

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO – RS
CURSO DE MEDICINA

NATASHA CECILIA SILVA VILELA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES ATENDIDAS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.**

PASSO FUNDO – RS

2023

NATASHA CECILIA SILVA VILELA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES ATENDIDAS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.**

Trabalho de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof^ª Ma. Daniela Teixeira Borges

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Shana Ginar da Silva

**PASSO FUNDO - RS
2023**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Vilela, Natasha Cecilia Silva
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES ATENDIDAS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL. /
Natasha Cecilia Silva Vilela. -- 2023.
110 f.

Orientadora: Mestre Daniela Teixeira Borges
Co-orientadora: Doutora Shana Ginar da Silva
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo,RS, 2023.

1. Violência contra mulher. 2. Atenção à saúde. 3.
Assistência ao parto. 4. Direitos das mulheres. 5. Saúde
materno-infantil.. I. Borges, Daniela Teixeira, orient.
II. Silva, Shana Ginar da, co-orient. III. Universidade
Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

NATASHA CECILIA SILVA VILELA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES ATENDIDAS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.**

Trabalho de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof^a Ma. Daniela Teixeira Borges
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Shana Ginar da Silva

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ma. Daniela Teixeira Borges
Orientadora

Prof^a Ma. Bruna Chaves Lopes
Avaliador

Médica Esp. Juliana Morais Bagi
Avaliador

À todas as mulheres, de todas as idades,
escolaridades e cores, que em algum
momento tiveram seus direitos
desrespeitados.

*“Somente se entendermos, podemos nos importar.
Somente se nos importarmos, vamos ajudar(...). ”*

- Jane Goodal

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) de Graduação realizado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS. Este trabalho foi elaborado pela acadêmica Natasha Cecilia Silva Vilela, sob orientação da Prof^a. Ma. Daniela Teixeira Borges e coorientação da Prof^a. Dr^a. Shana Ginar Silva e teve como objetivo identificar e analisar as principais formas de violência obstétrica sofrida por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados. O volume foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC, sendo composto pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico que foram desenvolvidos ao longo de três semestres acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS nos componentes curriculares (CCrs) obrigatórios: TC I, TC II e TC III. Durante CCr de Trabalho de Curso I, no primeiro semestre acadêmico de 2022, foi desenvolvida a primeira parte do trabalho que consiste no Projeto de Pesquisa. A segunda parte, desenvolvida no segundo semestre acadêmico de 2022 no CCr TC II, consiste no Relatório de Pesquisa que contém todos os detalhes dos ocorridos durante a elaboração do trabalho, desde a conclusão do projeto de pesquisa até a finalização da coleta de dados e as análises. A terceira e última parte, elaborada no CCr TC III no primeiro semestre acadêmico de 2023, traz o Artigo Científico produzido a partir dos principais resultados encontrados.

RESUMO

A Violência Obstétrica refere-se a qualquer tipo de violência ou dano, mental, físico ou verbal realizado por qualquer pessoa responsável pela assistência ao parto, seja durante o pré-natal, parto ou pós-parto e ainda ao atendimento aos casos de aborto, contra a mulher gestante. A relevância desta temática é indiscutível para a saúde materna e infantil, no entanto, observa-se que o assunto ainda é negligenciado e, por se tratar de um tema sensível ainda há poucos estudos científicos com essa abordagem. Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar e analisar as principais formas de VO sofrida por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados. Dentre os objetivos secundários, buscou-se avaliar a percepção acerca da ocorrência desta violência incluindo o conhecimento dos direitos e garantias. Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico transversal, descritivo e analítico, realizado entre agosto de 2022 e junho de 2023 com mulheres com idade igual ou superior a 12 anos e que frequentam a atenção básica no município de Passo Fundo, RS por meio de acompanhamento de puerpério, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. Os dados foram coletados a partir de entrevistas face a face com as participantes elegíveis. O principal desfecho a ser investigado será a VO mensurada a partir de um conjunto de 18 questões presentes no instrumento de avaliação. Dentre as variáveis independentes investigou-se sobre idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos, local de parto, satisfação com o parto, tipo de parto, realização do pré-natal, número de consultas, trimestre de início, recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto e elaboração de plano de parto. A percepção sobre a ocorrência da VO, assim como o conhecimento dos direitos e garantias foi avaliado por meio de um conjunto de 7 questões. Realizou-se estatística descritiva (n,%) e análise da distribuição do desfecho segundo variáveis independentes por meio do teste do qui-quadrado adotando-se um nível de significância estatística de 5%. A amostra final foi composta por 159 mulheres, das quais 66% (IC95% 59-73) relataram sofrer algum tipo de VO durante assistência ao parto e/ou pré-natal, sendo física a principal forma. Foram demonstradas associações estatisticamente significativas entre VO e a cor da pele parda e amarela das mães ($p=0,014$) e tipo de parto vaginal ($p<0,001$). Entre as participantes 45,3% não sabe o que é VO e entre as que relataram diretamente ter sofrido (10,7%), apenas 17,6% sabia o que fazer em termos de direitos e garantias. A prevalência de VO foi alta e o conhecimento das mulheres, assim como de seus direitos e garantias ainda é escasso. Importantes indicadores sociodemográficos e clínicos estiveram relacionados a essa violência, como a cor da pele e o

tipo de parto. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de atividades educativas que tenham como foco a mudança nos padrões que perpetuam a violência na assistência ao parto no contexto do SUS no Brasil.

Palavras chaves: violência contra mulher; atenção à saúde; assistência ao parto; direitos das mulheres; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Obstetric Violence refers to any type of violence or damage, mental, physical or verbal, carried out by any person responsible for childbirth care, whether during prenatal care, childbirth or postpartum, and even in cases of abortion, against the pregnant woman. The relevance of this theme is indisputable for maternal and child health, however, it is observed that the subject is still neglected and, because it is a sensitive topic, there are still few scientific studies with this approach. Therefore, this study aimed to identify and analyze the main forms of VO suffered by women users of the Unified Health System (SUS), as well as the associated sociodemographic and clinical factors. Among the secondary objectives, we sought to assess the perception of the occurrence of this violence, including knowledge of rights and guarantees. This is a cross-sectional, descriptive and analytical epidemiological study, carried out between August 2022 and June 2023 with women aged 12 years and over who attend primary care in the city of Passo Fundo, RS through postpartum follow-up, specifically at the Basic Health Units São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José and Parque Farroupilha. Data were collected from face-to-face interviews with eligible participants. The main outcome to be investigated will be VO measured from a set of 18 questions present in the assessment instrument. Among the independent variables, age, education, race/color, family income, marital status, number of children, place of delivery, satisfaction with delivery, type of delivery, prenatal care, number of consultations, trimester at the beginning, receiving guidance on childbirth, receiving information about which place to look for at the time of childbirth and preparation of a birth plan. The perception of the occurrence of OV, as well as knowledge of rights and guarantees, was assessed using a set of 7 questions. Descriptive statistics (n.%) and analysis of the outcome distribution according to independent variables were performed using the chi-square test, adopting a statistical significance level of 5%. The final sample consisted of 159 women, of which 66% (95%CI 59-73) reported suffering some type of VO during delivery and/or prenatal care, with physical being the main form. Statistically significant associations were demonstrated between VO and mothers' brown and yellow skin color ($p=0.014$) and type of vaginal delivery ($p<0.001$). Among the participants, 45.3% do not know what VO is and among those who directly reported having suffered (10.7%), only 17.6% knew what to do in terms of rights and guarantees. The prevalence of VO was high and women's knowledge, as well as their rights and guarantees, is still scarce. Important sociodemographic and clinical indicators were related to this violence, such as skin color and type of delivery.

Therefore, it is essential to develop educational activities that focus on changing the patterns that perpetuate violence in childbirth care in the context of the SUS in Brazil.

Keywords: violence against women; health care; childbirth care; women's rights; maternal and child health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 PROJETO DE PESQUISA.....	15
2.1.1 Tema	15
2.1.2 Problemas	15
2.1.3 Hipóteses.....	15
2.1.4 Objetivos.....	15
2.1.4.1 Objetivo geral	15
2.1.4.2 Objetivo específicos	15
2.1.5 Justificativa	16
2.1.6 Referencial Teórico.....	17
2.1.6.1 Definição, diretrizes e legislações da violência obstétrica	17
2.1.6.2 Políticas de cuidado e humanização do ciclo gravídico-puerperal.....	22
2.1.6.3 Prevalência e fatores sociodemográficos associados a violência obstétrica.....	27
2.1.7 Metodologia.....	28
2.1.7.1 Tipo de estudo	28
2.1.7.2 Local e período de realização	29
2.1.7.3 População e amostragem	29
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados.....	29
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	31
2.1.7.6 Aspectos éticos	31
2.1.8 Recursos.....	33
2.1.9 Cronograma	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
ANEXO B – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO VIA ENTREVISTA.....	43
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	53
2.2.1 Apresentação	53
2.2.2 Desenvolvimento	53
2.2.3 Anexos.....	55
3 ARTIGO CIENTÍFICO.....	88
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109

1 INTRODUÇÃO

O parto é um momento marcante e esperado para as mulheres e a família, sendo muitas vezes idealizado ao longo da vida. Quando a mulher inicia o acompanhamento do seu período gestacional ou inicia o trabalho de parto, ela busca encontrar apoio, compreensão e ainda apresentar preocupações com sua saúde e da criança. Esse é um momento único e cheio de emoções e todas as experiências vividas nesse período, sejam elas positivas ou negativas ficam marcadas para o resto da vida (BRASIL, 2017).

Considerando o exposto e com o objetivo de garantir uma boa experiência durante a assistência ao parto, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), implementado em 2000, que tem como propósito garantir a melhoria do acesso, cobertura e qualidade dos serviços de saúde ao longo de todo ciclo gravídico-puerperal. O programa, caracteriza essa humanização em dois aspectos fundamentais, o primeiro é o atendimento à mulher, aos familiares e ao recém-nascido com dignidade, o que requer atitudes solidárias e éticas por todos os envolvidos no atendimento de modo a criar um ambiente acolhedor. Enquanto que o segundo aspecto refere-se à adoção de medidas benéficas para o acompanhamento da assistência ao parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora muitas vezes amplamente utilizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e com frequência acarretam maiores riscos à saúde física e psicológica (BRASIL, 2000a).

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou as recomendações de 1996, um guia prático sobre a condução do parto normal, de práticas na realização do parto normal, orientando sobre o que deve ser feito, em que caso deve ser feito e o que não deve ser feito pelos profissionais de saúde (WHO, 1996). No texto, a OMS organiza as condutas em recomendado, não recomendado, recomendado em contexto específico e recomendado apenas no contexto de investigações rigorosas. De modo geral, as ações recomendadas discorrem sobre a atenção integral à mulher, do compartilhamento de informações com a gestante e acompanhantes, além do tratamento da dor (WHO, 2018).

Apesar de existirem diretrizes nacionais e internacionais nem sempre o que é recomendado é seguido no cotidiano da assistência obstétrica, tanto em serviços de saúde públicos como nos privados. Desse modo, o parto que é um momento idealizado, nem sempre é seguido da maneira esperada, e muitas mulheres acabam passando por

experiências traumáticas, e onde deveriam encontrar assistência e acolhimento são tratadas com desrespeito e agressão (CIELLO et al., 2012). A violência ocorrida no momento da assistência ao parto é conhecida como violência obstétrica, um termo ainda sem uma definição única, mas que se caracteriza como qualquer ato, realizado por qualquer pessoa durante o acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e o período puerperal que agrida, de forma física ou verbal a gestante (AMARAL, 2021).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde, reconheceu a violência obstétrica (VO) como um problema de saúde pública que viola os direitos humanos fundamentais das mulheres, descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (OMS, 2014). No Brasil, ainda não existe uma legislação federal que especifique e exemplifique o que é VO, no entanto, existem respaldos na Constituição Federal e em resoluções que garantem a proteção da gestante na hora do parto, do acompanhamento pré-natal e pós-parto. Ainda, existem constituições estaduais que garantem em seus Estados uma melhor caracterização e conhecimento da VO. Entretanto a falta de uma legislação clara e objetiva acerca do tema dificulta que as vítimas reconheçam e saibam dos seus direitos na hora do pré-natal, parto e período puerperal (SOUZA, 2021).

Apesar de ser um tema ainda pouco explorado cientificamente, no Brasil, um quarto das mulheres que tiveram partos normais relatam ter sofrido maus tratos e desrespeito durante a assistência ao parto (VENTURI et al., 2010). Já, em relação ao cenário mundial, no México 33,3% das mulheres foram vítimas de violência obstétrica em seu último parto (CASTRO; FRÍAS, 2019). A pesquisa Nascer no Brasil, identificou a ocorrência de episiotomia em 56%, litotomia em 92% e da manobra de Kristeller em 37% dos partos (LEAL et al., 2014).

Segundo estudo realizado por Bowser e Hill (2010) existem sete tipos de categorias que podem se enquadrar a VO, sendo elas: violência física, não consentimento do cuidado, não confidencialidade do atendimento, não dignidade do cuidado, discriminação baseado nos atribuídos específicos do paciente, abandono do cuidado, e detenção em estabelecimento. As práticas não se encaixam em apenas uma categoria, podendo abranger uma ou mais delas.

Frente a esse contexto, destaca-se que a assistência pré-natal é responsabilidade da Atenção Básica na qual constitui-se como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e pode ser definida por um conjunto de ações que tem como objetivo a

manutenção e a proteção da saúde do usuário (BRASIL, 2006). Essa assistência visa o acolhimento da gestante e de sua família, assegurando seu bem-estar e promovendo a integração entre a usuária e a equipe de saúde. É nesse momento que o sistema de saúde deve analisar, identificar e classificar a gestante quanto ao risco e vulnerabilidade, para a ampliação e melhoria do acesso e qualidade do pré-natal. Além disso, a assistência pré-natal deve acolher a mulher, e cessar todas as dúvidas que ela apresente, afim de promover e garantir o bem-estar físico e emocional, trazendo informações e orientações sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto, garantindo um parto e nascimento saudável (DIAS, 2014; RIO GRANDE DO SUL, 2019). É na Atenção Básica, portanto, que existe o maior contato com a gestante e onde as usuárias terão acesso as informações da sua gestação e do parto. Com isso, a porta de entrada do sistema de saúde caracteriza-se como o lugar ideal para compartilhar e construir conhecimento acerca da VO e os direitos da gestante durante o seu ciclo gravídico puerperal.

Diante disso, levando em conta a falta de conhecimento e de debate acerca da violência obstétrica, assim como das implicações que essas condutas podem gerar em termos de saúde materno e infantil, faz-se necessários mais estudos sobre essa temática visando identificar esse problema, assim como os potenciais fatores associados. As evidências elucidadas poderão embasar políticas públicas e atividades de educação permanente em saúde na qual tenham como foco estratégias de mudanças nos padrões que perpetuam a violência na assistência ao parto, melhorando o acolhimento, a assistência e a experiência da gestante no seu período gravídico-puerperal.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Violência obstétrica em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em um município do Sul do Brasil.

2.1.2 Problemas

- 1) Qual a proporção de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde que relatam ter sofrido violência obstétrica durante o ciclo gravídico-puerperal?
- 2) Quais as formas mais predominantes de violência obstétrica relatada por essas mulheres?
- 3) Quais os fatores sociodemográficos e clínicos associados a violência obstétrica na população avaliada?
- 4) As mulheres reconhecem o que se constitui como violência obstétrica e os direitos que possuem caso essa violência venha a ocorrer?

2.1.3 Hipóteses

- 1) A proporção de mulheres que relata ter sofrido violência obstétrica é de 25%;
- 2) As formas predominantes de violência obstétrica são físicas, psicológicas e verbais;
- 3) As vítimas são predominantemente mulheres jovens, solteiras ou separadas, que possuem baixa escolaridade e baixo status sócio econômico, são da cor negra ou parda, e realizaram parto vaginal;
- 4) A maioria das mulheres não tem conhecimento sobre o que é violência obstétrica, assim como de seus direitos caso essa conduta venha a ocorrer;

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Analisar a frequência e as principais formas de violência obstétrica sofrida por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados.

2.1.4.2 Objetivo específicos

- 1) Estimar a proporção de violência obstétrica durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- 2) Analisar as formas mais predominantes de violência obstétrica relatada por essas mulheres.
- 3) Investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados a violência obstétrica.
- 4) Avaliar a percepção de mulheres acerca da violência obstétrica, assim como dos direitos e garantias caso essa violência venha a ocorrer.

2.1.5 Justificativa

Segundo estudo intitulado: “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados”, uma em cada quatro mulheres no Brasil sofre algum tipo de violência no momento do parto (VENTURINI et al., 2010). As mais comuns, segundo o estudo, são procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, gritos e recusa de atendimento. Ainda sim, grande parte dessas mulheres desconhecem que tenham sofrido violência durante esse período e algumas só vão perceber depois de algum tempo o que realmente aconteceu (LANSKY et al., 2019).

Além disso, após mulheres passarem pela experiência traumática de serem vítimas de VO, muitas apresentam sinais de estado depressivo no início do seu período de pós parto (ROCHA; GRISI, 2017). O que ainda pode interferir na relação materno infantil e influenciar no cuidado à saúde do bebê (SANTOS, 2013), podendo deixar marcas por toda a vida.

É durante a gestação, na Atenção Básica, que a mulher recebe a assistência pré-natal, que tem um importante papel na prevenção, promoção da saúde e no tratamento dos problemas que ocorrem durante todo o período gravídico puerperal (BRASIL, 2002). É nesse período que a mulher reconhece os riscos e as características do seu parto e deve receber orientações sobre a evolução da gestação e o trabalho de parto, garantindo um parto e nascimento saudável (DIAS, 2014).

Dessa forma, entende-se que a pesquisa terá um impacto positivo para a ciência, pois, além de ampliar o conhecimento acerca do tema, serão compreendidas as principais características da violência obstétrica, assim como uma melhor compreensão de como o evento ocorre no cenário da assistência ao parto no âmbito do Sistema único de Saúde. Com isso, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas que proponham mudanças nas estratégias de enfrentamento e padrões de cuidado que perpetuam a violência no cotidiano da obstetrícia reduzindo intervenções desnecessárias e melhorando a experiência da

mulher na assistência ao parto. No âmbito do SUS, na Atenção Básica, proporcionará conhecimento para que a equipe de saúde oriente as usuárias sobre o momento do parto e quais são os seus direitos, e também pode orientar sobre a construção de um plano de parto, que indicará aos profissionais responsáveis pelo trabalho de parto os desejos da gestante que devem ser respeitados.

2.1.6 Referencial Teórico

2.1.6.1 Definição, diretrizes e legislações da violência obstétrica

O termo Violência Obstétrica é utilizado para designar e agrupar diversas formas de violência ou danos físicos, mentais ou verbais causados durante a atenção ao parto, seja no pré-natal, no parto ou pós-parto, ou ainda no atendimento aos casos de abortamento, assim como procedimentos excessivos, desnecessários e danosos (TESSER et al., 2015). Trata-se, portanto, de uma violência específica contra a mulher, visto que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) a violência contra mulher pode ser entendida como qualquer ato de violência de gênero ou ameaça de tais atos que possa causar danos ou sofrimentos mentais, sexuais ou físicos, além de se enquadrar também a coação ou privação de liberdade, em vida pública ou privada (WHO, 2014). Nesse sentido, a violência obstétrica, pode ser entendida como uma violência de gênero, que fere os direitos humanos fundamentais das mulheres, descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (ONU, 1948).

