

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIA JÚLIA DOS SANTOS NUNES**

**VIOLÊNCIA NO PARTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UMA MATERNIDADE**  
**NO VALE DO JURUÁ**

**RIO BRANCO**

**2022**

**MARIA JÚLIA DOS SANTOS NUNES**

**VIOLÊNCIA NO PARTO E ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UMA MATERNIDADE  
NO VALE DO JURUÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde, prevenção e controle de doenças nos ciclos da vida.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréia Moreira de Andrade.

Assistente de Orientação: Prof.<sup>a</sup> Ma. Maria Tamires Lucas dos Santos.

**RIO BRANCO**

**2022**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

Maria Júlia dos Santos Nunes

Violência no parto e assistência ao parto em uma maternidade no vale do Juruá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréia Moreira de Andrade  
(Orientadora) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal do Acre

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Melo de Aguiar.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Ramos da Silva Bessa.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu pai (João) e minha mãe (Lúcia), que nunca mediram esforços para me proporcionar o acesso ao estudo de qualidade, mesmo estando longe de casa. Meus pais sempre me colocaram como prioridade, e hoje quero poder retribuir tudo o que eles fizeram para eu conseguir chegar até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, e a minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréia Moreira de Andrade, pelo carinho, paciência e dedicação durante essa caminhada.

A meu marido Cláudio, por me incentivar a crescermos juntos apoiando sempre as conquistas um do outro e pela paciência e carinho nos dias de cansaço, me lembrando sempre do nosso propósito maior.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, especialmente à Maria Tamires Lucas que dividiu comigo essa pesquisa tornando possível essa finalização.

A todas as paciente que estiveram dispostas a participar da pesquisa, tornando possível a identificação de fatores a serem modificados para que a assistência ao parto se torne um momento único e seguro na vida das parturientes.

NUNES, M.J.S. **Violência no parto e assistência ao parto em uma maternidade no Vale do Juruá**, Acre. 2022. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre.

## RESUMO

**Introdução:** A evolução dos cuidados durante o trabalho de parto e parto mudou ao longo dos anos, observando-se menor protagonismo da parturiente e de seu conceito, sendo posto o profissional da assistência detentor de todo o conhecimento para determinar as intervenções a serem realizadas ou não durante a evolução do parto, apesar de diversas recomendações assistenciais estimularem o contrário. Ainda há um grande passo a ser dado para que as mudanças sejam incorporadas na prática clínica diária, objetivando-se a humanização do parto. Diante disso é crucial a avaliação da assistência obstétrica prestada e a ocorrência de atos de violência no parto, afim estimular modificações que tenham real impacto na qualidade da assistência à parturiente. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de violência no parto e os seus respectivos fatores associados em uma maternidade do vale do Juruá, no estado do Acre. **Material e métodos:** Estudo observacional transversal realizado na única maternidade da cidade de Cruzeiro do Sul, localizada no estado no Acre. No total foram avaliadas 421 mulheres após o parto vaginal ou cesariano, no período de 28 de setembro de 2021 a 02 de janeiro de 2022. Foram realizadas entrevistas com as puérperas, consulta ao prontuário clínico e à caderneta da gestante. O instrumento de coleta de dados foi composto de um questionário semiestruturado constituído de módulos contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e de assistência materna. Para a análise da ocorrência de violência no parto foi construída uma variável baseada na literatura que descreve os atos que configuram violência no parto. Os dados foram analisados por estatística descritiva e razão de chances com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Das 421 puérperas entrevistadas 77,6% sofreram algum ato que caracterizou a variável violência no parto. Após ajuste, mantiveram-se significativamente ao desfecho as seguintes características: via de parto cesariano, com chance 1,7 maior de sofrer violência no parto em comparação com mulheres que tiveram parto vaginal ( $RC_{ajustada}$ : 1,7; p-valor: 0,03); zona de moradia, com mulheres que residiam na zona urbana apresentando a chance 1,6 maior de sofrer violência no parto quando comparadas às mulheres que residiam em zona rural ( $RC_{ajustada}$ : 1,6; p-valor: 0,51); renda própria, indicando as mulheres sem renda própria com a chance 1,5 maior de sofrer violência no parto quando comparadas às mulheres com renda própria ( $RC_{ajustada}$ : 1,5; p-valor: 0,10). **Conclusão:** Na Maternidade da mulher e da criança do Vale do Juruá há uma prevalência significativa de violência no parto durante a assistência materno-fetal, e as recomendações “Cuidados para uma experiência de parto positiva” não são adotadas em sua totalidade, estando estas possivelmente associadas aos impactos negativos no bem-estar da parturiente e na morbimortalidade materno-infantil. Denota-se a necessidade de maiores incentivos às boas práticas de assistência humanizada, com embasamento científico necessário para que o cenário se modifique e a assistência volte a priorizar a mulher e o conceito como principais protagonistas do parto.

**Palavras-Chave:** violência no parto; assistência ao parto; recomendações de assistência humanizada; humanização do parto.

NUNES, M.J.S. **Violence during childbirth and childbirth care in a maternity hospital in Vale do Juruá**, Acre. 2022. 100f. Dissertation (Master in Public Health) – Graduate Program in Public Health, Federal University of Acre.

## ABSTRACT

**Introduction:** The evolution of care during labor and delivery has changed over the years, with less protagonism of the parturient and her fetus being observed, with the assistance professional holding all the knowledge to determine the interventions to be carried out or not during the evolution of childbirth, despite several care recommendations encouraging the opposite. There is still a big step to be taken so that changes are incorporated into daily clinical practice, aiming at the humanization of childbirth. In view of this, it is crucial to evaluate the obstetric care provided and the occurrence of acts of violence in childbirth, in order to stimulate changes that have a real impact on the quality of care for the parturient. Thus, is crucial to evaluate the obstetric care provided and the occurrence of acts of violence in childbirth, in order to stimulate changes that have a real impact on the quality of care for the parturient. **Objective:** To evaluate the prevalence of violence during childbirth and its associated factors in a maternity hospital in the Juruá Valley, in the state of Acre. **Methods:** Cross-sectional observational study carried out in the only maternity hospital in the city of Cruzeiro do Sul, located in the state of Acre. In total, 421 women were evaluated after vaginal or cesarean delivery, from September 28, 2021 to January 2, 2022. Interviews were conducted with the puerperal women, consultation of the clinical records and the pregnant woman's booklet. The data collection instrument consisted of a semi-structured questionnaire consisting of modules containing socioeconomic, demographic and maternal care variables. For the analysis of the occurrence of violence in childbirth, a variable was constructed based on the literature that describes the acts that constitute violence in childbirth. Data were analyzed by descriptive statistics and odds ratio with 95% confidence intervals. **Conclusion:** In the Maternity Hospital of women and children in Vale do Juruá, there is a significant prevalence of violence in childbirth during maternal-fetal care, and the recommendations “Care for a positive childbirth experience” are not adopted in their entirety, being these possibly associated with to the negative impacts on the well-being of the parturient and on maternal and child morbidity and mortality. There is a need for greater incentives for good practices of humanized care, with the necessary scientific basis for the scenario to change and assistance to prioritize the woman and the fetus as the main protagonists of childbirth.

**Keywords:** violence in childbirth; childbirth assistance; humanized assistance recommendations; humanization of childbirth.





## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Recomendações OMS.....	10
Quadro 2 - Estudos internacionais relacionados a violência no parto.....	18
Quadro 3 - Estudos nacionais relacionados a violência no parto.....	20

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo. Cruzeiro do Sul - AC, Brasil 2021 - 2022. (n= 421) .....	39
Tabela 2 – Caracterização dos antecedentes obstétricos e características do pré-natal da gestação atual, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421) .....	40
Tabela 3 - Caracterização do parto e da assistência ao parto na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421) .....	42
Tabela 4 – Frequência da adoção de recomendações da OMS 2018 “Cuidados para uma experiência de parto positiva” na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421) .....	43
Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de ocorrência de violência no parto durante a assistência ao parto segundo características socioeconômicas, demográficas e maternas na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421) .....	44
Tabela 6 – Fatores associados à ocorrência de violência no parto durante a assistência obstétrica na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022 (n= 421) .....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ensino e Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IG	Idade gestacional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RMM	Razão de Morbimortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Política nacional de atenção integral à saúde da mulher .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Recomendações da OMS para assistência ao parto .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Violência no parto.....</b>	<b>23</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>31</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Objetivo geral.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>33</b>
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>34</b>
<b>5.1 Delineamento do estudo .....</b>	<b>34</b>
<b>5.2 População de estudo .....</b>	<b>34</b>
<b>5.3 Amostra .....</b>	<b>34</b>
<b>5.4 Variáveis de estudo .....</b>	<b>35</b>
<b>5.5 Coleta de dados .....</b>	<b>38</b>
<b>5.6 Tratamento e análise dos dados .....</b>	<b>38</b>
<b>5.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>39</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO A - Instrumento de coleta de dados .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO D - Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido.....</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de parto é circundado por várias significações e representações vinculadas a contextos sociais, econômicos, psicológicos e culturais de cada mulher, sendo crucial uma assistência voltada à abordagem da parturiente como um ser individual, que possui necessidades específicas relacionadas aos seus desejos, medos e anseios, desde que estes não ultrapassem as barreiras da segurança ao binômio mãe e filho (BARROS et al., 2017).

Ao longo dos anos a assistência profissional ao parto vem se moldando de acordo com orientações de entidades de referência que sustentam modelos de boas práticas difundidos ao redor do mundo. Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma série de recomendações sobre práticas a serem adotadas durante a assistência ao parto que evidenciam a real necessidade de retorno a um modelo de assistência que respeite o processo fisiológico de parto, excluindo a presença de maus tratos, físicos ou psicológicos, que podem acontecer em todos os momentos da assistência obstétrica, configurando a violência no parto (OMS, 2018).

A violência no parto não está associada a uma única classe profissional, e sim à vasta quantidade de profissionais do assistencialismo em saúde, que age de forma agressiva ou desnecessária com a gestante e puérpera no parto, momento em que deveria ser reconhecido o protagonismo da mulher. Torna-se, portanto, indispensável esta discussão que emerge de uma origem mais clara e presente: a violência de gênero (SERRA, 2018).

No Brasil, desde 2011, existe a “Rede Cegonha”, uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa, inicialmente, reforçar as propostas do “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”, instituído em 2000. A proposta da “Rede Cegonha” é garantir melhorias ao acesso, à cobertura e à qualidade da atenção à saúde da mulher, com direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, na assistência humanizada se repudiam ações que caracterizam a violência no parto, quais sejam: a negação do direito à maternidade, a negação da sexualidade do gênero feminino, julgamentos, chacotas, piadas ou falas infantilizadas para se referir à mulher, desrespeito ao direito à acessibilidade da informação durante o acompanhamento pré-natal, parto e aborto, a restrição da participação ativa da mulher no parto, cesáreas desnecessárias e indesejadas, laqueadura sem consentimento, quebra do sigilo e da confidencialidade, descasos nas situações de violência física, psicológica e sexual,

descasos sobre o direito ao planejamento reprodutivo e de prevenção à infecções sexualmente transmissíveis, barreiras físicas para o acesso aos serviços de saúde e a falta de acessibilidade para marcação de consultas e realização de exames durante o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, torna-se necessária a avaliação da assistência obstétrica, para a adoção de medidas que possam ser implementadas, visando estimular as boas práticas de assistência ao parto já difundidas, e disseminar as novas condutas que devem ser adotadas para uma assistência centrada no protagonismo da mulher, através de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos (OMS, 2018).

A partir destes aspectos, o objetivo deste estudo é verificar a prevalência de violência no parto e analisar de forma descritiva seus respectivos fatores associados, em uma maternidade do Vale do Juruá.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**

Em 1984, o Ministério da Saúde reconhecia as deficiências no atendimento à saúde integral da mulher, que à época era direcionado ao período gravídico-puerperal. Com a intenção de corrigir essa falha e adequar o assistencialismo ao gênero feminino, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM). Esse programa objetivava, primordialmente, a instituição de medidas para adoção de ações nos serviços de saúde que visassem oferecer atividades de proteção integral clínico-ginecológica e educativas. As atividades eram voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério (BRASIL, 1984).

A abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade também fez parte do foco daquele programa, mas somente em 2004 com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, foi observada a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agregado a isso houve enfoque, também, na prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (GAMA; THOMAZ; BITTENCOURT, 2021).

Naquele momento, esses programas e políticas governamentais de assistência à saúde da mulher e da criança apresentaram avanços importantes alinhados com recomendações internacionais, trazendo visão ampla sobre os direitos sexuais e reprodutivos, relacionando-os à realidade social, política, econômica e cultural vigente (BRASIL, 1984).

No ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), representava uma tentativa de instituições governamentais e não governamentais no incremento de medidas para melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, e buscava reduzir as taxas de mortalidade materna, fetal e infantil (MARTINELLI et al., 2014).

Nesse contexto, surgiu em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2008).



Desta forma, na tentativa de incorporar a PNH como uma de suas bases estruturantes e enfatizar os princípios da PHPN, entra no cenário nacional a Rede Cegonha, com propostas de atenção humanizada redirecionadas para uma mudança no modelo da atenção obstétrica/neonatal, em consonância com instituições que alertavam sobre as lacunas da assistência predominante – o modelo hospitalocêntrico e médico centrado (VILELA et al., 2021).

A Rede Cegonha, que hoje representa uma das principais estratégias do governo federal na redução da mortalidade materna, teve suas atividades deflagradas apenas no ano de 2011. Esse novo programa surgiu com objetivos bem estabelecidos de implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos dois anos de vida, organizando a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta rede garanta acesso, acolhimento e resolutividade com a finalidade principal de reduzir a mortalidade materna e infantil, dando ênfase ao componente neonatal (SILVA et al., 2021).

Em suas diretrizes, a Rede Cegonha descreve alguns atributos essenciais para que o assistencialismo se encaixe na proposta de humanização, as quais serão descritas a seguir: a realização da vinculação territorial da gestante para atendimento em rede, evitando assim a peregrinação da mulher e da criança em busca de assistência; as estratégias em relação aos mecanismos de acolhimento, que envolvem a classificação de risco e de vulnerabilidade, além da garantia ao direito a acompanhante nos momentos de internação; o estímulo à adoção de um conjunto de boas práticas a partir de evidências científicas, incorporando também na assistência a presença de enfermeiras obstétricas no parto de risco habitual; o adequado acompanhamento nas situações de abortamento; a garantia do acesso ao abortamento legal; a oferta de ações de planejamento reprodutivo pós-abortamento; a assistência às situações de violência sexual, com garantia de todos os critérios de privacidade e acolhida; e a adequação dos espaços físicos de trabalho, criando condições favoráveis aos vínculos sociais e subjetivos de cuidado (BRASIL, 2011).

Essas ações da Rede Cegonha foram idealizadas para que esse modelo de assistência pudesse ser implementado, gradativamente, em todo território nacional. Um dos principais objetivos é estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil, iniciando sua implantação de acordo com a taxa de mortalidade infantil, a razão mortalidade materna e a densidade populacional (BRASIL, 2011).

No primeiro ano após a implementação da Rede Cegonha no Brasil, já foi possível observar uma queda recorde de 21% no número de mortes maternas, em comparação ao

mesmo período do ano anterior, corroborando a real necessidade de estratégias nesse seguimento do assistencialismo em saúde (BRASIL, 2012).

Há grande necessidade de uma abrangente e efetiva implantação da assistência obstétrica humanizada, existindo um longo caminho para a sua concretização, pois persistem condutas profissionais que configuram agressão ao processo fisiológico de parto, impedindo que as mulheres se tornem protagonistas desse momento (OMS, 2011).

Como parte do processo de aprimoramento e apoio à tomada de decisões do Ministério da Saúde para a assistência obstétrica, no de 2017 foram avaliadas 606 maternidades conveniadas ao SUS que seguem o plano de ação da Rede Cegonha. Durante aquele ano, essas maternidades foram responsáveis por mais de 50% dos partos do país (SINASC, 2018). A avaliação se direcionou aos componentes de parto e nascimento da Rede Cegonha, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde e puérperas, com análise documental e de observação da ambiência (LEAL et al., 2018).

Tal avaliação revelou os avanços e os obstáculos que persistem nas práticas clínicas e gerenciais de uma grande parcela das maternidades públicas brasileiras. Felizmente, foi possível evidenciar que a qualidade à assistência ao parto avançou quando observamos menores índices de intervenções e maior amparo às boas práticas difundidas pela Rede Cegonha. A exemplo disso, na comparação com dados sobre o manejo durante o trabalho de parto com a pesquisa “Nascer no Brasil – inquérito nacional sobre o parto e o nascimento” (estudo de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP-Fiocruz), observamos aumento na adoção de boas práticas assistenciais. Foi possível quantificar incremento de 38,3% de gestantes que tiveram acompanhante durante o trabalho de parto. Já em relação ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor houve acréscimo de 27,5%. A presença de intervenções durante o parto, como realização de episiotomia e manobra de Kristeller, foram reduzidas em 19,6% e 20,2% respectivamente (BRASIL, 2021).

## **2.2 Recomendações da OMS para assistência ao parto**

A definição de nascimento normal, segundo a OMS, é aquela cujo início do trabalho de parto deflagrou-se de forma espontânea em pacientes com risco habitual, e estas permaneçam sem riscos adicionais durante todo o pré-parto e parto. Apesar deste conceito não ser universal ou padronizado, a adoção de boas práticas de assistência durante esse período é um importante fator para a garantia de segurança materna e neonatal (OMS, 2011).

Mais de um terço das mortes maternas mundiais ainda são decorrentes das complicações que surgem desse ciclo gravídico-puerperal, sendo o óbito de uma mulher nessa fase o desfecho mais grave dentro da cadeia de atenção à saúde materna (LEAL et al., 2018).

Visando o aprimoramento da assistência ao parto, em 1985 a OMS publicou o artigo “World Health Organization Appropriate Technology for Birth” com as primeiras recomendações sobre tecnologias adequadas para nascimento e parto normal. Esse trabalho foi fruto de uma conferência que aconteceu em Fortaleza – Brasil, entre o escritório da região europeia da OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Uma força-tarefa interdisciplinar amplamente representativa, formada por experts de todas as partes do mundo e dos mais diferentes segmentos profissionais, assim como da sociedade civil organizada visou examinar evidências a favor e contra as práticas mais comuns adotadas na assistência, e fazer recomendações fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, para melhoria do cuidado prestado durante o processo de parturição a nível mundial (ROCHA; NOVAES, 2010).

O documento produzido nessa conferência, a “Carta Fortaleza”, já recomendava a participação ativa das mulheres no desenho e na avaliação dos programas de assistência, assim como estimulava a busca pela liberdade de escolha materna da melhor posição para o nascimento, a presença de acompanhantes no trabalho de parto e parto e o fim de procedimentos médicos durante o trabalho de parto, como o uso rotineiro da episiotomia e da indução medicamentosa do parto (PATAH; MALIK, 2011).

