



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA**

**WANESSA RIBEIRO DE FARIAS**

**MULHERES PRIMÍPARAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA**

**COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

**CAMPINA GRANDE**

**2018**

**WANESSA RIBEIRO DE FARIAS**

**MULHERES PRIMÍPARAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA  
COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Psicologia, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Regina Lígia W. de Azevedo.

**CAMPINA GRANDE**

**2018**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”, CCBS - UFCG**

F225m

Farias, Wanessa Ribeiro de.

Mulheres primíparas e violência obstétrica: uma perspectiva cognitivo-comportamental / Wanessa Ribeiro de Farias. – Campina Grande, PB: O autor, 2018.

51 f., 21 x 27,9 cm.

Orientador: Regina Lígia Wanderlei de Azevedo, Dra.

Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Campina Grande, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Violência Obstétrica. 2. Teoria Cognitivo Comportamental. 3. Primíparas. a. I. Azevedo, Regina Lígia Wanderlei de. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9: 618.4 (813.3)

**WANESSA RIBEIRO DE FARIAS**

**MULHERES PRIMÍPARAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA  
COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

APROVADO EM 12/03/2018

Regina Ligia W. de Azevedo.

Dra. Regina Ligia Wanderlei de Azevedo

(Orientadora - UFCG)

Roseane Christina da Nova Sá Serafim

Dra. Roseane Christina da Nova Sá Serafim - UFCG

(Examinadora)

Jacqueline Matias dos Santos

Ms. Jacqueline Matias dos Santos - UFPB

(Examinadora)

A todas as mulheres que já foram vítimas de  
violência obstétrica e carregam feridas no corpo e  
na alma, dedico este trabalho.

## **Agradecimentos**

A Deus, meu amor maior, quem me sustenta e me guia do meu nascimento até aqui;

A minha pura e doce mãe Maria , minha fiel intercessora e cuidadora;

Aos meus pais Elizabete e Djalma, as bases da minha existência, que me cuidaram e me trouxeram pelo braço até o fim dessa graduação. A vocês devo tudo que tenho e sou, sem vocês eu não saberia o que é ter um amor de verdade;

A minha avó Dolores, meu tio Edvaldo e meus padrinhos Simone e Joseilton, meus maiores torcedores, que sempre acreditaram e oraram pelo meu sucesso;

Ao amor da minha vida, meu namorado Mikael, que com tanta paciência cuidou de mim em momentos delicados, me deu o apoio e carinho que eu precisava para transpassar diversas barreiras e ir além do que eu acreditava poder ir;

A minha orientadora Regina, por ser muito mais do que uma professora, mas uma amiga, um anjo que Deus colocou em minha vida. A Ele dou graças pela sua existência, agradeço todos os dias por nossas vidas terem se cruzado e por ter sido me dada a oportunidade de conviver com um ser humano tão iluminado. Serei eternamente grata por todo conhecimento que me foi passado e por todo o cuidado que me foi dado muito além do âmbito acadêmico;

A meus amigos Ricardo e Monique, pelos conselhos e por todo carinho demandado a mim, por terem sido luz em momentos de escuridão;

Aos meus amigos de caminhada, que estiveram comigo do princípio ao fim, que me mostraram motivos para continuar quando pensei em desistir, que dividiram comigo os melhores sorrisos e também as inevitáveis lágrimas: Camilla, Bia, Alan, Ana Layse, Marília e Geane;

Pelos mestres que tornaram esse caminho mais fácil, que me transmitiram um conhecimento ímpar que levarei por toda a minha vida: Pedro de Oliveira, Valquíria Nogueira, Roseane Sá-Serafim e Elaine Custódio.

## **Lista de siglas**

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

TCC - Teoria Cognitivo Comportamental

VO - Violência Obstétrica

## Sumário

1	Introdução.....	13
2	Método .....	20
3	Resultados e Discussões.....	22
4	Considerações Finais.....	43
	Referências .....	45
	Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados .....	48
	Anexo A – Normas da Revista.....	49

**MULHERES PRIMÍPARAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA  
COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Regina Lígia Wanderlei de Azevedo<sup>1</sup>, Wanessa Ribeiro de Farias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professora do Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Campina Grande.

Campina Grande - Paraíba, Brasil. Email: regina.azevedo@gmail.com

<sup>2</sup>Graduanda em Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande -

Paraíba, Brasil. Email: wanessafarias1994@gmail.com

End. Rua Adalgisa Luna de Menezes, 731.

End. Rua Ademar Felipe da Silva, 36.

# MULHERES PRIMÍPARAS E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

## Resumo

O parto é uma experiência marcante e representativa na vida da mulher, e as expectativas para o seu acontecimento começam a partir da descoberta da gravidez onde cada uma irá idealizar a forma como imagina ser o seu filho e a melhor forma de fazê-lo vir ao mundo. Entretanto, essa experiência pode ser marcada por diversos fatores degradantes que colocam em risco a saúde, o bem-estar, a moralidade e principalmente a vontade da mulher, deixando marcas de forte trauma emocional durante toda a sua vida. Neste enfoque, o presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar a incidência e as possíveis consequências da violência obstétrica em mulheres primíparas, tendo como base teórica a perspectiva cognitivo-comportamental.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo e exploratório, tendo como amostra oito mulheres primíparas com idade entre vinte e quarenta anos, sem qualquer delimitação no que concerne ao nível de escolaridade. A amostra foi por conveniência e foram respeitados todos os preceitos éticos de pesquisa que envolve seres humanos. Foram utilizados como instrumentos um questionário sócio demográfico e clínico, bem como uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados a partir da Categorização Temática. A média de idade das participantes foi de 24 anos, todas trabalhavam, e possuíam algum grau de escolaridade, refletindo que a vivência da violência obstétrica independe do nível de escolaridade das parturientes. Na análise das entrevistas realizadas foi possível encontrar 2 classes temáticas – Violência Obstétrica e Educação em Saúde, 4 categorias – Violência Física e Violência Psicológica; Psicoeducação e Humanização, e 9 subcategorias – Episiotomia, Manobra de Kristeller, Exame de Toque, Desamparo, Desrespeito, Omissão, Agressão, Acolhimento e Capacitação. Nos seus discursos são demonstrados pensamentos

disfuncionais e crenças principalmente de desamparo. As violências apresentadas nas suas falas, têm evidências de modelos cognitivos disfuncionais, mas além disso, de sofrimento e memórias frustrantes de terem sido roubadas o direito de vivenciar a maternidade da forma como haviam imaginado. Assim sendo, é proposto um plano de tratamento para esta população, baseada nas falas e discursos que se repetiram e que foram significativos.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica, Teoria Cognitivo Comportamental, Prímiparas