A VO abrange uma grande quantidade de atos e para melhor organização e entendimento ela pode ser classificada em sete categorias: violência física, não consentimento do cuidado, não confidencialidade do atendimento, não dignidade do cuidado, discriminação baseado nos atribuídos específicos do paciente, abandono do cuidado e detenção em estabelecimento, não necessariamente o ato deve enquadrar-se em apenas uma delas, pode estar associada à uma ou mais categorias (BROWSER; HILL, 2010)

A violência física na VO inclui situações como toques vaginais dolorosos e repetitivos, manobras de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo), cesáreas desnecessárias, episiotomias, intervenções sem anestésias, imobilizações desnecessárias, obrigatoriedade da posição de litotomia ou supina (TESSER et al., 2015). Muito dessas ações além de ferirem fisicamente a mulher, estudos comprovam que os procedimentos podem trazer complicações. Como é caso por exemplo, da manobra de Kristeller que pode causar trauma das vísceras abdominais, do útero e ainda descolamento da placenta (CIELLO et al., 2012). A episiotomia, corte realizado na região do períneo entre a vagina e o ânus, é feita

de forma rotineira mesmo sem respaldo científico e comprovação de auxílio de não lacerações graves e na prevenção de incontinência urinária e fecal, mas existem estudos que mostram que causa complicações como: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, sendo prejudicial para a qualidade de vida da mulher, interferindo também na sua sexualidade (MOREIRA, 2011; PEÑA; GOMES, 2016).

O não consentimento do cuidado, engloba a realização de procedimentos ou escolha de tratamento sem que a paciente ou o representante legal tenha conhecimento e consentimento. A episiotomias também pode enquadrar-se nessa categoria, além de não seguimento do plano de parto e não explicação sobre as consequências das escolhas feitas para o tratamento (TESSER et al., 2015). A não confidencialidade do cuidado, refere-se à falta de privacidade no momento do parto e o compartilhamento de informações relacionadas a parturiente (BROWSER; HILL, 2010).

A não dignidade do cuidado são as ações de humilhação, xingamentos, a comunicação de forma desrespeitosa, a ridicularização da dor, além da desvalorização dos pedidos de ajuda. Já a discriminação baseada em certos atributos, exemplifica o tratamento diferencial com base nos atributos pessoais da paciente, os mais comuns são relacionados a etnia, idade, estado civil, status econômico, além de grau de escolaridade. O abandono, negligência ou recusa de assistência, refere-se a situações em que as mulheres são deixadas sozinhas durante o momento do parto e não possuem assistência profissional quando solicitado, seja para o auxílio com a dor ou sobre dúvidas acerca do parto. Por último, tem-se a detenção em estabelecimentos que diz respeito a permanência da mulher na instituição por falta de pagamento (BROWSER; HILL, 2010).

Quadro 1 – Categorias da Violência Obstétrica e exemplos.

CATEGORIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	EXEMPLOS
Abuso Físico	Toques vaginais dolorosos, Manobra de Kristeller, episiotomias desnecessária
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Recusa de aceitação de plano de parto, indução de cesárea por motivos duvidosos, realização de episiotomia mesmo que não autorizado.
Cuidado não confidencial ou privativo.	Enfermarias com trabalho de parto coletivo que muitas vezes não utilizam nem de biombo para separar os leitos
Cuidado indigno e abuso verbal.	Ridicularização da dor, proibir a mulher de gritar ou fazer piadas sobre isso, humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está ai chorando”
Discriminação baseada em certos atributos	Tratamento diferenciado entre aquelas que são consideradas tendo características positivas, como ser casada, de classe média, saudáveis, daquelas que

	possuem características negativas, como jovens, solteiras, pobres e não escolarizadas
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Recusa de responder questões e dúvidas, recusa de alívio da dor e abandono da paciente sozinha sem assistência
Detenção nos serviços.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais

Fonte: elaborado a partir de Bowser; Hill, 2010; Tesser et al., 2015.

Em relação a legislação sobre a VO, o Brasil não possui uma legislação federal específica que aborde o tema, diferente de alguns países da América do Sul, como o caso da Venezuela e Argentina, que foram os pioneiros dos países latino-americanos a desenvolver uma lei que tem como objetivo a proteção contra a VO (PASSOS, 2020).

A Venezuela foi o primeiro país da América do Sul a tratar na legislação sobre violência obstétrica, com a Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, promulgada em 2007, que trata da violência contra as mulheres e suas derivações. A lei entende a VO como forma de apropriação do corpo e do processo reprodutivo da mulher pelos profissionais da saúde, que se expressa de uma forma desumanizada, com abuso de medicação e patologização de processos naturais, resultando em perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, causando um impacto negativo na vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

Ainda a lei traz em seu artigo 51, quais atos são constitutivos de VO, sendo eles: não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas, obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, mesmo existindo meios para a realização do parto vertical, impedir a permanência do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada, negando-a a possibilidade de carregá-lo e amamentá-lo imediatamente ao nascer, alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher e praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (VENEZUELA, 2007). Além de estabelecer os delitos a lei estabeleceu as medidas cabíveis que devem ser adotadas para punir quem pratica os atos de violência, sendo eles os profissionais de saúde envolvidos durante os procedimentos e atos de violência praticados (PASSOS, 2020).

Já a Argentina possui duas Leis que tratam do tema. A primeira lei, promulgada em 2004, Lei do Parto Humanizado, que embora não estabeleça de forma clara o que é a VO, garante direito as gestantes durante todo atendimento ao parto, além de estabelecer direitos aos recém-

nascidos também (ARGENTINA, 2004). A segunda lei, promulgada em 2009, é a Lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nas áreas em que desenvolvem suas relações interpessoais que determina todos os tipos de violência que se enquadram no conceito, violência física, violência sexual e psicológica. Essa lei traz o conceito de violência obstétrica e a define como aquele que exerce o profissional da saúde sobre o corpo os processos reprodutivos das mulheres expressadas em um trato desumano, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929 (ARGENTINA, 2009).

No Brasil, em decorrência da lacuna legal que trate especificamente o tema, o amparo ocorre pela utilização dos direitos fundamentais constitucionais, além de resoluções que garantem alguns direitos das mulheres grávidas e as ações à serem realizadas durante à atenção ao parto. Começando pela Constituição Federal de 1988, Seção II, artigo 196 a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garantir mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco da doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). No caso da assistência ao parto, esse artigo deve garantir a gestante todos os procedimentos necessários durante o ciclo gravídico-puerperal. Ademais, a Lei Nº 11.108, também chamada de Lei do Acompanhante, promulgada em 2005, garante as parturientes o direito à presença de um acompanhando, indicado pela mulher, durante todo o período de assistência ao parto (BRASIL, 2005).

Além do previsto no Código Penal, o Código de Ética Médica de 2009 que rege a conduta médica, garante as mulheres alguns aparatos para defende-la. O código veda ao médico desrespeitar o direito do paciente e de seu representante de decidir livremente sobre as condutas, de deixar de usar todos os meios disponíveis de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de doenças, de negar atendimento em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico que possa fazê-lo, além de, ser vedado não informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento (BRASIL, 2009). A resolução Nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, também pode ser um aparato, pois discute acerca da autonomia da mulher na hora de decidir qual será sua via de parto e que veda o médico de realizar procedimentos sem consentimento ou informações, salvo em caso de risco iminente de morte (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

Há também a Resolução - RDC Nº 63 que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde de 2011, ação que é regulamentada pelo Ministério da Saúde, que tem como um dos objetivos a humanização da atenção e gestão. A humanização

e a gestão são definidas como reconhecimento em todas as práticas de saúde para fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, e deve respeitar as questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo aos usuários informações sobre os profissionais da saúde e sobre a saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores (ANVISA, 2011).

Alguns estados possuem sua própria legislação acerca do tema. Em Santa Catarina existe a Lei Nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que prevê implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, definindo-a como todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda de alguma forma a mulher gestante em seu período de assistência ao parto (SANTA CATARINA, 2017). No Estado do Paraná, a assembleia legislativa aprovou a Lei Nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que também dispõe sobre medidas de proteção e informação à gestante parturiente contra violência obstétrica, trazendo exemplificação de tais atos (PARANÁ, 2018). Ainda, o Estado de Minas Gerais, possui a Lei Nº 23.175/18, de 21 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado (MINAS GERAIS, 2018).

Existe também projetos de lei que abordam a VO, como é o caso do Projeto de Lei Nº 7633/14, do deputado Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014). O Estado do Rio Grande do Sul, possui um Projeto de Lei (PL) 277/2019, sobre Parto Seguro, que tem gerado muitas discussões, já que apesar de dispor sobre o Parto Seguro com medidas de proteção à gravidez, parto, abortamento e puerpério no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências, veda a utilização do termo violência obstétrica indo de encontro a declaração da OMS que reconhece o termo como um termo legítimo (OMS, 2014; RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Apesar da existência de aparatos constitucionais e do Código de Ética Médica, além de, resoluções do Conselho Federal de Medicina, do Ministério da Saúde e leis estaduais acerca do tema, a falta de uma legislação federal clara e objetiva sobre a definição da VO, e falta de discussão sobre o tema, dificulta que mulheres entendam seus direitos e saibam identificar o que se enquadra como VO (SOUZA, 2021).

2.1.6.2 Políticas de cuidado e humanização do ciclo gravídico-puerperal

A Atenção Básica ou Atenção Primária é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Os princípios e objetivos da Atenção Básica não são diferentes na gestação, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto, essa assistência da atenção básica, ocorre através do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2000b).

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por um período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de uma forma distinta. Toda essa transformação pode gerar medos, dúvidas, angústias e curiosidades sobre esse processo (BRASIL, 2000a). Essas dúvidas devem ser cessadas durante a assistência pré-natal que tem como principal objetivo acolher a mulher em todo o seu período gestacional, promovendo e garantindo o bem-estar físico e emocional, trazendo informações e orientações sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto, garantindo um parto e nascimento saudável (DIAS, 2014).

Pensando, então, em garantir uma melhor experiência à assistência ao parto o Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria/GM nº 569 com o objetivo principal de assegurar um melhor acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. O PHPN fundamenta-se na humanização da assistência, compreendendo de dois aspectos fundamentais, sendo o primeiro relacionado a recepção e assistência digna para a mulher, o recém-nascido e os familiares, criando um ambiente acolhedor e solidário e que rompa com o tradicional isolamento imposto à mulher em ambiente hospitalar. O segundo aspecto diz respeito à adoção de procedimentos benéficos para a assistência ao parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que embora realizadas com frequência não beneficiam a mulher e o recém-nascido e ainda podem trazer riscos. (BRASIL, 2000a)

Os princípios do PHPN são garantir atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, assegurar o acesso a maternidade, ter a assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica, além de garantir ao recém-nascido a assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

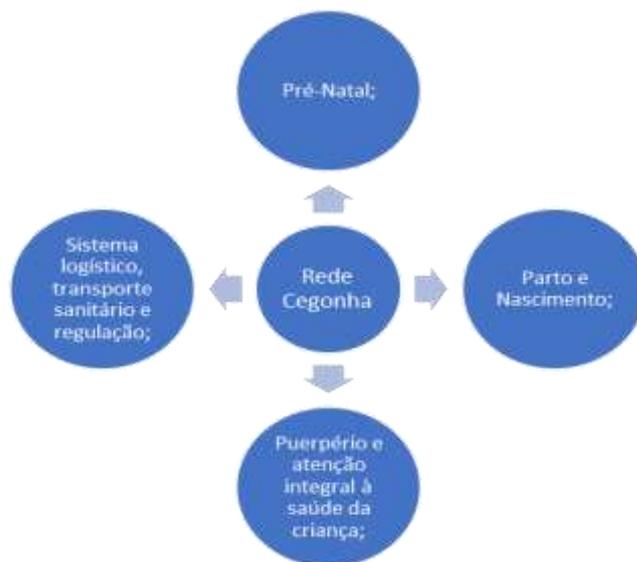
Além do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o Ministério da Saúde instituiu em 2011, por meio da Portaria nº 1.459, a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada em todo ciclo gravídico, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como base os princípios do SUS, de modo garantir a integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde (MARQUES et al., 2016). Dessa forma, organiza-se como um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. Tem como suas diretrizes acolhimento da mulher com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação e melhoria do acesso e qualidade do pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro, boas práticas na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde da criança até os 24 meses com qualidade resolutiva, além de acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

A rede organiza-se a partir de quadro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação. No pré-natal é feita a captação precoce das gestantes e acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, inclusão da gestante ao local de parto, além de realização de exames e consultas odontológicas. A gestante deve realizar a primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação, e ao todo deve realizar no mínimo seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (MARQUES et al., 2016; BRASIL, 2000).

Em relação ao parto e nascimento, as ações correspondem a presença de acompanhamento, visita hospitalar da equipe de saúde, centro de parto normal e agendamento da consulta puerperal. O puerpério e atenção integral à saúde da criança, encontra-se as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, a promoção e proteção do aleitamento materno, a consulta puerperal entre o 30º e 42º dia, a busca ativa de crianças vulneráveis, acompanhamento do calendário vacinal, prevenção odontológica, além de promoção do crescimento e desenvolvimento saudável. Por último, o sistema logístico inclui o transporte sanitário para garantir o acesso aos serviços com qualidade e tempo hábil (MARQUES et al., 2016).

Imagem 1 – Componentes da Rede Cegonha.



Fonte: elaborado a partir de Marques et al., 2016.

Além das recomendações realizadas pelo Ministério da Saúde, em 2018 a OMS renovou as recomendações de 1996 sobre as práticas na condução do parto normal, orientando sobre as práticas à serem seguidas, em quais casos devem ser realizadas e quando não devem ser realizadas (WHO, 2018). A OMS organiza as condutas em recomendado, não recomendado, recomendado em contexto específico e recomendado apenas no contexto de investigações rigorosas, é possível analisar as condutas no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Cuidados recomendados para todo o processo de nascimento.

CUIDADOS RECOMENDADOS PARA TODO O PROCESSO DE NASCIMENTO		
RECOMENDADO		RECOMENDADO EM CONTEXTO ESPECÍFICO
1. Cuidados de maternidade respeitosos – mantendo dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a ausência de maus tratos e danos, fornecendo apoio e escolha informada 2. Comunicação eficaz – entre os profissionais e a mulher 3. Acompanhante durante o trabalho de parto (TP) e parto		4. Continuidade do cuidado – continuidade do cuidado da parteira em que ela apoia uma mulher durante o pré-natal, durante TP e pós-parto, recomendados para locais que o programa de obstetrícia funciona bem. Requer adequação do modelo de assistência e dos recursos humanos disponíveis
CUIDADOS NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO (TP)		
RECOMENDADO	RECOMENDADO COM PESQUISA	NÃO RECOMENDADO
5. Usar definição dos estágios de TP: - Latente: contrações dolorosas e alterações colo do útero, dilatação até 5 cm; - Ativo: contrações dolorosas regulares, grau de apagamento cervical com mais de 5 cm de dilatação. 6. Informar as mulheres sobre duração da primeira fase do TP, que pode variar muito. Mas que a fase ativa não passa de 12h para mulheres	16. Para mulheres grávidas saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo, uma política de adiar a admissão na enfermaria de trabalho de parto até o primeiro estágio ativo é recomendada apenas no contexto de pesquisas rigorosas.	17. Utilizar critério de taxa de dilatação cervical de 1cm/h durante estágio ativo para identificar risco de resultados adversos. 18. Utilizar critério de taxa de dilatação cervical de 1cm/h durante estágio ativo para realização de intervenções. 19. Não recomendado o uso de intervenções para acelerar o parto antes que a dilatação cervical de 05 cm seja atingida. 20. A pelvimetria clínica de rotina na admissão em trabalho de parto 21. A cardiocografia de rotina para avaliação do bem-estar fetal

<p>no primeiro parto e 10h nos partos subsequentes.</p> <p>7. Avaliação bem-estar fetal com Doppler ou estetoscópio fetal na admissão do parto.</p> <p>8. Exame vaginal digital em intervalos de 4h para avaliação da evolução no estágio ativo do parto em mulheres de baixo risco. Evitar ser feito por múltiplos cuidadores.</p> <p>9. Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal.</p> <p>10. Analgesia epidural para alívio da dor para gestantes saudáveis que solicitam alívio.</p> <p>11. Analgesia opióide para alívio da dor quando solicitado pela mulher. Recomendado, fentanil, diamorfina e petidina.</p> <p>12. Técnicas de relaxamento para alívio da dor, quando solicitado pelas mulheres.</p> <p>13. Técnicas manuais para tratamento da dor</p> <p>14. Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, pelas gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral.</p> <p>14. Encorajar movimentação e posição vertical</p>		<p>22. Depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal (tricotomia)</p> <p>23. Enema na admissão</p> <p>24. Cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto</p> <p>25. Alívio da dor para evitar atraso do TP.</p> <p>26. Limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com o objetivo de prevenir morbidades infecciosas.</p> <p>27. Pacote de cuidados para manejo ativo do trabalho de parto para prevenção de atraso no trabalho de parto.</p> <p>28. O uso de amniotomia isolada para prevenção de atraso no trabalho de parto.</p> <p>29. O uso de amniotomia precoce com aumento precoce de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto.</p> <p>30. O uso de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto em mulheres que recebem analgesia epidural.</p> <p>31. O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no TP.</p> <p>32. O uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do TP</p>
CUIDADOS NA SEGUNDA FASE DO TP		
RECOMENDADO	RECOMENDADO EM CONTEXTO ESPECÍFICO	NÃO RECOMENDADO
<p>33. Utilizar definição e duração do segundo estágio do TP: - Segundo estágio é entre a dilatação cervical completa e o nascimento, período que a mulher deve fazer força. - Informar sobre a duração, nos primeiros TP, o nascimento é concluído em 3h, nos subsequentes em 2h.</p> <p>34. . Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se incentivar a adoção de uma posição de parto de escolha individual da mulher, incluindo posições eretas.</p> <p>35. Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais.</p> <p>36. Recomenda-se que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar durante o segundo estágio do parto</p> <p>37. Para as mulheres na segunda fase do trabalho de parto, são recomendadas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas quentes e proteção “mão na massa” do períneo), com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.</p> <p>38. O uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós parto (HPP) durante o terceiro estágio é</p>	<p>43. Para as mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do parto, os puxos podem iniciar até 02 horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere o desejo sensorial de empurrar. Os profissionais de saúde devem evitar a imposição imediata de puxos às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com estímulo imediato e a prática pode levar a mais intervenção médica</p>	<p>44. O uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo.</p> <p>45. A aplicação de pressão uterina manual para facilitar o parto durante a segunda fase do trabalho de parto não é recomendada</p> <p>46. A massagem uterina sustentada como intervenção para prevenir hemorragia pós-parto (HPP) em mulheres que receberam ocitocina profilática.</p>

<p>recomendado em todos os partos – recomendado.</p> <p>39. A ocitocina (10 UI - IM ou IV) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP.</p> <p>40. Em locais onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (ergometrina / metilergometrina, ou a combinação de ocitocina e ergometrina) ou o misoprostol oral (600 µg) é recomendado.</p> <p>41. - Recomenda-se retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) para melhores resultados na saúde e nutrição materna e infantil. O clampeamento tardio é recomendado mesmo entre as mulheres vivendo com HIV ou mulheres com status de HIV desconhecido.</p> <p>42. Em locais onde há assistentes especializados em parto, a tração controlada do cordão (TCC) 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. O prestador de cuidados deve discutir essa decisão com a mulher, associada ao uso de uma droga uterotônica profilática. Se a droga uterotônica utilizada for ergometrina/metilergometrina, a TCC é essencial para evitar a retenção placentária</p>		
CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO		
RECOMENDADO	NÃO RECOMENDADO	
<p>47. Contato pele a pele primeira hora após nascimento para prevenir hipotermia e promover amamentação.</p> <p>48. Amamentação o mais breve possível.</p> <p>49. Todos os recém-nascidos devem receber 01 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento.</p> <p>50. O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento. Se isso não for possível por razões culturais, o banho deve ser adiado por pelo menos seis horas. Recomenda-se a roupa adequada do bebê para a temperatura ambiente. Isso significa uma a duas camadas de roupas a mais que os adultos, e uso de chapéus/ bonés. A mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia</p>	<p>51. Em neonatos nascidos com líquido amniótico claro que começam a respirar sozinhos após o nascimento, não deve ser realizada aspiração de boca e nariz</p>	
CUIDADOS DURANTE PERÍODO PUERPERAL		
RECOMENDADO	NÃO RECOMENDADO	
<p>52. Avaliação do tônus uterino pós-parto para identificação de atonia uterina.</p> <p>53. Avaliação regular sobre sangramento vaginal, contração uterina, altura fundo de útero, temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, durante as primeiras 24h após o nascimento.</p> <p>54. Mãe e recém-nascidos devem receber cuidados na unidade por pelo menos 24h após nascimento.</p>	<p>55. Profilaxia com antibiótico de rotina para parto vaginal sem complicação.</p> <p>56. Profilaxia com antibiótico em mulheres com episiotomias.</p>	

Fonte: elaborado a partir WHO, 2018.