Após a conferência e a ampla divulgação daquele documento, ocorreu ao longo dos anos uma série de medidas na assistência obstétrica brasileira, baseadas nas recomendações da OMS, essas medidas buscam, até o presente momento, aliar recursos tecnológicos apropriados ao protagonismo feminino durante todas as fases do trabalho de parto (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Nessa direção, com o objetivo de unificar as propostas para uma adequada assistência obstétrica, em 2018, a OMS lançou novas recomendações, descritas como: “Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva”. Essa diretriz propõe novas recomendações e outras já constantes nas publicações anteriores, que são essenciais durante a prática obstétrica. Destaca-se o cuidado centrado na mulher através de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos, adaptável a cada contexto regional e sociocultural, que leve ao nascimento de uma criança saudável em um ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, tendo o apoio prático e emocional de um acompanhante e de uma equipe clínica competente (WHO, 2018).

Nessa nova lista de recomendações são descritos cinquenta e seis itens sobre cuidados durante as fases do trabalho de parto e os cuidados imediatos ao recém-nascido e à puérpera. As recomendações foram classificadas da seguinte maneira: recomendado, não recomendado, recomendado apenas em contextos específicos, recomendados apenas em contexto de pesquisas rigorosas (WHO, 2018).

Os itens classificados como recomendados devem ser estimulados e implementados de acordo com as características de cada gestante, e entre essas recomendações cita-se: cuidados de maternidade respeitosos mantendo a dignidade, privacidade, confidencialidade e garantindo a ausência de maus tratos; comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes; garantia do acompanhante durante o trabalho de parto e cuidados regulares com o puerpério, por pelo menos 24 horas, para a mãe e RN de risco habitual (WHO, 2018).

As orientações que somente devem ser adotadas em contextos específicos são aquelas que a intervenção é aplicável apenas se seguir a condição prévia, por exemplo: ampliação do tempo limite para o período expulsivo em gestantes que foram submetidas a analgesia peridural e a assistência obstétrica através de parteiras (WHO, 2018).

Idealmente, a assistência fora do ambiente hospitalar realizada por parteiras só deve ocorrer em locais onde a estrutura obstétrica é abrangente e bem estruturada, pois caso seja necessária intervenção urgente, o sistema poderá prestar o auxílio imediato. Contudo, este item não é aplicável à nossa realidade, uma vez que o parto no domicílio não faz parte das políticas públicas no Brasil e não é coberto pela saúde suplementar (BRASIL, 2016).

Para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo, a política de atrasar a admissão na ala de parto até a fase ativa do trabalho de parto é recomendada apenas no contexto de pesquisa (WHO, 2018).

Os itens expostos como não recomendados, mas que infelizmente ainda são vistos de forma frequente na prática clínica são: a realização de pelvimetria clínica ou cardiotocografia de rotina na admissão de pacientes de risco habitual; uso rotineiro de ocitocina no primeiro e segundo estágios do trabalho de parto com a finalidade de antecipar o nascimento, mesmo não havendo indicação para tal; realização rotineira e liberal da episiotomia e da manobra de Kristeller (WHO, 2018).

Essa série de recomendações é pouco diferente da diretriz nacional de assistência ao parto, estruturada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), construído com base nas diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Um dos principais itens que não é citado nas recomendações da OMS é a orientação à adoção de um modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica na

assistência ao parto de baixo risco. Mas independentemente das recomendações mais aceitas ou adotadas, o foco deve ser em uma assistência com atitudes baseadas em comprovações científicas, com respeito ao gênero feminino e à sua autonomia, bem como a luta por ambientes e insumos adequados para a prática clínica (BRASIL, 2016).

A medicina baseada em evidências vem demonstrando que é possível fornecer uma assistência obstétrica menos intervencionista, mais respeitosa e dentro dos critérios éticos da autonomia, buscando sempre melhorar os resultados perinatais. Por esse motivo, é tão essencial que entidades superiores continuem recomendando, atualizando e respaldando as práticas assistenciais benéficas ao parto (PALMA; DONELLI, 2017).

#### Quadro 1. Recomendações OMS 2018

Recomendação	Categoria da Recomendação
<b>Recomendações gerais na atenção ao parto</b>	
1. Cuidados de maternidade respeitosos, com dignidade, privacidade, confidencialidade e ausência de maus tratos e possibilidade de escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto	Recomendado
2. Comunicação clara e eficiente entre os prestadores de cuidados e as pacientes.	Recomendado
3. Garantia de acompanhante da escolha da paciente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.	Recomendado
4. Modelos de continuidade do cuidado da parteira - em que uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia uma mulher ao longo do pré-natal, durante o trabalho de parto e o pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em locais com programas de obstetrícia que funcionam bem.	Contexto específico de recomendação (requer adequação do modelo de assistência e dos recursos humanos disponíveis)
<b>Primeiro estágio do trabalho de parto</b>	
5. Uso das definições:  Primeiro estágio latente: período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação até 05 cm para trabalho de parto de nulíparas ou multíparas.  Primeiro estágio ativo: período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação rápida de 05 cm até dilatação completa para trabalhos iniciais e subsequentes.	Recomendado
6. As mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio	Recomendado

latente e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (a partir de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e geralmente não ultrapassa 10 horas nas múltíparas	
7. Limitar a taxa de dilatação cervical de 01 cm / hora durante o primeiro estágio ativo.	Não recomendado
8. Taxa mínima de dilatação cervical de 01 cm / hora ao longo do primeiro estágio de trabalho ativo de forma isolada.	Não recomendado
9. Intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto (como o uso de ocitocina sintética ou a cesárea) antes do limiar da fase ativa do trabalho de parto, em gestantes de baixo risco.	Não recomendado
10. Atraso na admissão na enfermaria de trabalho de parto até a fase ativa em estados maternos e fetais habituais.	Recomendação em contexto de pesquisa.
11. Pelvimetria clínica de rotina em gestantes de baixo risco.	Não recomendado
12. Cardiotocografia de rotina na admissão de gestantes de baixo risco.	Não recomendado
13. Ausculta fetal através do ultrassom doppler ou estetoscópio Pinard para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes de baixo risco em trabalho de parto	Recomendado
14. Tricotomia da região púbica e perineal antes do parto vaginal	Não recomendado
15. Esvaziamento da ampola retal da gestante (Enema)	Não recomendado
16. Exame vaginal digital em intervalos de quatro horas para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	Recomendado
17. Cardiotocografia contínua para avaliação do bem-estar durante o trabalho de parto espontâneo em gestantes de baixo risco.	Não recomendado
18. Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultrassom doppler ou com um estetoscópio Pinard durante o trabalho de parto em gestantes de baixo risco.	Recomendado
19. Analgesia epidural para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto	Recomendado
20. Administração de opioides parenterais para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto.	Recomendado
21. Técnicas de relaxamento para alívio da dor (relaxamento muscular progressivo, respiração, música).	Recomendado
22. Técnicas manuais para alívio da dor (massagem ou aplicação de compressas quentes)	Recomendado
23. Alívio da dor para prevenir evolução lenta e reduzir o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto.	Não recomendado
24. Ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto em gestantes de baixo risco	Recomendado
25. Incentivo à adoção de mobilidade e posição ereta durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	Recomendado
26. Limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com o objetivo de prevenir morbidades infecciosas.	Não recomendado

27. Manejo ativo do trabalho de parto para a prevenção do atraso no trabalho de parto.	Não recomendado
28. Amniotomia para prevenção do atraso no trabalho de parto.	Não recomendado
29. Amniotomia precoce com uso precoce de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto.	Não recomendado
30. Uso de ocitocina para prevenção do atraso no trabalho de parto em mulheres com analgesia epidural.	Não recomendado
31. Uso de agentes antiespasmódicos para a prevenção do atraso no parto.	Não recomendado
32. Uso de fluidos intravenosos com para encurtar a duração do trabalho de parto.	Não recomendado
<b>Recomendações para o segundo estágio do trabalho de parto</b>	
33. Uso da definição:  Segundo estágio: período entre a dilatação cervical completa e o nascimento, durante o qual a mulher tem uma necessidade involuntária de puxar para baixo, como resultado das contrações uterinas expulsivas.	Recomendado
34. Incentivo a adoção de posição de nascimento de escolha individual da mulher, incluindo posições verticais em mulheres sem analgesia peridural.	Recomendado
35. Incentivo a adoção de posição de nascimento de escolha individual da mulher, incluindo posições verticais em mulheres com analgesia peridural.	Recomendado
36. Mulheres na fase expulsiva devem ser encorajadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar.	Recomendado
37. Para mulheres com analgesia peridural no segundo estágio do trabalho de parto, adiar empurrar por uma a duas horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere a necessidade sensorial de pressionar.	Contexto específico de recomendação (requer adequação do modelo de assistência e dos recursos humanos disponíveis)
38. Técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (massagem perineal, compressas quentes e proteção "manual" do períneo).	Recomendado
39. Uso rotineiro ou liberal de episiotomia.	Não recomendado
40. Aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto.	Não recomendado
<b>Cuidados no terceiro estágio do trabalho de parto</b>	
41. Uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto.	Recomendado
42. A ocitocina é o medicamento uterotônico recomendado para a prevenção da hemorragia pós-parto.	Recomendado
43. Em ambientes onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (se apropriado ergometrina / metilergometrina ou a combinação fixa de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg) é recomendado	Recomendado

44. Clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) é recomendado para melhores resultados de nutrição e saúde materna e infantil.	Recomendado
45. Em locais onde há assistentes especializados em parto, a tração controlada do cordão é recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do trabalho de parto como importante.	Recomendado
46. A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a hemorragia pós-parto em mulheres que receberam ocitocina profilática	Não recomendado
<b>Cuidados com o recém-nascido</b>	
47. Aspiração de boca e nariz de neonatos que tem líquido amniótico claro e que começam a respirar espontaneamente após o nascimento.	Não recomendado
48. Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação.	Recomendado
49. Todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso ao nascer que são capazes de amamentar, devem ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estão prontos.	Recomendado
50. Todos os recém-nascidos devem receber 01 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento. O contato com a mãe e a amamentação devem ser iniciados o mais breve possível.	Recomendado
51. O banho do recém-nascido deve ser retardado até 24 horas após o nascimento. Se isto não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado por pelo menos seis horas. A mãe e o bebê não devem ficar separados e devem permanecer no mesmo quarto.	Recomendado
<b>Cuidados com a mulher após o nascimento</b>	
52. Avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce da atonia uterina é recomendado para todas as mulheres.	Recomendado
53. Profilaxia antibiótica de rotina em mulheres com parto vaginal não complicado.	Não recomendado
54. Profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia. Antibióticos só devem ser administrados quando houver sinais clínicos de infecção de uma episiorrafia. Em uma situação de lesão perineal de terceiro ou quarto grau, os antibióticos profiláticos devem ser administrados conforme recomendação específica.	Não recomendado
55. Avaliação regular da puérpera nas primeiras horas pós nascimento.	Recomendado
56. Após o parto vaginal descomplicado em uma Unidade de Saúde, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados nas instalações por pelo menos 24 horas após o	Recomendado



nascimento.	
-------------	--

### 2.3 Violência no parto

O termo violência no parto descreve as diversas formas de violência que ocorrem na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Há outras definições utilizadas, tais como: violência obstétrica, violência de gênero no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, desrespeito e maus-tratos durante o parto e entre outros (DINIZ et al., 2015). O termo *disrespect and abuse during childbirth*, proposto por Bowser & Hill desde 2010 também é internacionalmente usado para esta descrição, mas independente da nomenclatura, qualquer ato de desrespeito à autonomia da gestante ou parturiente que ameace a sua integridade física, mental, seus sentimentos, opções e preferências pode configurar uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres (LANSKY et al., 2019).

A origem desta violência na história do parto pode ser estabelecida ao retornarmos ao momento em que a assistência médica passou a excluir a parteiras tradicionais no processo de nascimento. A profissionalização da Medicina priorizou questões acadêmicas acima do interesse da gestante e parturiente, modificando a assistência ao parto que era domiciliar, intimista e exclusivamente feminina, transformando-a em evento de autoria médica, sem considerar ou questionar se essa era ou não uma demanda feminina ou até mesmo se era de interesse da mulher não estabelecer o seu protagonismo (ALONSO, 2018).

No entanto, os altos índices de óbitos maternos e neonatais, observados no Brasil no século XIX, foram gradativamente reduzidos com o advento da medicalização e hospitalização do nascimento. Porém, no final do século XX, foi observado um “efeito colateral” desse processo de intervencionismo (SILVA et al., 2019). Segundo a Fiocruz de 1970 a 2010 houve importante incremento na porcentagem de partos cesarianos que passaram de 15% em 1970 para 50% em 2010 (TESSER et al., 2015).

A discussão sobre a violência no parto tornou-se notória no Brasil em 2010, após a divulgação da pesquisa nacional “Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. Esta pesquisa foi realizada com 2.365 mulheres e 1.181 homens, com resultados sobre a assistência ao parto normal em rede pública e privada. Cerca de 25% das mulheres entrevistadas relataram que sofreram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto

(VENTURI; GODINHO, 2010). Porém, o real reconhecimento público, sobre esse tipo de violência no Brasil, ocorreu no ano de 2012 quando diversas mídias sociais divulgaram amplamente o assunto, como evidenciado no documentário “Violência Obstétrica – a voz das brasileiras” (ZORZAM et al., 2012), que relatou depoimentos de mulheres que afirmaram ter passado por esse tipo de violência, explicitando a ocorrência desses fatos no ambiente de assistência ao parto e mostrando certa insatisfação com a assistência recebida.

A Organização Mundial de Saúde, desde 1996, refere que todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, e desde 2014 reconhece a violência no parto como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus conceitos (LANSKY et al., 2019).

A primeira legislação latino-americana que tipificou esse tipo de violência ocorreu na Venezuela, sendo aprovada no ano de 2006, mas somente a partir de 2007 seus efeitos legais passaram a vigorar, e caracteriza os atos como: a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, podendo ser expressa através de tratamento desumano, de abusos relacionado à medicalização e patologização dos processos naturais. Refletindo na perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, e causando impactando negativo na qualidade de vida das mulheres (LEITE, 2020).

Os tipos de violência física frequentemente relatados na literatura podem incluir: a realização da manobra de Kristeller rotineira (pressão sobre o útero grávidico para acelerar a expulsão do feto); a realização de episiotomia rotineira (incisão realizada na região perineal da parturiente com objetivo de acelerar a expulsão fetal e/ou prevenir laceração de 4º grau no períneo); o uso sem indicação, indiscriminado e rotineiro de ocitocina artificial (hormônio sintético que age aumentando as contrações uterinas durante o trabalho de parto); a realização de cesariana contra o desejo materno e sem verdadeira indicação; e a realização de laqueadura tubária sem o consentimento materno, que configura lesão corporal grave (ANDRADE et al., 2016).

Os exemplos de violência verbal são os mais diversos, desde julgamentos, chacotas, comentários agressivos, ofensivos, ridicularização com a opção de parto ou posição de parto (BRASIL, 2016). Na violência psicológica, estão incluídas atitudes que causam sentimento de medo, abandono e inferioridade por parte do profissional com a gestante e o desrespeito ao direito à acessibilidade da informação durante o acompanhamento pré-natal, parto e aborto, ou ainda, restrição da participação ativa da mulher no parto e restrição à presença de acompanhante durante a internação hospitalar (BRASIL, 2016). A negligência se caracteriza

como a dificuldade no acesso ao atendimento à gestante, descasos sobre o direito ao planejamento reprodutivo, a falta de acessibilidade para marcação de consultas e realização de exames durante o ciclo gravídico puerperal (LOPES; DANTAS, 2020).

Há também outras duas descrições de violência no parto, segundo as modalidades a seguir: a violência institucional, quando a instituição por meio de funcionários ou regimentos internos lança mão de ações para dificultar o acesso da mulher ao atendimento; e a violência midiática, praticada pelos profissionais de saúde a fim de difundir determinadas práticas prejudiciais às mulheres, tais como a escolha da cesariana como principal e mais seguro modo de parir (REIS et al., 2017).

No Brasil, apesar de ainda não existir legislação federal que tipifique a violência no parto, há projetos de lei que desde 2013 tramitam sobre esse tema no Congresso Federal. Por outro lado, estados como Santa Catarina, Paraíba e Tocantins já promulgaram leis disciplinando a proteção às mulheres no parto e puerpério, bem como a caracterização destas formas de violência (LOPES; DANTAS, 2020).

Na atualidade, o poder judiciário tem se amparado nas legislações já correntes, sendo a violência no parto regulamentada, indiretamente, pelos fundamentos da Constituição Federal, em relação à dignidade da pessoa humana e à garantia do direito à saúde, integridade física, mental e a não discriminação. A propósito, nota-se que o código de ética médica estabelece vedações relacionadas ao desrespeito, à integridade física e mental do paciente, ou utilização de meio que possa alterar sua personalidade (MARQUES, 2020).

Uma das possíveis explicações sobre a ausência de legislação vigente sobre o tema, pode fundamentar-se na resistência dos profissionais de saúde e entidades representativas de classe à aceitação do uso do termo violência obstétrica. Essa resistência se baseia na forma como os defensores do tema questionam atitudes a respeito do que constitui ou não a assistência ao parto ideal (DINIZ et al., 2015).

Ainda em torno desta resistência, é válido citar que o Ministério da Saúde em despacho assinado no ano de 2019 recomendou a abolição do uso da expressão violência obstétrica em documentos legais acerca de políticas públicas, mas logo desistiu da recomendação após o Ministério Público Federal endossar a continuidade do uso do termo, justificando que a sua proibição estaria relacionada à censura aos movimentos sociais e às violências de gênero (LEITE et al., 2020)

A Rede de Humanização do parto (REHUNA), na tentativa de amenizar todo esse conflito, optou por fazer uso de termos positivos como: humanização do parto e promoção dos direitos humanos das mulheres, deixando claro a importância de parto e assistência

respeitosa. As dificuldades em mensurar a ocorrência de violência no parto, a forma subjetiva de como essa possa ocorrer e a intencionalidade ou não dos atos, torna sua real magnitude um ponto complexo a ser pacificado. Mas apesar disso não é possível negar o impacto negativo para a mulher e o recém-nascido sujeitos a essa violência (MARQUES, 2020).

Portanto, nesse cenário a pesquisa Nascer no Brasil II, um importante inquérito nacional sobre parto e nascimento em andamento, busca coletar dados de prevalência que tornem concretos e quantificáveis os atos referentes à violência no parto, possibilitando a construção de novas políticas públicas para o combate a esse tipo de violência (FIOCRUZ, 2020).