### **Abstract**

Childbirth is a remarkable and representative experience in a woman's life, and the expectations for this event start from the discovery of the pregnancy where each one will idealize the way she imagines her child and the best way to make him/her come to the world . However, this experience can be marked by several degrading factors that endanger the health, well-being, morality and especially the will of the woman, leaving marks of strong emotional trauma throughout her life. In this approach, the present study was conducted with the objective of identifying the incidence and possible consequences of obstetric violence in primiparous women, based on the cognitive-behavioral perspective. A descriptive and exploratory qualitative research was carried out, having as sample eight primiparous women between the ages of twenty and forty years, without any delimitation regarding the educational level. The sample was for convenience and all the ethical precepts of research involving humans were honored. A sociodemographic and clinical questionnaire was used as well as a semi-structured interview. The data were analyzed from the Thematic Categorization. The average age of the participants was 24 years old, all of them worked, and had some level of schooling, reflecting that the experience of obstetric violence does not depend on the level of schooling of the parturients. In the analysis of the interviews it was

possible to find 2 thematic classes - Obstetric Violence and Health Education, 4 categories - Physical Violence and Psychological Violence; Psychoeducation and Humanization, and 9 subcategories - Episiotomy, Kristeller Maneuver, Examination of Touch, Abandonment, Disrespect, Omission, Aggression, Reception and Training. In their speeches are demonstrated dysfunctional thoughts and beliefs mainly helplessness. The violence presented in their speeches, have evidence of dysfunctional cognitive models, but additionally suffering and frustrating memories of having stolen the right to experience motherhood as they had imagined. Therefore, a treatment plan for this population is proposed, based on speeches and discourses that are repeated and significant.

**Keywords:** Obstetric Violence, Behavioral Cognitive Theory, Primiparous

## **Introdução**

O fenômeno da violência foi definido pela OMS em seu Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde como sendo:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde – OMS, 2002, p. 5).

Ainda segundo o Relatório a violência pode ser dividida em três tipos: violência auto-infligida (comportamento suicida e o auto-abuso), a violência interpessoal (subdividida em violência da família e de parceiro íntimo e violência comunitária), e a violência coletiva (subdividida em violência social, política e econômica). Na categoria de violência interpessoal pode ser incluída a denominada Violência Obstétrica, por se tratar de um ato advindo de grupos institucionais, que segundo a lei venezuelana, esse tipo de violência é tipificada séria:

A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007)

Não obstante, esse tipo de violência surge a partir do momento em que o parto não mais é visto como um processo natural e passa a ser apropriado pela medicina, que assumiu o controle sobre os corpos das mulheres e as levou para parir nos hospitais ainda que em condições precárias (Nagahama e Santiago, 2005). Esse processo gerou um excesso de intervencionismos no trabalho de parto que são realizados sem o consentimento da

parturiente, sem a devida informação e comunicação, gerando uma série de eventos traumatizantes.

A este respeito, uma pesquisa realizada em agosto de 2010 pela Fundação Perseu Abramo sob o título “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados” buscou coletar dados acerca de diversas questões que envolvem a mulher brasileira, dentre elas existe um tópico específico sob o título “Gravidez, filhos e violência institucional no parto”, que se refere exatamente aos tipos de violência tipificados no cenário obstétrico. O referido trabalho enfatiza que 15% das mulheres que tiveram filho/a(s) natural(is) afirmaram terem sofrido “algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades ou em atendimento pré-natal. Além disso, a pesquisa aponta ainda que, em resposta a diferentes formas de violência institucional, uma em cada quatro (25%) relatou ter sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas – com destaque para exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%). E por fim, mas não menos importante, o dado que cerca de uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional comentários hostis e pejorativos, a exemplo de “não chora que ano eu vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%).

Mediante todo este quadro, verifica-se que a VO é considerada hoje um problema de saúde pública e combatê-la no Brasil se torna ainda mais difícil quando se leva em conta a falta de conhecimento da população sobre o tema, ou seja, muitas mulheres sofrem com esse tipo de violência mas acreditam estar passando por procedimentos de rotina, somado a isso temos a não especificação de punições para aqueles que violam algum direito das parturientes. A partir dos resultados da pesquisa é verificado e também importante observar a presença da

denominada Violência Psicológica no contexto da VO que, segundo o artigo 7º da Lei nº11.340 se trata de:

Qualquer conduta que lhe cause (á mulher) dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Unindo-se esse tipo de cenário ao fato de por vezes a mulher chegar ao momento do parto repleta de medos, incertezas, inseguranças e vulnerabilidades diversas, tem-se como resultado o sofrimento psíquico com danos por vezes irreversíveis, pois não é raro a mesma ser submetida a comentários ofensivos e humilhantes, sendo coagida a se submeter aos desejos de uma equipe que desconsidera e/ou desrespeita a sua subjetividade.

Nesta perspectiva, Muniz e Barbosa (2012), afirmam que “a visão médica separa a gravidez do restante da experiência de vida da mulher, tratando-a como episódio médico isolado”. Esse tipo de prática, onde há o abuso de poder por parte dos profissionais (não somente a equipe médica, mas qualquer um envolvido no processo, desde o assistente administrativo que recebe a paciente na recepção até o médico que conduzirá todo o procedimento do parto) também pode ser denominada de violência institucional e que, segundo o Dossiê da Violência Obstétrica (2012) “acontece entre um sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o cuidado com o corpo e, o outro, que se “sujeita” a este cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber”. Vale salientar que a violência institucional pode ocorrer desde o período da gestação, no parto e no puerpério, não sendo um fato exclusivo do momento do nascimento e por vezes acompanha a mulher desde os exames iniciais na gravidez. Isso se dá em um contexto onde não há espaço para o saber da

mulher sobre o seu próprio corpo, sobre a sua saúde, seus desejos e opiniões, pois na esmagadora maioria das vezes o evento do parto será visto como mais um processo automatizado que deve seguir os mesmos procedimentos e padrões para todas as mulheres independente das suas particularidades físicas, culturais, sociais e pessoais.