De modo geral, as ações recomendadas discorrem sobre a atenção integral à mulher, do compartilhamento de informações com a gestante e acompanhantes e tratamento da dor. As diretrizes buscam a redução de intervenções médicas desnecessárias, onde as equipes de prestação de assistência, médica e de enfermagem, não devem interferir no trabalho de parto e parto de forma a acelerá-lo, exceto quando existir riscos reais de complicações (WHO, 2018).

2.1.6.3 Prevalência e fatores sociodemográficos associados a violência obstétrica

No Brasil, em um estudo realizado em 2010, um quarto das mulheres que tiveram partos normais relatam ter sofrido alguma violência no atendimento ao parto. As violências sofridas são: o exame de toque de forma dolorosa, referido por 10% das entrevistadas, não oferecer algum tipo de método para alívio da dor, 10%, gritos, 9%, não informar sobre os procedimentos, 9%, negar atendimento, 8%, e humilhação em que 7% referiram (VENTURI et al., 2010)

No cenário mundial, um estudo realizado na Espanha mostrou que mais de dois terços das mulheres tiveram alguma experiência de violência obstétrica, e mais da metade dessas foram vítimas de violência física na hora do parto (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2021). No México, 33,3% das mulheres foram vítimas de violência obstétrica em seu último parto (CASTRO; FRÍAS, 2019). Os resultados encontrados na Venezuela demonstram uma prevalência de 26,3%, (PEREIRA RAMÍREZ; DOMÍNGUEZ VILLARROEL, 2013). Nos Estados Unidos os estudos mostram que quase um quinto (18,53%) das mulheres relatou sofrer discriminação por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal, trabalho de parto ou parto. (DE MARCO; THORBURN; ZHAO, 2008)

A pesquisa Nascido no Brasil, que foi um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, identificou a prevalência das práticas realizadas no momento do parto, a ocorrência de episiotomia foi relatada em 56%, litotomia em 92% e da manobra de Kristeller em 37% dos partos e entre as mulheres que tiveram parto vaginal apenas 5% não sofreram nenhuma intervenção durante o trabalho de parto (LEAL et al., 2014). Quando analisado entre o grupo de mulheres que teve parto vaginal, em uma pesquisa denominada Sentidos do Nascido, realizada entre 2015 e 2017, 46,4% ficaram na posição litotômica no momento do parto, em 23,7% foi realizada a manobra de Kristeller, em 30,4% foi realizada a episiotomia, e a realização desse procedimento não foi informada para 35,6% das mulheres (LANSKY et al., 2019). É importante destacar que a OMS recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30% (WHO, 1996)

Em Porto Alegre, um estudo utilizando o Questionário de Violência no Parto, mais de 50% das mulheres sentiram-se inferiores, vulneráveis ou inseguras e expostas ou sem privacidade (PALMA; DONELLI, 2017). Em Rio Grande - RS, a prevalência de violência obstétrica foi de 27,2% (ARAÚJO, 2019). Na América Latina, quando avaliada a partir das intervenções realizadas durante o parto, a prevalência de violência obstétrica foi de 43% (TOBASÍA-HEGE et al., 2019).

Ao analisar a associação entre a ocorrência da violência obstétrica e o perfil sociodemográficos das vítimas, mulheres de menor nível social experimentam maiores níveis de maus-tratos (SHRIVASTAVA; SIVAKAMI, 2019; FARIAS, 2021). As mulheres mais jovens e menos escolarizadas estavam em maior risco, sugerindo desigualdades na forma como as mulheres são tratadas durante o parto (BOHREN et al., 2019), as menos favorecidas socioeconomicamente sofrem mais com a utilização de métodos dolorosos. Em relação ao estado civil houve associação independente com a percepção da violência obstétrica, o relato de VO foi 2 vezes maior entre as mulheres solteiras/separadas do que mulheres casadas (LANSKY et al., 2019). A idade materna também possui associação com a violência obstétrica, mulheres com idade menor de 19 anos, apresentam 2,43 vezes maiores chances de discriminação durante o pré-natal e o parto, como as mais velhas, com idade igual ou superior a 35 anos que possui 1,91 vezes maior chance de discriminação (DE MARCO; THORBURN; ZHAO, 2008).

Outro ponto importante para destacar é a assistência pré-natal, apesar da cobertura elevada no Brasil, menos da metade das mulheres que realizaram pré-natal afirmam ter recebido orientações sobre as práticas para o trabalho de parto e o parto (DINIZ et al., 2018). No entanto, apesar de falta de orientação para um número significativo de mulheres, um estudo mostrou que mulheres com menos de quatro consultas de pré-natal apresentaram uma chance quase duas vezes maior de serem vítimas da violência obstétrica (WASSIHUN et al., 2018).

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica, sendo recorte de uma pesquisa intitulada: *“Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde”*.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no período de agosto de 2022 e julho de 2023 nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul.

2.1.7.3 População e amostragem

A população a ser estudada compreenderá mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, RS. Para composição da amostra serão consideradas elegíveis usuárias com idade igual ou superior a 18 anos, que possuam filhos de até 1 ano de idade e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis. Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um “n” de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de n=271 mulheres. A seleção das participantes será do tipo não probabilística. Todas as mulheres cadastradas e em acompanhamento nas respectivas UBS’s e que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar do estudo.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Após a emissão do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, e da aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), a estratégia de captação das usuárias elegíveis, junto a gestão das respectivas Unidades de Saúde consistirá na obtenção da lista de mulheres cadastradas e em acompanhamento de puericultura. Em posse da lista, o objetivo será identificar os agendamentos das próximas consultas para que a equipe possa otimizar o acesso as participantes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com apresentação do estudo, e, em caso de aceite para participação, as entrevistas, face a face, serão realizadas nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados.

Vale ressaltar que caso haja o aceite, o estudo só será realizado após a leitura e assinatura por parte das participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Esse ato deve ser voluntário, e a assinatura deve se dar em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, será realizada a aplicação do instrumento via entrevista face a face. O instrumento de coleta de dados será um questionário (ANEXO B) estruturado em blocos: (A) Características sociodemográficas; (B) Hábitos de vida; (C) Informações do pré-natal; (D) Dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica; (F) Saúde da Mulher; (G) Saúde da Criança.

Para este recorte de pesquisa serão utilizadas as variáveis presentes nos blocos A, C, D e E. As variáveis sociodemográficas avaliadas serão: idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos. Nos dados clínicos referente a última gestação serão questionados sobre data do parto, semanas de gestação, complicações da gestação, local de parto, satisfação com o parto e tipo de parto. Sobre as informações do pré-natal as questões serão sobre número de consultas, recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto e elaboração de plano de parto. Em relação ao conhecimento das participantes sobre violência obstétrica e seus direitos e garantias serão utilizadas as questões “O que você considera ser seu direito na hora do parto?”, “Você sabe o que é violência obstétrica?”, “O que você entende por violência obstétrica?”, “Você sofreu violência obstétrica?”, “Você sabia o que fazer?”, “Quais providências você tomou?”, “Caso tivesse sofrido, você saberia o que fazer?” e “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê?”

E por último, para avaliar o principal desfecho em avaliação nesse estudo, que será a prevalência da violência obstétrica, serão utilizadas 21 questões do instrumento de avaliação para determinar a ocorrência ou não de violência obstétrica. **Em caso de respostas afirmativas para as questões:** “Você sofreu violência obstétrica? ”, “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê? ”, “Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe? ”, “Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer? ”, “Durante o trabalho de parto a senhora foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor?”, “O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais?”, “Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto?”, “Sobre cuidados antes do parto: Foi feita lavagem intestinal? A senhora foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? Algum profissional rompeu sua bolsa?”, “Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta da

senhora?”, “Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou a senhora?”, “Algum profissional repreendeu a senhora por chorar ou gritar durante o trabalho de parto e parto?”, “Algum profissional debochou ou fez piadas da senhora?” e “A senhora foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento?”, **ou em caso de respostas negativas para as questões:** “Você escolheu a posição do seu parto?”, “Foi oferecido para senhora alguns desses itens para alívio da dor?”, “A senhora depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor teve seu pedido atendido?”, “A senhora teve o seu pedido de alimentação atendido?”, “Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto?”, “Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, a senhora pegou e/ou tocou nele?” e “A senhora pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto?”, será definido a frequência ou ocorrência da violência obstétrica.

Pelo menos uma resposta afirmativa ou negativa para as questões já citadas será utilizada para caracterizar a ocorrência de violência obstétrica contra as participantes. As características sociodemográficas, clínicas e de saúde serão utilizadas como exposições nesse trabalho.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva da prevalência de violência obstétrica com intervalo de confiança de 95%. Para as demais variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil) enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%).

A prevalência da violência obstétrica de acordo com as características sociodemográficas, será realizada pelo teste Qui-quadrado. Para verificação da associação será calculada a razão de prevalências (RP), brutas e ajustadas e seus respectivos IC95% por meio da Regressão de Poisson. Na análise multivariada uma série de fatores de ajuste serão incluídos no modelo de análise. No modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,20$. Em todos os testes, será admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto guarda-chuva intitulado: “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*” será encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo com vistas à aprovação da pesquisa por meio do Termo de

Ciência e Concordância. Em posse do termo de aprovação da instituição envolvida, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP-UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este órgão.

As mães que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite, estas deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a pesquisadora responsável. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. A usuária que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido.

Em relação as participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação das participantes

Quanto aos riscos, há o risco de exposição acidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade das participantes, os dados de identificação da participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas,

críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil.

A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados.

Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

2.1.8 Recursos

Os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento do projeto estão listados no Quadro 3 a seguir, sendo todos custeados pela pesquisadora.

Quadro 3 – Orçamento

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Canetas	Caixa de Caneta	1	R\$12,00	R\$12,00
Impressões	Impressão	400	R\$0,25	R\$100,00
Vale-transporte	Vale-transporte	100	R\$4,50	R\$450,00
Computador	Computador	1	R\$2500,00	R\$2500,00
Pastas	Pasta	4	R\$5,00	R\$20,00
Total				R\$ 3082,00

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

2.1.9 Cronograma

O cronograma de execução das atividades relacionadas ao projeto em questão, através dos meses de agosto de 2022 até julho de 2023 está descrito no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 - Cronograma de execução (agosto/2022 a julho/2023).

Atividades/ Período	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Ago/ 2022	Set/ 2022	Out/ 2022	Nov/ 2022	Dez/ 2022	Jan/ 2023	Fev/ 2023	Mar/ 2023	Abr/ 2023	Mai/ 2023	Jun/ 2023	Jul/ 2023
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apreciação Ética	X	X	X	X								
Coleta de Dados					X	X	X					
Análise de Dados						X	X	X				
Divulgação dos resultados									X	X	X	
Entrega relatório final ao CEP												X

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução nº. 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 25 nov. 2011; Seção 1:227.
- AMARAL, Emanuel Teixeira do. A violência obstétrica como violência de gênero: o parto no banco dps réus. 2021.
- ARAUJO, Gabrielle Caseira. **Violência obstétrica no parto vaginal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil**. 2019. Dissertação de Mestrado.
- ARGENTINA. Lei n. 25.929 de 17 de setembro de 2004. **Ley Nacional de Parto Respetado**. Buenos Aires, [2004]. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0842.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2022.
- ARGENTINA. Lei nº 26.485, de 11 de março de 2009. **Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres em los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales**. Buenos Aires, [2009]. Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/4a016dd62.html>>. Acesso em: 22 de março de 2022.
- BOHREN, Meghan A. et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, n. 10210, p. 1750-1763, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela vida**, v. 4, 60p., 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: **Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- BRASIL. Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, 2005.
- BRASIL. Conselho Federal De Medicina. Resolução nº 1.931/2009. **Diário Oficial da União; Poder Executivo**, Brasília, DF, set. 2009, Seção I, p.90
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: **Manual Técnico**. Brasília, 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
- BROWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis-USAID. 2015. Disponível em: <<https://www.mhtf.org/document/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis/>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 7633/2014. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.** Brasília, 2014.

CASTRO, Roberto; FRÍAS, Sonia M. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence against women*, v. 26, n. 6-7, p. 555-572, 2019.

CIELLO, Cariny et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Senado federal, p. 1-188, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Nº 2.144/2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. 2016.

DE MARCO, Molly; THORBURN, Sheryl; ZHAO, Weiyi. Perceived discrimination during prenatal care, labor, and delivery: An examination of data from the Oregon Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1998–1999, 2000, and 2001. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 10, p. 1818-1822, 2008.

DIAS, Ricardo Aubin. A importância do pré-natal na atenção básica. 2014. **Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais**, 2014.

FARIAS, Mariana Maria Pereira Cintra et al. Análise da violência obstétrica pela mulher: vivência e reconhecimento de procedimentos obstétricos associados. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 18425-18437, 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers’ training. **Reproductive health matters**, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018.

LANSKY, Sônia et al. 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>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?lang=pt>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

MARQUES, Consuelo Penha Castro et al. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. 2016.

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel et al. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. **Women and Birth**, v. 34, n. 5, p. e526-e536, 2021.

MINAS GERAIS. Lei nº 23175/2018, de 21 de dezembro de 2018. **Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.** Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2018.

MOREIRA, Gislea Pinto. Implicações da episiotomia na saúde da mulher: **uma revisão bibliográfica**. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DNFSH/1/tcc_gislea_pdf.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017.

PARANÁ. Lei Estadual 19.701, de 20 de novembro de 2018. **Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica**. Assembleia Legislativa do Paraná. Curitiba, 20 de novembro de 2018.

PASSOS, Geycielle Batista Dias dos. Violência obstétrica: comparativo entre os países da América do Sul com o Brasil. 2020.

PEÑA, Solange Ribeiro; GOMES, Célia Regina De Godoy. Episiotomia e suas implicações. **Arquivos do MUDI**, v. 20, n. 1, p. 25-37, 2016.

PEREIRA RAMÍREZ, Carlota Josiree; DOMÍNGUEZ VILLARROEL, Alexa Liana. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Caracas, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Projeto de Lei 277/2019. **Dispõe sobre o Parto Seguro: medidas de proteção à gravidez, parto, abortamento e puerpério no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências**. Porto Alegre, 2019.

ROCHA, Mágda Jardim; GRISI, Erika Porto. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. Id On Line **Revista de Psicologia**, [S.L.], v.11, n. 38, p. 623-635, 30 nov. 2017. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v11i38.931>. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

SANTA CATARINA. Lei Estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

SANTOS, Wallace dos. **A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?** 2013. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/13236>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

SHRIVASTAVA, Surbhi; SIVAKAMI, Muthusamy. Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review. **Journal of biosocial science**, v. 52, n. 4, p. 610-628, 2020.

SOUZA, Flávia. Reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro e no Estado de Santa Catarina. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale et al. 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). Disponível em: <
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

TOBASÍA-HEGE, Constanza et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 2019.

VENEZUELA. Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007. **Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, [2007]. Disponível em:
<<http://www.derechos.org/ve/pw/wpcontent/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-VidaLibre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 22 de abril de 2022.

VENTURI, G. et al. Fundação Perseu Abramo. **Serviço Social do Comércio (SESC). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado.**[Internet] São Paulo: SESC (SP)/Fundação Perseu Abramo, 2010.

WASSIHUN, Biresaw et al. Prevalence of disrespect and abuse of women during child birth and associated factors in Bahir Dar town, Ethiopia. **Epidemiology and health**, v. 40, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization, 2014. Disponível em: <
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; NEWBORN HEALTH/SAFE MOTHERHOOD UNIT. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva, World Health Organization, 1996.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”**, desenvolvida pelas acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, Isabela Ulthes da Fonseca e Natasha Cecília Silva Vilela, sob coordenação da Professora Dra. Shana Ginar da Silva e colaboração da Professora Ma. Daniela Teixeira Borges e Professora Dra. Renata dos Santos Rabello.

O objetivo central do estudo é avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser uma mulher com idade igual ou superior a 18 anos, que teve filho nos últimos 12 meses e faz acompanhamento de puericultura no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha do município de Passo Fundo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de questionário à um acadêmico do Curso de Medicina da UFFS previamente treinado para a realização da coleta de dados. O questionário será dividido em blocos: (A) características sociodemográficas; (B) hábitos de vida; (C) informações do pré-natal; (D) dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica; (F) Saúde da Mulher; (G) Saúde da Criança. No bloco A as variáveis sociodemográficas avaliadas serão: idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos. No bloco B, as variáveis relacionadas aos hábitos de vida serão: tabagismo, álcool e atividade física. Sobre as variáveis de informações do pré-natal, contidas no bloco C, serão utilizadas: nº de consultas, quando iniciou o pré natal, médico qualificado em pelo menos uma consulta, controle de PA, coleta de sangue, coleta de urina, vacina tétano (duas doses), recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto, elaboração de plano de parto. Nos dados clínicos da última gestação (bloco D) serão questionados sobre data do parto, tipo de parto, complicações da gestação, peso ao nascer, idade gestacional, ganho de peso gestacional, local parto e satisfação com o parto. O bloco E, abordando sobre a violência obstétrica diretamente serão

questionados sobre o conhecimento do tema, reconhecimento como vítima, posição do parto, realização de manobra de Kristeller, episiotomias, episiotomia informada, anestesia para episiotomia, exame de toque, uso de ocitocina, oferecimento de método para alívio da dor, proibição de sair da cama, alimentação, enema, acompanhante, tricotomia, amniotomia, proibição de perguntas, discriminação e ameaças, humilhação, contato pele a pele, abandono e negligência, amamentação primeira hora. Já sobre a saúde da mulher será questionado sobre: depressão pós-parto, qualidade do sono, autopercepção de saúde e IMC (peso e altura). E por último, sobre saúde da criança será questionado sobre: aleitamento materno, cobertura vacinal, peso, altura e comprimento.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 45 minutos, e do questionário aproximadamente 30 minutos.