Adiante estão os Quadros 2 e 3 relatando estudos internacionais e nacionais relacionados a violência no parto.

**Quadro 2** – Estudos internacionais relacionados a violência no parto, no período de 2013 a 2021.

(continua)

<b>Autor/Data</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>
Teran, P. et al., 2013	Venezuela	Violencia obstétrica: percepción de las usuarias.	Estudo transversal de base populacional com 425 puérperas.	66,8 % referiram a realização de procedimentos médicos sem consentimento informado, 49,4 % foram submetidos a algum tipo de tratamento desumano, apenas 20,5 % de tratamento não violento percebido.
Okafor, I.I. et al., 2014	Nigéria	Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country.	Estudo transversal de base hospitalar com 446 mulheres.	437 (98,0%) das entrevistadas relataram pelo menos uma forma de atendimento desrespeitoso e abusivo durante o último parto.
Abuya, T. et al., 2015	Quênia	Exploring the Prevalence of Disrespect and abuse during Childbirth in Kenya.	Estudo transversal de base populacional com 641 participantes.	20% das mulheres relataram qualquer forma de desrespeito e abuso.
Kujawski, S. et al., 2015	Tanzânia	Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania.	Estudo transversal de base populacional com 1388 puérperas.	O desrespeito e abuso durante assistência ao parto foi associado a menor satisfação com o parto.

**Quadro 2** – Estudos internacionais relacionados a violência no parto, no período de 2013 a 2021.

(Continua)

<b>Autor/Data</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>
Ukke, G. G. et al., 2019	Etiópia	Disrespect and abuse of women during childbirth in public health facilities in Arba Minch town, south Ethiopia – a cross-sectional study.	Estudo transversal com amostragem aleatória sistemática de base populacional com 281 puérperas.	A prevalência global de cuidados não respeitosos foi de 98,9%. O direito à informação e ao consentimento informado das mulheres foi o direito mais frequentemente violado com prevalência de 92,5%.
Castro, M C, Rates, S.S., 2021	Chile	Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas.	Estudo transversal de base populacional com 367 mulheres.	A escala de VO pode ser transformada em um instrumento confiável e válido para detectar essa forma particular de violência contra a mulher.
Fors, M. et al., 2021	Equador	Reliability and Dimensionality of EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): development of a new instrument, Ecuador.	Estudo transversal quantitativo de base populacional com 405 mulheres.	A escala de 30 itens poderia potencialmente ser utilizada como instrumento de avaliação da violência obstétrica em diferentes ambientes de saúde.

**Quadro 3** – Estudos nacionais relacionados a violência no parto, no período de 2010 a 2020

(continua)

<b>Autor/Data</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>
Aguiar J. M. et al., 2011	São Paulo	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.	Estudo qualitativo de base hospitalar com 21 puérperas.	Reconhecimento de práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas pelas usuárias.
Salgado H. O. et al., 2013	Brasil	“Meio grogue e com as mãos amarradas”: o primeiro contato Com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por Uma cesárea	Estudo transversal de base hospitalar com 20 mulheres.	A maioria não pôde contar com um acompanhante de sua escolha no pós-parto imediato. Muitas lamentaram estar sob efeito de medicação para sedação no primeiro contato com

		indesejada.		o recém-nascido.
Venturini G., Godinho T., 2013	São Paulo	Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.	Estudo transversal de base populacional com 2.365 mulheres e 1.181 homens.	25% das mulheres entrevistadas relataram que sofreram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto.
Andrade P. et al., 2016	Recife	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	Estudo transversal, prospectivo, de base populacional com 450 puérperas.	Prevalência de abuso obstétrico de 86,5%.

**Quadro 3** – Estudos nacionais relacionados a violência no parto, no período de 2010 a 2020  
(continua)

<b>Autor/Data</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>
Nascimento L. C. et al., 2017	Recife	Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos.	Estudo descritivo qualitativo de base hospitalar com 41 puérperas.	Observou-se que a dor, exames abusivos e repetitivos, manobras sem evidências científicas de qualquer benefício e o descaso são as principais formas de violência obstétrica.
Cardoso, F.J.C et al., 2017	Recife	Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde.	Estudo transversal descritivo, qualitativo, de base hospitalar, com 20 profissionais da saúde.	40% dos profissionais da saúde já tiveram ou ainda têm contato com tema violência obstétrica e apenas 15% relataram ter cometido o ato da violência obstétrica.
Mesenburg M. et al., 2018	Pelotas	Desrespeito e abuso de mulheres durante o	Estudo transversal de base populacional	10% das mulheres relataram ter sofrido abuso verbal, 6% negação

		processo de parto na coorte de nascimentos de Pelotas 2015.	com 4275 mulheres.	de cuidados, 6% procedimentos indesejáveis ou inadequados e 5% abuso físico. Pelo menos um tipo de desrespeito ou abuso foi relatado por 18,3% das mães e pelo menos dois tipos por 5,1%.
Palma C.C.; Donelli T.M.S., 2018	Rio Grande do Sul	Violência obstétrica em mulheres brasileiras.	Estudo transversal quantitativo de base populacional com 1626 mulheres.	52,3% das gestantes sentiram-se inferior, vulneráveis e inseguras; 49,8% sentiram-se exposta e sem privacidade.

**Quadro 3** – Estudos nacionais relacionados a violência no parto, no período de 2010 a 2020.

(continua)

<b>Autor/Data</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>
Lansky S. et al., 2019	Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia e Brasília.	Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes.	Estudo transversal quantitativo e qualitativo, com 555 gestantes.	12,6% das mulheres relataram violência obstétrica. 12% das mulheres relataram violência institucional na atenção ao parto.
Araújo, G. C., 2019	Rio Grande	Violência obstétrica no parto vaginal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil.	Estudo transversal de base populacional com 2.694 mulheres.	27,2% das mulheres sofreram violência obstétrica no parto vaginal.
Sens, S.M.M; Stamm, A. M. N. F., 2019	Brasil	A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional.	Pesquisa qualitativa de base hospitalar com 23 profissionais da assistência obstétrica.	78% dos profissionais consideram a denominação violência obstétrica ou violência institucional ruim ou péssima.
Leite, T.H. et al., 2020	Brasil	Desrespeito e abuso contra mulheres durante parto e depressão pós-parto: achados do Estudo Nascer no Brasil.	Estudo Transversal de base populacional com 23378 puérperas.	Desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto estiveram associados à depressão pós-parto, tanto no setor público quanto no privado, tanto para

				partos vaginais quanto para cesarianas.
--	--	--	--	---

**Quadro 3** – Estudos nacionais relacionados a violência no parto, no período de 2010 a 2020.

<b>Autor/Data</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>
Coelho, J. A. et al., 2020	Belo Horizonte	Violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto.	Estudo transversal, descritivo, quantitativo e qualitativo de base hospitalar com 120 mulheres.	Incidência de violência obstétrica de 57,5%. Conhecimento acerca do conceito de violência obstétrica 78,3%.
Paula, E. de et al., 2020	Rio de Janeiro	Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 16 gestores de saúde.	A pesquisa apontou o não acolhimento, princípios tecnocráticos do parto, impedimento do acompanhante, desrespeito às práticas humanizadas centradas na fisiologia.



### 3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, desde a década de 90 foi observado um importante incremento nos números sobre a assistência pré-natal, cerca de 98% das gestantes em 2015 receberam algum tipo de assistência. Apesar disso, a redução da razão de morbimortalidade materna (RMM) ainda está aquém do esperado, com redução de 56%, no intervalo de 1990 a 2016, pois segundo os objetivos de desenvolvimento do milênio, o ideal seria uma diminuição de cerca de 75% (BRASIL, 2017).

As disparidades entre as unidades federativas são evidentes, com maiores valores nos estados das regiões Norte e Nordeste, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Entre os anos de 2007 e 2016 os estados do Maranhão, Amapá, Piauí e Roraima apresentaram as maiores RMM, enquanto Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Distrito Federal tiveram os menores valores (BRASIL, 2017).

O incentivo, a regulamentação e a organização de boas práticas durante a assistência ao parto são os pontos cruciais na responsabilização por essas reduções, sendo as ações do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, da Política Nacional de Humanização e da Rede Cegonha importantes pilares para o combate às desigualdades, observadas nessas regiões com os piores indicadores obstétricos no território nacional (RABELLO et al., 2018).

Portanto, torna-se necessário o incentivo à ação dessas estratégias para reflexo na diminuição do número de intervenções obstétricas excessivas e não justificadas. Além do estímulo ao reconhecimento e à adoção de medidas que respeitem a autonomia de cada parturiente, pois somente dessa forma é possível chegar ao momento em que o parto será reconhecido como um processo fisiológico que cada mulher irá percorrer com amparo multidisciplinar suficiente para tornar a experiência de parto um momento positivo.

O encorajamento de novas contribuições acadêmicas sobre condutas profissionais coerentes com as boas práticas na assistência ao parto é necessário para que estas figurem como prioridades nas estratégias de saúde pública das maternidades do país, além de poder ser um item primordial na redução da mortalidade materna e perinatal.

Com isso, esta pesquisa se propõe em explorar um tema atual que apresenta opiniões divergentes entre a sociedade e as classes profissionais de assistência ao parto, objetivando o reconhecimento do protagonismo da mulher durante os períodos de parto, puerpério e

abortamento, não limitando essa discussão ao meio acadêmico mas que se torne uma ponte entre a academia e a sociedade, estimulando assim a amplitude da compreensão da problemática e a indicação de possíveis caminhos para sua solução, que deve primar pelo respeito, autonomia e individualidade da mulher como foco central.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar a prevalência de violência no parto e os seus respectivos fatores associados em uma maternidade do vale do Juruá, no estado do acre.

### **4.2 Objetivos específicos**

Caracterizar a população de estudo segundo variáveis clínicas, obstétricas e sociodemográficas;

Descrever condutas profissionais qualificadas como violência no parto;

Analisar os principais fatores associados às condutas classificadas como violência no parto;

Quantificar as condutas profissionais, adotadas durante a assistência ao parto, classificadas como recomendadas e não recomendadas segundo a OMS;

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 Delineamento do estudo**

Este é um estudo observacional transversal, sobre a ocorrência de violência no parto com mulheres durante a assistência hospitalar na única maternidade da cidade de Cruzeiro do Sul, localizada no estado no Acre.

Esta pesquisa faz parte do projeto matriz denominado “INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTANTE E SEUS DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS”, conduzido nesta mesma Maternidade pela Doutoranda em Saúde Coletiva Maria Tamires de Lucas sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréia Moreira de Andrade.

### **5.2 População de estudo**

A população elegível para o estudo matriz foi constituída pelo universo das parturientes assistidas no Hospital da Mulher e da Criança do Juruá, no período de 28 de setembro de 2021 a 02 de janeiro de 2022. Todas as gestantes dispostas para participarem da pesquisa foram consideradas elegíveis, independente de risco gestacional associado, da idade materna ou da via de parto. Os critérios de inclusão foram: puérperas com parto hospitalar que estivessem dispostas a responder aos questionamentos propostos. Será considerado critério de exclusão a presença de distúrbios psiquiátricos que implicassem na impossibilidade de responder à entrevista ou a ocorrência de parto fora do ambiente hospitalar.

### **5.3 Amostra**

A amostra foi selecionada através do estudo matriz que considerou uma prevalência de 50,0%, admitindo-se margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. E prevendo-se as possibilidades de perdas, o tamanho da amostra foi acrescido em 10,0%, totalizando uma previsão mínima de 423 puérperas, duas puérperas foram excluídas da amostra pois o parto ocorreu fora do ambiente hospitalar, totalizando 421 pacientes que foram analisadas neste estudo.

## 5.4 Variáveis de estudo

Variáveis socioeconômicas e demográficas:

a) Idade materna: coletada sob duas formas, variável contínua em anos e em data de nascimento;

b) Cor da pele materna: coletada em 5 categorias: branca; preta; amarela (origem asiática); parda e indígena;

c) Escolaridade da mãe: coletada nas seguintes categorias: sem escolaridade; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação, mestrado ou doutorado.

d) Situação conjugal: solteira; casada; união consensual; separada/divorciada e viúva.

e) Ocupação: coletado sob oito formas – Sem ocupação ou desempregada ou estudante sem bolsa; estudante com bolsa; assalariada com registro; assalariada sem registro; Funcionária pública; autônoma; aposentada; do lar ou outros.

f) Classe social, segundo a classificação do IBGE - Classe A (>15 salários); Classe B (de 5 a 16); Classe C (3 a 5 salários); Classe D (de 1 a 3salários); Classe E (até 1 salário).

g) Recebimento de auxílio social (programas de transferência de renda): a variável foi categorizada de forma dicotômica (sim ou não) e de forma descritiva, informando qual o tipo de auxílio “se sim, qual?”. As entrevistadoras estavam cientes, também, que deveriam ser citados além do programa Bolsa Família, aqueles como os de auxílio estudantil/universitário (bolsa de iniciação científica, extensão, monitoria e de pós-graduação).

Variáveis referentes aos antecedentes obstétricos e características do pré-natal e da gestação atual:

a) Número de gestações;

b) Gestação planejada;

c) Número de abortamentos;

d) Idade na primeira gestação (anos);

e) Histórico de diabetes mellitus gestacional (DMG);

f) Histórico de doenças hipertensivas durante a gestação;

g) Idade gestacional (IG) no parto calculada pela data da última menstruação e pela primeira ultrassonografia realizada na gestação;

h) Realização de pré-natal;

- i) Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal;
- j) Número de consultas de pré-natal;
- k) Assistência pré-natal: pública ou privada;
- l) Hábitos na gestação: tabagismo; bebida alcoólica e drogas ilícitas;
- m) Ganho de peso durante a gestação;
- n) Prática de atividade física durante a gestação;

Variáveis referentes ao parto e à assistência obstétrica:

- a) Data do parto;
- b) Motivo da procura ao hospital pela gestante;
- c) Situação obstétrica da gestante no momento da admissão hospitalar;
- d) Preferência de parto no início da gestação;
- e) Preferência de parto no final da gestação;
- f) Tipo de parto;
- g) Realização de episiotomia – uso rotineiro e liberal sem indicação no prontuário;
- h) Realização de amniotomia e informação sobre o motivo e da realização;
- i) Preenchimento de partograma durante a assistência ao parto;
- j) Realização de tricotomia durante a assistência ao parto;
- k) Realização de enema durante a assistência ao parto;
- l) Uso de técnicas para alívio da dor;
- m) Realização de analgesia de parto;
- n) Realização de toque vaginais repetidos;
- o) Permissão à ingestão de líquidos;
- p) Posicionamento durante o parto;
- q) Presença de doula durante o trabalho de parto e parto;
- r) Fornecimento de informações claras e específicas sobre os procedimentos que seriam realizados com a gestante;
- s) Sentimento de acolhimento emocional pela equipe de assistência ao parto;
- t) Realização de contato pele a pele com o RN imediatamente após o nascimento;
- u) Ocorrência de hemorragia no parto;
- v) Necessidade de hemotransfusão;
- w) Necessidade de internação em unidade de terapia intensiva;
- x) Satisfação com o tipo de parto e grau de satisfação com o atendimento da equipe de saúde durante seu parto normal/cesárea.

Ocorrência de atos que configuram violência no parto:

- a) Não permissão de acompanhante durante assistência ao parto;
- b) Não solicitação de autorização para realização de episiotomia;
- c) Limitação de posicionamento durante o trabalho de parto;
- d) Não permissão de deambulação durante o trabalho de parto;
- e) Uso da manobra de Kristeller durante o parto vaginal;
- f) Uso ocitocina sem indicação clínica no prontuário médico;
- g) Realização de cesariana contra o desejo materno ou sem informação sobre a indicação para realização;
- h) Ocorrência de gritos com a gestante durante a assistência;
- i) Ocorrência de intimidação ou ameaças com gestante durante a assistência;
- j) Ocorrência de piada, comentários irônicos ou inadequados com a gestante durante a assistência ao parto;
- k) Sentimento de inferioridade ou de exposição excessiva;
- l) Sentimento de acolhida para realizar perguntas ou questionamentos durante a assistência;

A partir das informações coletadas no prontuário médico e no questionário de pesquisa foi possível a construção da variável desfecho: ocorrência de violência no parto. A variável desfecho foi construída incluindo: 1- posição do parto litotômica, informação colhida no prontuário médico; 2- uso de oxitocina sem indicação clínica específica no prontuário médico; 3- ocorrência de manobra de Kristeller referida pela parturiente durante o parto vaginal; 4- ocorrência de toque vaginal sucessivo e sem indicação clínica no prontuário médico (foram considerados sucessivos exames com menos de 2 horas entre as avaliações ou sem indicação de contexto específico); 5- ocorrência de restrição hídrica ou alimentar sem indicação específica durante o trabalho de parto; 6- realização de episiotomia sem indicação clínica específica no prontuário médico; 7 – não permissão à entrada de acompanhante durante a assistência ao parto; 8 – não realização de contato pele a pele, sem descrição de contraindicação identificada em prontuário médico.

A opção pela construção da variável violência no parto a partir desses descritores baseou-se na literatura que descreve os atos que configuram violência no parto. Foi considerado como caso de violência no parto a resposta sim para ocorrência a qualquer um dos itens expostos, e os não casos foram considerados a partir de respostas não ou que não se aplicava o item para todas as situações.

## 5.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevistas através de questionário contendo perguntas relativas aos dados sociodemográficos, econômicos, história clínica e obstétrica de cada parturiente. Foram colhidas informações relacionadas aos fatores associados a assistência ao parto no ambiente hospitalar, além de perguntas referentes às características que tipificam a violência no parto (física, verbal ou psicológica) de acordo com a primeira legislação latino-americana da Venezuela, que classificou a violência obstétrica, uma vez que no Brasil não há legislação federal sobre o tema. Ademais, entre as publicações nacionais e internacionais disponível não é unânime a classificação e especificação de violência no parto. E não há, até o momento, instrumento de coleta de dados validado e disponível que avalie a experiência a esse tipo de violência, também foi levado em consideração as recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto vaginal.

O estudo matriz selecionou e treinou, como auxiliares de pesquisa para coleta de dados, estudantes de graduação do curso de Enfermagem. Os estudantes foram orientados a abordar as participantes de forma padronizada, convidando-as a participar de estudo, e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) iniciava-se a coleta de dados.

Para a obtenção de informações que constam apenas no prontuário médico, foi elaborado um checklist para consulta sobre a frequência da adoção das recomendações da OMS e outro checklist para consulta na caderneta pré-natal, sobre informações do acompanhamento ao longo da gestação.

As entrevistas foram realizadas no setor de alojamento conjunto, e a abordagem ocorreu cerca de 12 horas após o parto, com o intuito de respeitar o momento de recuperação de cada paciente.