Percebe-se assim, uma relação hierarquizada entre a instituição médica (composta por médicos, enfermeiros, técnicos entre outros profissionais) e a paciente que se encontra em uma posição de submissão, sob um constante receio de questionar qualquer tipo de intervenção por medo de abalar a suposta posição de superioridade do saber médico. Segundo Fisher, Astbury & Smith (1997, citado por Lopes, 2005, p. 247):

A potencialidade para acarretar benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto e, portanto, há mais envolvido no processo do que a saúde e integridade física da mãe e do bebê. As memórias sobre o parto permanecem vivas em nível cognitivo e psicológico, e continuam influenciando as percepções da mulher sobre a experiência por muito tempo.

Várias práticas abusivas e já naturalizadas no contexto hospitalar podem ser observadas e elencadas, práticas essas que já foram comprovadamente consideradas ineficazes e impróprias, além de contar com um alto grau de agressividade, dentre elas podemos citar a cesariana não eletiva, a Episiotomia desnecessária e a Manobra de Kristeller. Dentre outros costumes frequentes no cenário obstétrico e que violam a liberdade da mulher existe a restrição da posição do parto e o impedimento da permanência do acompanhante, além de por vezes a parturiente ser mantida em total estado de ignorância a respeito da sua saúde e do seu bebê.

Quando observamos o cenário nacional a respeito da VO não é possível encontrar uma lei que criminalize esse tipo de prática em todo o território, entretanto, no estado de Santa

Catarina foi sancionada em 17 de janeiro de 2017 a Lei N°17.097 que implanta medidas de informação e proteção no atendimento às gestantes. Na Câmara dos deputados também tramitam três projetos de lei que buscam criminalizar a VO e definir o que deve ou não ser feito pelos profissionais de saúde no cenário do parto, além de punições para aqueles que infligirem a lei e medidas que buscam humanizar o atendimento às gestantes, são elas a PL 8219/17, do deputado Francisco Floriano; PL 7867/17, da deputada Jô Moraes; PL 7633/14, do deputado Jean Wyllys e a PEC 100/15 do deputado Veneziano Vital do Rêgo

Algumas ações governamentais no sentido de reduzir os casos de VO também podem ser vistas, como as diretrizes lançadas em 8 de março de 2017 para humanizar o parto normal e reduzir as intervenções, entre as medidas adotadas por essas diretrizes podemos destacar a permissão para que a mulher escolha a posição do parto, a presença de doulas e o fim do jejum obrigatório, assim como a recomendação para que se evite a episiotomia, o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto e o rompimento da bolsa entre outras ([www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)). Já em 15 de fevereiro de 2018, a OMS publicou novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto, de acordo com a matéria feita pelo site ONU BR – Nações Unidas no Brasil, as novas diretrizes incluem ter uma companhia à sua escolha durante o trabalho de parto e o nascimento da criança; receber atendimento respeitoso e acesso a boa comunicação com os profissionais de saúde; manter privacidade e confidencialidade; e ter autonomia decisória sobre a gestão da dor, posições, entre outras ([nacoesunidas.org](http://nacoesunidas.org)).

Eventos marcados por situações de violência geram consequências não somente físicas em cada uma das vítimas, mas como já foi dito, também existem danos psicológicos associados à VO, e nesse sentido a TCC pode auxiliar na compreensão de como se deu a experiência do parto em seu nível cognitivo, como as consequências geradas pela violência

estão relacionadas com suas crenças, quais pensamentos foram predominantes e como a parturiente pode lidar com isso no período pós parto.

A Psicologia surge nesse contexto com o intuito de compreender até onde vão as marcas psíquicas advindas da VO, levantando o debate acerca de qual o papel e espaço que são dados ao psicólogo no ambiente hospitalar de modo a otimizar as experiências de parto de tantas mulheres. Nesse sentido, a Teoria Cognitivo Comportamental pauta sua atuação no pressuposto de que pensamentos distorcidos estão na base de qualquer transtorno psicológico e que quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento (Beck, 2013, p.23). A partir das crenças de cada indivíduo é que cada um irá moldar sua visão de mundo e expectativas para o futuro, ao identificar as crenças de cada paciente será possível dimensionar a que nível o trauma da violência lhe marcou, tendo em vista que cada acontecimento é recebido e processado de modo único por cada sujeito em particular, ou seja, mais do que os fatos propriamente ditos, a forma como cada um interpreta tais acontecimentos é que vai definir a forma como cada um se sente e se comporta.

Desse modo, ao reavaliar o discurso sobre a experiência de parto e violência obstétrica com o auxílio da TCC em contraponto com as expectativas de cada mulher referente a esse momento, é possível compreender como vivenciar essa violência foi agressivo a nível emocional e cognitivo e quais as disfunções presentes no pensamento de cada uma através da sua fala. A partir disso acredita-se que as experiências de violência podem acarretar nas vítimas emoções como medo e ansiedade e conseqüentemente um comportamento desadaptativo durante o trabalho de parto e também a posteriori, no cuidado com o seu filho, bem como nas outras possíveis gestações. Ao passar por situações de estresse e humilhação, a mulher que sofreu violência pode internalizar crenças a respeito de si e do ser mãe que vão

interferir na sua auto imagem e potencializar a possibilidade de possíveis transtornos associados à gestação.

É imprescindível destacar o papel do psicólogo nesse contexto como um real agente de mudanças, um profissional que pode compreender até onde vão as marcas psíquicas advindas da violência, e isso só é possível a partir do momento em que se dá voz àquelas que são diretamente afetadas pelo fenômeno da violência. Para Barros (2002, citado por Peron e Sartes, 2015, p. 43) a natureza imediatista, o foco na resolução de problemas e o modo de levar o paciente a identificar soluções alternativas para enfrentar a enfermidade fazem com que a TCC seja um instrumental valioso e adequado ao setting hospitalar.

Destarte, o **objetivo** do presente estudo foi identificar a incidência e as possíveis consequências da violência obstétrica em mulheres primíparas, tendo como base teórica a perspectiva cognitivo-comportamental.

## **Método**

**Tipo de estudo:** O presente estudo foi uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa, segundo Chizzotti (2006) é fundamentada em uma estratégia que se baseia em dados coletados em interações sociais ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que sujeitos e/ou pesquisador atribuem ao fato. No que se refere ao âmbito descritivo, este tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, e exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses (Gil,2002).

**Amostra:** A amostra foi por conveniência que de acordo com Cozby (2003, p.152) se trata de obter os participantes onde puder encontrá-los, sendo composta por oito mulheres primíparas com idade entre 20 e quarenta anos, sem qualquer delimitação no que concerne ao nível de escolaridade.

**Lócus:** A investigação foi realizada no local mais conveniente para as participantes, já que o estudo não se concretizou num contexto institucional. No entanto, foi levada em consideração uma atmosfera cujo sigilo foi preservado.

