de um filho.

## Referências

1. Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública* 2014;30:S14-S6.
2. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cadernos de Saúde Pública* 2014;30:S11-S3
3. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO Statement. Geneva: WHO; 2014.
4. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health and University Research Co 2014.
5. Andrade BP, Aggio CM. Violência obstétrica: a dor que cala. In *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. 2014; 01-07

6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Violência Obstétrica. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/>.
7. Diniz SG, Salgado HdO, Andrezzo HFdA, Carvalho PGCd, Carvalho PCA, Aguiar CdA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development* 2015;25:377-84.
8. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(35):1-12.
9. Zanardo GLdP, Uribe MC, Nadal AHRD, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade* 2017;29.
10. 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; 1996.
11. Ministério da Saúde (MS). Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal. Brasília, Ministério da Saúde / Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2016.
12. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2006;59:740-4.
13. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15:79-91.
14. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2013;29(11):2287-96.
15. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JMd, Gusman CR, Torres JA. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. de Saúde Pública* 2014; 1:154-168.
16. Luz N, Assis T, Rezende F. Puérperas adolescentes: Percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Sci* 2015; 40 (2): 80-4.



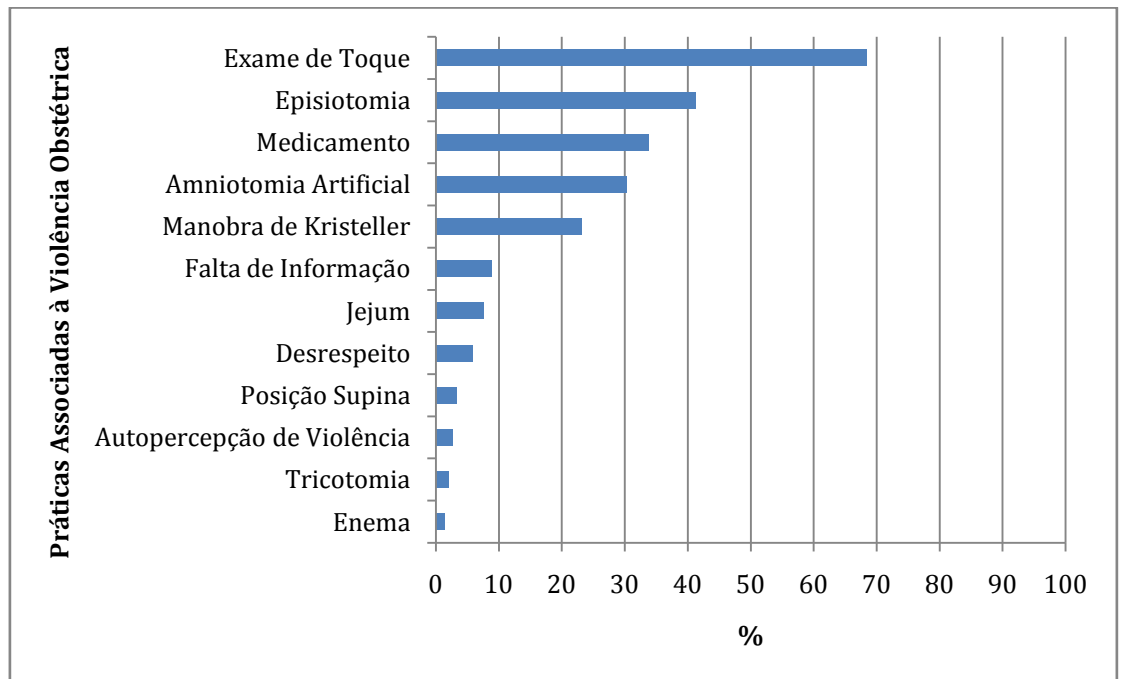
17. Andrade PdON, Silva JQPd, Diniz CMM, Caminha MdFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2016;16:29-37.
18. Leal MdC, Gama SGNd. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2014;30:S5-S.
19. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública: Perseu Abramo; 2013.
20. Leal MdC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública* 2014;30:S17-S32.
21. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga AT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enferm* 2015; 9(1):18-25.
22. da Mata Fujita JAL, Shimo AKK. Violência na parturição: revisão integrativa. *Varia Scientia-Ciências da Saúde* 2015. 1(2):167-79.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home>.
24. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, *J Biomed Inform* 2009 Apr;42(2):377-81.
25. Departamento de Informática do SUS. Informações sobre nascimentos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
26. Cecatti JG. Crenças e credices sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2014.; 30, S23–S24.
27. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Rev Femina* 2010 Mai; 38(5):265-70.

28. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e sociedade* 2008;17(3):138-51.
29. Muniz BMdV, Barbosa RM. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência. *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*[periódico online].2012.