## 5.6 Tratamento e análise dos dados

Todos os dados colhidos das cadernetas das gestantes, prontuários hospitalares e questionários de pesquisa foram incorporados e digitados. Por seguinte, foi criado banco de dados em comum para o projeto matriz e este subprojeto. A digitação inicial foi realizada utilizando o programa Microsoft Office Excel® e, posteriormente, exportados para o



Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - Chicago, IL, versão 20 para análise estatística.

As variáveis categóricas foram descritas através das distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%). Após a análise bivariada com objetivo de determinar a magnitude de associação entre as variáveis de exposição (características socioeconômicas, demográficas e de assistência materna) e o desfecho, as variáveis com valor  $p < 0,20$  (Teste Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher quando aplicável) foram inseridas em um modelo de regressão logística pelo modo de seleção stepwise forward, permanecendo no modelo as variáveis com significância estatística ( $p < 0,05$ ), considerando o modelo mais parcimonioso. Os resultados foram descritos por razões de chance bruta e ajustada com seus respectivos p-valor.

### **5.7 Aspectos éticos**

O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os pesquisadores receberam autorização da instituição em que a coleta de dados será realizada e a pesquisa. A pesquisa foi aprovada sob o número: 42357621.7.0000.5010.

Para todas as entrevistadas, foi garantido o direito de não participação no estudo, bem como assegurado o sigilo das informações coletadas.

Foi solicitado a leitura e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as mulheres que concordarem participar da pesquisa, e quando menor de idade, foi solicitado o termo de assentimento informado livre e esclarecido.

## 6 RESULTADOS

Das 421 participantes, a média da idade foi de 24,85 anos, observando-se que 48,7% encontravam-se na faixa etária compreendida entre 13 e 23 anos. A maioria das parturientes (77,2%) considerava-se parda. O estado civil com maior frequência foi a união consensual (52,5%). Possuíam a escolaridade de ensino fundamental e médio completo ou incompleto (78,4%), bem como pertenciam à classe social E, com renda familiar de até um salário-mínimo (65,9%). De acordo com a zona de domicílio, 47,3% declararam residir em zona urbana e 52,7% na zona rural. Em relação a ser beneficiário de auxílio governamental, 49,4% declararam não receber nenhum tipo de auxílio (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo. Cruzeiro do Sul - AC, Brasil 2021 - 2022. (n= 421) (Continua)

VARIÁVEL	N	%
<b><i>Faixa etária</i></b>		
13 a 23 anos	205	48,7%
24 a 34 anos	170	40,4%
35 a 44 anos	46	10,9%
<b><i>Raça</i></b>		
Branca	34	8,1%
Preta	49	11,6%
Parda	325	77,2%
Amarela	6	1,4%
Indígena	7	1,7%
<b><i>Estado civil</i><sup>1</sup></b>		
Solteira	92	21,8%
Casada	103	24,5%
União consensual	221	52,5%
Divorciada	5	1,2%
<b><i>Escolaridade</i><sup>1</sup></b>		
Sem escolaridade	27	6,8%
Ensino fundamental e médio	314	78,4%
Ensino superior	59	14,8%
<b><i>Classe social segundo o IBGE</i><sup>1</sup></b>		
Classe A (>15 salários)	4	1,0%
Classe B (de 5 a 16)	5	1,2%
Classe C (3 a 5 salários)	24	5,8%
Classe D (de 1 a 3 salários)	109	26,1%

Classe E (até 1 salário)	275	65,9%
<b>Zona de domicílio</b>		
Urbana	199	47,3%
Rural	222	52,7%
<b>Ocupação</b>		
Com renda própria	118	28,0%
Sem renda própria	303	72,0%
<b>Recebe auxílio governamental</b>		
Não	210	49,9%
Sim	211	50,1%

<sup>1</sup> Os totais podem variar devido aos missings.  
Salário-mínimo vigente em 2021: R\$ 1212,00.

Na Tabela 2 estão caracterizados os antecedentes obstétricos e de acompanhamento pré-natal, sendo possível identificar que 45,6% das gestantes estavam sendo assistidas no seu primeiro parto, enquanto 54,4% já possuíam dois ou mais partos. Informaram ter planejado a gestação 59,1% das puérperas entrevistadas. Sabe-se que a realização de acompanhamento pré-natal é fundamental na prevenção e na detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos à gestante. Felizmente, nessa pesquisa foi identificada uma maior porcentagem de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal (78,1%), sendo na sua maioria (87%) o acompanhamento realizado no serviço público.

Na totalidade das pacientes entrevistadas, 99% tiveram gestação única e 1% gestação múltipla. Em relação aos vícios durante o período gestacional, 5,5% das puérperas afirmaram tabagismo durante a gestação, 7,8% relataram etilismo no período gravídico e 0,7% fizeram o uso de drogas ilícitas durante a gestação.

A prática de atividades físicas durante o período gestacional é fundamental aliado na redução de morbidades, tais como hipertensão gestacional e diabetes mellitus gestacional, no entanto, nesse estudo somente 37,3% das mulheres relataram prática de exercícios ao longo da gestação.

Tabela 2 – Caracterização dos antecedentes obstétricos e características do pré-natal da gestação atual, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421)  
(continua)

VARIÁVEL	N	%
<b>Paridade</b>		
Primípara	192	45,6%
Duas ou mais gestações	229	54,4%
<b>Gestação planejada</b>		
Não	249	59,1%
Sim	172	40,9%

<b><i>Número de consultas pré-natais</i></b>		
1 a 5 consultas	92	21,9%
6 a 8 consultas	171	40,6%
≥9 consultas	158	37,5%
<b><i>Tipo de serviço pré-natal</i></b>		
Privado (convênio/particular)	17	4,0%
Público (sus)	366	87,0%
Misto	38	9,0%
<b><i>Tipo de gestação</i></b>		
Única	417	99,0%
Múltipla	4	1,0%
<b><i>Tabagismo</i></b>		
Não	398	94,5%
Sim	23	5,5%
<b><i>Etilismo durante a gestação</i></b>		
Não	388	92,2%
Sim	33	7,8%
<b><i>Uso de drogas ilícitas durante a gestação</i></b>		
Não	418	99,3%
Sim	3	0,7%
<b><i>Prática de atividade física durante a gestação</i></b>		
Não	264	62,7%
Sim	157	37,3%
<b><i>Preferência de parto no início da gestação</i></b>		
Parto cesáreo	118	28,0%
Parto normal	303	72,0%

Após a admissão hospitalar da gestante, as características obstétricas e de assistência ao parto foram registrados e estão listados na Tabela 3. Das gestantes entrevistadas, 40,5% foram admitidas em fase latente do trabalho de parto, enquanto 23,5% estavam em fase ativa do trabalho de parto ou período expulsivo.

De acordo com o tipo de parto, 21,6% das pacientes evoluíram com parto vaginal sem a necessidade de indução de parto, enquanto 10,5% necessitaram de indução até o parto vaginal. O parto cesáreo após a paciente estar em trabalho de parto aconteceu em 28% das gestantes, 29,9% tiveram cesárea de emergência e 10% cesariana agendada devido a indicação obstétrica ou ao desejo materno.

A posição de parto, durante o parto vaginal, foi de livre escolha em somente 17,8% das pacientes, e dentre as posições de nascimento relatadas, citam-se: sentada na banquetta (2,2%), em litotomia (66,7%), decúbito lateral (0,7%) e decúbito dorsal sem as pernas (30,4%).

A presença de doula durante a assistência ao parto vaginal pode ser fundamental em prestar apoio à gestante, aconselhar as posições mais confortáveis durante as contrações, estimular técnicas de respiração e relaxamento, além de oferecer apoio psicológico. Nesta pesquisa identificamos que 9% das pacientes puderam dispor de uma doula durante o acompanhamento de parto

Tabela 3 - Caracterização do parto e da assistência ao parto na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421)

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b><i>Situação obstétrica da gestante no momento da admissão hospitalar<sup>1</sup></i></b>		
Fase latente	159	40,5%
Trabalho de parto	92	23,5%
Outros <sup>2</sup>	141	36,0%
<b><i>Tipo de parto</i></b>		
Vaginal (sem indução)	91	21,6%
Vaginal (com indução)	44	10,5%
Cesárea, após entrar em trabalho de parto	118	28,0%
Cesárea de emergência	126	29,9%
Cesárea eletiva	42	10,0%
<b><i>Apresentação fetal</i></b>		
Cefálico	402	95,5%
Pélvico	19	4,5%
<b><i>Posição no parto vaginal <sup>3</sup></i></b>		
Sentada na banqueta	3	2,2%
Decúbito dorsal	41	30,4%
Litotomia	90	66,7%
Decúbito lateral	1	0,7%
<b><i>Presença de doula<sup>1</sup></i></b>		
Não	382	91,0%
Sim	38	9,0%
<b><i>Sobre a posição durante o parto vaginal <sup>4</sup></i></b>		
Escolha própria	24	17,8%
Escolha do profissional	111	82,2%
<b><i>Gestante informada sobre o motivo do parto ser cesárea <sup>1</sup></i></b>		
Não	36	13,0%
Sim	241	87,0%
<b><i>Hemorragia Puerperal</i></b>		
Não	415	98,6%
Sim	6	1,4%
<b><i>Internação em UTI antes ou após o parto<sup>1</sup></i></b>		
Não	413	99,3%
Sim	3	0,7%

<sup>1</sup> Os totais podem variar devido aos missings.

<sup>2</sup> Outro: Com elevação de níveis pressóricos; encaminhada para avaliação de rotina; encaminhada para indução devido a IG; com amniorrexe prematura; encaminhada para cesariana eletiva.

<sup>3</sup> Excluídas às pacientes com parto cesariano eletivo.

<sup>4</sup> Nas pacientes que evoluíram com parto vaginal.

Um dos objetivos específicos desta pesquisa foi quantificar as condutas profissionais, adotadas durante a assistência ao parto, classificadas como recomendadas e não recomendadas segundo às recomendações da OMS de 2018 “Cuidados para uma experiência de parto positiva”, somente uma parte das recomendações foram passíveis de avaliação.

Entre os cuidados e condutas recomendados, o relato de uma comunicação clara e eficiente entre os prestadores de cuidados e as pacientes ocorreu em 80,0% das pacientes. A garantia de acompanhante da escolha da paciente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto só foi respeitado em 37,3% dos casos. A recomendação de realização de analgesia de parto não foi identificada em nenhuma paciente que evoluiu com parto vaginal durante o período de coleta de dados. A utilização de técnicas de relaxamento para alívio da dor descrita em 59,7% das gestantes em trabalho e parto. A liberação para ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto ocorreu com todas as gestantes desta pesquisa.

Entre os cuidados não recomendados, a realização de tricotomia ocorreu em 9% das pacientes que evoluíram com parto vaginal. Outros procedimentos mais invasivos e não recomendados, como o uso rotineiro ou liberal de episiotomia, foi identificado somente em uma gestante, o que corresponde à 0,8% dos partos vaginais. Não foi identificada a realização de enema em nenhuma paciente em trabalho de parto durante o período da pesquisa. A manobra de Kristeller foi descrita por 26,4% das parturientes durante o período expulsivo do parto.

A seguir, na Tabela 4 estão relatadas todas as recomendações passíveis de identificação e descrição a partir do prontuário clínico e questionário de pesquisa.

Tabela 4 – Frequência da adoção de recomendações da OMS 2018 “Cuidados para uma experiência de parto positiva” na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421)  
(continua)

<b>RECOMENDAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b><i>Comunicação clara e eficiente entre os prestadores de cuidados e as pacientes<sup>1</sup></i></b>		
Não	84	20,0%
Sim	336	80,0%
<b><i>Garantia de acompanhante da escolha da paciente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto</i></b>		
Não	264	62,7%

Sim	157	37,3%
<b><i>Tricotomia da região púbica e perineal antes do parto vaginal<sup>1,2</sup></i></b>		
Não	122	91,0%
Sim	12	9,0%
<b><i>Técnicas de relaxamento para alívio da dor<sup>1,2</sup></i></b>		
Não	54	40,3%
Sim	80	59,7%
<b><i>Uso rotineiro ou liberal de episiotomia<sup>1,2</sup></i></b>		
Não	130	96,3%
Sim	5	3,7%
<b><i>Manobra de Kristeller - aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto (autorreferido)<sup>1,2</sup></i></b>		
Não	95	73,6%
Sim	34	26,4%

<sup>1</sup> Os totais podem variar devido aos missings.

<sup>2</sup> Refere-se somente aos partos vaginais (N=135).

Na tabela a seguir, tabela 5, apresentamos a análise bivariada entre a ocorrência de violência no parto e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes. As variáveis zona de moradia, tipo de parto, profissional da assistência e preferência de parto ao final da gestação apresentaram diferenças estatisticamente significativa, sendo incluídas na modelagem estatística, assim como as variáveis com p valor < 0,20 também fizeram parte da modelagem.

Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de ocorrência de violência no parto durante a assistência ao parto segundo características socioeconômicas, demográficas e maternas na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022. (n= 421). (continua)

VARIÁVEL	VIOLÊNCIA NO PARTO				Rc <sub>(bruta)</sub>	Ic 95%	p-valor <sup>3</sup>
	Não (94)		Sim (327)				
	N	%	N	%			
<b><i>Zona de domicílio</i></b>							<b>0,02</b>
Rural	59	26,6	163	73,4		1	
Urbana	35	17,6	164	82,4	1,7	(1,1- 2,7)	
<b><i>Faixa etária</i></b>							<b>0,47</b>
13 a 23 anos	17	24,6	52	75,4	1,2	(0,5-2,8)	
24 a 34 anos	64	20,9	242	79,1	1,5	(0,7-3,0)	
35 a 44 anos	13	28,3	33	71,7	1		
<b><i>Escolaridade<sup>1</sup></i></b>							<b>0,60</b>
Sem escolaridade	5	18,5	22	81,5	1,8	(0,6-5,5)	
Ensino fundamental e ensino médio	67	21,3	247	78,7	1,5	(0,8-2,8)	





<b>final da gestação</b>						
Cesárea	23	16,0	121	84,0	1	
Vaginal	71	25,6	206	74,4	1,8	(1,0 - 3,1)
<b>Presença de doula<sup>1</sup></b>						0,81
Sim	9	23,7	29	76,3	1	
Não	84	22,0	298	78,0	1,1	(0,5 - 2,4)
<b>Teve o parto que desejava<sup>1</sup></b>						0,64
Não	44	23,5	143	76,5	1	
Sim	50	21,6	181	78,4	1,1	(0,7 - 1,8)

<sup>1</sup> Os totais podem variar devido aos missings.

<sup>2</sup> Outro: Com elevação de níveis pressóricos; encaminhada para avaliação de rotina; encaminhada para indução devido a IG; com amniorrexe prematura; encaminhada para cesariana eletiva.

<sup>3</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher.

A partir da construção do modelo final foi possível identificar que mulheres que tiveram parto cesariano tiveram a chance 1,7 maior de sofrer violência no parto em comparação com mulheres que tiveram parto vaginal (RC ajustada: 1,7; p-valor: 0,03), quando ajustada as demais categorias. Em relação à zona de moradia, mulheres que residiam na zona urbana apresentaram a chance 1,6 maior de sofrer violência no parto quando comparadas às mulheres que residiam em zona rural (RC ajustada: 1,6; p-valor: 0,51) quando ajustada. As mulheres sem renda própria apresentaram a chance 1,5 maior de sofrer violência no parto quando comparadas às mulheres com renda própria (RC ajustada: 1,5; p-valor: 0,10). A qualidade do ajuste do modelo final foi avaliada pelo teste Hosmer-Lemeshowe e o poder de explicação do modelo foi avaliado pelo pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke.

Tabela 6 – Modelo Final dos fatores associados à ocorrência de violência no parto durante a assistência obstétrica na maternidade da mulher e da criança do Juruá, Cruzeiro do Sul – AC Brasil 2021-2022 (n= 421).

MODELO	RC <sub>(ajustada)</sub>	<sup>1</sup> pvalor
<b>Tipo de parto</b>		0,03
Vaginal	1	
Cesariana	1,7	
<b>Zona de domicílio</b>		0,51
Rural	1	
Urbana	1,6	
<b>Ocupação</b>		0,10
Com renda própria	1	
Sem Renda própria	1,5	

<sup>1</sup> Teste de Wald



## 7 DISCUSSÃO

O perfil das participantes foi composto predominantemente mulheres pardas, com mais de uma gestação, com companheiro e na faixa etária de 13-34 anos, com cerca de 11,4 % de mulheres com menos de 18 anos. A faixa etária que se encontrou a maior prevalência da ocorrência de episódios de violência no parto foi a compreendida entre 24-34 anos, semelhante ao descrito em outro estudo conduzido nas cidades de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia e Brasília, que encontrou como faixa etária de maior prevalência as idades entre 20-34 anos (LANSKY et al., 2019), entretanto, nesta pesquisa foi observado uma maior frequência de mulheres neste segundo estrato da faixa etária, em comparação aos demais, o que pode justificar esse achado. A idade superior a 30 anos é descrita como fator associado à violência no parto em outros trabalhos, justificando-se que mulheres de maior idade podem estar mais propensas devido ao preconceito que pode existir por parte dos profissionais ao considerá-las velhas demais para terem filhos ou porque já seriam experientes e que não seria necessário total atenção durante a assistência (TERAN, Pablo; CASTELLANOS 2013).

Nesta pesquisa foi possível constatar uma elevada prevalência de pacientes que sofreram algum tipo de violência no parto, cerca de 77,6% das puérperas. Sua ocorrência esteve significativamente associada à zona de moradia, ao tipo de parto, ao profissional da assistência e a preferência de parto ao final da gestação. Após ajuste as variáveis tipo de parto, zona de domicílio e ocupação formaram a composição do modelo predictor final.

Essa prevalência elevada mostra-se semelhante a estudos realizados na Nigéria, indicando que 98% das entrevistadas relataram pelo menos uma forma de atendimento desrespeitoso e abusivo durante o último parto (OKAFOR et al., 2014). Algo também similar é observado em Recife, em um estudo de base populacional que descreve que 86,5% de prevalência de abuso obstétrico (ANDRADE et al., 2016).

Há outros estudos nacionais que diferem da prevalência encontrada nesta pesquisa, tais como a pesquisa conduzida no município de Rio Grande – RS, que identificou que 27% das mulheres relataram atos de violência durante o parto (ARAÚJO, 2019). Em São Paulo, um estudo de base populacional descreveu 25% de ocorrências de relatos de violência durante o atendimento ao parto (VENTURINI, GODINHO, 2013).