Os riscos desta pesquisa são exposição acidental da identificação dos participantes e visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos entrevistados, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento, para isso a entrevista será realizada em local reservado garantindo desse modo a sua privacidade. Além disso, a senhora poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que você identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil.

Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em artigo científico ou apresentados em encontros ou congressos e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando informar, da maneira que achar mais conveniente, a sua desistência sem ter qualquer prejuízo. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta

pesquisa, sendo sua participação voluntária. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a coordenadora a qualquer momento pelo e-mail shana.silva@uffs.edu.br. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

CAAE:

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFFS:

Data de Aprovação:

Eu,....., portador(a)
do documento de identidade (RG) n°, li este documento (ou tive este

documento lido por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante: _____

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Profa. Dra. Shana Ginar da Silva
Pesquisadora Responsável

ANEXO B – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO VIA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS	
CURSO DE MEDICINA	
Título da pesquisa:	
Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.	
	NQUES _ _ _ _
Nome do Entrevistador	
Data	
Local (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL _ _
QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Qual seu nome completo?	
Qual é a sua idade? _ _ ANOS COMPLETOS	IDA _ _
Qual número do seu cartão do SUS? PEÇA PRA VER E ANOTE	SUS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Você tem telefone para contato? SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É	TEL (_ _) _ _ _ _ - _ _ _
Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR _
Qual seu estado civil? (1) Casada (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV _ _
Qual a sua escolaridade? (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC _ _ _
Qual a sua situação laboral? (1) Trabalho (2) Estou desempregada	LABO _ _ _ _
Qual sua renda familiar? (1) Até 1 salário mínimo (2) 1 – 3 salários mínimos (3) 3 – 5 salários mínimos (4) Mais de 5 salários mínimos	REN _ _ _ _
Quantos filhos você tem? _____	FIL _ _ _

Quantas gestações você já teve além dessa? (1) Essa foi a primeira (2) 1 – 2 (3) 3 – 4 (4) > 5	GESTA _____
Você sofreu abortos? (1) Sim (2) Não SE SIM, quantos foram? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) >3	ABT _____ QUA _____
A última gestação foi planejada? (1) Sim (2) Não	PLA _____
HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES	
A senhora é fumante? (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei. SE SIM, depois de descobrir a gravidez, interrompeu o uso ou continuou fumando? (1) Fumei na gestação. (2) Parei de fumar na gestação	FUMA _____ FGEST _____
Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM" (1) Sim (2) Não	BEBE _____
Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM" (1) Sim. (2) Não SE SIM, quantas vezes por semana? _____ Quanto tempo por dia? _____ Qual tipo de atividade física você faz? _____	AF __ VAF __ TAFM __ __ __
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem: Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Triglicérideo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, em que local do corpo? _____	OBE __ DM __ HAS __ COLES __ TRIGLI __ CARDI __ TIRE __ DEPRE __ HIV __ CANCER __ LCAN __ __
INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL	
Você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não	PN _____
Quantas consultas você fez?	CONS _____

Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal.	TRI____
Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um especialista pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	ESP____
Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	PA____
Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE____
Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	CURINA____
Você realizou pelo menos duas vacinas contra tétano durante pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	VTETANO____
Você recebeu orientações sobre qual local procurar no momento do parto? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL____
Você recebeu orientações sobre o parto? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	OPARTO____
Você elaborou um plano de parto? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (4) Não sei/ Não lembro.	PP____
DADOS CLÍNICOS DA ÚLTIMA GESTAÇÃO	
Data do parto: / /	DP____
Quantas semanas de gestação? _____	SEM____
Você teve alguma complicação durante a gestação? Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não Síndrome de Help: (1) Sim (2) Não Outro: _____	DMG____ HASG____ PE____ SH____
Qual foi seu ganho de peso durante gestação?	GPG____
Qual foi seu tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Vaginal com Fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIP____
EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea? (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto	DECES____
EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea? (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTCES____
Qual foi o local do parto?	LOCP____

(1) Público (2) Privado (3) Convênio	
Qual sua satisfação com o parto? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Ótimo	SATP_____
DADOS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	
Você sabe o que é violência obstétrica? (1) Sim (2) Não	CVO_____
Você sofreu violência obstétrica? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	SVO_____
Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	MAUST_____
SOBRE O TIPO DE PARTO: SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 34 SE PARTO VAGINAL FAZER PERGUNTAS DE 26 E 33 E SEGUIR PARA QUESTÃO 34	
Qual foi sua posição do parto ? (1) Posição ginecológica (litotômica) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra: _____	POSI_____
Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não	ESCPOSI_____
SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____	QUEMPOSI_____
Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe? (1) Sim (2) Não	KRISTE_____
Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer? (1) Sim (2) Não	EPISIO_____
SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito? (1) Sim (2) Não	EPISIOINF_____
SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte? (1) Sim (2) Não	ANESEPISTIO_____
Durante o trabalho de parto a senhora foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor? (1) Sim (2) Não	CAMI_____
Fizeram exame de toque na senhora? (1) Sim (2) Não	TOQUE_____
SE SIM, O exame doeu? (1) Sim (2) Não	DORTOQUE_____
SE SIM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais? (1) Sim (2) Não	DIFPROF_____
Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto?	OCITO_____

(1) Sim (2) Não (3) Não Sei	
A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto? (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	DORPARTO ____
SE SIM, Foi oferecido para senhora alguns desses itens para alívio da dor? Bola (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não. Massagem (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não. Banquinho (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não. Outro:	BOLS ____ MSS ____ BANQ ____
SE SIM, A senhora pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor? (1) Sim. (2) Não.	RDOR ____
<i>SE NÃO PARA QUESTÃO 40 PULAR PARA QUESTÃO 42</i>	
SE SIM, A senhora depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor teve seu pedido atendido? (1) Sim. (2) Não.	OFRDOR ____
Durante o trabalho de parto, a senhora pediu algum líquido ou alimento? (1) Sim. (2) Não.	PALIM ____
SE SIM, A senhora teve o seu pedido de alimentação atendido? (1) Sim. (2) Não.	ALIM ____
Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto? (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Outro: _____	ACOMP ____
Sobre cuidados antes do parto: Foi feita lavagem intestinal? (1) Sim (2) Não A senhora foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? (1) Sim (2) Não Algum profissional rompeu sua bolsa? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	ENEMA ____ TRICO ____ ROMPB ____
Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta da senhora? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	DUV ____
Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou a senhora? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	HUM ____
Algum profissional repreendeu a senhora por chorar ou gritar durante o trabalho de parto e parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	CHOR ____
Algum profissional debochou ou fez piadas da senhora? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	PIADA ____
A senhora foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	SOZ ____
Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, a senhora pegou e/ou tocou nele? (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direta encaminhada para atendimento	PPELE ____
A senhora pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto?	AMAMPH ____

(1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	
SAÚDE DA MULHER	
Qual seu peso? _____ Kg	PESO _____
Qual sua altura? _____ m	ALTURA _____
Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	SAUDE _____
Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não	PAPA _____
SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não	PAPA3 _____
SE SIM, de que maneira você soube da necessidade de fazer o exame? _____	MSPAPA _____
SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo? _____	PQNPAPA _____
Você está grávida? (1) Sim (2) Não	GRAVIDA _____
A senhora tem algum diagnóstico psiquiátrico? (1) Sim (2) Não	PSI _____
SE SIM, qual? (1) Transtorno Depressivo (2) Transtorno de Ansiedade (3) Transtorno Afetivo Bipolar (4) Transtorno Esquizoafetivo (5) Transtorno Obsessivo-compulsivo (6) Transtorno de Personalidade (7) TDAH (8) Outro: _____	DIA _____
A senhora já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto? (1) Sim (2) Não	DOR _____
A senhora já fez/ faz uso de medicamentos para depressão? (1) Sim (2) Não	DEPRE _____
A senhora tem algum familiar com histórico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não	FAM _____
A senhora possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas? (1) Sim (2) Não	DEPE _____
SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD? (1) Sim (2) Não	ACO _____

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS) *AUTO-APLICÁVEL	
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos últimos sete dias.	
<p>1) Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas</p> <p>(1) Como eu sempre fiz (2) Não tanto quanto antes (3) Sem dúvida, menos que antes (4) De jeito nenhum</p>	RIR __
<p>2) Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia.</p> <p>(1) Como sempre senti (2) Talvez, menos que antes (3) Com certeza menos (4) De jeito nenhum</p>	PRA __
<p>3) Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado</p> <p>(1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Não muitas vezes (4) Não, nenhuma vez</p>	CUL __
<p>4) Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <p>(1) Não, de maneira alguma (2) Pouquíssimas vezes (3) Sim, algumas vezes (4) Sim, muitas vezes</p>	ANS __
<p>5) Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo</p> <p>(1) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Não muitas vezes (4) Não, nenhuma vez</p>	PAN __
<p>6) Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia</p> <p>(1) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes (3) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (4) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>	ESM __
<p>7) Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir</p> <p>(1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes</p>	DOR __

(3) Não muitas vezes (4) Não, nenhuma vez	
8) Eu tenho me sentido triste ou arrasada (1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Não muitas vezes (4) Não, nenhuma vez	TRI __
9) Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado (1) Sim, quase o tempo todo (2) Sim, muitas vezes (3) De vez em quando (4) Não, nenhuma vez	CHO __
10) A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça (1) Sim, muitas vezes, ultimamente (2) Algumas vezes nos últimos dias (3) Pouquíssimas vezes, ultimamente (4) Nenhuma vez	MAL __
SAÚDE DA CRIANÇA	
Qual idade do seu bebê? ____ m ____ d	IDAB ____
Qual foi o peso do bebê ao nascer? _____ g	PBEBE ____
Qual seu comprimento ao nascer? _____ cm	CNASC ____
Qual seu comprimento atual? _____ cm	CATU ____
Ele nasceu prematuro? (1) Sim (2) Não	PREMA ____
O bebê precisou de internação em unidade neonatal? (1) Sim (2) Não SE SIM, por qual motivo? _____	INTUN ____ MOTUN ____
O bebê mama no peito? (1) Sim (2) Não O bebê mamou no peito? (1) Sim (2) Não SE NÃO MAMOU: Por que não mamou? _____ SE SIM, Até que idade mamou no peito?	MAMAP ____ MAMOUP ____ NMAMOU ____ IDAMAMOU ____
O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin? (1) Sim (2) Não SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula?	FORM ____ IDAFORM ____

<p>Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?</p> <p>Água ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Leite em pó ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Leite de vaca ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Chá ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Suco ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Refrigerante ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Papa de frutas ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Papa salgada ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Caldos ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Sopa ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Iogurte ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Bolacha ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Pão ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Ovo ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Carne ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Massa ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Legumes ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Arroz ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu Outro? _____, ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu</p>	
<p>Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou: <i>PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA</i></p> <p><i>AO NASCER</i> BCG ID (1) Sim (2) Não Hepatite B (1) Sim (2) Não</p> <p><i>AOS 2 MESES</i> Hepatite B (1) Sim (2) Não Rotavírus (1) Sim (2) Não DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não</p> <p><i>AOS 3 MESES</i> Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não</p> <p><i>AOS 4 MESES, REFORÇOU:</i> Hepatite B (1) Sim (2) Não Rotavírus (1) Sim (2) Não DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não</p> <p><i>AOS 5 MESES, REFORÇOU:</i> Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não</p> <p><i>AOS 6 MESES, REFORÇOU:</i> Hepatite B (1) Sim (2) Não DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não</p>	

<p><i>AOS 7-11 MESES</i> Febre Amarela (1) Sim (2) Não</p> <p><i>AOS 12 MESES, REFORÇOU:</i> Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não</p>	
---	--

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1 Apresentação

O presente relatório tem como objetivo detalhar o trabalho desenvolvido nos componentes curriculares Trabalho de Curso I (TCI), Trabalho de Curso II (TCII) e Trabalho de Curso III (TCIII), cursados durante o primeiro e segundo semestre acadêmico de 2022 e primeiro semestre acadêmico de 2023, a respeito do projeto de pesquisa intitulado “Violência obstétrica em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em município do sul do Brasil” o qual tem como objetivo identificar e analisar as principais formas de VO sofrida por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados. O presente projeto trata-se de um recorte da pesquisa intitulada: *“Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde”*. Essa seção compõe os processos de execução da tramitação ética até a execução da coleta de dados. Busca retratar todas as etapas realizadas no decorrer desse período.

2.2.2 Desenvolvimento

O projeto de pesquisa do trabalho foi desenvolvido, sob a orientação da Professora Dra. Shana Ginar da Silva e coorientação da Professora Me. Daniela Teixeira Borges, no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I (TCI), que compõe o quinto semestre da matriz curricular do curso Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS.

Após a conclusão da escrita do projeto “guarda-chuva” já citado anteriormente, um termo de anuência (ANEXO A) foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, para ciência e concordância. A partir do recebimento da autorização da Secretaria de Saúde, foi possível o envio ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), dia 12/09/2022, por meio da submissão de arquivo eletrônico contendo o projeto e documentação pertinente na Plataforma Brasil. O primeiro parecer do CEP foi recebido dia 06/10/2022 em que constavam quinze pendências, relacionadas a reajustes de datas, manejos de informações nos campos da plataforma, inclusão do instrumento de coleta, troca de termos e adição de informações sobre devolutiva e arquivamento de dados. No dia 13/10/2022 foi enviada a carta de pendências, o projeto alterado e realizadas as correções necessárias junto à Plataforma Brasil. Um segundo parecer do CEP foi recebido no dia 31/10/2022 em que constava duas pendências sobre a idade mínima das participantes, que passou para 12 anos, e os termos que cada uma deveria preencher. A carta de pendências e os arquivos com as alterações necessárias foram enviados no dia

01/11/2022. Na sequência, em , 17/11/2022, o projeto foi aprovado pelo CEP sob o parecer de nº 5.761.013 (ANEXO B).

Durante o período de apreciação ética, a equipe de pesquisa, da qual a autora desse TC faz parte, se reuniu para discussões gerais sobre alinhamento do projeto, apresentação da equipe, preparação e revisão final do instrumento de coleta de dados. Em dezembro de 2022, ainda, foi criado o banco de dados no programa EpiData versão 3.1 baseado no Instrumento de Coleta de Dados (ANEXO C).

A coleta de dados iniciou no dia 01/12/2022. Os dados foram coletados por meio de aplicação de um questionário desenvolvido para o próprio estudo, por acadêmicos de medicina previamente treinados. A coleta ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, no município de Passo Fundo com mulheres que possuíam filhos de até 24 meses em acompanhamento puerperal nos territórios de abrangência. A amostra final foi composta de 159 participantes.

Os dados foram duplamente digitados e validados e a estatística incluiu a descrição da amostra e a verificação da prevalência do desfecho de interesse, violência obstétrica com intervalo de confiança de 95% (IC95). Para avaliar a prevalência da violência obstétrica, foram utilizadas 18 questões do instrumento de avaliação para determinar a ocorrência ou não de violência obstétrica. Além disso, foi analisada a sua distribuição de acordo com as variáveis preditoras, por meio do teste do qui-quadrado admitindo-se erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. A análise dos dados consistiu em uma estatística descritiva da prevalência de violência obstétrica, para as variáveis numéricas foram estimadas as medidas de posição e de dispersão e para as variáveis categóricas foram descritas as frequências absolutas e relativas. O projeto de pesquisa ainda está em andamento e, portanto, para essa versão do trabalho não foi realizado a Regressão de Poisson para analisar a associação entre violência obstétrica e as características sociodemográficas. Essa análise será realizada no banco de dados final do projeto.

Após a análise de dados, foi realizada a redação do artigo entre os meses de março e junho de 2023, sob a orientação da Professora Me. Daniela Teixeira Borges e coorientação da Professora Dra. Shana Ginar da Silva. O artigo foi escrito seguindo o formato da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. As normas estão descritas no anexo D deste volume (ANEXO D).

2.2.3 Anexos

ANEXO A – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura de Passo Fundo

Secretaria de Saúde - SMS

Declaração de Autorização de Pesquisa

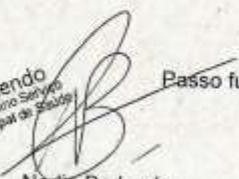
A Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, através do setor Ensino Serviço e do Núcleo de Saúde Bucal, autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado: **SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. O referido projeto de pesquisa está vinculado à UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS PASSO FUNDO – RS, sob coordenação da **Profa. Dra. Shana Ginar da Silva**. A liberação está condicionado a parecer positivo emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Sistema CEP / CONEP.

Antes de iniciar a execução do projeto, o pesquisador responsável deverá disponibilizar cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa ao responsável pelo setor de Ensino e Serviço e Núcleo de Saúde Bucal, desta secretaria.

Ressalta-se a necessidade de cumprimento da legislação brasileira relativa à pesquisa envolvendo seres humanos, notadamente a resolução 466 / 2012 do Conselho Nacional de Saúde e disposições complementares, os Códigos de Ética Profissionais e a Lei Geral de Proteção de dados na condução / sequência do projeto.

As unidades de saúde pré-selecionadas são: Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. A aplicação / condução dos trabalhos é de inteira responsabilidade do pesquisador responsável e de sua equipe de colaboradores.

Passo fundo, 25 de agosto de 2022.



Nedio Bedendo
Coordenador Ensino Serviço
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62903222.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.761.D13

Apresentação do Projeto:

Transcrição: Resumo:

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por um período de intensas mudanças físicas e emocionais nas quais são vivenciadas de formas distintas a partir das experiências e linhas de cuidado pelo qual passam as mulheres e suas famílias. O período gestacional, assim como o nascimento e puerpério são eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população, pois permite a construção de indicadores que subsidiam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde materna e infantil. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado entre dezembro de 2022 e julho de 2025 com mulheres que possuam filhos de até 2 anos, independentemente da idade e assistidas na atenção básica no município de Passo Fundo, RS. Os dados serão coletados a partir de entrevistas face a face com as participantes nas dependências das unidades de saúde em ambiente reservado. As variáveis analisadas serão constituídas por características sociodemográficas, de hábitos de vida, presença de comorbidades, assistência pré-natal, dados clínicos da última gestação, violência obstétrica, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da criança. Na análise dos dados será empregada a estatística descritiva incluindo médias,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bivariada será utilizado o teste de qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada será aplicada a regressão logística com ajuste para potenciais fatores de confusão. Espera-se que as associações evidenciadas nessa pesquisa possam subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sobretudo por meio do fortalecimento de ações na atenção primária no município de Passo Fundo, RS. Almeja-se ainda, exercer e consolidar, a missão institucional da Universidade Federal da Fronteira Sul que é contribuir para a produção do conhecimento científico e desenvolvimento regional integrado possibilitando a atuação de redes intersetoriais e colaborativas na região.