**Tabela 1** – Descrição da amostra de parturientes submetidas ao parto vaginal. Estudo Perinatal, Rio Grande/RS, 2016 (n=1226)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade materna (n=1224)</b>		
12-17	137	11,2
18-21	292	23,9
22 ou mais	795	64,9
<b>Cor da pele autorreferida (n=1217)</b>		
Branca	787	64,7
Não branca	430	35,3
<b>Vive com companheiro (n=1225)</b>		
Não	257	21,0
Sim	968	79,0
<b>Escolaridade materna (anos de estudo)(n=1226)</b>		
0-4	54	4,4
5-8	540	44,0
9 ou mais	632	51,6
<b>Renda (tercil de renda) (n=1144)</b>		
1 - menor	497	43,5
2	444	38,8
3 - maior	203	17,7
<b>Primípara (n=1225)</b>		
Não	710	58,0
Sim	515	42,0
<b>Fonte de pagamento da internação (n=1225)</b>		
SUS	1155	94,3
Particular/Convênio	70	5,7
<b>Tipo de serviço pré-natal (n=1188)</b>		
Público	870	73,2
Privado	318	26,8
<b>Práticas associadas à violência (n=1099)</b>		
Categoria 1	471	42,8
Categoria 2	559	50,9
Nenhuma	69	6,3

**Figura 1** – Prevalência das práticas associadas à violência obstétrica em parturientes submetidas ao parto vaginal no município de Rio Grande/RS. Estudo Perinatal, 2016.



**Tabela 2-** Características das parturientes submetidas ao parto vaginal, que sofreram alguma prática associada à violência obstétrica. Estudo Perinatal, Rio Grande/RS, 2016 (n=1.030).

Variável	Categoria 1		Categoria 2		Valor p
	%	IC 95%	%	IC 95%	
<b>Idade materna (anos)</b>					0,001
12-17	32,8	(24,8-41,8)	67,2	(58,2-75,1)	
18-21	41,4	(35,5-47,5)	58,6	(52,5-64,5)	
22 ou mais	49,9	(46,1-53,8)	50,1	(46,2-53,9)	
<b>Cor da pele</b>					0,111
Branca	43,9	(40,2-47,7)	56,1	(52,2-59,7)	
Não-branca	49,3	(44,0-54,6)	50,7	(45,4-56,0)	
<b>Vive com companheiro</b>					0,595
Não	43,9	(37,5-50,6)	56,1	(49,4-62,5)	
Sim	46,2	(42,8-49,7)	53,8	(50,3-57,2)	
<b>Escolaridade (anos)</b>					0,016
0-4	54,1	(37,4-69,9)	45,9	(30,1-62,6)	
5-8	50,0	(45,4-54,6)	50,0	(45,4-54,6)	
9 ou mais	41,6	(37,4-45,8)	58,4	(54,2-62,5)	
<b>Renda familiar (tercis)</b>					0,693
1 menor	47,9	(43,1-52,8)	52,1	(47,2-56,9)	
2	45,6	(40,5-50,7)	54,4	(49,3-59,5)	
3 maior	44,6	(37,3-52,1)	55,4	(47,9-62,7)	
<b>Primípara</b>					<0,001
Não	58,6	(54,5-62,6)	41,4	(37,4-45,5)	
Sim	30,2	(26,2-34,5)	69,8	(65,5-73,8)	
<b>Fonte de pagamento da internação</b>					0,003
SUS	46,9	(43,7-50,0)	53,1	(50,0-56,3)	
Particular/Convênio	27,1	(17,1-40,2)	72,9	(59,8-82,9)	

## **6   NOTA A IMPRENSA**

## NOTA A IMPRENSA

### PRINCIPAIS RESULTADOS

#### **“Você sabia que algumas mulheres são vítimas de violência e desconhecem?”**

A pesquisa “Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em um município do extremo sul do Brasil” teve por objetivo investigar a prevalência de práticas associadas à violência obstétrica e sua distribuição de acordo com características de parturientes riograndinas, residentes na zona urbana ou rural, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, inserido num projeto maior intitulado “Estudo Perinatal”, conduzido a cada três anos, que tem por objetivo avaliar a assistência a gestação e ao parto no município. O presente estudo foi realizado por uma mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande. Segue abaixo os principais resultados:

Foram entrevistadas 1226 parturientes submetidas ao parto vaginal hospitalar no referido ano. Mais da metade da amostra foi composta por mulheres com idade igual ou superior aos 22 anos (64,9%), cor da pele branca (64,7%), 9 anos ou mais de estudo (51,6%) e viviam com companheiro (79,0%). A maioria tinha experienciado outra gravidez (58,0%) e utilizado o serviço público durante o período do pré-natal (73,2%). A fonte de pagamento da internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) teve uma taxa de 94,3%.

Dentre as práticas associadas à violência obstétrica, o exame de toque (68,3%), a episiotomia (41,3%), a medicação estimulante (33,8%), a amniotomia artificial (30,2%) e a manobra de kristeller (23,1%) foram aquelas com maior prevalência. Outras menos frequentes foram a falta de informação (8,8%), jejum (7,6%), desrespeito (5,8%), posição supina (3,3%), tricotomia (2,0%) e enema (1,4%). Quando agrupadas de acordo com a gravidade, 50,9% das mulheres relataram sofrer práticas mais severas (categoria 2), sendo mais frequente nas mais jovens (67,2%),

com maior escolaridade (58,4%), primíparas (69,8%) e com pagamento privado da internação (72,9%).

Mesmo diante dessas taxas, apenas 2,6% das mulheres se reconhecem como vítimas de qualquer tipo de violência. Os achados do estudo evidenciam um modelo de assistência intervencionista que precisa se adequar as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).



## **7 APÊNDICES**

## **12.1 Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido**

## 12.2 Apêndice 2 – Questionário