É importante citar que as diferenças, entre tais prevalências, podem ser explicadas por mais de um fator, dentre eles: a dificuldade de percepção da vivência de algum tipo de violência, sendo significativa a distinção entre indicar a agressão sofrida, reconhecer o fato e

entender como violência ou maus tratos; e a forma como for classificado e coletado o ato sofrido (por relato da mulher ou descrição de intervenção no parto), pois não é unânime a classificação e especificação de violência no parto. A exemplo, na América Latina, estudos que descrevem a ocorrência de violência no parto a partir do relato e percepção da mulher demonstraram prevalências de 26,3% a 29,0% (PEREIRA et al., 2015) e (SANTIAGO et al., 2018). Entretanto, quando são descritos os atos que foram considerados intervenções realizadas durante o parto, a prevalência de violência obstétrica na América Latina foi de 43% (TOBASÍA-HEGE et al., 2019).

Após a construção do modelo de regressão logística, o tipo de parto permaneceu como fator associado à violência no parto, e as pacientes submetidas à cesariana apresentaram chance 1,7 maior de sofrer violência no parto em comparação com mulheres que tiveram parto vaginal.

O estudo já citado anteriormente que fora realizado em diversas capitais Brasileiras, e que faz parte da pesquisa “Sentidos do Nascer”, avaliou 1290 paciente e não evidenciou associação com o tipo de parto e a ocorrência de violência, porém é descrita uma frequência de violência no parto discretamente diferente nas pacientes com parto vaginal e cesáreo, sendo maior nesse último (LANSKY et al., 2019).

Um seguimento do estudo de base populacional “Nascer no Brasil”, que abordou novamente as pacientes através de entrevista telefônica no puerpério, descreveu dados sobre uma maior chance de violência verbal, psicológica ou física entre as mulheres que durante a assistência obstétrica haviam entrado em trabalho de parto em algum momento, em comparação com aquelas que eram submetida a parto cesariano eletivo (D'ORSI et al., 2014).

Tais diferenças entre a associação ao parto cesariano ou ao parto vaginal podem ser inferidas devido às distintas formas de classificar o episódio de violência, seja por atos ou agressões físicas, condutas médicas ou vivência por parte da mulher (LANSKY S. et al., 2019). Na cesariana eletiva, por exemplo, houve maior frequência de não permissão de acompanhante, por se tratar de um ambiente cirúrgico e que talvez só os profissionais de saúde pudessem estar presentes, o que já configuraria a violação ao direito de a gestante permanecer com acompanhante durante toda a assistência. Já no parto vaginal, a evolução das pacientes com as dores típicas de contrações poderia levar a mulher a apresentar-se com mais queixas, choro e solicitante de maior atenção, que não seria prestada da maneira esperada e desejada por parte dos profissionais (LEITE T et al., 2020).

A diferença encontrada nesta pesquisa pode ser inferida por uma maior prevalência do parto cesariano em comparação com o parto vaginal. Na população de estudo, somente 32%

evoluiu com parto vaginal, enquanto 68% foram submetidas a cesariana, diferente do recomendado pela OMS que seria uma prevalência de cesariana entre 10-15%. Embora não seja objetivo do estudo a discussão sobre a prevalência do parto cesáreo, é alarmante a prevalência encontrada, sendo superior a nacional (52%) descrita em 2016 pelo estudo “Nascer no Brasil”.

A atenção a esses achados é relevante uma vez que há evidências robustas que descrevem aumento de risco neonatal e materno associado ao parto cesariano, estando o RN propenso a maior ocorrência de morbidade respiratória leve e grave, que aumenta à medida que diminui a idade gestacional, estando também mais exposto ao risco de internação em UTI e óbito. Além disso, nas mulheres submetidas à cesariana, há maior risco de hemorragia puerperal, infecção puerperal e óbito materno (FERREIRA, NASCIMENTO 2021).

A zona de domicílio urbana também esteve associada com a ocorrência de violência, e o único estudo recente encontrado para comparação fora o realizado na Etiópia em 2019 com 409 mulheres, e descreve que as residentes em áreas urbanas tiveram 1,89 vezes mais chances vivenciar violência no parto (MIHRET, 2019). A explicação para tal constatação se baseia na possível falta de reconhecimento, por parte das mulheres que residem na zona rural, de seus direitos básicos, ou por que nunca foram expostas a outros sistemas de atenção que não ocorra desrespeitos ou abusos durante a assistência ao parto (ISHOLA et al., 2017).

A variável ocupação sem renda própria demonstrou associação, com 1,5 chance maior de sofrer violência no parto as mulheres sem renda própria em comparação às mulheres com renda própria. O estudo conduzido em Recife com 793 parturientes não demonstrou associação com possuir um trabalho e sofrer violência no parto (ANDRADE et al., 2014). Um dos motivos para explicar a associação observada nesse estudo seria a cultura discriminatória que considera que no setor público, no qual são atendidas as mulheres com baixa renda e escolaridade, elas não teriam capacidade de entendimento e autonomia para decidir sobre as intervenções no parto (D'ORSI et al., 2014).

O tipo de profissional da assistência ao parto demonstrou associação com o relato de violência, sendo mais prevalente nas mulheres com assistência realizada por médicos (as). Um estudo desenvolvido em uma província no Canadá evidenciou que as boas práticas são mais utilizadas pelos enfermeiros obstetras ou obstetrizes quando comparados com profissionais médicos (JANSSEN et al., 2007). Há relatos na literatura de um maior direcionamento para uma assistência humanizada nos profissionais da enfermagem, o que difere do profissional médico que se apresenta com características intervencionista, cujo objetivo seria reduzir os altos índices da mortalidade materna (ANDRADE et al., 2014).

A preferência de parto ao final da gestação também demonstrou associação com a violência no parto, sendo possível avaliar uma maior ocorrência de violência nas pacientes que desejavam o parto cesáreo, não foram encontrados dados na literatura para comparação e explicação desta associação, porém entre os itens que compõem a classificação de violência no parto, a não realização de contato pele a pele e a ausência de acompanhante de livre escolha foram os atos de maior prevalência nessa parcela de gestante com desejo de parto cesariano. Uma possível explicação para essa observação seria a existência de uma expectativa ou idealização, por parte da gestante, do momento que seria vivido durante o parto, e este não ter correspondido a realidade vivenciada (KUJAWSKI, S. et al., 2015).

A posição durante o parto vaginal foi considerada como integrante da variável desfecho, constatou-se que a maioria das gestantes, cerca de 66.7% estavam em posição litotômica. O estudo “Nascer no Brasil” relatou um índice maior que o evidenciado nesta pesquisa, cerca de 91% das pacientes que evoluíram com parto vaginal estavam na posição litotômica (LEAL et al., 2019). A OMS em suas recomendações reforça o estímulo à adoção de posição ereta durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (OMS 2018). As posições eretas demonstram maior associação com a redução de intervenções desnecessárias tais como a episiotomia, além de poder reduzir a duração do trabalho de parto, a sensação dolorosa e o cansaço da parturiente (FIGO 2014).

O uso indiscriminado da ocitocina como forma de acelerar o trabalho de parto, sem indicação clínica específica só foi observado em 18,5% das pacientes, sendo inferior ao observado em outros estudos que relataram frequências de até 80% (BRITO 2020). Há várias evidências de que o seu uso indiscriminado pode estar associado a maior risco de hemorragia puerperal e conseqüentemente aumento da morbidade e da mortalidade materna, estando reservado o seu uso para situações em que o as contrações não se apresentem de maneira coordenada ou que a evolução do trabalho de parto se prolongue além do habitual (VIEIRA et al., 2016).

A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto, descrita como manobra de Kristeller não é integrante das intervenções associadas às boas práticas, sendo o seu uso rotineiro não recomendado pela OMS (OMS 2018), nesta pesquisa 26,4% das pacientes referiram que foram submetidas à essa prática durante o parto vaginal. O estudo “Nascer no Brasil” encontrou dados que apontam para a persistência do uso dessa manobra em até 36,1% das pacientes que evoluíram com parto vaginal (LEAL et al., 2014). Está manobra não é mais recomendada pois pode estar associada a maior risco de rotura hepática, rotura uterina e aumento da dor abdominal no puerpério (ANDRADE et al., 2016).

As frequências da realização de exames vaginais sucessivos não são claramente relatadas na literatura, porém essa pesquisa caracterizou essa variável ao considerar o intervalo mínimo sugerido para avaliação da dilatação de colo uterino proposto pela OMS, que seriam de duas horas. Portanto, exames vaginais com intervalo inferior a isso e sem justificativa em prontuário clínico foram considerados como indicativo de violência no parto, felizmente a frequência observada foi pequena com 5% das pacientes submetidas a exames sucessivos durante a assistência ao parto.

A não permissão à ingesta hídrica foi avaliada no prontuário clínico, e em todas as pacientes assistidas durante parto vaginal foi observada a prescrição de dieta livre ou dieta líquida livre, o que demonstra boa prática adotada, representando um incremento no estímulo à humanização do parto. Outros estudos descreveram frequências de 27,5% na proibição dieta líquida livre (SILVA et al., 2016).

O uso rotineiro e liberal da episiotomia é prática claramente não recomendada pela OMS, a frequência da descrição em prontuário clínico desta intervenção foi pequena, somente em 3,7% dos prontuários das pacientes que evoluíram com parto vaginal havia a descrição desta prática, este valor é inferior ao observado em um estudo neste mesmo estado, na cidade de Rio Branco que descreveu 32,8% de ocorrência de episiotomia (LIMA et al., 2018), enquanto outro estudo nacional descreveu uma frequência de 56% (LEAL et al., 2014).

A frequência da não autorização à permanência de um acompanhante de livre escolha pela parturiente nesta pesquisa foi de 62,7%, demonstrando um alto nível de desrespeito à autonomia da paciente, e o não cumprimento ao que está disposto na Lei Federal nº 11.108 que, em seu artigo 19, diz: “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato”. Prevalência semelhante foi observada em um estudo que aplicou questionários em 1966 puérperas, e identificou o desrespeito a esse direito em 50% dos casos (SENA et al., 2017). A ausência de acompanhante durante o trabalho de parto está associada ao aumento da chance de violência verbal, psicológica ou física (LEAL et al., 2014).

O relato da não realização de contato pele a pele, entre a mãe e o RN, foi prática frequente observada 51,8% das puérperas, esse valor pode ter associação ao parto cesariano, pois não é prática rotineira durante esse tipo de parto em diversas maternidades no Brasil, apesar de sua adoção ser formalizada pela Portaria nº371/2014 SAS/MS que institui a Atenção à Saúde Integral e Humanizada do RN (BRASIL, 2014). Felizmente outros estudos demonstraram que a realização de contato pele a pele foi superior, com 60,5% da prática em

Belo Horizonte (SILVA et al., 2016), 85% em Recife (SILVA et al., 2017) e 94,1% em Rio Branco (LIMA et al., 2018). Esse contato deve ser incentivado a fim de estimular o estabelecimento dos vínculos familiares, além de estar associado a uma menor prevalência de puérperas com hemorragia puerperal e a queda de temperatura do RN nos primeiros minutos após o parto (BARROS et al., 2016).

Essa pesquisa constatou que o partograma não é utilizado na maternidade da mulher e da criança do Juruá, pois nenhuma das gestantes em trabalho de parto teve o seu preenchimento realizado durante o período de coleta de dados. Em estudo nacional as taxas de utilização chegam 41,4% (LEAL et al., 2014). Apesar de não ser obrigatório o seu uso, este pode ser um importante instrumento para registro gráfico do trabalho de parto, auxiliando no acompanhamento da fase ativa, evitando assim condutas invasivas para acelerar o parto, sendo também útil na identificação de possíveis distocias da evolução do parto.

Um dos pontos fortes desta pesquisa, foi a opção em coletar as informações de formas objetiva, caracterizando a ocorrência ou a não ocorrências de atos físicos de violência no parto e de condutas médicas não recomendadas que também configuram esse tipo de agressão. Desta forma excluimos a possibilidade de interpretação subjetiva pela parturiente que estivesse passado por situações que configurasse violência verbal ou psíquica, uma vez que há relatos significativos na literatura de uma diminuição da percepção da vivência desses atos por parte da usuária.

Entre as possíveis limitações deste estudo, podemos destacar a dificuldade de identificar todas as condutas médicas nos prontuários, principalmente aquelas que fizeram parte da construção da variável desfecho. Parte dos prontuários estava incompleta ou com grafia de difícil compreensão, não sendo possível a análise. Outro ponto limitante é a não padronização de uma definição de violência no parto, dificultando assim comparação com outros estudos que usam critérios distintos para definir um caso de violência, como consequência observa-se discordância significativa entre dos dados de prevalências. Porém independente deste fato, a realização deste trabalho contribui para a disseminação de informações sobre os direitos da mulher no momento do parto, para que estas possam adotar uma postura de maior protagonismo.





## 8 CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa tornou-se possível identificar que a prevalência da violência no parto na maternidade no Vale do Juruá atinge valores superiores aos encontrados em outros trabalhos, e apesar de existir uma Política Nacional de Humanização no SUS, as ações públicas ainda não foram suficientemente efetivas para modificar essa realidade da assistência em saúde no Brasil.

Com a identificação dos aspectos envolvidos na ocorrência desse tipo de violência, foi possível constatar que as práticas adotadas durante a assistência não estão totalmente de acordo com as estabelecidas pela OMS e MS em seus diversos manuais e recomendações.

As diferenças entre as formas de aferição da violência no parto, seja a partir da percepção da mulher ou da mensuração das intervenções profissionais, podem refletir na dificuldade de avaliar seu verdadeiro impacto na vida das mulheres, tornando-se essencial uma regulamentação, seja por instrução normativa ou lei federal.

Entretanto, para uma real mudança será necessário abordar aspectos mais amplos, possivelmente relacionados à modificação de posturas por parte dos profissionais, das instituições e dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, almeja-se a assistência correta e digna, baseada nas robustas evidências sobre humanização do parto, que impactam diretamente na evolução dos indicadores de mortalidade e morbidades materna e neonatal.

Por fim, considera-se a necessidade ao estímulo de mais estudos na área para que seja dada a real importância a esse tema, a fim de combatê-lo efetivamente visando uma assistência ao parto qualificada e humanizada, com foco na parturiente e em seu futuro conceito.

## REFERÊNCIAS

- ABUYA, Timothy; WARREN, Charlotte E.; MILLER, Nora; NJUKI, Rebecca; NDWIGA, Charity; MARANGA, Alice; MBEHERO, Faith; NJERU, Anne; BELLOWS, Ben. Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. **Plos One**, Quênia, v. 10, n. 4, p. 0123606-0123606, 17 abr. 2015. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606>. Acesso em: 10 out. 2021.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 15, n. 36, p. 79-92, 10 dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832010005000035>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- ALONSO, Danielle. Violência obstétrica: conceituações e considerações sobre sua implicação no parto. 2018. 44 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Fluminense Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2018. Cap. 1. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/7372/2/Danille%20Alonso%20-%20TCC.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento; SILVA, Jéssica Queiroz Pereira da; DINIZ, Cinthia Martins Menino; CAMINHA, Maria de Fátima Costa. 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**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 10 out. 2021.
- ARAÚJO, Gabrielle Caseira. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO VAGINAL: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. 2019. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2019. Disponível em: <https://ppgsp.furg.br/dissertacoes-e-teses/59-publicacoes-de-2019/430-12528dissertacao-gabrielle-caseira-araujo-cury>. Acesso em: 15 abr. 2021.
- BARROS, Bruno Mello CORREA; RUVIARO, Rianne; RICHTER, Daniela. A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da mulher. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, Bebedouro, v. 5, n. 1, p. 67-104, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22182>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARQUES, Maria Cristina de Oliveira; SANTOS, Alcione Miranda dos; SILVA, Carla Kristiane Rocha Teixeira da; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; REIS, Ana Cristina; SANTOS, Gilmar Lúcia dos. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 801-821, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BOHREN, Meghan A.; VOGEL, Joshua P.; HUNTER, Erin C.; LUTSIV, Olha; MAKH, Suprita K.; SOUZA, João Paulo; AGUIAR, Carolina; CONEGLIAN, Fernando Saraiva; DINIZ, Alex Luíz Araújo; TUNÇALP, Özge. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a mixed-methods systematic review. **Plos Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 1001847, 30 jun. 2015. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847&fullSite>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring evidences for disrespect and abuse in facility-based childbirth. **Harvard Sch Public Heal Univ Res Co, LLC** [S.L.] 2010. pp. 1-57, 20 set 2010. Disponível em: <http://www.urcchs.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf>. Acesso em 09 jul. 2021.

BRASIL. Governo Federal e Municípios. Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria de Relações Institucionais. **Guia de apoio para o alcance das metas. Agenda de compromissos dos objetivos de desenvolvimento do milênio: 2013-2016**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/agenda-de-compromissos-2013-2016>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal do Maranhão. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. **Sumário Executivo Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, mai. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: 12 jul.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e nascimento**. (Cadernos Humaniza SUS). Brasília: MS, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. [Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 61, 1 jul. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida**. Secretaria de atenção à

Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2018/arquivos/DiretrizmulhercomdeficienciaConsultaPublica.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática (PAISM). Brasília, 1984.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher). Acesso em 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, 2018a. 426 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf). Acesso em: 18 jun. 2021.

BRITO, R.S.B. Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco, Acre. 2020. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre.

CARDOSO, Ferdinand José da Costa; COSTA, Ana Carla Marques da; ALMEIDA, Mayron Moraes; SANTOS, Thiago Sampaio dos; OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO PARTO: percepção de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem Ufpe: On line**, Recife, v. 9, n. 11, p. 3346-3353, 20 set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem%20/article/viewFile/110232/22159>. Acesso em: 03 set. 2021.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: programa rede cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 17, n. 44, p. 49-59, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832013000100005>. Acesso em: 13 maio 2021.

CASTRO, Manuel Cárdenas; RATES, Stella Salinero. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. **Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 209-223, 19 jan. 2021. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matematic. <http://dx.doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/180/18066677014/html/>. Acesso em: 10 out. 2021.

CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO, Cristiane; DELAGE, Deborah; NIY, Denise; WERNER, Lara; SANTOS, Sylvia Karla. Violência obstétrica - “parirás com dor”. [Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres]. [S.L.], 2012. 188 p. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/60230>. Acesso em 10 mai. 2021.

COELHO, Júlia Araujo; ANDRADE, Ana Flávia Dias de; ALMEIDA, Bruno Vasconcelos de. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A AGRESSÃO SILENCIOSA NAS SALAS DE

PARTO. Pretextos: **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 719-740, 8 set. 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22182>. Acesso em: 01 jul. 2021.

D'ORSI, E., BRÜGGEMANN, O. M., DINIZ, C. S. G., AGUIAR, J. M., RANIER, G. C. R., TORRES, J. A., ANGULO-TUESTA, A., RATTNER, D., DOMINGUES, R. M. S. M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(1), 154-S168. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>. Acesso em 19 set 2022.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia Azevedo; NIY, Denise Yoshie. 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**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 377, 25 out. 2015. Faculdade de Filosofia e Ciências. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 18 jun. 2021.