Comentário: adequado

Transcrição: Hipótese:

1) Será observada uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer; 2) A proporção de mulheres que realiza aleitamento materno exclusivo será de 50%; 3) As principais causas de morbidade materna serão a pré-eclâmpsia, 8% e diabetes gestacional com 9,5%. 4) Cerca de 50% das mulheres não realizará de forma adequada o rastreamento para câncer de mama e de colo de útero conforme preconizado pelas diretrizes nacionais; 5) Cerca de 70% das gestantes e puérperas estarão com a cobertura vacinal de acordo com as diretrizes nacionais; 6) Mulheres mais velhas e com alta escolaridade terão maior acesso ao planejamento familiar; 7) A prevalência do tabagismo e uso de álcool será de 40% entre as participantes e as práticas de atividade de lazer será prevalente em 30% das mulheres; 8) A prevalência esperada para os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares serão 60% para sedentarismo, 30% consumo de bebida alcoólica e 24% de dislipidemia; 9) A proporção de mulheres que relata ter sofrido violência obstétrica será de 25%; 10) A frequência de depressão pós-parto na amostra analisada será de 20%;

Comentário: adequado

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição: Objetivo Primário: Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffa@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Comentário: adequado

Transcrição: Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).
- Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.
- Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. • Avaliar a prevalência de realização do rastreamento para câncer de mama e de colo de útero
- Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal. • Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.
- Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no lazer.
- Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.

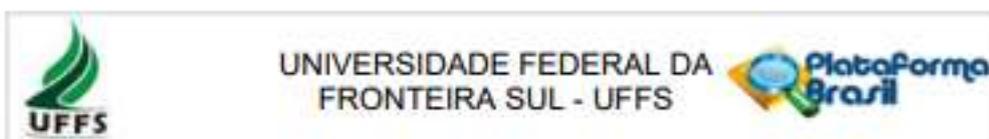
Comentário: adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição: Riscos:

Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 99.802-112
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Protocolo: 5.701.013

pesquisadora. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação dos participantes. Quanto aos riscos, há o risco de exposição acidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Comentário: adequado

Transcrição: Benefícios:

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil. A devolutiva dos resultados da pesquisa para as instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.ufs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Transcrição: Desenho: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica. O estudo será realizado com mulheres atendidas na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS no período de dezembro de 2022 a julho de 2025. A 1ª etapa será conduzida nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul. Posteriormente serão incluídas as demais Unidades de Saúde do município. A população a ser estudada compreenderá mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, RS. Para composição da amostra serão consideradas elegíveis usuárias que possuam filhos de até 2 anos de idade, com idade maior ou igual a 12 anos e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis. Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um "n" de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de n=271 mulheres. A seleção das participantes será do tipo não probabilística. Todas as mulheres em atendimento nas respectivas UBS's e que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar do estudo.

Transcrição: Metodologia da proposta

Após a emissão do termo de ciência e concordância pela Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, e da aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), a estratégia de captação das elegíveis, junto à gestão das respectivas Unidades de Saúde consistirá na obtenção da lista de mulheres cadas-tradas e em

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffa@uffa.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS

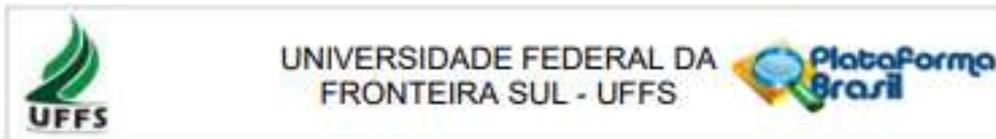


Continuação do Parecer: 5.761.013

acompanhamento de puericultura. Em posse da lista, será identificado os agendamentos das próximas consultas para que a equipe de pesquisa possa otimizar o acesso as participantes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com apresentação do estudo, e, em caso de aceite para participação, as entrevistas, face a face, serão realizadas nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados. Vale ressaltar que caso haja o aceite, o estudo só será realizado após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido. Para as participantes com idade entre 12 e 17 anos, o estudo só será realizado após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores e o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados. Ainda para o grupo etário de participantes com idade maior ou igual 18 anos será obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse ato deve ser voluntário, e a assinatura deve se dar em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, será realizada a aplicação do instrumento via entrevista face a face. O instrumento de coleta de dados será um questionário desenvolvido para o próprio estudo estruturado em sete blocos, sendo: A) características sociodemográficas (B) hábitos de vida (C) informações do pré-natal (D) dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica (F) Saúde da Mulher. (G) Saúde da Criança. Dessa forma, entende-se que o estudo contribuirá na produção do conhecimento da área e no planejamento das ações e estratégias de cuidado junto as equipes das unidades de saúde, pois, além de ampliar o conhecimento sobre saúde materno-infantil, abrirá espaço para discussões das diversas interfaces presente na saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico puerperal. A devolutiva dos resultados para às instituições envolvidas será por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por 5 anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.701.013

Transcrição: Critério de Inclusão: Mulheres que possuam filhos de até 2 anos de idade, que tenham, no momento da pesquisa, idade maior ou igual a 12 anos e nas quais os filhos estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha.

Comentário: adequado

Transcrição: Critério de Exclusão: Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis

Comentário: adequado

Transcrição: Metodologia de Análise de Dados:

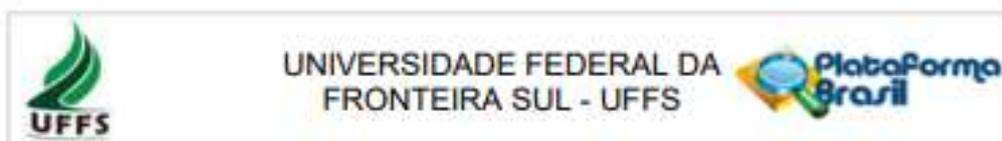
Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva da prevalência dos desfechos de interesse com intervalo de confiança de 95%. Para as demais variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil) enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%). A prevalência dos desfechos de interesse de acordo com as variáveis independentes, será realizada pelo teste Qui-quadrado. Para verificação da associação será calculada medida como a razão de prevalências (RP) e odds ratio (OR) e seus IC95%. Como tratam-se de variáveis categóricas, tanto na análise bruta como na ajustada serão utilizadas Regressões como a de Poisson ou Logística. Na análise multivariada uma série de fatores de ajuste serão incluídos no modelo de análise. No modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,20$. Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Comentário: adequado

Transcrição: Desfecho Primário:

Espera-se uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número

Endereço: Rodovia SC 494 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.ufes@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer;

Comentário: adequado

Tamanho da Amostra no Brasil: 271

Cronograma de execução: Coleta de Dados 01/12/2022 01/11/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: adequado

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos) adequado

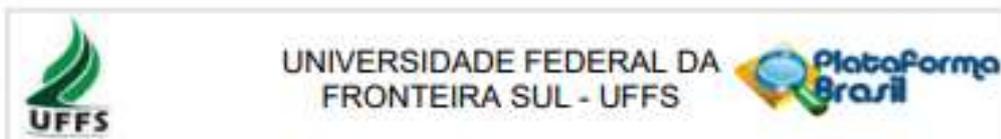
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS - IDADE 17 ANOS: adequado

Instrumento de coleta: adequado

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 468/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, emitido em 19 de Junho de 2020, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

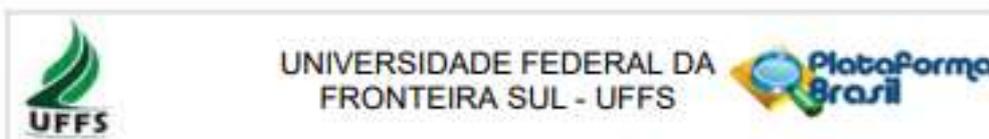
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

Endereço: Rodovia SC 494 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2046-3745 **E-mail:** cep.uffb@uffb.edu.br



Continuação do Parecer: 5.701.013

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

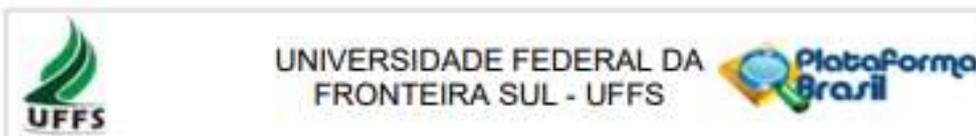
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011061.pdf	01/11/2022 10:39:33		Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.pdf	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceto
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSAVEIS_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceto
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceto
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceto
TCLE / Termos de Assentimento /	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceto

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.802-112
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.767.013

Justificativa de Ausência	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
---------------------------	----------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 17 de Novembro de 2022

Assinado por:
Izabel Aparecida Soares
 (Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 454 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (40)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

 UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS CURSO DE MEDICINA		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. Pesquisadora responsável: Shana Ginar da Silva – shana.silva@uufs.edu.br		
0.a	ID do questionário	NQUES _____
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	Nº do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista: ____/____/____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL ____
BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1.	Qual o seu nome completo? _____	
2.	Qual é a sua idade? _____ ANOS COMPLETOS	IDA __
3.	Você tem telefone para contato? TEL (_) _____ - _____ <i>SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É</i>	TEL (_) _____ - _____
4.	Você poderia me informar o seu endereço? <i>ANOTAR COMPLETO (RUA, Nº, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)</i>	
5.	Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR ____
6.	Qual seu estado civil? (2) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV ____
6 ^a	<i>SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO:</i> O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho? (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL_
6b	<i>SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO:</i> Você tem contato com o pai da criança? (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI_
7.	Qual a sua escolaridade? (7) Ensino Fundamental Incompleto (8) Ensino Fundamental Completo (9) Ensino Médio Incompleto (10) Ensino Médio Completo (11) Ensino Superior Incompleto (12) Ensino Superior Completo	ESC ____
8.	Você trabalha atualmente? (3) Sim <i>SE SIM, trabalha com o que?</i> _____ (4) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB ____

9.	Quantas pessoas moram no seu domicílio? _____ <i>INCLUIR A PARTICIPANTE</i>	NDOM__ __
10.	Qual sua renda familiar total (em reais R\$)? <i>CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA</i>	REND _____
11.	Quantos filhos(as) você tem? __ __	FIL__ __
12.	Quantas gestações você já teve além da última? __ __ <i>SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00</i>	GESTA _____
13.	Você já sofreu abortos? (3) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT _____
13a	<i>SE SIM, quantos foram?</i>	NABORT__
14.	A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer? (1) Sim (2) Não	PLA _____
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES		
15.	Você atualmente é fumante? (4) Sim (5) Não, nunca fumei. (6) Não, mas já fumei.	FUMA _____
15 ^a	Na sua última gestação você fumou? (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGEST_
16.	Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i>	BEBE _____
	(1) Sim (2) Não	
16 ^a	Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST_
17.	Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim. (2) Não	AF__
17 ^a	<i>SE SIM, quantas vezes por semana? _____ EM DIAS</i>	AFVEZ_
17b	<i>SE SIM, Quanto tempo por dia? _____ EM MINUTOS</i>	AFTEMP ____
17c	<i>SE SIM, Qual tipo de atividade física você faz atualmente?</i>	TIPOAF_
Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....		
18.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da última gravidez? (1) Sim (2) Não	AFANTES_
18 ^a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
18b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AFANTESV_
18c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AFANTEST_
19	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS PRIMEIROS MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF1TRI_

19 ^a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
19b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF1TRIV_
19c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF1TRITEMP_
20	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS <u>4 AOS 6 MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF2TRI_
20 ^a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	
20b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF2TRIV_
20c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF2TRITEMP_
21	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS <u>7 MESES ATÉ O FINAL</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF3TRIM_
21 ^a	<i>SE SIM, Qual(is)? _____</i>	
21b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF2TRIV_
21c	<i>SE SIM, tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF2TRITEMP_
22	Quem disse como a Sra. deveria se exercitar durante a gestação? (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (6) Outro: _____ (7) Não fez exercício na gravidez	AFACONS_
Agora vamos falar de algumas comorbidades...		
	Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
23	Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE_
24	Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra – <i>NÃO CONSIDERAR</i>	DM_
25	<i>DIABETES GESTACIONAL</i>	HAS_
26	Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES_
27	Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI_
28	Triglicerídeo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI_
29	Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE_
30	Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE_
31	Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV_
32	HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER_
32 ^a	Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	LCAN_ _
	<i>SE SIM, em que local do corpo? _____</i>	
33	<u>ATUALMENTE</u>, você utiliza algum método contraceptivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe informar	MET_
33 ^a	<i>SE SIM, Qual método contraceptivo você usa?</i> (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal	TIPOMET_

	(5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro. Se outro qual? _____	
34	Qual seu peso atual (em kg)? ____ , ____ (9) não sabe/não lembra	PESO____, ____
35	Qual a sua altura (em cm)? ____ (9) não sabe/não lembra	ALT ____
BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO		
36	Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? __	IDADULTFIL_
36 ^a	Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez? __ SEMANAS (9) Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36 ^b	Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez? <i>AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE</i>	REATGEST_
37	Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT ____
38	SE SIM, Quantas consultas de pré-natal você fez? _____ (9) Não sabe/não lembra	PRECONS ____
39	Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (5) Primeiro trimestre (6) Segundo trimestre (7) Terceiro trimestre (8) Não realizei pré-natal. (9) Não sabe/não lembra	PRETRI ____
40	Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal? (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (4) Outro _____	SERVPRE_
41	Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez? (2) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP ____
42	Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (2) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA ____
43	Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (2) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE ____
44	Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (2) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA ____
45	Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno? (2) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL ____
46	Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO ____
47	Você foi orientada a elaborar um plano de parto? (2) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP ____
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	Qual foi a data do parto? ____ / ____ / ____	DATAPART_
49	Qual a idade atual do seu filho(a)? ____ ano ____ meses	IDADEFIL_
50	Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento? ____ semanas	IG ____

51	Qual foi o tipo de gestação? (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_
52	Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?	
52a	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não Já tinha diabetes <u>ANTES</u> da gestação? (1) Sim (2) Não	DMG____ DMANTES_
53	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	HASG____
53a	Já tinha pressão alta <u>ANTES</u> de engravidar? (1) Sim (2) Não	PANTESG_
54	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	PRECLAMP____
55	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_
56	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	SH__
57	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	ITU_
58	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	IST_
59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	
60	Outro: _____ Se sim, qual?	OUTRAMORB_
61	Qual foi seu peso <u>AO FINAL</u> gestação? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOFINAL____
62	Qual era o seu peso <u>ANTES</u> de engravidar? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOANTES____
63	Qual foi seu tipo de parto? (4) Cesárea (5) Vaginal (6) Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIPOPART____
64	EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea? (4) Durante o pré natal (5) Na internação do parto (6) Na sala de parto (7) Não sei/Não lembro	DECICES_
65	EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea? (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES_
66	Qual foi o local do parto? (4) Hospital Público/SUS (5) Hospital Privado (6) Hospital via Convênio (7) Domiciliar	LOCPARTO____
67	Qual foi a sua satisfação com o parto? (6) Muito ruim (7) Ruim (8) Indiferente (9) Bom (10) Muito bom	SATISFPART____
67 ^a	SE MUITO RUIM/RUIM, qual foi o principal motivo?	MSATISFPART_
68	Você <u>utilizava</u> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação?	CONTPREGEST_

	(1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	
68 ^a	SE SIM, Qual método você utilizava quando engravidou? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma).	METPREGEST_
68b	SE NÃO, Qual o motivo de não usar método contraceptivo? (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: _____	MOTNAOMET_
QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto?	
69	Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP_
70	Escolher a posição do parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPOSPART_
71	Ter uma doula? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOULA_
72	Receber auxílio para dor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOR_
73	Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPELOS_
74	Ter um plano de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPLANPART_
75	Negar a realização do corte na vagina? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VEPISIO_
76	Você sabe o que é/ já ouviu falar em violência obstétrica? (1) Sim (2) Não	VSABEVO_
76 ^a	SE SIM, O que você entende por violência obstétrica?	
77	Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica? (2) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO_
77 ^a	SE SIM, Você sabia o que fazer diante da violência sofrida? (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	SE SIM, Quais as providências você tomou?	VPROVID_
77c	SE NÃO, Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?	VSABERIA_
78	Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê?	VNASCULT_

	(2) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	
CASO O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO: → <i>SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94</i>		
79	Qual foi sua a posição do parto ? (6) Deitada (com as pernas afastadas) (7) Cócoras (8) No banquinho (9) De quatro (10) Outra: _____	VPOSIPART_
80	Você escolheu a posição do seu parto? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIPART_
81	SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto? (5) Médico (6) Enfermeiro (7) Doula (8) Outro: _____ (9) Não sei/não lembro	VQUEMPOSI_
82	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe? (2) Sim (2) Não	VSUBIBAR_
83	Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_
83 ^a	SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCORT_
83b	SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTCORT_
84	Durante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSAIR_
85	A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto? (2) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITADOR_
85 ^a	SE SIM, Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	SE SIM, depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATEND_
	Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor?	
86	Bola (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBOLA_
87	Massagem (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG_
88	Banquinho (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBANCO_
89	Outro: _____	OUTRO_
90	Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMENT_
90 ^a	SE SIM, você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido? (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATEND_
91	Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	SE SIM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROFDIF_
93	Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto? (2) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto? (5) Sim, a maior parte do tempo. (6) Sim, o tempo todo. (7) Não, a maternidade não permitia. (8) Não, não era permitido em virtude da covid19 (9) Outro: _____	VACOMP_

	Sobre cuidados <u>ANTES</u> do parto:	
95	Foi feita lavagem intestinal? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VLAVINT____
96	Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? (1) Sim (2) Não (9) não	VRASPEL____
97	sabe/não lembra Alguns profissionais romperam sua bolsa? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	ROMPB____
98	Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV____
99	Alguns profissionais gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM____
100	Alguns profissionais repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREND____
101	Alguns profissionais debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (2) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA____
102	Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto? (2) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ____
103	Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele? (4) Sim (5) Não, não deixaram. (6) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (7) Não sabe/não lembra	VPELEBEB____
104	Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto? (2) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS____
105	Você teve COVID-19 durante a gestação? (1) Sim (2) Não	COVIDGEST_
106	SE SIM, teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?	COMPLCOV_
BLOCO D - SAÚDE DA MULHER		
107	Qual foi a idade da sua menarca (primeira menstruação)? __ ANOS	IDADMENARC_
108	Qual a idade da sexarca (idade da primeira relação sexual)? __ ANOS	IDADSEX_
110	Durante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL_
111	SE SIM, Quem conversou com você sobre esses assuntos? (1) Família. Qual membro? ____ (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro: _____	QUEMSEXUAL_
112	Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSAÚDE__

113	Como você considera a qualidade do seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSONO_
114	Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (2) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPAPA_
114a	SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES_
114b	SE SIM, de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?	FORMAPAPA_
114c	SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?	MOTNAOPAPA_
115	Atualmente, você está grávida? (2) Sim (2) Não	GRAVIDA_
115a	SE SIM, de quantas semanas? SEMANAS	G2SEM_
116	Você já participou de algum programa de planejamento familiar? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PARTPLAN_
117	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos <i>(Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSMETPRO_
118	Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	SATISFMET_
118a	SE NÃO, porquê não está satisfeita?	INSATISFMET_
119	Você considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar? (1) Sim (2) Não	ACESSOSUSMET_
120	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSIST_
121	Algum profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde? <i>Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico.</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSCUID_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental....		
122	Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico? (3) Sim (2) Não	DIAPSI_
	SE SIM, qual?	
122b	Transtorno Depressivo Maior não relacionada à gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDM_
122c	Transtorno Depressivo na Gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDG_
122d	Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação) (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDPP_
122e	Transtorno Ansioso (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TA_
122f	Transtorno Afetivo Bipolar (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TAB_
122g	Transtorno Esquizoafetivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TE_
122h	Transtorno Obsessivo-compulsivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TOC_
122i	Transtorno de Personalidade	TPERS_