**Instrumentos:** Para a realização do presente estudo foi utilizado como instrumento um questionário sócio demográfico e clínico, bem como uma entrevista semiestruturada. O questionário sócio demográfico constou de questões relacionada à idade, cidade onde reside, dentre outras características relevantes a nível social e demográfico. No que concerne ao questionário clínico, este abordou questões referentes ao processo pré-natal, puerpério e pós-parto.

As questões norteadoras para este estudo abordaram aspectos que atendiam ao objetivo traçado e foram conduzidas a partir de entrevistas semi estruturadas, que combinam

perguntas abertas e fechadas, onde o informante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (Boni e Quaresma, 2005). (Instrumentos no Apêndice)

**Análise dos dados:** Os dados foram analisados a partir da Categorização Temática proposta por Figueiredo (1993, citado por Azevedo, 2011, p.80 ), onde foram determinadas categorias a partir de temas que foram suscitados nas entrevistas e processadas por meio de etapas, sendo estas: Leitura inicial, Marcação, Corte, Junção, Notação e Discussão. Na segunda fase foi considerada a junção dos conteúdos comuns a todas as entrevistas em função da equivalência de cada conteúdo, se seguindo as fases de: Leitura Inicial, Organização e Notação.

**Procedimentos:** Antes da coleta de dados este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CEP – UFCG), para certificar o seguimento das normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 510/2016 (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2017), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo assim, e obedecendo à Resolução acima especificada, os objetivos da pesquisa serão explicados ao participante e lhe será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (CAAE: 79564517.0.0000.5182)

## Resultados e Discussões

Este estudo possui como amostra 8 participantes do sexo feminino, sendo elas mulheres primíparas, ou seja, que passaram pela experiência do parto pela primeira vez no intervalo de 1 a 24 meses. A média de idade das participantes foi de 24 anos, a respeito da escolaridade 2 participantes possuem Ensino Superior Completo, 1 Superior Incompleto e 5 Médio Completo. No tocante a profissão 1 delas é enfermeira, 1 fisioterapeuta, 1 professora, 1 empresária, 1 garçonete, 2 confeitadeiras e 1 do lar. Estes dados refletem a prática da violência obstétrica independente do nível de escolaridade das parturientes. Em relação ao tipo de parto, 4 das participantes tiveram parto normal enquanto as outras 4 passaram pela cesariana. De acordo com os dados sócio demográficos todas elas residem na zona urbana no interior da Paraíba. A respeito da religiosidade das participantes, todas elas se denominaram católicas e dizem ser religiosas, nesse sentido, foi possível perceber em suas falas constantes referências a Deus.

A partir da análise das entrevistas realizadas foi possível encontrar 2 classes temáticas – Violência Obstétrica e Educação em Saúde, 4 categorias – Violência Física e Violência Psicológica; Psicoeducação e Humanização, e 9 subcategorias – Episiotomia, Manobra de Kristeller, Exame de Toque, Desamparo, Desrespeito, Omissão, Agressão, Acolhimento e Capacitação.

<i>CLASSE TEMÁTICA</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>SUBCATEGORIAS</i>
<i>I – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</i>	1. Violência Física	1.1. Episiotomia 1.2. Manobra de Kristeller 1.3. Exame de toque

<i>II – EDUCAÇÃO EM SAÚDE</i>	2. Violência Psicológica	2.1. Desamparo
		2.2. Desrespeito
	1. Psicoeducação	1.1 Omissão
		1.2 Passividade
	2. Humanização	2.1 Acolhimento
		2.2. Capacitação

Na classe **Violência Obstétrica** surgiram duas categorias: a) Violência Física, com três subcategorias (Episiotomia, Manobra de Kristeller e Exame de toque), e b) Violência Psicológica com duas subcategorias (Desamparo e Desrespeito).

#### **a) Violência Física**

A categoria Violência Física emergiu quando foi pedido que as mulheres relatassem, com toda a riqueza de detalhes que lhes fosse possível, como foi a sua experiência de parto, incluindo todos os procedimentos realizados pelos profissionais desde a recepção até o momento da alta. A partir dos relatos obtidos foi possível identificar três subcategorias que correspondem a práticas consideradas violência física, foram elas a Episiotomia, a Manobra de Kristeller e o Exame de Toque.

“A Episiotomia, ‘pique’ ou ‘episio’, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda tem ligações importantes com o clitóris.” (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012, p.80)

Apesar de ser um procedimento cirúrgico, normalmente as mulheres não são consultadas sobre a sua realização. De acordo com as evidências atuais, não é possível definir em quais circunstâncias a episiotomia deve ser realizada. Ou seja, não há indicação ou razão precisa para a episiotomia. Em um dos relatos das entrevistadas é possível ver claramente uma das justificativas utilizadas pelos médicos para a utilização desse procedimento, ou seja, dizer que a gestante não tem dilatação suficiente, algo que acaba sendo adotado pela mãe pela falta de informação e conhecimento sobre o tema:

*“Quando eu fui botar a mão ela botou a menina em cima de mim, ela já tava roxa porque já tava passando da hora de nascer, e eu tive que ser cortada porque eu não tinha passagem.” [Participante 4, 21 anos]*

Ainda sobre a Episiotomia sem o consentimento da parturiente encontramos o seguinte relato:

*“Eu levei 8 pontos, ele fez uma episio em mim de 8 pontos nesse lado direito, eu passei a noite todinha sentindo dor com os pontos, não senti mais dor de nada mas os pontos doíam muito.” [Participante 8, 25 anos]*

Uma das justificativas para se realizar esse procedimento de modo inconsequente é a preservação do prazer masculino, ou seja, cortes e pontos são realizados sob o pretexto de não “deformar” o canal vaginal e não interferir no prazer sexual dos parceiros. Outra razão para as Episiotomias é a pressa dos profissionais em concluir o parto o mais rápido possível, ao invés de aguardar o tempo da mãe e do bebê.

As mães não são consultadas a respeito de uma prática que é realizada em seu corpo e com um enorme potencial de interferir na sua auto estima através de marcas e cicatrizes. Ao ter sua genital mutilada é aberto um campo fértil para a produção de pensamentos disfuncionais a respeito da sua sexualidade, as emoções que acompanham as cicatrizes podem estar ligadas a alterações na imagem corporal, diminuição da auto-estima e perda da iniciativa, com sentimentos de incapacidade, prejudicando a qualidade de vida. (Pinto e Grillo, 2005, p.129)

A segunda subcategoria encontrada foi a Manobra de Kristeller, uma manobra que foi desenvolvida sem fundamentação científica e que era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve.

Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou expremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho. (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012, p.103).

Entre as entrevistadas para este estudo, apenas uma relatou ter sido vítima da manobra:

*“Eu ouvi quando ele disse: “Vou empurrar, doutor.”. Eu pensei que ele empurrou com a mão, mas meu marido disse que ele subiu em cima e empurrou. Eu pensei que era a mão, mas era o braço inteiro que ele empurra, e quando empurrou eu senti o choro da menina e eu consegui respirar por aquele aparelhinho.” [Participante 2, 25 anos]*

A partir deste relato e também dos anteriores é possível confirmar duas das hipóteses levantadas nesse estudo: As mulheres não têm conhecimento dos mais variados tipos de violência obstétrica e a maioria delas já sofreu algum tipo de violência obstétrica, no entanto não tem ciência disso. A entrevistada supracitada não demonstrou nenhum estranhamento ou preocupação ao descrever a manobra de Kristeller utilizada no seu parto, apesar de, segundo Reis e Patrício (2005, p.226) ser esta uma prática reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente.

A terceira subcategoria encontrada foi o Exame de Toque, um procedimento utilizado para a verificação da dilatação do colo do útero:

Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a “dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e que na

grande maioria das vezes é realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente. (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012, p.96).

No tocante a essa subcategoria podemos destacar as seguintes falas:

*“Além do mizoprostol ele fez uma manobra de abrir o colo do útero manualmente, assim, ela é uma manobra bem dolorosa, você sente como se ele tivesse rodando os dois dedos dentro de você, sabe? É assim que você sente porque ele pega o colo e tenta abrir com os próprios dedos, bem doloroso, mas ele pegou, fez isso, explicou que era pra estimular mais e disse que eu teria naquele dia. Ele disse: “Óh, a bacia é boa, você tá com 4cm, eu vou fazer essa manobra pra abrir mais ainda, mas você vai ter ainda hoje” Doeu que só essa manobra.” [Participante 1, 26 anos]*

*“[...]na hora sangrou e doeu muito. Foi aí que comecei a sentir as dores, depois do primeiro toque.” [Participante 5, 27 anos]*

*“[...] tinha uma enfermeira horrível que fez um toque em mim brutal, depois que ela fez esse toque em mim eu comecei a desmaiar. Ela fez um toque que enfiou a mão todinha, foi até aqui (sinalizando próximo ao cotovelo), isso foi o segundo toque, o médico tinha todo cuidado pra fazer, fazia toque que eu nem sentia, só que ela fez de uma forma brutal, tava com muita raiva já, cansada, não sei, me tratou muito mal. Depois veio fazer o toque de novo, eu lembro que eu dei um chute nela: “Você não toca mais em mim de jeito nenhum!” Nisso eu já tava passada, aí mainha: “Deixa fazer o toque.” “Ela não faz, não vai fazer mais o toque em mim!” [Participante 8, 25 anos]*

De acordo com Nascimento (2017) não existem pesquisas que apoiem ou rejeitem o exame de toque para melhorar o trabalho de parto, além de ser uma prática que traz grande constrangimento as parturientes.

## **b) Violência Psicológica**

A Violência psicológica pode ser percebida em diversos momentos durante os relatos das entrevistadas, foram diversas situações vivenciadas desde o momento de entrada no hospital, o trabalho de parto e os primeiros dias do pós parto vividos ainda na instituição. As subcategorias encontradas nesse tópico foram Desamparo e o Desrespeito.

A respeito do Desamparo foram identificadas situações de isolamento, o impedimento de um acompanhante da sua escolha assim como a negação de atendimento e informações que eram solicitadas pelas parturientes. Ao chegar ao hospital escolhido para o atendimento, algumas mães foram imediatamente separadas dos seus acompanhantes e levadas de modo solitário a percorrer por uma série de procedimentos por vezes invasivos, sem qualquer suporte psicológico.

*“[...] quando resolvi a questão da papelada lá embaixo eu subi e fiquei em um quarto esperando a enfermeira vir com a preparação, com a roupa, com a touca, essas coisas. Fiquei lá acho que durante uns 40 minutos, aí ela veio e trouxe as coisas pra que eu me preparasse, aí depois de meia hora eu acho, veio o rapaz com a maca aí eu subi pra o outro andar já na maca aí fiquei já na sala do centro cirúrgico aguardando o anestesista, sendo que chegou um parto de urgência aí meu médico teve que ir fazer esse parto primeiro. Eu fiquei na sala verificando a pressão já deitada no local, quase 1h, foi bem chatinha essa parte.” [Participante 3, 24 anos]*

*“Antes eu fiquei na sala de observação sozinha porque como era homem o acompanhante não podia ficar, aí eu fiquei sozinha até minha chegar.” [Participante 6, 22 anos]*

Tendo em vista o caráter emocionalmente vulnerável deste momento para as mulheres que o vivenciam, o isolamento pode gerar sentimentos de abandono e desamparo, emoções

potencializadas pelo alto grau de ansiedade que é gerado no pré parto, como podemos observar na fala das entrevistadas quando relataram quais sensações lhe ocorriam antes do parto:

*“Disfarcei no início, mas quando foi chegando perto do hospital eu comecei até a chorar e tudo, mas aí tentei me controlar.” [Participante 1, 26 anos]*

*“Antes, iniciou na noite que antecedeu, né? Eu não dormi quase nada ansiosa, imaginando como seria tudo, como seria o parto, como seria ver meu filho pela primeira vez, então foi uma noite bem longa, quase não amanhecia o dia. Os meus pensamentos sobre tudo era se tudo ia dar certo, se meu bebê ia nascer bem, se eu ia ficar bem, tudo passava pela cabeça. Um pouco antes de iniciar, bateu muito o medo, né? O medo de dar errado, o medo de ter alguma complicação, o medo do meu bebê por algum motivo, sei lá, não ficar bem, então bate muito o medo” [Participante 3, 24 anos]*

Outra prática costumeira relatada por algumas das entrevistadas foi o impedimento de ser acompanhada por uma pessoa de sua escolha, segundo a Lei federal 11.108 de 7 de abril de 2005, a lei do acompanhante:

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

A justificativa normalmente utilizada pelos serviços de saúde para impedir a presença do acompanhante durante todo o trabalho de parto, é a inexistência de vestimentas adequadas suficientes para o acompanhante, no caso de um acompanhante homem, eles são impedidos de

entrar nas alas conjuntas para não interferir na privacidade das outras mulheres, como podemos ver a seguir:

*“Eu entrei lá pra cima de 10h, de 10h começou, só que o único acompanhante que eu tinha era o meu marido e lá em cima fica junto com as outras mulheres aí eles já disseram que não podia porque só podia acompanhar mulher. Aí eu liguei pra minha mãe só que ela não podia ir então fiquei lá sem acompanhante na hora do pré parto, aí meu marido ficou atrás querendo arrumar alguém, querendo saber notícias, só que ele não podia entrar justamente pra não interferir na privacidade das outras pacientes que tavam lá também.” [Participante 1, 27 anos]*

*“Era o pai dele que queria ver, queria tá comigo na hora, aí eu falei com eles lá e o médico disse que não tinha como por conta da hora, não tinha mais roupa limpa pra ter acompanhante dentro da sala, aí eu fiquei sozinha na sala de cirurgia.”*  
*[Participante 6, 22 anos]*

Além de sofrer com questões inerentes ao parto, as mulheres sofrem também pela deficiência dos serviços que não possuem o suporte necessário para ampará-las em seus direitos e necessidades. Unindo-se a isso, também foi constatado o desamparo no sentido de negar atendimento e informações às parturientes:

*“Pedi pra ver meu prontuário e não me deixaram ver, acharam meio ruim, não quiseram me mostrar, mas aí eu insisti e acabaram me mostrando.” [Participante 1, 27 anos]*

*“[...]eu perguntei com quantos centímetros eu tava de dilatação e ele não me falou, eu perguntei duas vezes e ele fingiu que não escutou.” [Participante 5, 27 anos]*

A falta de informações a respeito do seu próprio quadro clínico e do seu bebê é capaz de gerar na mãe uma série de pensamentos automáticos disfuncionais geradores de angústia, de acordo com Beck (2013, p.158) a interpretação de uma situação, frequentemente expressa em pensamentos automáticos, influencia a emoção subsequente, o comportamento e a resposta fisiológica. Nesse sentido foi possível destacar as seguintes falas:

*“Outra coisa, durante o parto propriamente dito, o período expulsivo, eu senti assim, não sei bem explicar, além do medo, além da dor e da vontade que termine logo, daquela ansiedade, eu tentava ver se eu decifrava algumas emoções através das expressões faciais dos profissionais que tavam comigo, do médico, da técnica de enfermagem, e eles demonstraram uma face de preocupação, de alguma coisa. Ela perguntava alguma coisa pra o médico e ele dizia: “Sei não.” É como se eles tivessem também desesperados com alguma coisa, pelo menos eu interpretei dessa forma. Eu sei que não necessariamente eles iriam falar na minha frente, aliás, eles não falariam de jeito nenhum na minha frente naquele momento, era como se ele dissesse: “Que coisa esquisita, eu não sei o que eu vou fazer aqui, vamos esperar pra ver o que vai dar.” E isso, eu não sei bem por quê, mas eu tive a impressão de tipo: “Eita, e agora? Deu errado.” E eu ficava nessa dúvida.” [Participante 1, 27 anos]*

*“O que eu não gostei foi porque não me informaram nada, porque ele engoliu um pouquinho de secreção, só que ninguém me informava nada. Por exemplo, assim, normalmente se leva o bebê até a mãe, né? Depois que tem, pra eu olhar, ver alguma coisa, mas ela fez assim, passou e disse: “Ó, mãe.” E saiu correndo com o menino, em momento algum ninguém me informava nada, se ele tinha tido alguma complicação...porque eu não vi ele, foi questão de dois segundos, e ninguém me informava nada, eu perguntava após o parto, e só as enfermeiras limpando a sala e*

*conversando assuntos inconvenientes pra uma paciente ficar escutando.” [Participante 7, 25 anos]*

A interpretação equivocada das situações relatadas engatilharam angústias que poderiam ter sido evitadas ao se dar a devida atenção e assistência às parturientes, que além de impedidas de possuir um acompanhante não contaram sequer com o acolhimento e devidos cuidados da equipe.

Na subcategoria Desrespeito foi possível reiterar o que diz a pesquisa da Fundação Perseu Abramo que constatou que 23% das participantes ouviram algum tipo de insulto ou xingamento durante o parto.

*“Teve uma até que soltou uma piada na hora que eu ia saindo: “Eita pensei que ia passar um mês aqui, não queria mais sair daqui.” Eu lembro dela, fiquei com ódio, visse? Eu disse: “Tô indo embora, fique você aí.” [Participante 2, 25 anos]*

*“O médico até riu na hora que eu entrei, disse assim: “Uma criança tendo outra?” Aí mainha disse: “Não, ela não é mais criança não que ela já tem uma, então não é mais criança.” [...] Na hora do soro eu tive medo aí ela disse: “Não dói não, sem choro que você já tá tendo, precisa chorar mais não.” [...] Ela disse: “Quem fez tem que aguentar. Você não fez? Tem que aguentar ter.” [Participante 4, 21 anos]*

Pressupõe-se que a equipe de saúde nesse momento de vulnerabilidade preste total apoio e cuidado à mãe em atendimento, entretanto, é possível notar o despreparo e desumanização de muitos profissionais que acabam por potencializar o sofrimento e o sentimento de desamparo das parturientes. Na fala em questão, nem a presença da mãe da paciente, a sua acompanhante, foi capaz de intimidar o profissional que se aproveitou da sua posição de suposta superioridade para lançar comentários ácidos a uma mulher em pleno trabalho de parto. É possível notar o peso das palavras utilizadas pelos profissionais ao tentar inferiorizar mulheres que estão sob os seus cuidados. Ao unir a cobrança social de que a mulher tem o dever de encarar o trabalho de parto sem qualquer sinal de fraqueza aos

comentários de profissionais que supõe-se ter domínio e conhecimento sobre o cenário do parto, o que temos é a disseminação da ideia de que a mulher que sofre, que chora, que sente dor e reclama dela, é uma mulher fraca e incapaz de exercer o papel de mãe.

Na classe **Educação em Saúde** surgiram duas categorias: a) Psicoeducação com duas subcategorias (Omissão e Aceitação), e b) Humanização com duas subcategorias (Acolhimento e Capacitação).

#### **a) Psicoeducação**

De acordo com Candeias (1997, p.210):

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

A Educação em saúde tem como principal objetivo empoderar o sujeito em todos os processos que envolvam a sua saúde, tornando-o um ser autônomo e capaz de tomar decisões esclarecidas a respeito de tudo que venha a intervir sobre o seu corpo e sua vida. Nesse contexto, a categoria psicoeducação para Lemes e Neto (2017, p.17) é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento.