FERREIRA, Roberta Nogueira; NASCIMENTO Gabrielle Queiroz. Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro. **Femina**. 2021;49(7):414-20. Disponível em: <http://femina-2021-497-414-420-analise-da-taxa-de-cesarianas.pdf> (bvsalud.org). Acesso em 13 out. 2022.

FIOCRUZ (Rio de Janeiro) (org.). **Nascer no Brasil 2**: inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos (2020 a 2021). 2020. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil-2](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2). Acesso em: 14 out. 2021.

FLORIANO, Francisco. Projeto de Lei Complementar PLC 8.219/2017. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017). Acesso em: 20 jun. 2021.

FORS, Martha; FALCON, Kirsten; BRANDÃO, Thais; VACA, Ana; CAÑADAS, Sofia; GONZÁLEZ, Carmen Elena Viada. Reliability and Dimensionality of EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): development of a new instrument, Ecuador. **International Journal Of Women'S Health**, Quito - Ecuador, v. 13, p. 569-577, jun. 2021. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s305741>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da rede cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 772-772, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 256-266, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>. Acesso em: 17 jun. 2021.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. (FIGO). Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.128, p. 95-99, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ISHOLA F, OWOLABI O, FILIPPI V (2017) Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. **PLoS ONE** 12(3): e0174084. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174084>. Acesso em 17 Ago. 2022.

JANSSEN PA, RYAN EM, ETCHES DJ, KLEIN MC, REIME B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. **Birth**. 34 (2): 140-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00160> Acesso em 17 ago. 2022.

KUJAWSKI, Stephanie; MBARUKU, Godfrey; FREEDMAN, Lynn P.; RAMSEY, Kate; MOYO, Wema; KRUK, Margaret E.. Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania. **Maternal And Child Health Journal**, Tanga, v. 19, n. 10, p. 2243-2250, 20 maio 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-015-1743-9>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1743-9>. Acesso em: 15 out. 2021.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; DINIZ, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em: 20 jun. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia Landmann; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; AQUINO, Estela Maria Leão; BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Fernando; VICTORA, Cesar. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 30 maio 2021.

LEITE, Tatiana Henriques; PEREIRA, Ana Paula Esteves; LEAL, Maria do Carmo; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Desrespeito e maus-tratos à mulher durante o parto e depressão pós-parto: achados do estudo nascer no Brasil. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 273, p. 391-401, ago. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>. Acesso em: 12 set. 2021.

LEITE, Tatiana Henrique; MARQUES, Emanuele Souza; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NUCCI, Mariana Fisher; SANTOS, Yammê Ramos Portela; LEAL, Maria do Carmo. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para epidemiologia e

para a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [S.L.], v 23, n 6, 0383/2020, dez 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desrespeitos-e-abusos-maus-tratos-e-violencia-obstetrica-um-desafio-para-epidemiologia-e-para-a-saude-publica-no-brasil/17865?id=17865>. Acesso em: 18 set. 2021.

LIMA, S. B. G. et al. Práticas obstétricas de uma maternidade pública em Rio Branco-AC. **Cogitare Enferm.**, v.23, n.4, p.1-11, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare>. Acesso em: 06 set. 2022.

LOPES, Josiane Marques; DANTAS, Wellson Rosário Santos. Violência Obstétrica: uma análise jurídica acerca do instituto no Estado do Tocantins. **Âmbito Jurídico**. Gurupi, p. 40-43. 01 abr. 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins/>. Acesso em: 4 jul. 2021.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.40, n.2, p. 274-279, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n5N9K6Mt7HyxdYjn9V6jtGs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2021.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 97-119, 1 abr. 2020. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>. Acesso em: 14 out. 2021.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032014000200003>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MESENBURG, Marilia Arndt; VICTORA, Cesar Gomes; SERRUYA, Suzzane Jacob; LEÓN, Rodolfo Ponce de; DAMASO, Andrea Homs; DOMINGUES, Marlos Rodrigues; SILVEIRA, Mariangela Freitas da (org.). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 2-8, 27 mar. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-018-0495-6.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2021.

MILLER, Suellen; LALONDE, Andre. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: history, evidence, interventions, and figo's mother & baby friendly birthing facilities initiative. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [S.L.], v. 131, p. 49-52, 24 fev. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215000843>. Acesso em: 10 ago. 2021.



MIHRET MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019 Sep 18;12(1):600. doi: 10.1186/s13104-019-4614-4. PMID: 31533858; PMCID: PMC6751597.

NASCIMENTO, Laís Chaves do; SANTOS, Kamyla Felix Oliveira dos; ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Isabelle Cristinne Pinto; BRITO, Fabiana Medeiros de (org.). RELATO DE PUÉRPERAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, Recife, 11(Supl. 5):2014-23, Maio., 2017, v. 5, n. 11, p. 2014-2023, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23355>. Acesso em: 04 ago. 2021.

NICE. **Intrapartum care for healthy women and babies**: Clinical guideline. London. National Institute for Health and Care Excellence, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

OKAFOR, Innocent I.; UGWU, Emmanuel O.; OBI, Samuel N.. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, [S.L.], v. 128, n. 2, p. 110-113, 13 out. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.08.015>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.08.015>. Acesso em: 12 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 30 jun. 2021.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 216, 29 set. 2017. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>. Acesso em: 28 jun. 2021.

PATAH, E.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública*, v.45, n.1, p.185-94, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rMnhFmBRjDPQhkSV3HBgQYH/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2021.

PEREIRA, Carlota; DOMINGUEZ, Alexa, TORO, Judith. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez* . 2015, vol.75, n.2, pp.081-090. Disponível em: [ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002). Acesso em: 20 mai. 2022.

RABELLO, Dácio; VINHAL, Livia; MIRANDA, Marina; SILVA, Marli; PORTO, Denise; TEIXEIRA, Renato; LAMARE, Thereza de; MARINHO, Fatima. Análise descritiva da mortalidade materna e na infância no Brasil, 2007 A 2016. *Revista Consensus*, Brasília, v. 8, n. 28, p. 48-53, 01 jul. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/>. Acesso em: 01 jun. 2021

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 759-768, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500027>. Acesso em: 04 set 2021.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos; PADOIN, Stela Maris de Mello; TOEBE, Thayla Rafaella Pasa; PAULA, Cristiane Cardoso de; QUADROS, Jacqueline Silveira de. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 12-17, 03 mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/W6tHf3txYL75vsf7tc4W4Rj/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2021.

ROCHA, Jaqueline Alvarenga; NOVAES, Paulo Batistuta. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **FEMINA**, São Paulo: Febrasgo, ed. 38, ano 2010, n. 8, p. 119-126, 1 mar. 2010. Mensal. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>. Acesso em: 4 set. 2021.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Groggy and with Tied Hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted c-section. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 190, 23 ago. 2013. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.61298>. Acesso em: 20 out. 2022.

SANTIAGO RV, MONREAL LA, CARMONA AR, DOMÍNGUEZ MS. “If we’re here, it’s only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards. **Pregnancy and Childbirth** 2018; 18: 244. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1897-8>. Acesso em: 20 out. 2022.

SENA LM; TESSER CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface – Comun.**, Saúde, Educ. 2017; 21: 209-220. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 1-16, 26 ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170915>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jQy8NkBxxx5Zgw3wrpnPY9n/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica em (des)foco**: uma avaliação da atuação do judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ. 2018. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/2159>. Acesso em: 2 mai. 2021.

SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo; ANGULO-TUESTA, Antonia; MASSARI, Maria Teresa Rossetti; AUGUSTO, Liliane Cristina Rodrigues; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; SILVA, Carla Kristiane Rocha Teixeira da; MINOIA, Natali Pimentel. Avaliação da

Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 931-940, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SILVA, Fernanda; NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 171-184, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180819>. Acesso em: 30 jun. 2021.

TERAN, Pablo; CASTELLANOS C. Violência obstétrica: percepción de las usuarias. **Revista Obstetricia Ginecologia Venezuela**, Caracas, v. 73, n. 3, p. 171-180, sept. 2013. Disponível em [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322013000300004&lng=es&nrn=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322013000300004&lng=es&nrn=iso). Acesso em: 17 out. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 18 jun. 2021.

TOBASÍA-HEGE C, PINART M, MADEIRA S, GUEDES A, REVEIZ L, VALDEZ-SANTIAGO R, et al. Desrespeito e abuso durante o parto e aborto na América Latina: revisão sistemática e meta-análise. **Rev Panam Saúde Pública**. 2019;43:e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>. Acesso em: 18 set. 2022.

UKKE, Gebresilasea Gendisha; GURARA, Mekdes Kondale; BOYNITO, Wanzahun Godana. Disrespect and abuse of women during childbirth in public health facilities in Arba Minch town, south Ethiopia – a cross-sectional study. **Plos One**, Arba Minch, v. 14, n. 4, p. 205545, 29 abr. 2019. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0205545>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6488058/>. Acesso em: 10 out. 2021.

VENTURINI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2021.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque; LEAL, Maria do Carmo; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo; LAMY, Zeni Carvalho. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 789-800, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>. Acesso em: 29 jun. 2021.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA a voz das brasileiras. ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira; SENA, Ligia Moreira; FRANZON, Ana Carolina; BRUM, Kalu; RAPCHAN, Armando. 2012. 1 vídeo (51 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M&t=1s>. Acesso em: 4 mai. 2021.

---

WHO. **Recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 155043, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.

DATA DA COLETA ____ / ____ / ____		NÚMERO DO QUESTIONÁRIO I	
PESQUISADOR _____		REVISOR _____	
DIGITADOR _____		Hora Início _____ Hora fim _____	
<b>1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nome			
Telefone:		Iniciais	
<b>2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
Data do nascimento: ____ / ____ / ____			
Idade (anos):  __   __	Q1	__   __	
Naturalidade _____	Q2		
<b>Situação (Zona) do domicílio:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Urbana: 1 - <input type="checkbox"/> Rural:	Q3	__   __	
<b>Qual seu grau de instrução? (Você estudou até que série?)</b> 0 - <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 - <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto 2 - <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo 3 - <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto 4 - <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo 5 - <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto 6 - <input type="checkbox"/> Ensino superior completo 7 - <input type="checkbox"/> Pós graduação, mestrado ou doutorado	Q4	__   __	
<b>Quantos anos de estudo?</b>  __   __   __    Ano(s)	Q4a	__   __	
<b>Qual seu estado civil? (Situação conjugal)</b> 0 - <input type="checkbox"/> Solteira 1 - <input type="checkbox"/> Casada 2 - <input type="checkbox"/> União consensual 3 - <input type="checkbox"/> Divorciada/Separada 5 - <input type="checkbox"/> Viúva	Q5	__   __	
<b>Qual sua raça/cor? Qual a cor de sua pele?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Branca 1 - <input type="checkbox"/> Preta 2 - <input type="checkbox"/> Parda 3 - <input type="checkbox"/> Amarela (origem asiática) 4 - <input type="checkbox"/> Indígena	Q6	__   __	
<b>Qual sua ocupação?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Sem ocupação / desempregada/ ou estudante sem bolsa 1 - <input type="checkbox"/> Estudante com bolsa 2 - <input type="checkbox"/> Assalariado com registro na carteira 3 - <input type="checkbox"/> Assalariado sem registro na carteira 4 - <input type="checkbox"/> Funcionária pública 5 - <input type="checkbox"/> Autônoma 6 - <input type="checkbox"/> Aposentada/ pensionista 7 - <input type="checkbox"/> Dona de casa	Q7	__   __	
<b>Quem você considera como responsável pela família (Chefe da família)</b> 0 - <input type="checkbox"/> Você 1 - <input type="checkbox"/> Companheiro 2 - <input type="checkbox"/> Ambos (você e o companheiro) 3 - <input type="checkbox"/> Outro. Quem _____	Q8	__   __	
<b>Grau de instrução do chefe da família?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 - <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto 2 - <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo 3 - <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto 4 - <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo 5 - <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto 6 - <input type="checkbox"/> Ensino superior completo 7 - <input type="checkbox"/> Pós graduação, mestrado ou doutorado	Q9	__   __	
<b>6 Se juntarmos a renda de todos os moradores da sua casa. Qual seria a renda mensal da família?</b> <b>Classe Social segundo IBGE:</b> 1. <input type="checkbox"/> Classe A (>15 salários)    2. <input type="checkbox"/> Classe B (de 5 a 16)    3. <input type="checkbox"/> Classe C (3 a 5 salários) 4. <input type="checkbox"/> Classe D (de 1 a 3salários)    5. <input type="checkbox"/> Classe E (até 1 salário)	Q10	__   __	

<b>Você é beneficiário de auxílio governamental?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim (bolsa família) 2 - <input type="checkbox"/> Sim (auxílio emergencial – COVID) 3 - <input type="checkbox"/> Outro Benefício ? <b>QUAL</b> _____	<b>Q11</b>	____/____/____
<b>Seu domicílio (lugar onde você mora) é</b> 0 - <input type="checkbox"/> Próprio 1 - <input type="checkbox"/> Alugado 3 - <input type="checkbox"/> Cedido por familiar, amigo, empregador ou outro	<b>Q12</b>	____/____/____
<b>Contando com você, quanto pessoas moram no seu domicílio (casa)?</b> _____	<b>Q13</b>	____/____/____
<b>Alguns dos moradores tem idade menor que 18 anos?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	<b>Q14</b>	____/____/____
<b>Alguns dos moradores tem idade menor que 15 anos?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	<b>Q15</b>	____/____/____
<b>A água da sua residência é proveniente de:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Cachimba 1 - <input type="checkbox"/> Poço 2 - <input type="checkbox"/> Encanada (Rede pública) 3 - <input type="checkbox"/> Outro _____	<b>Q16</b>	____/____/____
<b>A sua residência possui iluminação elétrica (Luz)?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	<b>Q17</b>	____/____/____
<b>Como funciona o escoamento do esgoto na sua residência?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não tem 1 - <input type="checkbox"/> Rede pública 2 - <input type="checkbox"/> Fossa séptica 3 - <input type="checkbox"/> Fossa rudimentar 4 - <input type="checkbox"/> Vala a céu aberto / Rio ou córrego	<b>Q18</b>	____/____/____
<b>3 HABITOS DE VIDA E CARACTERISTICAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MATERNAS</b>		
<b>Sua gestação foi planejada</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	<b>Q19</b>	____/____/____
<b>Data da última menstruação (DUM)</b> _____/_____/____	<b>Q20</b>	____/____/____
<b>Data do parto</b> _____/_____/____	<b>Q21</b>	____/____/____
<b>Realização do pré-natal</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	<b>Q22</b>	____/____/____
<b>Tipo de atendimento pré-natal</b> 0 - <input type="checkbox"/> Privado (Convênio particular) 1 - <input type="checkbox"/> Público (SUS) 3 - <input type="checkbox"/> Misto (Público e privado)	<b>Q23</b>	____/____/____
<b>Número de consultas pré-natais:</b> (Conferir na carteira de pré-natal) ____/____/____	<b>Q24</b>	____/____/____
<b>Idade gestacional da primeira consulta pré-natal</b> (Conferir na carteira de pré-natal) ____/____/____ <b>Data da primeira consulta pré-natal</b> ____/____/____	<b>Q25</b>	____/____/____
<b>Nº de gestações (incluindo esta):</b> ____/____/____	<b>Q26</b>	____/____/____
<b>Nº de partos (incluindo este):</b> ____/____/____	<b>Q27</b>	____/____/____
<b>Nº de partos cesáreos:</b> ____/____/____	<b>Q28</b>	____/____/____
<b>Nº de partos natural:</b> ____/____/____	<b>Q29</b>	____/____/____
<b>Nº de abortos:</b> ____/____/____	<b>Q30</b>	____/____/____
<b>Quantos anos você tinha quando engravidou pela primeira vez?</b> ____/____/____	<b>Q31</b>	____/____/____
<b>Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez?</b> ____/____/____	<b>Q32</b>	____/____/____

<b>Tipo de gravidez atual:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Única 1 - <input type="checkbox"/> Dupla (Gemelar) 3 - <input type="checkbox"/> Tripla ou mais		Q33	____
<b>ESTADO NUTRICIONAL *Conferir no Cartão pré-natal quando necessário</b>		Q34	____
Altura _____ cm		Q35	____
Peso no início da gestação: _____ kg. IMC no início da gestação _____ IMC		Q36	____
Peso no final da gestação: _____ kg. IMC no final da gestação _____ IMC		Q37	____
Ganho de peso ponderal total _____ KG		Q38	____
<b>Qual desse suplemento você tomou durante a gravidez?</b> 1 - <input type="checkbox"/> Não tomou 2 - <input type="checkbox"/> Ácido Fólico 3 - <input type="checkbox"/> Complexo B 4 - <input type="checkbox"/> Suplemento de ferro. 5 - <input type="checkbox"/> Vitaminas de pré-natal . 6 - <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____		Q39	____
<b>Você praticava alguma atividade física durante a gestação ?(Por exemplo: caminhada, bicicleta, corrida, voleibol, atividades em academia, danças, natação ou outros esportes)</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim 88 - <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		Q40	____
<b>Que atividade você praticava durante a gestação?</b> 0. <input type="checkbox"/> Musculação 1. <input type="checkbox"/> Esportes com bola 2. <input type="checkbox"/> Hidroginástica 3. <input type="checkbox"/> Yoga 4. <input type="checkbox"/> Pilates 5. <input type="checkbox"/> caminhada/corrida 6. <input type="checkbox"/> Dança 7. <input type="checkbox"/> Natação 8. <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____		Q41	____
<b>135 - Durante esta gestação, aproximadamente, quantos minutos por dia você praticava esporte ou exercício físico? _____</b>		Q42	____
<b>Você fumou durante esta gravidez?</b> 0. <input type="checkbox"/> não fuma 1. <input type="checkbox"/> fumava antes, mas não fumou durante a gravidez 2. <input type="checkbox"/> sim, frequentemente 3. <input type="checkbox"/> sim, algumas vezes		Q43	____
<b>Se sim quantos cigarros fumava por dia na gravidez?</b> 1 - <input type="checkbox"/> 0 - 1 2 - <input type="checkbox"/> 2-9 3 - <input type="checkbox"/> > 10 99 - <input type="checkbox"/> NA (não se aplica)		Q44	____
<b>Utilizou bebida alcoólica na gestação?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim		Q45	____
<b>Se sim, com que frequência?</b> 1 - <input type="checkbox"/> Mensalmente ou menos; 2 - <input type="checkbox"/> 1 vez por semana; 3 - <input type="checkbox"/> 2-3 vezes por semana; 4 - <input type="checkbox"/> 4-6 vezes por semana; 5 - <input type="checkbox"/> Diariamente 99- <input type="checkbox"/> NA (não se aplica)		Q46	____
<b>Uso de drogas ilícitas na gestação atual (maconha, cocaína e outros)</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim		Q47	____
<b>Você foi diagnóstica com malária durante esta gravidez?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		Q48	____
<b>Tipo de malária :</b> 1 - <input type="checkbox"/> Vivax 2 - <input type="checkbox"/> Falciparum 3- <input type="checkbox"/> Mista 99 - <input type="checkbox"/> NA (não se aplica)		Q49	____
<b>Você foi diagnóstica com Depressão: durante esta gravidez?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		Q50	____
<b>Conferir exames no cartão pré-natal</b>			
<b>Exames</b> (Preencher pela carteira de gestantes)	<b>IG</b>	<b>Data</b>	<b>Resultado</b>
<b>Hemoglobina:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim			Q51
<b>Hematócrito:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim			Q51a
<b>Glicemia:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim			Q51c
<b>Sífilis (teste rápido):</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim			Q51e
<b>VDRL:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim			Q51g
			Q51i