122j	(1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro TDAH (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro (9) Outro: _____	TDAH_ OUTROTRANST_
123	Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto? (3) Sim, atualmente faço. (4) Sim, já fiz, mas não faço mais. (5) Não (6) Não sei/não lembro	MEDDORM__
124	Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão? (7) Sim, atualmente faço. (8) Sim, já fiz, mas não faço mais. (9) Não (10) Não sei/não lembro	MEDDEPRE__
125	Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental? (3) Sim (4) Não (5) Não sei/não lembro	FAMTMC__
126	Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas? (3) Sim (4) Não	DEPSUBST__
127	SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD? (1) Sim (2) Não	ACOMPCAPS_
BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA		
Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....		
128	Qual idade ATUAL do seu bebê? ___ m ___ d	IDAB__
129	Qual foi o peso do bebê ao nascer a <u>NASCER</u>? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESNASC__
130	Qual é o peso <u>ATUAL</u> do bebê? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESOATUAL_
131	Qual foi o comprimento do bebê ao <u>NASCER</u>? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPNASC_
132	Qual é o comprimento <u>ATUAL</u> do seu bebê? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPATUAL_
133	O seu bebê nasceu prematuro? (2) Sim (2) Não	PREMAT__
134	O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu? (1) Sim (2) Não	UTI_
134a	SE SIM, por qual motivo? (9) Não sei/não lembro	MOTIVOUTI_
135	APGAR no 1': ___ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR1_
136	APGAR no 5': ___ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5_
137	O bebê atualmente mama no peito? (2) Sim (2) Não	MAMAPEIT
137a	SE NÃO, o bebê, em algum momento mamou no peito? (1) Sim (2) Não	MAMOU_
137b	SE NÃO MAMOU: Por que não mamou? _____	MOTIVNMAMA_
137c	SE SIM, Até que idade mamou no peito? ___ ano ___ meses (99) ainda mama	IDADEMAMOU_
138	O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin? (2) Sim (2) Não	FORM__

138a	<i>SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula? __ ano __ meses</i>	IDADFORM_
	Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?	
139	Água ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	AGUA_
140	Leite em pó ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	LEITEPO_
141	Leite de vaca ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	LEITEVAC_
142	Chá ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	CHA_
143	Suco ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	SUCO_
144	Refrigerante ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	REFRI_
145	Papa de frutas ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	PAPAFRUT_
146	Papa salgada ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	PAPASALG_
147	Caldos ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	CALDO_
148	Sopa ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	SOPA_
149	Iogurte ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	IOGURT_
150	Bolacha ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	BOLACH_
151	Pão ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	PAO_
152	Ovo ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	OVO_
153	Carne ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	CARNE_
154	Massa ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	MASSA_
155	Legumes ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	LEGUM_
156	Arroz ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	ARROZ_
157	Outro? _____ . ____ m ____ d. (00) Nunca ingeriu (9) Não sei/não lembro	OUTRO_
Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou:		
<i>PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA</i>		
	<i>AO NASCER</i>	
158	BCG ID (1) Sim (2) Não (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	BCG_
159	Hepatite B (1) Sim (2) Não (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPBNASC_
	<i>AOS 2 MESES</i>	
160	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB2_
161	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	ROTA2_
162	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não	DTPA2_
163	lembro/ sem carteirinha	HIB2_
164	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não	VOP2_
165	lembro/ sem carteirinha	PNEMO2_
	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem	
	carteirinha	
166	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/	
	sem carteirinha	
167	<i>AOS 3 MESES</i>	MENINGO3_
	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não	MENINGOB3_
	lembro/sem carteirinha	
168	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não	HEPB4_
169	lembro/ sem carteirinha	ROTA4_
170		DTPA4_
171	<i>AOS 4 MESES, REFORÇOU:</i>	HIB4_
172		VOP4_
173	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO4_
	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não	
	lembro/ sem carteirinha	
174	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/	MENINGOC5_
	sem carteirinha	MENINGOB5_

175	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HEPATB6_ DTPA6_ HIB6_ VOP6_ PNEUMO6_
176		
177		
178	<i>AOS 5 MESES, REFORÇOU:</i>	
179		
180	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/sem carteirainha Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha	FEBRE7_ PNEUMO12_ MENINGO12_ MENINGOB12
181	<i>AOS 6 MESES, REFORÇOU:</i>	
182	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha	
183	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha	
184	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha <i>AOS 7-11 MESES</i> Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha <i>AOS 12 MESES, REFORÇOU:</i> Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro/ sem carteirainha	
	Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....	
185	1 semana (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	SEM_
186	1 mês (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES1_
187	2 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES2_
188	4 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES4_
189	6 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES6_
190	9 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES9_
191	12 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES12_
192	18 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES18_
193	24 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4) Não sei/não lembro	MES24_

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.		
	ID do Questionário	NQUES__ __ __ __
	Nº do entrevistador(a)	
	Data da entrevista: ____/____/____	
	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)		
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS...		
1	Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	RIR__
2	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia. (0) Como sempre senti (1) Talvez, menos que antes (2) Com certeza menos (3) De jeito nenhum	PRA __
3	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	CUL__
4	Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (0) Não, de maneira alguma (1) Pouquíssimas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, muitas vezes	ANS__
5	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo (3) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	PAN__
6	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia (3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	ESM__
7	Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	DOR__
8	Eu tenho me sentido triste ou arrasada (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	TRI__
9	Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado (3) Sim, quase o tempo todo (2) Sim, muitas vezes (1) De vez em quando (0) Não, nenhuma vez	CHO__

10	A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça (3) Sim, muitas vezes, ultimamente (2) Algumas vezes nos últimos dias (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente (0) Nenhuma vez	MAL__
----	---	-------

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / *Brazilian Journal of Mother and Child Health* (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos.

Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido, podendo ser enviado em qualquer um dos três idiomas. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema *Creative Commons* o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos aprovados deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (**modelo**). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, que a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada, seja mencionada na seção de métodos do artigo, incluindo número e data do parecer e submetida no sistema ScholarOne. Para artigos que dispensem a aprovação do Comitê de Ética colocar no sistema ScholarOne uma declaração assinada pelo autor informando dispensa do documento. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema *Ithenticate* para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação do manuscrito e política de publicação de artigo

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista. Portanto, o *rational* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente

fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da revista.

Após a checagem o manuscrito é então avaliado pelo editor chefe que o envia ao editor associado, para que seja submetido à análise e parecer de dois revisores *Ad Hoc* para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre seus pareceres, é solicitada a opinião de um terceiro revisor. Da mesma forma, o editor associado pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

A partir de seus pareceres e do julgamento do editor associado, do editor executivo e do editor chefe, o manuscrito recebe uma das seguintes classificações: 1) aceite; 2) recomendado, mas com revisão menor; 3) recomendado, mas com revisão maior; 4) rejeitado. Na classificação dois e três os pareceres são enviados ao(s) autor(es), que tem oportunidade de revisão e reenvio à revista acompanhado de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; e na condição quatro, o manuscrito é devolvido ao(s) autor(es). No caso de aceite, o artigo é publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial.

Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os editores associados, executivo e/ou chefe se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo obrigatório incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa, ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas e integrativas só serão aceitas a convite dos editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto, e para as revisões sistemáticas, seguir as recomendações do *PRISMA statement*. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. Recomenda-se o registro dos protocolos de revisões sistemáticas, como PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>), o qual não é obrigatório, mas em se fazendo deverá ser mencionado no artigo.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos e fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Os manuscritos

deverão ter no máximo 5.000 palavras, as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. Para cada desenho de estudo deve-se seguir as recomendações internacionais, utilizando suas respectivas listas de checagem, como *STROBE statement*, para estudos observacionais, *STARD statement*, para estudos de acurácia diagnóstica, *CONSORT statement*, para ensaios clínicos, etc.

No caso de ensaio clínico é obrigatório o registro do protocolo em bases de dados especializadas, como o ClinicalTrial.gov (<https://clinicaltrials.gov/>) ou Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) (<https://ensaiosclinicos.gov.br/>).

Trabalhos qualitativos são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. O artigo qualitativo deve apresentar explicitamente análises e interpretações fundamentadas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única, neste caso, pode ser acrescentado o item “Considerações finais”.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução, Descrição e Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *online* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na revista, podendo ter no máximo 600 palavras e até 10 referências.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências.

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).

4. *Cover Letter*: texto de encaminhamento do manuscrito para a revista que deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, que todos os autores revisaram a versão submetida, que o artigo não foi submetido a outra revista, o autor

responsável pela troca de correspondência e as fontes, tipo de auxílio e nome da agência financiadora.

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser digitados no programa *Microsoft Word for Windows*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho (português ou espanhol e em inglês), nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor) e o número do ORCID dos autores.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os artigos originais e notas de pesquisa os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões*. Relatos de caso/Série de casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição e Discussão*. Nos artigos de revisão sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores e seleção dos estudos), *Resultados e Conclusões*. Para o informes técnico-institucionais e artigos especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS e o seu correspondente em inglês o *Medical Subject Headings* (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas e fotografias) deverão ser inseridas após a seção de referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores.

A revista adota as normas do *International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE* (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

-E-book**Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington (D.C): National Academy Press; 2001.

-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)**(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)**

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)**(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final)**

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília (DF): Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

-Trabalho apresentado em evento (não publicados)**(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento])**

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

-Dissertações e Teses**(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)**

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília (DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

-Documentos de Natureza Governamental**Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade): casa editora e Data (ano, mês e dia); Seção, volume, número, paginação. [data de acesso]. Site disponível**

Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU 27 de junho 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): DOU 20 de setembro de 1990. [acesso em 2022 set 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília (DF): DOU 4 de março de 2008. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Outubro de 2019. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view

World Health Organization (WHO). Ear and hearing care: indicators for monitoring provision of services. Geneva: WHO; 2019. [access in 2022 set 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/ear-and-hearing-care-indicators-for-monitoring-provision-of-services>

-Artigo Publicado em Periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Stewart JE, Bentley JE. Hearing loss in pediatrics: what the medical home needs to know. *Pediatr Clin North Am.* 2019 Abr; 66 (2): 425-36.

-Artigo Publicado em Número Suplementar

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, *et al.* Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a coronavirus disease 2019 (COVID-19) Diagnosis. *Clin Infect Dis.* 2021 Jul; 73 (Supl. 1): S24-S31.

-Citação de Editorial, Cartas

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. A Pesquisa Qualitativa, um foco da RBSMI [Editorial]. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2022; 22 (2): 197.

Souza ASR, Katz L, Amorim MMR. Esforços para combater a mortalidade materna por COVID-19 no Brasil [Carta]. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2022; 22 (2): 453-4.

-Artigo Publicado em periódico eletrônico

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança [periódico online].* 2005 [acesso em 2006 jun 26]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqi patients with atopic dermatitis. *Dermatol Online J [Internet].* 2006 [access in 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: <http://dermatology.cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7. Available from: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?essionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_a12.pdf

-Artigo aceito para publicação em periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).

Yang AF, San Chun K, Yu L, Walter JR, Kim D, Lee JY, *et al.* Validation of a hand-mounted wearable sensor for scratching movements in adults with atopic dermatitis, *J Am Acad Dermatol.* 2022. (No prelo).

-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

Ø **Homepage**

Autoria. Título. [suporte]. Local; Ano [acesso ano mês dia]. Disponibilidade de acesso

Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso em 2004 mar 3]. Disponível em: <http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>

Para outras informações consulte o site

ICMJE: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Submissão dos manuscritos

A submissão é feita, **exclusivamente online**, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem informar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito é original não está sendo submetido a outro periódico, bem como a participação de cada autor no trabalho.

Disponibilidade da RBSMI

A revista é *open and free access*, não havendo, portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e *download*, bem como para copia e disseminação com propósitos educacionais.

Secretaria / Contato

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva
Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista. Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-902
Tel: +55 +81 2122.4141. E-mail: revista@imip.org.br Site: www.rbsmi.org.br

3 ARTIGO CIENTÍFICO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

OBSTETRIC VIOLENCE IN USERS OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM IN A MUNICIPALITY IN SOUTHERN BRAZIL

Natasha Cecilia Silva Vilela¹

Shana Ginar da Silva²

Daniela Teixeira Borges³

¹⁻³ Universidade Federal da Fronteira Sul. Rua Capitão Araújo, 20. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, RS, Brasil. CEP: 99.010-200. E-mail: natasha.vilelacs@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a frequência e as principais formas de violência obstétrica, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados. Dentre os objetivos secundários, buscou-se avaliar a percepção acerca da ocorrência desta violência incluindo o conhecimento dos direitos e garantias. Métodos: estudo com delineamento epidemiológico transversal, realizado de dezembro de 2022 a abril de 2023 com mulheres usuárias de quatro unidades básicas de saúde na cidade de Passo Fundo, RS. Utilizou-se questionário estruturado para coleta de dados desenvolvido para o próprio estudo sendo as entrevistas realizadas nas dependências das UBSs. O principal desfecho avaliado foi a violência obstétrica (VO) mensurada a partir de um conjunto de 18 questões do instrumento de avaliação para determinar a ocorrência ou não de VO. Dentre as variáveis independentes investigou-se questões sociodemográficas e clínicas incluindo idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos, local de parto, satisfação com o parto, tipo de parto, realização do pré-natal, número de consultas, trimestre de início, recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto e elaboração de plano de parto. A percepção sobre a ocorrência da VO, assim como o conhecimento dos direitos e garantias foi avaliado por meio de um conjunto de 7 questões sobre o reconhecimento da VO e seus direitos. Realizou-se estatística descritiva (n,%) e análise da distribuição do desfecho segundo variáveis independentes por meio do teste do qui-quadrado adotando-se um nível de significância estatística de 5%. Resultados: a amostra final foi composta por 159 mulheres, das quais 66% (IC95% 59-73) relataram sofrer algum tipo de VO durante assistência ao parto e/ou pré-natal, sendo física a principal forma de manifestação dessa violência. Foram demonstradas associações estatisticamente significativas entre VO e a cor da pele parda e amarela das mães ($p=0,014$) e tipo de parto vaginal ($p<0,001$). Aproximadamente metade das participantes não sabe o que é VO (45,3%) e entre as que relataram diretamente ter sofrido (10,7%), apenas 17,6% sabia o que fazer em termos de direitos e garantias. Conclusões: A prevalência de VO foi alta e o conhecimento das mulheres, assim como de seus direitos e garantias ainda é escasso. Importantes indicadores sociodemográficos e clínicos estiveram relacionados a essa violência, como a cor da pele e o tipo de parto. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de atividades educativas que tenham como foco a mudança nos padrões que perpetuam a violência na assistência ao parto no contexto do sistema único de saúde no Brasil.

Palavras-chave: violência contra mulher; atenção à saúde; assistência ao parto; direitos das mulheres; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: to analyze the frequency and main forms of obstetric violence, as well as associated sociodemographic and clinical factors. Among the secondary objectives, we sought to assess the perception of the occurrence of this violence, including knowledge of rights and guarantees. **Methods:** study with cross-sectional epidemiological design, carried out from December 2022 to April 2023 with women users of four basic health units in the city of Passo Fundo, RS. A structured questionnaire was used for data collection, developed for the study itself, and the interviews were conducted on the premises of the UBSs. The main outcome evaluated was obstetric violence (OV) measured from a set of 18 questions of the assessment instrument to determine the occurrence or not of OV. Among the independent variables, sociodemographic and clinical issues were investigated, including age, education, race/color, family income, marital status, number of children, place of delivery, satisfaction with delivery, type of delivery, prenatal care, number of consultations, the first trimester, receiving guidance on childbirth, receiving information about where to look for childbirth and preparation of a birth plan. The perception of the occurrence of OV, as well as the knowledge of rights and guarantees, was evaluated through a set of 7 questions about the recognition of OV and its rights. Descriptive statistics (n.%) and analysis of the outcome distribution according to independent variables were performed using the chi-square test, adopting a statistical significance level of 5%. **Results:** the final sample consisted of 159 women, of which 66% (95%CI 59-73) reported suffering some type of VO during childbirth and/or prenatal care, with physical violence being the main form of manifestation of this violence. Statistically significant associations were demonstrated between VO and mothers' brown and yellow skin color ($p=0.014$) and type of vaginal delivery ($p<0.001$). Approximately half of the participants do not know what VO is (45.3%) and among those who directly reported having suffered (10.7%), only 17.6% knew what to do in terms of rights and guarantees. **Conclusions:** The prevalence of VO was high and women's knowledge, as well as their rights and guarantees, is still scarce. Important sociodemographic and clinical indicators were related to this violence, such as skin color and type of delivery. Therefore, it is essential to develop educational activities that focus on changing the patterns that perpetuate violence in childbirth care in the context of the unified health system in Brazil.

Keywords: violence against women; health care; childbirth care; women's rights; maternal and child health.

INTRODUÇÃO

O termo Violência Obstétrica é utilizado para designar e agrupar diversas formas de violência ou danos físicos, mentais ou verbais causados durante a atenção ao parto, seja no pré-natal, no parto ou pós-parto, ou ainda no atendimento aos casos de abortamento, assim como procedimentos excessivos, desnecessários e danosos¹. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde, reconheceu a violência obstétrica (VO) como um problema de saúde pública que viola os direitos humanos fundamentais das mulheres, descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948². No Brasil, ainda não existe uma legislação federal que especifique e exemplifique o que é VO, no entanto, existem respaldos na Constituição Federal e em resoluções que garantem a proteção da gestante na hora do parto, do acompanhamento pré-natal e pós-parto. Entretanto a falta de uma legislação clara e objetiva acerca do tema dificulta que

as vítimas reconheçam e saibam dos seus direitos na hora do pré-natal, parto e período puerperal³.

Apesar de ser um tema ainda pouco explorado cientificamente, no Brasil, um quarto das mulheres que tiveram partos normais relatam ter sofrido maus tratos e desrespeito durante a assistência ao parto⁴. Já, em relação ao cenário mundial, no México 33,3% das mulheres foram vítimas de violência obstétrica em seu último parto⁵. A pesquisa Nascir no Brasil, identificou a ocorrência de episiotomia em 56%, litotomia em 92% e da manobra de Kristeller em 37% dos partos⁶.

A VO abrange uma grande quantidade de atos e para melhor organização e entendimento ela pode ser classificada em sete categorias: violência física, não consentimento do cuidado, não confidencialidade do atendimento, não dignidade do cuidado, discriminação baseado nos atribuídos específicos do paciente, abandono do cuidado e detenção em estabelecimento, não necessariamente o ato deve enquadrar-se em apenas uma delas, pode estar associada a uma ou mais categorias⁷.

A violência física na VO inclui situações como toques vaginais dolorosos e repetitivos, manobras de Kristeller, que é aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo, cesáreas desnecessárias, episiotomias, corte realizado no períneo, intervenções sem anestésias, imobilizações desnecessárias, obrigatoriedade da posição de litotomia ou supina¹. O não consentimento do cuidado, engloba a realização de procedimentos ou escolha de tratamento sem que a paciente ou o representante legal tenha conhecimento e consentimento. A episiotomias também pode enquadrar-se nessa categoria, além de não seguimento do plano de parto e não explicação sobre as consequências das escolhas feitas para o tratamento¹. A não confidencialidade do cuidado, refere-se à falta de privacidade no momento do parto e o compartilhamento de informações relacionadas a parturiente⁷.