Durante as entrevistas realizadas foi notória a falta de conhecimento de algumas mães a respeito de alguns procedimentos realizados durante sua estadia no hospital, sendo este um fator causador de muita angústia e sofrimento para elas. Sobre a importância da psicoeducação temos os seguintes relatos:

*“É uma sensação horrível você não poder se mexer, você saber que existe e não conseguir se levantar pra puxar, pra coçar. Nem coceira eu tava sentindo, tava sentindo só até as costas, eu sentia no corpo todo coçando, sabe? E daqui pra baixo eu não sentia nada. É agonizante, eu fiquei pensando: “E se eu ficar parálitica?” Porque o povo diz que tem uns que dá errado, e eu ficava imaginando se fiquei parálitica.” [Participante 2, 25 anos]*

*“Eu tinha medo, muito medo de ser cesárea e eu morrer com a anestesia, eu tinha muito medo mesmo, porque todo mundo diz que quando é cesárea a pessoa corre muito risco, né? Pode acontecer qualquer coisa na hora.” [Participante 4, 21 anos]*

Por não possuírem o devido conhecimento a respeito da anestesia, as pacientes vivenciaram sentimentos de medo e angústia gerados por uma série de pensamentos disfuncionais.

Nesse sentido, foi encontrada a subcategoria Omissão, é possível ilustrar esse fator a partir da fala de uma paciente que vivenciou um ataque de pânico quando colocada na mesa de cirurgia, com um forte pensamento disfuncional de morte:

*“Ele amarrou o braço do outro lado pra colocar o aparelho de pressão, foi nessa hora que eu fiquei agoniada e comecei a me debater e a puxar, querer tirar, eu tava sentindo falta de ar e já tinha botado o pano e meu marido tinha acabado de entrar, aí eu não sentia mais nada nas pernas, tentava mexer e não conseguia, tentava levantar e não conseguia e comecei a puxar e ele mandando eu ficar quieta que ia me fazer mal*

*por conta da anestesia. E dizia: “Fique calma, fique calma.” E eu: “Meu filho eu tô sem ar, eu vou morrer!” E ele dizia que não, e eu: “Eu vou morrer, eu tô sentindo que eu vou morrer, eu tô dizendo a você que eu vou morrer!” Aí o médico chegou, que tava saindo de um parto pra outro, tava bem corrido esse dia, noite de São João, os meninos resolveram nascer. Ele disse: “Se você não ficar quieta agora você vai se prejudicar.” Botou aquele oxigênio e mandou eu respirar por ali, mas não serve de nada, e eu tava realmente agoniada, sem ar mesmo.” [Participante 2, 25 anos]*

Apesar de estar cercada por uma equipe de profissionais qualificados, a paciente vivenciou sensações físicas que a levaram a crer que o seu quadro a levaria a morte, nas palavras de Rangé (2011, p.582) a teoria cognitiva aponta que o indivíduo pode não estar consciente de suas interpretações distorcidas, mas com a adequada socialização ao modelo elas podem se tornar conscientes e modificáveis. Sendo assim, com os devidos esclarecimentos a respeito do que se passava com o seu corpo naquele momento, certamente a paciente vivenciaria essa situação com uma menor dose de angústia e sofrimento, ciente de que os sintomas que lhe acometiam faziam parte de um processo que logo mais chegaria ao fim.

Na fala a seguir é possível enxergar esse fenômeno com clareza, por ter um quadro clínico delicado, a filha da entrevistada precisou ficar mais tempo internada, uma situação delicada que não foi bem recebida pela mãe por estar passando por uma momento de fortes emoções, mas que com a devida psicoeducação pode compreender tudo que se passava e qual a importância da sua colaboração:

*“A pediatra, uma única pediatra, a que deu alta a ela, era a única que explicava tudo, sabe? A outra fazia o exame mas não dizia nada, só dizia que tinha que ficar, às vezes nem dizia isso. Essa era a única que eu perguntava porquê e ela respondia: “Olha, tá acontecendo isso, você tem que ficar por isso, você já recebeu alta mas ela não.” Aí*

*tanto é que bem antes, no dia que eu arrumei as bolsas pra ir embora ela explicou porque não era legal eu vir, ela explicou toda a situação, foi ela que disse que se continuasse subindo ia pra UTI, e ela explicando sempre, tanto é que o último exame da menina não tinha chegado e ela foi buscar. Essa é um tipo de profissional maravilhoso, a outra não.” [Participante 2, 25 anos]*

Uma das técnicas utilizadas pela TCC e que pode ser bastante útil em contextos como os descritos, é a chamada Descoberta Guiada, que nas palavras de Beck (2013, p.43), acontece da seguinte maneira:

Geralmente durante a discussão de um problema, você evoca as cognições do paciente (pensamentos automáticos, imagens e/ou crenças). Constantemente, você vai averiguar qual cognição ou cognições são mais perturbadoras para o paciente, depois lhe fará uma série de perguntas para ajuda-lo a olhar com distanciamento (isto é, encarar suas cognições como ideias, não necessariamente como verdades), irá avaliar a validade e utilidade das cognições e/ou descatastrofizar seus medos.

Entretanto, para que se possa questionar e modificar os pensamentos e crenças da mãe nesse momento, se faz necessário que ela receba os devidos esclarecimentos a respeito de todas as suas dúvidas, algo que pode ser feito primordialmente pela equipe médica. O simples esclarecimento sobre sintomas, procedimentos, o quadro clínico da mãe e do bebê, pode ser um forte aliado no sentido de desmistificar todo o processo de parto que se trata de um mundo completamente novo para mulheres primíparas. A omissão de informações a respeito do seu quadro clínico e do bebê também foi fator gerador de angústia em algumas mães:

*“[...]quando elas tavam terminando de limpar a sala de cirurgia me colocaram numa maca e me botaram no corredor esperando. Eu tomando soro, mas no corredor, fora da sala de cirurgia, passava gente e eu lá. Eu não cheguei a dormir, mas tava com muito sono, agoniada sem conseguir dormir, minha preocupação nele, e vendo muita*

*gente passar e eu perguntar: “Que hora eu vou pra o quarto?” E diziam: “Já já, tem que terminar o soro.” E só nessa, e eu sem saber de nada. Aí quando iam me levar pra o quarto, isso aí umas duas horas e meia ou três depois, foi que eu vim ver ele, saber que ele tava bem, botaram ele em cima de mim lá no quarto.” [Participante 7, 25 anos]*