<b>HIV:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim				<b>Q51k</b>	_ _ _
<b>Hepatite B e C (teste rápido):</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim				<b>Q51l</b>	_ _ _
<b>HBsAg :</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim				<b>Q51n</b>	_ _ _
<b>EAS:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim				<b>Q51p</b>	_ _ _
<b>Toxoplasmose:</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1- <input type="checkbox"/> Sim				<b>Q51r</b>	_ _ _
<b>4 DADOS REFERENTES AO PARTO</b>					
Data do parto: ___/___/___				<b>Q 52</b>	_ _ _
<b>Qual a situação obstétrica da gestante no momento da admissão hospitalar? (Ver pelo histórico do prontuário)</b> 1. <input type="checkbox"/> Em estágio latente, pródromos (Contrações e dilatação menor que 4 cm). 2. <input type="checkbox"/> Em trabalho de parto ativo (contrações frequentes e próximas e dilatação superior a 4cm) 3. <input type="checkbox"/> Chegou em período expulsivo (bebe já estava nascendo) 4. <input type="checkbox"/> Sem informação				<b>Q 53</b>	_ _ _
<b>Qual(is) foi(foram) o(s) sinal(is) de que você estava em trabalho de parto ou a razão pela qual você procurou a maternidade? (pode marcar mais de uma opção)</b> 1. <input type="checkbox"/> perda de líquido 2. <input type="checkbox"/> sangramento 3. <input type="checkbox"/> dor/contração 4. <input type="checkbox"/> cesárea marcada 5. <input type="checkbox"/> Idade gestacional de 41 semanas ou mais 6. <input type="checkbox"/> outros _____				<b>Q 54</b>	_ _ _
<b>Tipo de Parto:</b> 1 - <input type="checkbox"/> Vaginal (normal, sem indução) 2 - <input type="checkbox"/> Vaginal (normal, com indução) 3 - <input type="checkbox"/> Cirúrgico / Cesárea, Após entrar em trabalho de parto 4 - <input type="checkbox"/> Cirúrgico / Cesárea, Eletiva (por agendamento) 5 - <input type="checkbox"/> Cirúrgico / Cesárea, Emergência 6 - <input type="checkbox"/> Outro motivo _____				<b>Q 55</b>	_ _ _
<b>Você foi informada sobre qual o motivo do parto ser cesariana?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR				<b>Q 56</b>	_ _ _
<b>Qual era sua preferência de parto no Início da Gestação?</b> 0. <input type="checkbox"/> Parto cesárea 1. <input type="checkbox"/> Parto normal				<b>Q 57</b>	_ _ _
<b>Qual era sua preferência de parto no Início da Gestação?</b> 0. <input type="checkbox"/> Parto cesárea 1. <input type="checkbox"/> Parto normal				<b>Q 58</b>	_ _ _
<b>Em que momento a sua bolsa rompeu: (Esperar a resposta da mulher, e pode ser conferido no prontuário)</b> 1. <input type="checkbox"/> Não estourou 2. <input type="checkbox"/> Estourou espontaneamente antes de chegar na maternidade 3. <input type="checkbox"/> Estourou espontaneamente na maternidade 4. <input type="checkbox"/> Foi rompida na hora do trabalho de parto ou parto 88 <input type="checkbox"/> NS/NL/NR				<b>Q 59</b>	_ _ _
<b>Se a bolsa foi rompida por um profissional: Foi solicitada sua autorização ou você foi comunicada que sua bolsa seria rompida?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR				<b>Q 60</b>	_ _ _
<b>Com quantos centímetros de dilatação você estava quando a bolsa rompeu ou foi rompida? _____cm</b>				<b>Q 61</b>	_ _ _
<b>Durante o trabalho de parto e na hora exata do parto, foi permitido que você tivesse um acompanhante.</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim				<b>Q 62</b>	_ _ _
<b>Quem lhe acompanhou durante o trabalho de parto? _____</b>				<b>Q 63</b>	_ _ _
<b>Durante o trabalho de parto no hospital, foi colocado soro na sua veia?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR				<b>Q 64</b>	_ _ _
<b>Neste soro foi colocado medicamento para aumentar a contração do útero durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR				<b>Q 65</b>	_ _ _
<b>Você precisou ser medicada para controle da pressão alta durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR				<b>Q 66</b>	_ _ _
<b>Fizeram um corte na sua vagina para o nascimento do bebê? (Se a resposta for não pule a</b>				<b>Q 67</b>	_ _ _



próxima questão) 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		
Foi solicitada sua autorização ou você foi comunicada sobre a realização do corte em sua vagina? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 68	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você recebeu informações sobre as melhores posições para ter o bebê durante o trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 69	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Em que posição você teve o bebê? (esperar a resposta espontânea da mulher)</b> 0. <input type="checkbox"/> sentada na banqueta 1. <input type="checkbox"/> deitada com o ventre para cima sem pernas 2. <input type="checkbox"/> deitada com o ventre para cima com as pernas nas pernas 3. <input type="checkbox"/> deitada de lado 4. <input type="checkbox"/> de cócoras 5. <input type="checkbox"/> em pé. 6. <input type="checkbox"/> sobre os joelhos 7. <input type="checkbox"/> outros _____	Q 70	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Sobre a posição em que você pariu seu bebê:</b> 1 - <input type="checkbox"/> Foi você que escolheu, tendo liberdade de mudar a qualquer hora que quisesse. 2 - <input type="checkbox"/> Foi o profissional que indicou, ele não permitia que você ficasse em uma posição de sua escolha	Q 71	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Você se sentiu acolhida (emocionalmente) pela equipe de plantão durante o seu trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 72	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A equipe que esteve com você durante o seu trabalho de parto deu informações claras e específicas sobre todos os procedimentos que seriam feitos com você?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 73	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alguma Doula esteve presente durante o seu trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 74	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Foi permitido você tomar líquidos durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 75	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Foi permitido que você ficasse de pé e se movimentando durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 76	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A equipe do plantão orientou você sobre técnicas de relaxamento e alívio da dor durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 77	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A equipe do hospital realizou depilação dos pelos na região íntima durante o parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 78	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A equipe do hospital realizou lavagem intestinal durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 79	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A equipe do hospital realizou Toques vaginais repetitivos durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 80	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Foi realizado analgesia de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 81	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alguém da equipe de plantão precisou fazer uma pressão (força) em cima da sua barriga para o bebê conseguir nascer?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 82	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alguém gritou com você durante o seu parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 83	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alguém pediu para você não chorar ou reclamou por você estar chorando durante o parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 84	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alguém fez piada sobre o seu comportamento?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 85	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Alguém fez comentários irônicos em tom de deboche?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 86	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Durante o trabalho de parto Sentiu-se pouco a vontade para fazer perguntas, porque não te</b>	Q 87	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

respondiam ou te respondiam mal 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR		
<b>Durante o trabalho de parto, ou parto sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 88	_ _ _
<b>Durante o trabalho de parto, ou parto, sentiu-se inferior, vulnerável ou insegura?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 89	_ _ _
<b>Durante o trabalho de parto ou parto, Sentiu-se exposta ou sem privacidade?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 90	_ _ _
<b>Você recebeu algum tipo de hemoderivado ("Sangue" Hemácias, Plaquetas ou Plasma)?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 91	_ _ _
<b>Você foi internada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI/CTI)?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não (Pular próxima questão) 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 92	_ _ _
<b>Por qual motivo você foi internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI/CTI)?</b> _____	Q 93	_ _ _
<b>Apresentou febre durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 94	_ _ _
<b>Você teve o parto que imaginava ou desejava?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR <b>Motivo:</b> _____	Q 95	_ _ _
<b>Houve o preenchimento de partograma no prontuário médico.</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 96	_ _ _
<b>Ocorrência de laceração vaginal/perineal:</b> (Conferir nas anotações do parto). 0. <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim, de 1º grau (pele perineal e mucosa vaginal) 2 - <input type="checkbox"/> Sim, 2º grau (fáscia e os músculos do corpo perineal) 3 - <input type="checkbox"/> Sim de 3º grau	Q 97	_ _ _
<b>Hemorragia no parto:</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim (Conferir no prontuário)	Q 98	_ _ _
<b>Eclâmpsia /convulsão:</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> (Conferir no prontuário)	Q 99	_ _ _
<b>Apresentou DHEG:</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim (Conferir no prontuário)	Q 100	_ _ _
<b>Hipertensão (qualquer tipo):</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim (Conferir no prontuário)	Q 101	_ _ _
<b>Foi realizado cardiocotografia antes ou durante o trabalho de parto?</b> 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, antes 2. <input type="checkbox"/> Sim, durante 88. <input type="checkbox"/> NS/NL/NR	Q 102	_ _ _
<b>OUTRA Intercorrência. Qual ?</b> _____	Q 103	_ _ _
<b>5 DADOS DO RN</b>		
Data de Nascimento  _ _ _   _ _ _   _ _ _ _		
Sexo: ( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino ( ) 3. Indefinido ( )	Q 104	_ _ _
Apresentação do bebê ao nascer: ( ) 1. Cefálica ( ) 2. Pélvica ( ) 3. Outra (Córmica/transversa)	Q 105	_ _ _
IG materna na data do nascimento _____ semanas	Q 106	_ _ _
Peso ao Nascer: _____ kg	Q 107	_ _ _
Apgar no 1º Minuto: _____	Q 108	_ _ _
Apgar no 5º Minuto: _____	Q 109	_ _ _
Estatura: _____ cm	Q 110	_ _ _
Macrossomia: 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 111	_ _ _
Hipoglicemia neonatal: 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 112	_ _ _

Malformação Congênita: 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 113	____/____/____
Internação em UTI: 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim Motivo _____	Q 114	____/____/____
<b>Seu bebê foi colocado em contato pele a pele com você assim que nasceu?</b> 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 115	____/____/____
<b>Seu bebê foi amamentado na primeira hora de vida ?:</b> 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 116	____/____/____
<b>Você pretende amamentar seu bebê exclusivamente até os seis meses de idade?</b> 0- ( ) Não Motivo _____ 1- ( ) 1 - Sim	Q 117	____/____/____
<b>Antes dos seis meses de idade do bebê você pretende oferecer outros alimentos ou líquidos ao seu bebê?</b> 0- ( ) Não 1- ( ) 1 - Sim, água 2- ( ) 1 - Sim, chás 3- ( ) 1 - Sim, mingau ou fórmula (leite) 4- Outros? _____	Q 118	____/____/____
Aqui na maternidade, você foi orientada a amamentar ? 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 119	____/____/____
<b>Foi dado outro tipo de leite na maternidade, que não seja do seu peito ao seu filho?</b> 0 - ( ) Não 1 - ( ) Sim, pois ele não conseguiu pegar o peito 2 - ( ) Sim, pois não quero amamentar 3 - ( ) Sim, pois nasceu prematuro 4 - ( ) Sim, pela rotina hospitalar 5 - ( ) Sim, pois estava com pouco leite 6 - ( ) Outro _____	Q 120	____/____/____
<b>Você recebeu informações sobre aleitamento materno durante o pré-natal?</b> 0- ( ) Não ( ) 1 - Sim	Q 121	____/____/____
<b>Quais dessas informações você recebeu durante o pré-natal?</b> a - ( ) Recebi informações sobre como colocar o bebê no peito para mamar (posições e pega) b - ( ) Recebi informações de que a chupeta e mamadeira prejudicarem o aleitamento materno c - ( ) Recebi informações de que o bebê pode mamar somente no peito, sem oferta de outros alimentos, até os seis meses de idade d - ( ) Recebi informações de que quanto mais o bebê mama mais eu produzirei leite. e - ( ) Recebi informações de como massagear e ordenhar meu peito quando ele estiver cheio demais f - ( ) Recebi informações de como armazenar o leite do meu peito para ofertar ao meu filho em outra ocasião g - ( ) Recebi informações de como amamentar meu bebê em tempos de pandemia	Q 122	____/____/____
<b>Condição do bebê ( Não perguntar a mulher, conferir nos dados do prontuário)</b> 1 - ( ) Vivo 1 - ( ) Óbito Causa de óbito: _____	Q 123	____/____/____
<b>COVID 19 E PANDEMIA</b>		
<b>Durante a gestação você foi diagnosticada com COVID 19?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	Q 123	____/____/____
<b>Se sim, qual exame realizou ?</b> 1 - <input type="checkbox"/> Com cotonete na boca e/ou nariz (SWAB)? 2 - <input type="checkbox"/> Coleta de sangue através de furo no dedo (teste rápido)? 3 - <input type="checkbox"/> Coleta de sangue através da veia da braço (sorológico)?	Q 124	____/____/____
<b>Sua renda familiar diminuiu em decorrência da pandemia?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	Q 125	____/____/____
<b>Alguém de sua família perdeu o emprego?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim Quem? _____	Q 126	____/____/____
<b>Durante a pandemia você precisou fazer algum tipo de bico para complementar sua renda ?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	Q 127	____/____/____
<b>Durante a pandemia você precisou reduzir as compras?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim QUEM ? _____	Q 128	____/____/____
<b>Qual foi a principal atividade de sustento da família durante a pandemia?</b> _____	Q 129	____/____/____
<b>Em algum momento durante a pandemia você precisou receber doações de alimentos (seja de amigos, familiares ou outras entidades)?</b> 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim	Q 130	____/____/____

<b>No seu domicílio você tinha acesso aos seguintes itens de limpeza e proteção:</b>	<b>Q 131</b>	____/____/____
1 - sabão ou detergente: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
2 - álcool 70% ou superior (gel ou líquido): 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
3 - máscaras cirúrgicas ou N95: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
4 - Máscaras de tecido: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
5 - água sanitária ou desinfetante: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
<b>Você sentiu medo por estar grávida em meio à pandemia por COVID-19?</b>	<b>Q 132</b>	____/____/____
0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
<b>Deixou de realizar alguma consulta por medo do COVID?</b>	<b>Q 133</b>	____/____/____
0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
<b>Em algum momento da pandemia você teve que deixar de comer por falta de dinheiro?</b>	<b>Q 135</b>	____/____/____
0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim		
<b>Você precisou reduzir o consumo desses alimentos por causa da pandemia?</b>	<b>Q 136</b>	
Carne 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não consumia antes	<b>Q 136a</b>	____/____/____
Frango: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não consumia antes	<b>Q 136b</b>	____/____/____
Ovos: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não consumia antes	<b>Q 136c</b>	____/____/____
Frutas: 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não consumia antes	<b>Q 136d</b>	____/____/____
Legumes e verduras 0 - <input type="checkbox"/> Não 1 - <input type="checkbox"/> Sim 2 - <input type="checkbox"/> Não consumia antes	<b>Q 136e</b>	____/____/____
<b>ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)</b>		
1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?	<b>Q 137<sup>a</sup></b>	____/____/____
2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	<b>Q 137<sup>b</sup></b>	____/____/____
3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	<b>Q 137<sup>c</sup></b>	____/____/____
4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?	<b>Q 137<sup>d</sup></b>	____/____/____
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>e</sup></b>	____/____/____
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>f</sup></b>	____/____/____
7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>g</sup></b>	____/____/____
8 - Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>h</sup></b>	____/____/____
9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>i</sup></b>	____/____/____
10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>j</sup></b>	____/____/____
11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>l</sup></b>	____/____/____
12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>m</sup></b>	____/____/____
13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?	<b>Q 137<sup>n</sup></b>	____/____/____
14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida? A pontuação usada no nível domiciliar para categorizar	<b>Q 137<sup>o</sup></b>	____/____/____
<b>Pontuação da escala EBIA (NÃO PREENCHER ESSA PARTE.</b>		
<b>Com menor de 18 anos / Classificação segundo EBIA</b> ( ) 1 – Segurança Alimentar ; ( ) 2 – Insegurança Leve ( ) 3 – Insegurança moderada ( ) 4 Insegurança Grave	<b>Q 138</b>	____/____/____
<b>Sem menor de 18 anos / Classificação segundo EBIA</b> ( ) 1 – Segurança Alimentar ; ( ) 2 – Insegurança Leve ( ) 3 – Insegurança moderada ( ) 4 Insegurança Grave	<b>Q 139</b>	____/____/____

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTAÇÃO, ASSISTÊNCIA AO PARTO E DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS. **Pesquisador:** MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 42357621.7.0000.5010

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Universidade Federal do Acre- UFAC

## **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.788.016

### **Apresentação do Projeto:**

Esta é a terceira versão do Protocolo de pesquisa, que retorna ao CEP, para apreciação das "pendências" indicadas no Parecer n. 4.736.960, de 26 de maio de 2021. Considerando que se trata de um Projeto já avaliado, este Parecer limita-se a apreciar somente os itens nos quais constavam inadequações e/ou pendências. Para tanto, serão examinados o Projeto (PD e IBP) e o TCLE, nos quais foram feitas as revisões, conforme constam na Carta expediente anexada na Plataforma, em 27/05/2021.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: “Avaliar a prevalência e os fatores associados à Insegurança Alimentar gestacional em uma cidade da Amazônia ocidental brasileira.” Objetivo(s) Secundário(s):

1. Caracterizar a população de estudo segundo condições sociodemográficas, clínicas e obstétricas;
2. Estimar a prevalência de insegurança alimentar na população estudada;
3. Classificar a Insegurança Alimentar na gestação.
4. Identificar os fatores maternos associados à Insegurança Alimentar gestacional;
5. Identificar as características neonatais associadas à Insegurança Alimentar;
6. Caracterizar a assistência ao parto e os fatores associados;
7. Caracterizar o estado nutricional e o ganho de peso na gestação relacionado ao peso ao nascer;
8. Caracterizar os fatores associados à prática do aleitamento materno na primeira hora pós-parto.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

No protocolo apresentado, nas duas versões do Projeto (Informações Básicas do Projeto - IBP e Projeto Detalhado - PD), os riscos da pesquisa são assim expressos: “Considerando a metodologia que será empregada para a coleta dos dados (aplicação de questionário e autorização de consulta aos prontuários e cartão pré-natal), a priori destacamos que este estudo apresentará inicialmente riscos de ordem psicológica, intelectual e emocional, tais como: constrangimento ao responder o questionário, quebra do sigilo e anonimato,

desconforto e cansaço para responder as questões e invasão da privacidade do participante. Quanto aos prontuários e cartão pré-natal há ainda risco de rasuras e extravio. O estudo não apresenta riscos físicos decorrentes da própria pesquisa, mas destaca-se que a mulher, poderá apresentar incômodos e dor inerentes à recuperação materna do período pós parto (puerpério imediato)”.