A não dignidade do cuidado são as ações de humilhação, xingamentos, a comunicação de forma desrespeitosa, a ridicularização da dor, além da desvalorização dos pedidos de ajuda. Já a discriminação baseada em certos atributos, exemplifica o tratamento diferencial com base nos atributos pessoais da paciente. O abandono, negligência ou recusa de assistência, refere-se a situações em que as mulheres são deixadas sozinhas durante o momento do parto e não possuem assistência profissional quando solicitado, seja para o auxílio com a dor ou sobre dúvidas acerca do parto⁷.

Diante disso, considerando a falta de conhecimento e de debate acerca da violência obstétrica, assim como das implicações que essas condutas podem gerar em termos de saúde materno e infantil, faz-se necessário mais estudos sobre essa temática visando identificar esse

problema, assim como os potenciais fatores associados. As evidências elucidadas poderão embasar políticas públicas e atividades de educação permanente em saúde na qual tenham como foco estratégias de mudanças nos padrões que perpetuam a violência na assistência ao parto, melhorando o acolhimento, a assistência e a experiência da gestante no seu período gravídico-puerperal. Portanto, com esse estudo objetivou-se analisar a frequência e as principais formas de violência obstétrica sofrida por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), os fatores sociodemográficos e clínicos associados, além da percepção das mulheres acerca da violência obstétrica, assim como dos direitos e garantias caso essa violência ocorra.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica, sendo um recorte de pesquisa maior intitulada: “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”. O estudo foi realizado no período de novembro de 2022 e abril de 2023 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas utilizando um questionário pré-testado e aplicado por pesquisadores previamente treinados.

A população estudada incluiu mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, RS. Foram elegíveis usuárias com idade igual ou superior a 12 anos, que possuíam filhos de até 2 anos e que estavam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuíam alguma deficiência cognitiva que as impediam de consentir a participação na pesquisa foram consideradas inelegíveis. A seleção das participantes foi do tipo não probabilística. Todas as mulheres cadastradas e em acompanhamento nas respectivas UBS's, e que atendiam aos critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo.

Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um “n” de 246 participantes e, a esse número, acrescentaram-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando, então, em uma amostra necessária de 271 mulheres.

Para este recorte de pesquisa foram utilizadas variáveis socioeconômicas, dados clínicos da última gestação, informações do pré-natal e questões sobre violência obstétrica. No conjunto

das variáveis independentes, as questões sociodemográficas avaliadas foram: idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos. Nos dados clínicos referentes a última gestação foi questionado sobre local de parto, satisfação com o parto e tipo de parto. Sobre as informações do pré-natal as questões foram sobre realização do pré-natal, número de consultas, trimestre de início, recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto e elaboração de plano de parto.

Para avaliar o principal desfecho em análise nesse estudo, a prevalência da violência obstétrica, foram utilizadas 18 questões do instrumento de avaliação para determinar a ocorrência ou não de violência obstétrica. Em caso de respostas afirmativas para as questões: “Você sofreu violência obstétrica? ”, “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê? ”, “Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebê? ”, “Foi realizado um corte na vagina na hora do bebê nascer?”, “Durante o trabalho de parto a senhora foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor?”, “O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais?”, “Sobre cuidados antes do parto: foi feita lavagem intestinal? A senhora foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos?”, “Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta da senhora?”, “Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou a senhora?”, “Algum profissional repreendeu a senhora por chorar ou gritar durante o trabalho de parto e parto?”, “Algum profissional debochou ou fez piadas da senhora?” e “A senhora foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento?”, ou em caso de respostas negativas para as questões: “Você escolheu a posição do seu parto?”, “A senhora após pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor teve seu pedido atendido?”, “A senhora teve o seu pedido de alimentação atendido?”, “Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto?”, “Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, a senhora pegou e/ou tocou nele?” e “A senhora pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto?”, foi definido a frequência ou ocorrência da violência obstétrica. Pelo menos uma resposta afirmativa ou negativa para as questões já citadas foi utilizada para caracterizar a ocorrência de violência obstétrica contra as participantes. Para a questão “Foi realizado um corte na vagina na hora do bebê nascer?”, em que foi considerado se foi informado a participante que o corte seria feito e se foi oferecido anestesia, e sobre remédio/item para dor e alimento/líquido foi considerado se foi solicitado pela parturiente.

Em relação ao conhecimento das participantes sobre violência obstétrica e seus direitos e garantias foram utilizadas as questões “O que você considera ser seu direito na hora do parto? ”, “Você sabe o que é violência obstétrica?”, “Você sofreu violência obstétrica?”, “Você sabia

o que fazer?”, “Quais providências você tomou?”, “Caso tivesse sofrido, você saberia o que fazer?” e “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê?”.

Os dados obtidos foram duplamente digitados em banco de dados do programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre). Após a validação e verificação de inconsistências, a análise estatística se deu no programa PSPP (distribuição livre), consistindo em uma estatística descritiva com a apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão das numéricas. Posteriormente realizou-se o cálculo da prevalência da violência obstétrica, do intervalo de confiança de 95% (IC95), e sua distribuição conforme as características sociodemográficas e clínicas (teste Qui-quadrado, admitindo-se erro α de 5% e considerando-se significativos valores de $p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de número: 5.761.013. A participação dos indivíduos foi voluntária e o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado pelos participantes antes da coleta de dados, atendendo aos critérios de Ética em Pesquisa Clínica em Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/2012.

RESULTADOS

A amostra total desta pesquisa incluiu 159 usuárias atendidas nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha do município de Passo Fundo, situado ao norte do estado do Rio Grande do Sul. Observou-se um predomínio de mulheres de pele branca (51,6%), com idade média de 26,9 anos ($\pm 6,2$), que possuíam cônjuge (79,9%) e 37,1% possuíam apenas um filho. Em relação às variáveis socioeconômicas, 31,4% das participantes tinham como escolaridade o ensino médio completo e a maioria das entrevistadas tinha uma renda familiar entre R\$ 1300 e R\$ 2599 (44,1%) (Tabela 1).

Na amostra analisada, 98,7% das participantes realizaram acompanhamento pré-natal, com uma média de 9 consultas ($\pm 2,4$), e início no primeiro trimestre de gestação (67,5%). A maior parte relatou ter recebido orientações sobre o parto e local que deveriam procurar (73,5%) e 76,1% não receberam orientação sobre a elaboração de um plano de parto. Aproximadamente metade das participantes teve parto cesárea (49,1%). A maioria dos partos ocorreu em Hospital Público/SUS (97,5%) e em relação à satisfação com parto 46,8% consideraram ter sido bom (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e de atendimento pré-natal de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a abril de 2023 (n=159).

Variáveis	n	%
Idade (anos completos)		
≤ 17	4	2,5
18 – 23	46	28,9
24 – 29	58	36,5
30 – 34	28	17,6
≥ 35	23	14,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	33	20,8
Ensino Fundamental Completo	22	13,8
Ensino Médio Incompleto	38	23,9
Ensino Médio Completo	50	31,4
Ensino Superior Incompleto	7	4,4
Ensino Superior Completo	9	5,7
Cor da Pele (autorreferida)		
Branca	82	51,6
Parda	55	34,6
Preta	20	12,6
Amarela	2	1,2
Renda Familiar (em R\$ n= 145)		
< 1000	19	13,1
1000 – 1299	15	10,3
1300 – 2599	64	44,1
2600 – 3899	28	19,3
3900 – 5199	12	8,3
≥ 5200	7	4,8
Estado Civil		
Casada	127	79,9
Solteira	31	19,5
Viúva	1	0,6
Número de Filhos		
1	59	37,1
2	49	30,8
3	33	20,8
≥ 4	18	11,3
Tipo de Parto		
Cesárea	78	49,1
Vaginal	76	47,8
Vaginal com fórceps ou vácuo extrator	5	3,1
Local do Parto (n=158)		
Hospital Público/ SUS	154	97,5
Hospital Privado	2	1,3
Hospital via convênio	1	0,6
Domiciliar	1	0,6
Satisfação com o Parto (n=158)		
Muito Bom	48	30,4
Bom	74	46,8

Indiferente	18	11,4
Ruim	14	8,9
Muito Ruim	4	2,5
Acompanhamento Pré-Natal		
Sim	157	98,7
Não	2	1,3
Número de Consultas Pré-Natal (n=92)		
≤ 5	8	8,7
6 – 8	32	34,8
9 – 11	32	34,8
≥ 12	20	21,7
Início do Pré-Natal (n=157)		
Primeiro Trimestre	106	67,5
Segundo Trimestre	49	31,2
Terceiro Trimestre	2	1,3
Orientação sobre parto (n=156)		
Sim	106	73,5
Não	50	26,5
Orientação sobre plano de parto (n=155)		
Sim, e elaborei	25	16,1
Sim, mas não elaborei	12	7,7
Não	118	76,1

A Tabela 2 apresenta a percepção das mulheres sobre Violência Obstétrica e sobre seus direitos e garantias na hora do parto. Em relação aos direitos na hora do parto, predominantemente a maioria das mulheres acredita ter direito a um acompanhante (98,1%), receber auxílio para dor (88,7%), ter um plano de parto (79,2%), ter uma doula (68,5%), escolher se vai fazer a raspagem dos pelos (67,7%), escolher a posição do parto (60,4%) e negar a realização da episiotomia (53,5%). Quanto ao conhecimento do que é VO, 44% não sabe o que é e nunca ouviu falar e 10,7% relataram ter sofrido VO quando questionadas de forma direta, no entanto, quando questionado de forma diferente sobre ter sofrido violência ou maus tratos no parto/cesariana, apenas 6,4% responderam que sim. Entre as participantes que relataram ter sido vítimas de violência obstétrica (10,7%), apenas 17,6% afirmaram saber o que fazer diante da situação, sendo as providências denunciar (33,3%), reclamar com o responsável do hospital (33,3%) e xingar o médico responsável (33,3%). Sobre as participantes que relataram não terem sofrido VO (44%), a maioria não saberia o que fazer diante da situação (62%).

Tabela 2. Percepção sobre a Violência Obstétrica e os direitos e garantias na hora do parto das mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a abril de 2023 (n=159).

Variáveis	N	%
O que você considera ser seu direito na hora do parto:		

<i>Ter acompanhante o tempo todo</i>		
Sim	156	98,1
Não	2	1,3
Não sabe	1	0,6
<i>Escolher a posição do parto</i>		
Sim	96	60,4
Não	48	30,2
Não sabe	15	9,4
<i>Ter uma doula</i>		
Sim	109	68,5
Não	30	18,9
Não sabe	20	12,6
<i>Receber auxílio para dor</i>		
Sim	141	88,7
Não	12	7,5
Não sabe	6	3,8
<i>Escolher se vai fazer raspagem dos pelos</i>		
Sim	107	67,7
Não	40	25,3
Não sabe	11	7,0
<i>Ter um plano de parto</i>		
Sim	126	79,2
Não	21	13,2
Não sabe	12	7,6
<i>Negar realização do corte na vagina</i>		
Sim	85	53,5
Não	56	35,2
Não sabe	18	11,3
Sabe o que é ou já ouviu falar em Violência Obstétrica		
Sim	87	54,7
Não	72	45,3
Você sofreu Violência Obstétrica		
Sim	17	10,7
Não	72	45,3
Não sabe o que é Violência Obstétrica	70	44,0
Sabia o que fazer diante da Violência Obstétrica (n= 17)		
Sim	3	17,6
Não	14	82,4
Quais providências tomou (n=3)		
Denunciou	1	33,3
Reclamou com responsável do hospital	1	33,3
Xingou o médico responsável	1	33,3
Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer (n=71)		
Sim	27	38,0
Não	44	62,0
Considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana no nascimento do bebê (n=157)		
Sim	10	6,4
Não	147	93,6

Em relação à prevalência de VO foi observado que 66% (IC95% 59-73) das mulheres sofreram algum tipo de violência durante o ciclo gravídico puerperal. Nas participantes que realizaram parto vaginal (50,9%), apenas 22,6% escolheram a posição do parto, 90% deu à luz na posição litotômica, 38,8% delas relataram o uso de medicação para indução do parto, 10% foram proibidas de sair da cama ou caminhar durante o trabalho de parto e em 12,5% foi realizada a manobra de Kristeller. O exame de toque foi realizado em 97,5% das participantes e dentre elas 46,1% desses, foram realizados por diferentes profissionais. Em relação à realização da episiotomia, 22,5% relataram ter sido feito durante o parto, e entre esses 33,3% não foram informadas e/ou não foram anestesiadas. A maioria teve o pedido atendido para item ou remédio para alívio da dor (61,9%) e para líquido ou alimento (68,2%) (Tabela 3).

Durante o estudo, 86% das participantes relataram ter tido um acompanhante durante todo o tempo da internação e trabalho de parto, e apenas 1,9% relatou que a maternidade não permitia. A amniotomia foi realizada em 26,3% das participantes, enema em 5,2% e a tricotomia obrigatória em 1,3%. Cerca de 9% das puérperas relataram ter sido deixadas sozinhas, sem explicação e sem atendimento, 7% não tiveram suas dúvidas sanadas, 7% sofreram piada e deboche e, 4,5% relatam ter sido ameaçada, humilhada e xingada por algum profissional da saúde (Tabela 3).

Tabela 3. Acontecimentos durante assistência pré-natal e parto/cesárea de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a abril de 2023 (n=159).

Variáveis	N	%
Escolheu a posição do parto (n=80)		
Sim	36	22,6
Não	43	53,8
Não sabe/ Não lembra	1	1,3
Posição do parto (n=80)		
Litotômica	72	90,0
Cócoras	2	2,5
Banquinho	3	3,8
De quatro	1	1,2
Outra	2	2,5
Realização da Manobra de Kristeller (n= 80)		
Sim	10	12,5
Não	70	87,5
Realização da Episiotomia (n=80)		
Sim	18	22,5
Não	59	73,7
Não sabe/ Não lembra	3	3,8
Episiotomia Informada (n=18)		
Sim	13	72,2

Não	4	22,2
Não sabe/ Não lembra	1	5,6
Episiotomia com Anestesia (n=18)		
Sim	13	72,2
Não	3	16,7
Não sabe/ Não lembra	2	11,1
Pedido atendido para item ou remédio para alívio da dor (n=21)		
Sim	13	61,9
Não	8	38,1
Pedido atendido para líquido ou alimento (n=22)		
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
Proibida de sair da cama ou caminhar (n=80)		
Sim	8	10,0
Não	72	90,0
Exame de Toque realizado por diferentes profissionais (n=78)		
Sim	36	46,1
Não	41	52,6
Não sabe/ Não lembra	1	1,3
Uso de medicação para indução do parto (n=80)		
Sim	31	38,8
Não	49	61,2
Acompanhante durante internação e trabalho de parto (n=98)		
Sim, a maior parte do tempo	17	10,8
Sim, todo o tempo	135	86,0
Não, a maternidade não permitia	3	1,9
Outro	2	1,3
Lavagem Intestinal (n=156)		
Sim	8	5,2
Não	142	91,0
Não sabe/Não lembra	6	3,8
Obrigatoriedade da raspagem dos pelos (n=156)		
Sim	2	1,3
Não	152	97,4
Não sabe/ Não lembra	2	1,3
Rompimento da bolsa (n=156)		
Sim	41	26,3
Não	109	69,9
Não sabe/ Não lembra	6	3,8
Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta (n=157)		
Sim	11	7,0
Não	146	93,0
Alguém gritou, xingou, humilhou ou ameaçou (n=157)		
Sim	7	4,5
Não	150	95,5
Alguém repreendeu por chorar ou gritar (n=157)		

Sim	5	3,2
Não	152	96,8
Alguém debochou ou fez piada (n=157)		
Sim	11	7,0
Não	144	91,7
Não sabe/Não lembra	2	1,3
Alguém deixou sozinha e sem explicação (n=98)		
Sim	14	8,9
Não	143	91,1
Contato Pele a Pele (n=98)		
Sim	128	81,5
Não, não deixaram	6	3,8
Não, a criança teve alguma complicação	14	8,9
Não sabe/ Não lembra	1	0,6
Outro	8	5,1
Aleitamento nas primeiras horas (n=98)		
Sim	122	77,7
Não	34	21,7
Não sabe/ Não lembra	1	0,6

A Tabela 4 apresenta a análise bivariada de Violência Obstétrica segundo características sociodemográficas e clínicas. As variáveis idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, número de filhos, local do parto e satisfação com o parto não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho avaliado. Quanto aos fatores relacionados, observou-se que a ocorrência de VO foi mais frequente em mulheres pardas e amarelas ($p=0,014$) e que realizaram parto vaginal com fórceps ou não ($p<0,001$).

Tabela 4. Prevalência de violência obstétrica em uma amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde, de acordo com características sociodemográficas e clínicas do parto. Passo Fundo, RS, dezembro de 2022 a abril de 2023 (n=159).

Variáveis	Sofreu Violência Obstétrica		Não Sofreu Violência Obstétrica		p*
	N	%	N	%	
Idade (anos completos)					0,322
≤ 17	4	100,0	0	0	
18 – 23	33	71,7	13	28,3	
24 – 29	39	67,2	19	32,8	
30 – 34	16	57,1	12	42,9	
≥ 35	13	56,5	10	43,5	
Escolaridade					0,639
Ensino Fundamental Incompleto	23	69,7	10	30,3	
Ensino Fundamental Completo	15	68,2	7	31,8	
Ensino Médio Incompleto	25	65,8	13	34,2	
Ensino Médio Completo	30	60,0	20	40,0	
Ensino Superior Incompleto	4	57,1	3	42,9	
Ensino Superior Completo	5	88,9	1	11,1	
Cor da Pele (autorreferida)					0,014

Branca	57	69,5	25	30,5	
Parda	39	70,9	16	29,1	
Preta	7	35,0	13	65,0	
Amarela	2	100,0	0	0,0	
Renda Familiar (em R\$ n=97)					0,606
< 1000	15	78,9	4	21,1	
1000 – 1299	9	60,0	6	40,0	
1300 – 2599	43	67,2	21	32,8	
2600 – 3899	18	64,3	10	35,7	
≥ 3900	6	50,0	6	50,0	
Estado Civil					0,118
Casada	88	69,3	39	30,7	
Solteira	17	54,8	14	45,2	
Viúva	0	0	1	100,0	
Número de Filhos					0,675
1	40	67,8	19	32,2	
2	29	59,2	20	40,8	
3	24	72,7	9	27,3	
≥ 4	12	75,0	6	25,0	
Tipo de Parto					<0,001
Cesárea	36	46,2	42	53,8	
Vaginal	64	84,2	12	15,8	
Vaginal com fórceps ou vácuo extrator	5	100,0	0	0,0	
Local do Parto (n=158)					0,246
Hospital Público/ SUS	103	66,9	51	33,1	
Hospital Privado	1	50,0	1	50,0	
Hospital via convênio	0	0,0	1	100,0	
Domiciliar	0	0,0	1	100,0	
Satisfação com o Parto (n=158)					0,546
Muito Bom	31	64,6	17	35,4	
Bom	46	62,2	28	37,8	
Indiferente	13	72,2	5	27,8	
Ruim	4	100,0	0	0,0	
Muito Ruim	10	71,4	4	28,6	

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que 66% das participantes incluídas nessa pesquisa relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica durante a assistência pré-natal ou trabalho de parto. A alta prevalência de VO encontrada nesse estudo é expressivamente maior do que as prevalências previamente reportadas nos estudos também realizados no Rio Grande do Sul, que ficam entre 18,3% e 50%^{4,8,9}. No entanto, a prevalência observada nessa pesquisa foi inferior à de um estudo nos mesmos moldes realizado em Recife (87%), que foi considerando o uso de apenas uma intervenção como critério suficiente para definir a violência obstétrica¹⁰. No cenário mundial, um estudo realizado na Espanha mostrou que mais de dois

terços das mulheres tiveram alguma experiência de violência obstétrica¹¹. No México, 33,3% das mulheres foram vítimas de violência obstétrica em seu último parto⁵.