Sendo assim, “na tentativa de minimizar os riscos apresentados, os pesquisadores se comprometem em: Garantir local reservado para aplicação do questionário de pesquisa, sendo de livre escolha do participante respondê-lo nesse local ou em seu leito (se assim preferir) considerando a recuperação materna do puerpério imediato. - Garantir (prevendo no TCLE) a liberdade para não responder questões que lhe causem algum constrangimento, desconforto, estigmatização, bem como a interrupção imediata da coleta em qualquer momento que o participante desejar. - Garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa quando houver interesse do participante; - Respeitar o tempo de resposta de cada participante prevendo interrupção da coleta para descanso, amamentação entre outras necessidades individuais; Assegurar a confidencialidade do participantes da pesquisa codificando sua identificação no instrumento e não identificação destes no banco de dados final; - Treinamento de todos os pesquisadores para abordagem e coleta adequada; - Garantia de ressarcimento e/ou indenização na presença de qualquer dano decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não tenha sido previsto no TCLE; - Limitar o acesso aos prontuários e cartão pré-natal aos pesquisadores e apenas pelo tempo necessário para atender os objetivos da pesquisa. Ainda, durante esse processo o pesquisador não poderá ficar sozinho, devendo estar sempre acompanhando de um colega e representante profissional do setor; - Em casos específicos, mesmo entre as mulheres que aceitarem participar do estudo, onde seja identificado incômodos, dor ou qualquer alteração decorrente do processo de recuperação materna, a coleta será imediatamente suspensa e comunicada aos profissionais para a devida assistência. Os pesquisadores comprometem-se em respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes. E no momento em que for detectado algum risco para os sujeitos pesquisados ou para os pesquisadores, esta, será interrompida. Ela poderá também ser suspensa quando os gestores retirarem sua autorização e será concluída quando o cronograma proposto for encerrado”.

Avaliação ética dos riscos:

Os riscos foram claramente explicitados e adequadamente dimensionados nas Informações Básicas do Projeto (IBP) e no Projeto Detalhado (PD). Além de serem apresentadas as devidas providências e cautelas para minimizar esses riscos apresentados.

Benefícios:

Nas duas versões do Projeto consta como benefícios: “Pode-se ressaltar o mérito científico como um benefício coletivo de grande valia. A geração de novos conhecimentos, com potencialidade para estigar nós críticos e direcionar ações estratégicas que atendam a coletividade, podem melhorar a qualidade de vida e saúde materna e infantil. Além disso, os pesquisadores estarão disponíveis para realização de atividades de educação em saúde voltadas para orientação (verbal e elaboração de cartilhas ou folders explicativos) sobre a vivência do puerpério, aleitamento materno, cuidados pós-parto e com o recém-nascido, puericultura, rede de apoio materno, consultas puerperais, entre outros temas que possam trazer mais conforto e esclarecimento nessa fase tão peculiar na vida de uma mulher.”

Avaliação ética dos benefícios:

Os benefícios da pesquisa foram adequadamente explicitados nas duas versões do Projeto. Considerando que benefício da pesquisa [é o] "proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa".

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta de pesquisa é relevante e compatível com um projeto de tese. Ressalta-se, que após esforço da pesquisadora em atender as solicitações de revisão e adequação, o protocolo não contém inadequações que implicam nova revisão, de acordo com as análises apresentadas nas Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória.

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

Considerando que se trata de um protocolo já avaliado (em sua segunda versão), conforme consta no Parecer Consubstanciado n. 4.736.960, nesta apreciação serão consideradas e avaliadas apenas as inadequações indicadas como “pendências” no referido Parecer, examinadas a partir da Carta resposta do pesquisador, da versão atualizada do Projeto (PD e IBP).

#### **2.2 Problema e Hipótese de Pesquisa:**

Na segunda versão do projeto foi solicitado que a hipótese seja reformulada, para que consiga responder as perguntas norteadoras da presente pesquisa.

Em sua carta resposta, a pesquisadora afirma que: “no item \*Hipótese do PB e na página 5 do PD foi acrescentando EM HIPÓTESE E CONSIDERANDO OS POUCOS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE O TEMA NA POPULAÇÃO DE GESTANTES, ACREDITA-SE QUE A INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTAÇÃO SEJA SUPERIOR A 25%; EM RELAÇÃO AOS FATORES ASSOCIADOS, ACREDITA-SE QUE

FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO PRÉ-NATAL E PARTO E RESULTADOS ADVERSOS (COMO BAIXO PESO E PREMATURIDADE NOS RECÉM NASCIDO E HIPERTENSÃO E ANEMIA MATERNA, ENTRE OUTRAS, POSSAM ESTAR ASSOCIADAS A INSEGURANÇA ALIMENTAR MATERNA. Respondendo assim, as duas questões de pesquisas apontadas no estudo”.

Sendo assim, após análise da terceira versão do projeto, a pesquisadora seguiu a solicitação, sendo essa pendência sanada.

#### **3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE:**

Na segunda versão do projeto foi solicitado adicionar ao TCLE do participante, TCLE do responsável e ao TALE a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa, além disso, como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Em sua carta resposta, a pesquisadora afirma que: “Considerando que o tipo de acompanhamento ou assistência não pode ser especificado, pois é variável à necessidade do participante da pesquisa e que a assistência não pode ser restrita, optou-se por atender o que é explicitado na resolução 466 e em resposta informo que em cada um dos documentos supracitados foram incluídos o item 11: “Está garantido seu direito ao acompanhamento e assistência integral imediata enquanto for necessário e de maneira gratuita, para atender quaisquer complicações e/ou danos decorrentes desta pesquisa”.

Sendo assim, após análise da terceira versão do TCLE do participante, TCLE do responsável e ao TALE, verifica-se que essa pendência foi sanada.

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

Considerando que no Protocolo de Pesquisa constam todos os Termos de Apresentação obrigatória, os quais estão elaborados e/ou preenchidos adequadamente, atendendo as exigências estabelecidas na Resolução CNS Nº 466/2012, conclui-se pela emissão de Parecer favorável à realização da Pesquisa.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº466/2012, X.3- 4.

Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691400.pdf	27/05/2021 15:13:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoCEP.pdf	27/05/2021 15:12:15	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPUfac2.pdf	27/05/2021 15:11:37	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResplegal.pdf	27/05/2021 15:00:05	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/05/2021 14:59:23	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	27/05/2021 14:59:07	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Outros	ANEXO1Instrumentodecoletadedados	23/04/2021	MARIA TAMIRES	Aceito

Outros	.pdf	15:07:48	LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Outros	ANEXO2LISTADEPARTOSEGUROOM S.pdf	23/04/2021 14:52:30	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAOINFRAESTRUTURA.pdf	23/04/2021 14:50:23	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito



Folha de Rosto	FOLHADEROSTOATUALIZADA.pdf	23/04/2021 14:28:22	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	usodedados.pdf	22/01/2021 12:13:53	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	coletanaoiniciada.pdf	22/01/2021 12:13:25	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Institucional.pdf	19/01/2021 15:01:50	MARIA TAMIRES LUCAS DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO BRANCO, 17 de Junho de 2021

---

**Assinado por:  
JOÃO LIMA**

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada participante,

Você está sendo convidada à participar da pesquisa **Insegurança Alimentar na Gestação, Assistência ao parto e Desfechos Maternos e Neonatais no Município de Cruzeiro Do Sul, Acre**”, sob coordenação da Profa. Me. Maria Tamires Lucas dos Santos docente da Universidade Federal do Acre (UFAC) e vinculada ao Centro Multidisciplinar (CMULTI), programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde e do Desporto, UFAC, e equipe de pesquisa Profa. Dr<sup>a</sup> Andréia Moreira de Andrade docente da Universidade Federal do Acre (UFAC) e vinculada ao Centro de Ciências da Saúde e Desporto (CCSD) e Maria Júlia do Santos Nunes Julia, vinculada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde e do Desporto, UFAC

Esclarecemos que:

1. Os benefícios desta pesquisa superam os riscos, justifica-se isto mediante os impactos previstos na melhoria da qualidade à saúde materna e infantil;
2. O objetivo central do estudo é avaliar a prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar gestacional na cidade de Cruzeiro do sul, Acre.
3. Sua participação consiste em responder a uma entrevista, bem como autorizar a coleta de dados junto ao seu cartão de pré-natal, prontuário médico e declaração de nascidos vivos (DNV).
4. Nesta pesquisa serão abordados, dentre outros, aspectos sociais, econômicos e demográficos (tais como idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, número de moradores no domicílio, condições de habitação e saneamento, renda familiar etc.), bem como serão abordados aspectos sobre a sua vida particular (tais como situação conjugal, hábitos de vida), característica do parto e também características do recém-nascido.
5. Algumas das perguntas podem lhe causar desconfortos **emocional** e/ou **moral** e/ou **social** e/ou **cultural**. Sendo assim, serão adotadas cautelas para minimizar ou anular estes riscos tais como:
  - a. Solicitar gentilmente para ficar a sós com você.
  - b. Garantir local reservado para aplicação do questionário de pesquisa, sendo de sua escolha respondê-lo nesse local ou em seu leito (se assim preferir).
  - c. Fazer as perguntas mais críticas em tom de voz mais baixo
  - d. Você tem liberdade para não responder questões que lhe causem algum constrangimento ou desconforto, sem prejuízos.
  - e. Caso necessite poderá interromper a coleta para descanso, amamentação entre outras necessidades individuais e retomar no momento que achar mais oportuno.
  - f. Se em qualquer fase da pesquisa, você se sentir invadida ou constrangida, apresentar dor ou algum incômodo, em decorrência da entrevista ou qualquer alteração decorrente do processo de recuperação materna, suspenderemos a coleta e realizaremos a comunicação e encaminhamentos necessários para lhe oferecer a devida assistência.
  - g. Ao final da entrevista você será esclarecida de alguns procedimentos pós-parto importantes para a sua saúde e para a saúde do seu bebê, pelos profissionais da equipe.
6. Os resultados somente serão utilizados para fins acadêmicos/científicos.

7. Todas as informações obtidas neste estudo serão tratadas de forma confidencial sob total sigilo, bem como serão preservadas as identidades dos participantes em anonimato, em todas as fases da pesquisa.
8. Em qualquer momento você poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados.
9. Será garantido a você a liberdade e o direito de declinar de sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
10. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.
11. Não haverá custos decorrentes da sua participação.
12. Declaramos que serão cumpridas todas as exigências contidas no item IV.3 da Resolução 466/12.
13. Será garantido a você, em decorrência do aceite, uma via deste termo assinada e rubricada pelo participante e pelo pesquisador.
14. Para quaisquer informações éticas em decorrência desta pesquisa você poderá consultar o CEP da UFAC, bem como para informações metodológicas poderá consultar o pesquisador no endereço indicado neste termo.

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_,  
 concordo em participar de livre e espontânea vontade desta pesquisa, respondendo à entrevista e autorizando a cópia e uso do meu prontuário clínico, do meu cartão de pré-natal e declaração de nascidos vivos para coleta de dados complementares.

Afirmo ainda que, li e compreendi este termo e fui devidamente esclarecida de minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do entrevistada

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

Bloco da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,  
 Sala 26 , Telefone (68) 3901-2711  
 e-mail: [cepufac@hotmail.com](mailto:cepufac@hotmail.com)  
 BR364 Km 04 Distrito

**Pesquisador:**

*Maria Tamires Lucas dos Santos*  
 Maria Tamires Lucas dos Santos  
 Universidade Federal do Acre  
 Centro Multidisciplinar  
 Estrada do Canela Fina, Km 12, Gleba Formoso, Lote  
 245, Colônia São Francisco, CEP: 69980-00 – *Cruzeiro  
 do Sul* – AC.  
 Fone: 068 996099565  
 E-mail: maria.lucas@ufac.br

**Pesquisador:**

*Maria Júlia dos Santos Nunes*  
 Maria Júlia dos Santos Nunes  
 Universidade Federal do Acre  
 Centro de Ciências da Saúde e do Desporto  
 BR 364, Km 4,5 – Distrito Industrial  
 Fone: 068 3901 2585 / 2500  
 E-mail: juliasnunes@hotmail.com

**Pesquisador:**

*Andréia Moreira de Andrade*  
 Andréia Moreira de Andrade  
 Universidade Federal do Acre  
 Centro de Ciências da Saúde e do Desporto  
 BR 364, Km 4,5 – Distrito Industrial  
 Fone: 068 3901 2585 / 2500

ANEXO D - Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido  
(Adolescentes com 12 anos completos, maiores de 12 anos e menores de 18 anos)

**Informação geral:** O assentimento informado para a criança/adolescente não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais ou guardiães. O assentimento assinado pela criança demonstra a sua cooperação na pesquisa.

**Título do Projeto:** “Insegurança Alimentar na Gestação e Desfechos Maternos e Neonatais no Município de Cruzeiro Do Sul, Acre”

### **O que significa assentimento?**

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informa es por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou   equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informa o que você não entenda claramente.

### **Informa o ao sujeito da pesquisa:**

Você está sendo convidada   participar da pesquisa “**Insegurança Alimentar na Gesta o, Assistência ao parto e Desfechos Maternos e Neonatais no Município de Cruzeiro Do Sul, Acre**”, sob coordena o da Profa. Me. Maria Tamires Lucas dos Santos docente da Universidade Federal do Acre (UFAC) e vinculada ao Centro Multidisciplinar (CMULTI), programa de Pós-gradua o em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde e do Desporto, UFAC, e equipe de pesquisa Profa. Dr  Andréia Moreira de Andrade docente da Universidade Federal do Acre (UFAC) e vinculada ao Centro de Ciências da Saúde e Desporto (CCSD) e Maria Júlia do Santos Nunes Julia, vinculada ao programa de Pós-gradua o em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde e do Desporto, UFAC.

Esclarecemos que:

1. Os benefícios desta pesquisa superam os riscos, justifica-se isto mediante os impactos previstos na melhoria da qualidade   saúde materna e infantil;
2. O objetivo central do estudo   avaliar a prevalência e fatores associados   Insegurança Alimentar gestacional na cidade de Cruzeiro do sul, Acre.
3. Sua participa o consiste em responder a uma entrevista, bem como autorizar a coleta de dados junto ao seu cartão de pré-natal, prontuário médico e declara o de nascidos vivos (DNV).
4. Nesta pesquisa serão abordados, dentre outros, aspectos sociais, econ micos e demográficos (tais como idade, cor da pele, escolaridade, ocupa o, situa o conjugal, número de moradores no domicílio, condi es de habita o e saneamento, renda familiar etc.), bem como serão abordados aspectos sobre a sua vida particular (tais como situa o conjugal, hábitos de vida), característica do parto e também características do recém-nascido.
5. Algumas das perguntas podem lhe causar desconfortos emocional e/ou moral e/ou social e/ou cultural. Sendo assim, serão adotadas cautelas para minimizar ou anular estes

riscos tais como:

- a) Solicitar gentilmente para ficar a sós com você.
- b) Garantir local reservado para aplicação do questionário de pesquisa, sendo de sua escolha respondê-lo nesse local ou em seu leito (se assim preferir).
- c) Fazer as perguntas mais críticas em tom de voz mais baixo
- d) Você tem liberdade para não responder questões que lhe causem algum constrangimento ou desconforto, sem prejuízos.
- e) Caso necessite poderá interromper a coleta para descanso, amamentação entre outras necessidades individuais e retomar no momento que achar mais oportuno.
- f) Se em qualquer fase da pesquisa, você se sentir invadida ou constrangida, apresentar dor ou algum incômodo, em decorrência da entrevista ou qualquer alteração decorrente do processo de recuperação materna, suspenderemos a coleta e realizaremos a comunicação e encaminhamentos necessários para lhe oferecer a devida assistência.
- g) Ao final da entrevista você será esclarecida de alguns procedimentos pós-parto importantes para a sua saúde e para a saúde do seu bebê, pelos profissionais da equipe.

6. Os resultados somente serão utilizados para fins acadêmicos/científicos.
7. Todas as informações obtidas neste estudo serão tratadas de forma confidencial sob total sigilo, bem como serão preservadas as identidades dos participantes em anonimato, em todas as fases da pesquisa.
8. Em qualquer momento você poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados.
9. Será garantido a você a liberdade e o direito de declinar de sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
10. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.
11. Não haverá custos decorrentes da sua participação.
12. Declaramos que serão cumpridas todas as exigências contidas no item IV. 3 da Resolução 466/12.
13. Será garantido a você, em decorrência do aceite, uma via deste termo assinada e rubricada pelo participante e pelo pesquisador.

Para quaisquer informações éticas em decorrência desta pesquisa você poderá consultar o CEP da UFAC, bem como para informações metodológicas poderá consultar o pesquisador no endereço indicado neste termo.

Contato para dúvidas:

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) Investigador(a) do estudo ou membro de sua equipe.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Acre. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

#### DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO SUJEITO DA PESQUISA:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados

para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

---

NOME DO ADOLESCENTE	ASSINATURA	DATA
---------------------	------------	------

---

NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA
----------------------	------------	------

*Andréia M Andrade*

**Pesquisador:**

Andréia Moreira de Andrade  
 Universidade Federal do Acre  
 Centro de Ciências da Saúde e do  
 Desporto  
 BR 364, Km 4,5 – Distrito  
 Industrial. Rio Branco, Acre.  
 Telefone: 068 3901 2585 / 2500  
 E-mail: amasmsbg@hotmail.com

*Maria Tamires Lucas dos Santos*

**Pesquisador:**

Maria Tamires Lucas dos Santos  
 Universidade Federal do Acre  
 Centro Multidisciplinar  
 Estrada do Canela Fina, Km 12,  
 Gleba Formoso, Lote 245, Colônia  
 São Francisco, CEP: 69980-00  
 Telefone: 068 996099565  
 E-mail: maria.lucas@ufac.br

*Maria Júlia dos Santos Nunes*

**Pesquisador:**

Maria Júlia dos Santos Nunes  
 Universidade Federal do Acre  
 Centro de Ciências da Saúde e do Desporto  
 BR 364, Km 4,5 – Distrito Industrial  
 Fone: 068 3901 2585 / 2500  
 E-mail: juliasnunes@hotmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

Bloco da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Sala 26 .  
 BR364 Km 04 Distrito Industrial - CEP: 69915-900