Em relação ao perfil sociodemográfico, observou-se um predomínio de mulheres de pele branca (51,6%), com idade média de 26,9 anos (\pm 6,2), que possuíam cônjuge (79,9%) e 37,1% possuíam apenas um filho. Em relação às variáveis socioeconômicas, 31,4% das participantes tinham como escolaridade o ensino médio completo e a maioria das entrevistadas tinha uma renda familiar entre R\$ 1300 e R\$ 2599 (44,1%). Esse perfil das participantes se enquadra naquele de usuários do Sistema Único de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, relatado no Plano Estadual de Saúde 2020-2023¹².

Dentre as variáveis estudadas, observou-se associação significativa com a violência obstétrica e mulheres pardas e amarelas. Os achados são semelhantes aos outros estudos que demonstraram que mulheres pardas ou pretas apresentam maior chance de sofrerem abuso e desrespeito durante a internação para o trabalho de parto^{6,8}. Essa diferença entre mulheres brancas e pardas e amarelas pode ser reflexo de um racismo estrutural, onde ocorre um maltrato a populações não brancas¹³. Em relação ao tipo de parto, em que a violência obstétrica apresentou relação com o parto vaginal pode ser explicado pela maior necessidade de orientações e interações entre as mães e os profissionais de saúde durante o trabalho de parto. Durante o parto normal o protagonismo do nascimento fica na mãe e muitas vezes os profissionais se demonstram impacientes e onde ocorre o maior número de intervenções^{6,11,14}.

Apesar de não encontrado relação estatisticamente significativa, nesse estudo, entre a ocorrência de violência obstétrica e as características sociodemográficas como: idade, escolaridade, renda familiar, estado civil e número de filhos, outros estudos apresentam essas relações. As mulheres mais próximas dos extremos de idade apresentam maior chance de discriminação durante o pré-natal e parto¹⁵. Esses dados podem estar relacionados aos profissionais da saúde realizarem um pré-julgamento, em que mulheres mais jovens são consideradas irresponsáveis por já terem iniciado a vida sexual¹⁶ e terem filhos novas e as mais velhas de terem ultrapassado da idade de terem filhos⁹. Mulheres nulíparas relataram mais desrespeito e abuso, o que pode ser reflexo da ansiedade sobre a experiência do parto, bem como uma maior necessidade de cuidados por parte dos profissionais que podem ter se ressentido com as demandas e, conseqüentemente, foram desrespeitosos¹⁷. Ainda, outros estudos mostram que mulheres menos favorecidas socioeconomicamente e com menor grau de escolaridade estão mais vulneráveis durante a assistência ao parto^{6,8,15}. O maior grau de instrução normalmente permite que a mulher tenha maior número de informações científicas e

busquem os cuidados baseados em evidências¹⁰. Em relação ao estado civil a violência obstétrica é mais frequente em mulheres solteiras ou separadas^{15,18}.

Uma outra questão importante de ser destacada são as intervenções realizadas durante o trabalho de parto. A realização da manobra de Kristeller foi relatada por 12,5% das participantes que realizaram parto vaginal. Esse resultado é inferior ao encontrado na pesquisa intitulada Sentidos do Nascer em que em 23,7% das participantes foi realizada a manobra de Kristeller. Apesar de apresentar uma baixa frequência dessa manobra, é importante relatar que a manobra não é recomendada pela Organização Mundial da Saúde¹⁹ além de poder causar trauma das vísceras abdominais, do útero e ainda descolamento da placenta²⁰. A episiotomia, relatada por 22,5% das participantes, muitas vezes é feita de forma rotineira mesmo sem respaldo científico para evitar lacerações graves e na prevenção de incontinência urinária e fecal, mas existem estudos que mostram que causa complicações como: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, sendo prejudicial para a qualidade de vida da mulher, interferindo também na sua sexualidade^{21,22}. Além disso, é importante destacar que muitas vezes o corte não é informado para as pacientes e nem é realizada a anestesia (33,3%), resultado semelhante a outro estudo¹⁸. Também, a OMS afirma que a episiotomia é indicada em apenas 10% dos partos¹⁹.

Em relação a posição do parto, apenas 22,6% escolheram a posição do parto e 90% deu à luz na posição litotômica. Outros estudos apresentam similaridade com esses achados, com a litotomia alcançando mais de 90% das participantes, mesmo as posições verticalizadas mostrando um maior benefício^{6,23}. O exame de toque foi realizado em 97,5% das participantes e dentre elas 46,1% desses, foram realizados por diferentes profissionais. A VO pode ser dividida em categorias, uma dessas categorias é a violência física, que contempla situações como toques vaginais dolorosos e repetitivos, intervenções sem anestésias, imobilizações desnecessárias, obrigatoriedade da posição de litotomia ou supina, além das manobras de Kristeller e episiotomias^{1,7}. Como visto nesse estudo, quase metade das mulheres que tiveram parto vaginal afirmaram que o exame de toque foi realizado por diferentes profissionais o que além de causar desconforto e dor, essa prática pode aumentar a sensação de vulnerabilidade da paciente e submissão, pois muitas vezes é realizado sem o consentimento, sem o esclarecimento e sem preservar a privacidade da mulher²⁴. Outro ponto a ser destacado é a importância de a mulher realizar a escolha da posição do parto e ser estimulada a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, de modo a sentir-se mais confortável, melhorar a conexão com o próprio corpo e conseqüentemente facilitar o nascimento da criança¹⁹.

Outras categorias de VO são o abuso verbal e a negligência do atendimento. Cerca de 9% das puérperas relataram ter sido deixadas sozinhas, sem explicação e sem atendimento, 7% não tiveram suas dúvidas sanadas, 7% sofreram piada e deboche e, 4,5% relatam ter sido ameaçada, humilhada e xingada por algum profissional da saúde durante a assistência ao parto ou pré-natal. Estudos anteriores mostram porcentagens semelhantes sobre humilhação, não informação de procedimento e gritos⁴.

O direito ao acompanhante durante todo o período de assistência ao parto é garantido por lei²⁴. Apesar disso, ainda assim, algumas participantes relataram proibição da maternidade em relação a acompanhante (2%). É importante destacar que além do acompanhante ser um direito da mulher, alguns estudos mostraram que ter alguém de confiança durante a assistência ao parto promove conforto, segurança e calma aliviando a tensão no momento do parto²⁶, além de diminuir o risco de mulheres sem acompanhante serem mais propensas a sofrerem VO^{6,9}.

Um outro aspecto de destaque é a porcentagem de mulheres que não sabem o que é violência obstétrica (45,3%), o que dificulta o entendimento e reconhecimento da prática. As pacientes acabam entendendo as intervenções como normais e necessárias da prática obstétrica e não reconhecem seus direitos, nem o poder de recusar práticas não consentidas¹⁸. É possível analisar essa situação com a diferença de prevalência quando questionadas de forma direta sobre terem sofrido ou não VO, em que apenas 10,7% relatam ter sofrido; e quando é considerando o uso de apenas uma intervenção como critério suficiente para definir a violência obstétrica, em que esse número aumenta expressivamente (66%).

Outra forma de comprovar o não conhecimento acerca da VO é o desconhecimento que algumas mulheres têm dos direitos na hora do parto. O direito de menor conhecimento é sobre negar a realização da episiotomia, 35,2% das mulheres acreditam que não é seu direito negar o procedimento e 11,3% não sabem se é um direito ou não. Em relação a escolha da posição do parto, 30,2% não acreditam ser um direito na hora do parto e sobre a tricotomia um quarto das participantes acreditam não ser uma escolha. Justifica para isso pode ser o fato de que pacientes acabam entendendo as intervenções como práticas médicas necessárias e muito disso pode se dar a explicações errôneas que são transmitidas pelos profissionais de saúde acerca dos procedimentos^{17,26}. Quanto ao direito de auxílio para dor e a presença de doula, as entrevistadas possuem uma boa percepção, 88,7% e 68,5%, respectivamente, acreditam que é um direito da parturiente.

A presença do acompanhante durante a assistência o parto é o direito de maior conhecimento, 98,1% tem o conhecimento sobre esse direito. Apesar do resultado ainda chama atenção que embora previsto por lei desde 2005²⁵, 1,9% das participantes não consideram isso

um direito ou não sabem que é um direito. No entanto, é importante destacar a diferença de conhecimento sobre os outros direitos e os direitos do acompanhante. Uma explicação para isso pode ser a presença de uma lei clara e objetiva sobre o tema.

Além disso, entre aquelas que afirmaram saber o que é VO, quando questionadas se saberiam o que fazer diante da situação, apenas 17,6% das mulheres que relataram ter sofrido violência obstétrica e 38% das que afirmaram não ter sofrido, quando questionadas de forma direta sobre a situação, mencionaram saber o que fazer. A razão para tal situação pode ser devido ao momento de vulnerabilidade que a mulher se encontra durante o trabalho de parto, o turbilhão de sensações que está presente naquele momento e a vergonha ou medo de ser exposta. Ainda, o ato de denunciar requer coragem para reviver toda a situação e também a falta de provas, pois muitas vezes esse evento ocorre em lugares ocultos, dificultam a denúncia. Destaca-se também que a falta de informação e o não conhecimento claro do que é Violência Obstétrica dificulta que mulheres entendam seus direitos e saibam identificar o que se enquadra como VO³.

Outro ponto importante são as orientações recebidas no pré-natal sobre o parto e a elaboração do plano de parto. Apesar da alta cobertura de pré-natal (98,7%), aproximadamente um quarto das participantes (26,5%) não receberam orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar. E em relação ao plano de parto, 76,1% não receberam orientações para elaboração e 7,7% das participantes receberam orientação, mas não elaboraram. É importante destacar que a construção do plano de parto é recomendada pela OMS¹⁹ e a discussão sobre o parto e os desejos da gestante durante esse momento, auxilia a mulher a entender e expressar suas vontades, facilitando a comunicação entre a equipe de saúde e a parturiente¹. Além disso, um estudo realizado no Pará mostrou que mulheres com plano de parto apresentam menores chances de sofrerem intervenções obstétricas²⁸. Desse modo, a elaboração do plano de parto pode ser uma ferramenta educativa que reduz os padrões de cuidado que perpetuam a violência no cotidiano da obstetrícia reduzindo intervenções desnecessárias e melhorando a experiência da assistência ao parto.

A falta de esclarecimento sobre a Violência Obstétrica torna-se uma das limitações do estudo. Além disso, a obtenção de informação através do autorrelato depende da memória do entrevistado. No entanto, apesar da possibilidade de viés, passar por uma situação de violência, principalmente no momento do parto, é algo marcante, portanto, torna-se uma situação de fácil evocação na memória. Ainda, ressalta-se que o tamanho da amostra da pesquisa pode não ter sido suficiente para testar outras possíveis associações estatísticas entre o desfecho violência obstétrica e as variáveis de exposição.

A prevalência encontrada no estudo foi muito maior do que o esperado. A hipótese para esse achado é que a literatura existente se caracteriza pelo uso de diferentes instrumentos para avaliar a prevalência de VO. A falta de consenso sobre os termos e definições usados em desrespeito, abuso, maus-tratos e violência obstétrica, bem como a falta de ferramentas eficazes para medir esse construto, complicam os estudos epidemiológicos e dificultam as comparações. Além disso, deve-se notar que o tamanho da amostra do estudo pode ter sido insuficiente para testar outras possíveis associações estatísticas entre o desfecho Violência Obstétrica e variáveis de exposição.

Em resumo, este estudo identificou que dois terços da amostra de mulheres usuárias do SUS sofreram algum tipo de violência obstétrica. A principal forma de violência foi física. Os fatores que apresentaram relação com o desfecho principal foram a cor da pele da mãe parda ou amarela e o tipo de parto vaginal. Apesar de a maioria das mulheres saberem sobre os direitos na hora do parto, existe ainda parte significativa das participantes que não os conhece. Sobre as providências em caso de serem vítimas de VO menos da metade das participantes sabem o que fazer diante de tal situação. É importante destacar que esse é um dos primeiros estudos a investigar a prevalência de violência obstétrica, levando em consideração tanto as características sociodemográficas quanto as clínicas. Além de examinar a percepção da ocorrência dessa violência e o conhecimento dos direitos e garantias relacionados a ela, contribuindo, portanto, para uma maior compreensão dos fatores que influenciam sua ocorrência e perpetuação principalmente no Sistema Único de Saúde local de realização da pesquisa. Diante disso, os dados obtidos neste trabalho servem principalmente para instigar outros estudos na área, para que assim seja possível melhorar a assistência ao parto e pré-natal.

Cabe ressaltar, ainda, que mulheres vítimas de violência obstétrica podem apresentar sinais de estado depressivo no início do seu período de pós-parto²⁹. O que ainda pode interferir na relação materno infantil e influenciar no cuidado à saúde do bebê³⁰, podendo deixar marcas por toda à vida.

Frente a esse contexto, destaca-se que é durante a assistência pré-natal que o sistema de saúde deve analisar, identificar e classificar a gestante quanto ao risco e vulnerabilidade, para a ampliação e melhoria do acesso e qualidade do pré-natal. Além disso, a assistência pré-natal deve acolher a mulher, e cessar todas as dúvidas que ela apresente, afim de promover e garantir o bem-estar físico e emocional, trazendo informações e orientações sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto, garantindo um parto e nascimento saudável³¹. É nesse momento que existe o maior contato com a gestante e onde as usuárias terão acesso as informações da sua gestação e do parto. Com isso, a porta de entrada do sistema de saúde caracteriza-se como

o lugar ideal para compartilhar e construir conhecimento acerca da VO e os direitos da gestante durante o seu ciclo gravídico puerperal.

Diante disso, levando em conta a falta de conhecimento e de debate acerca da violência obstétrica, assim como das implicações que essas condutas podem gerar em termos de saúde materno e infantil, faz-se necessários mais estudos sobre essa temática visando identificar esse problema, assim como os potenciais fatores associados. As evidências elucidadas poderão embasar políticas públicas e atividades de educação permanente em saúde na qual tenham como foco estratégias de mudanças nos padrões que perpetuam a violência na assistência ao parto, melhorando o acolhimento, a assistência e a experiência da gestante.

REFERÊNCIAS

1. Tesser, C. D., Knobel, R., de Aguiar Andrezzo, H. F., Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, 10(35), 1-12.
2. Organização Mundial da Saúde. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.
3. Souza, F. (2021). Reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro e no Estado de Santa Catarina.
4. Venturi, G., Bokany, V., Dias, R., Alba, D., Rosas, W., Figueiredo, N. (2010). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. *Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet]*.
5. Castro, R., Frías, S. M. (2020). Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence against women*, 26(6-7), 555-572.
6. Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública*, 30, S17-S32.
7. Bowser, D., Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *USAID-TRAction Project*.
8. Mesenburg, M. A., Victora, C. G., Jacob Serruya, S., Ponce de León, R., Damaso, A. H., Domingues et al. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive health*, 15(1), 1-8.
9. Araujo, G. C. (2019). *Violência obstétrica no parto vaginal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil* (Master's thesis).
10. Andrade, P. D. O. N., Silva, J. Q. P. D., Diniz, C. M. M., Caminha, M. D. F. C. (2016). 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*, 16, 29-37.
11. Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martinez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536.

12. Governo do Rio Grande do Sul. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Secretaria Estadual de Saúde. 2020
13. Castilhos, B. D. V. D. (2022). A violência obstétrica em mulheres negras: uma análise sob a perspectiva de gênero e do Racismo Institucional.
14. Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R. et al. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43.
15. Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E. et al (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763.
16. Maya, E. T., Adu-Bonsaffoh, K., Dako-Gyeke, P., Badzi, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Adanu, R. (2018). Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reproductive health matters*, 26(53), 70-87.
17. Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., Freedman, L. P. (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health policy and planning*, 33(1), e26-e33.
18. Lansky, S., Souza, K. V. D., Peixoto, E. R. D. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F. et al (2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2811-2824.
19. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
20. CIELLO, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., SANTOS, S. (2012). Violência Obstétrica "Parirás com dor": dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. *Senado federal*, 1-188.
21. Moreira, G. P. (2011). Implicações da episiotomia na saúde da mulher: uma revisão bibliográfica.
22. Peña, S. R., Gomes, C. R. D. G. (2016). Episiotomia e suas implicações. *Arquivos do MUDI*, 20(1), 25-37.
23. Priddis, H., Dahlen, H., Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and birth*, 25(3), 100-106.
24. Palma, C. C., & Donelli, T. M. S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, 48(3), 216-230.
25. Brasil. (2005). Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
26. Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V. C., Lago, P. N. D., Mesquita, N. S. D. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery*, 18, 262-269.
27. Carniel, F., da Silva Vital, D., de Souza, T. D. P. (2019). Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *Journal of nursing and health*, 9(2).
28. Machado, K. S., Saraiva, A. P. C., Lima, L. K. D. O. L. (2020). Plano de parto: uma estratégia para reduzir atos de violência obstétrica?. *IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education*, 5(2).

29. Rocha, M. J., Grisi, E. P. (2017). Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. *ID on line. Revista de psicologia, 11*(38), 623-635.
30. Santos, W. D. (2013). A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?.
31. DIAS, R. A. (2014). A importância do pré-natal na atenção básica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após execução do projeto de pesquisa e a apresentação de resultados no artigo científico, foi concluído que os objetivos do estudo foram cumpridos, tendo em vista que foi possível identificar a frequência e as principais formas de violência obstétrica, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados. Ainda, foi possível avaliar a percepção acerca da ocorrência desta violência incluindo o conhecimento dos direitos e garantias das mulheres durante o processo de parto e nascimento em usuárias do Sistema Único de Saúde em Passo Fundo, RS.

Esse estudo identificou que 66% das usuárias do SUS relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, o que contrastou da hipótese inicial de 25%. Relacionada as formas de violência confirmaram que a forma física é a principal. Os fatores que apresentaram relação com o desfecho principal foram a cor da pele da mãe parda ou amarela e o tipo de parto vaginal, confirmando que a VO é mais frequente em mulheres pardas e que passaram por parto vaginal. No entanto, sobre escolaridade, estado civil e status sócio econômico não ocorreram associação estatisticamente significativa. Apesar de a maioria das mulheres saberem sobre os direitos na hora do parto, existe ainda parte significativa das participantes que não os conhece. E em relação as providências em caso de serem vítimas de VO menos da metade das participantes sabem o que fazer diante de tal situação. Os resultados obtidos revelaram uma prevalência alarmante de violência obstétrica em nossa amostra, contrastando com a hipótese inicial, destacando a urgência de ações efetivas para prevenção e combate a essa prática. Além disso, identificou-se uma associação significativa entre certos fatores sociodemográficos e clínicos e a ocorrência de violência obstétrica, o que reforça a importância de abordagens individualizadas e sensíveis às necessidades das mulheres durante o processo de parto.

Uma das principais contribuições deste estudo é a ampliação do conhecimento sobre a percepção das mulheres em relação à violência obstétrica, bem como seu conhecimento dos direitos e garantias durante o parto. Essas informações são fundamentais para a formulação de políticas públicas mais eficientes e para a implementação de práticas baseadas em evidências que visem promover um parto respeitoso e humanizado.