A subcategoria Passividade, no momento em que era para acontecer a psicoeducação e profilaxia por parte dos profissionais, mas que não aconteceu, emergiu em diversos momentos nas falas das entrevistadas, e diz respeito a todas as vezes em que alguma postura violenta foi aceita pelas pacientes de modo passivo, ou seja, como se a situação correspondesse a algo comum e corriqueiro. Podemos constatar esse tipo de postura na fala a seguir:

*“Eu tinha um pouco de medo mas me senti vulnerável, digamos assim, e tudo que fizeram eu aceitei, não que isso tenha sido necessariamente ruim, eu sabia que boa parte daquilo poderia ser evitado mas que no fim das contas foi bom. Eu me senti com muito medo, quando começou a indução eu me senti um pouco desprotegida porque você fica sozinha e tudo, mas eu sabia que isso fazia parte das dificuldades e limitações inerentes ao próprio serviço que não tinha como eles darem melhor assistência assim nesse sentido, são muitos pacientes.” [Participante 1, 26 anos]*

A paciente em questão foi impedida de ser acompanhada pelo marido, passou por diversos exames de toque e foi obrigada a ficar em posição ginecológica ao invés de ficar de cócoras, como era o seu desejo, entretanto, em nenhum momento de sua entrevista foi possível identificar alguma fala de revolta ou indignação diante das recusas de suas vontades, mas sim um verdadeiro conformismo diante de tamanhas deficiências no atendimento. Além desse tipo de postura foi possível identificar uma total aceitação do saber médico como absoluto, podemos identificar essa atitude na seguinte fala:

*“Eu sei que não sou eu que decido se tá doente ou não, são os médicos, mas eu acho que só faltou essa questão da assistência, dizer o que é que tá acontecendo.”*

*[Participante 2, 25 anos]*

A paciente da fala em questão não recebia os devidos esclarecimentos acerca da sua saúde e do seu bebê, e após vários dias de internação passou por momentos de grande ansiedade para o recebimento da alta, que só foi lhe dada após diversos dias e com esclarecimento quase nulo acerca do seu quadro clínico. Apesar de demonstrar a necessidade de compreender o que se passava com seu corpo, a ideia de que o médico tudo sabe e tudo pode foi capaz de fazê-la aceitar mais passivamente a ordem de ficar mais dias internada.

Nesse sentido, é notória a resignação nas falas das entrevistadas diante da violência apesar da existência de uma série de campanhas e pesquisas de combate a esse tipo de prática. Em uma posição de entrega, confiança e total submissão ao saber médico, todas elas adotaram uma postura de conformismo diante das circunstâncias.

### **b) Humanização**

O termo *Humanização* refere-se principalmente a um questionamento às práticas hospitalares excessivamente intervencionistas, para Diniz (2005, p.628) a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano.

Com a humanização pretende-se devolver o protagonismo da mulher no trabalho de parto, dessa forma, o hospital deve se moldar às necessidades da parturiente, transformando o seu espaço em um lugar de acolhimento. A subcategoria Acolhimento surgiu principalmente nos relatos acerca do momento do parto, onde foi possível perceber o desrespeito às vontades de algumas das entrevistadas:

*“Eu só sei que doía muito e eu queria acelerar, eu tentava ficar de quatro aí ele disse: “Olhe, não faça posição alternativa que a posição é deitada mesmo.” [Participante 1, 27 anos]*

Todas as entrevistadas que passaram pelo parto normal ficaram em posição ginecológica, entretanto, a posição de cócoras possibilita para a mulher, contato precoce com o bebê, além de tornar este momento mais benéfico e gratificante entre ambos. Essa posição, por sua vez, otimiza a ação da gravidade, favorecendo o nascimento, sendo considerada a mais fisiológica para o trabalho de parto e parto, ajudando a pelve a atingir maior abertura (Silveira e Carvalho, 2003, p.38).

Ainda na subcategoria Acolhimento, uma das entrevistadas relatou a sua saga em busca de atendimento em mais de um hospital na cidade:

*“Com uma semana antes de fechar as 42 semanas eu comecei a sentir umas contrações na minha barriga, aí justamente por isso, porque minha ginecologista disse que tinha que ser normal a qualquer custo aí eu por conta própria bati um ultrassom, por mim mesma, aí quando bati essa ultrassom ele já tava com 4,50kg, não tinha mais como ser normal. Eu fui na maternidade e disseram que eu já tava com mais de 2cm de dilatação que mais tarde eu voltasse que seria naquele dia mesmo que eu ia ter, só que quando foi mais tarde eu voltei e me colocaram pra casa de novo. Nisso eu passei duas semanas, indo e voltando pra casa. Isso primeiro foi no ISEA, do ISEA eu passei pra Clipsi, porque eu pensei que outro médico falando alguma coisa podia ser...só que todos queriam, tinha que ser normal mesmo eu mostrando a ultrassom que tava, porque quando tá mais de 4kg não pode mais ser normal, né? Eu tava mostrando que ele já tava grande e não tinha como, mas queriam porque queriam que fosse normal. Aí foi que no dia que eu tive ele eu tava acompanhada do pai dele, o médico ainda queria me botar pra casa sem nem olhar os batimentos dele como era que tava, quando foi olhar os batimentos já tavam acelerados, ele nasceu em*

*sofrimento. E acompanhamento, que eu queria muito ter sido acompanhada no momento do parto, eu não tive.” [Participante 6, 22 anos]*

Algumas situações podem ser destacadas na fala da entrevistada, a primeira delas é a negação dos profissionais em atender o desejo da paciente em não realizar um parto normal, ou, ao menos, de realizar uma psicoeducação no sentido de esclarecer quais as possibilidades, riscos e consequências de um parto normal ou uma cesariana. Outra deficiência vista nesse contexto foi a incerteza a respeito do quadro clínico da paciente, que teve que passar por idas e vindas durante duas semanas até ser acolhida em uma das instituições.

A negação dos profissionais em questão em atender, escutar e avaliar a paciente, de modo a constatar e descatastrofizar os seus pensamentos distorcidos, foi mais uma situação que foi contra o que prega a humanização. Ao sentir-se cercada por uma equipe que acolhe os seus anseios e necessidades a chance de desenvolver pensamentos disfuncionais acerca do trabalho de parto diminuem, pois a parturiente percebe que não está só e que existem ali pessoas dispostas a zelar pelo seu bem estar físico e emocional.

Outra subcategoria encontrada foi a Capacitação, e esta diz respeito à falta de preparo de alguns profissionais que tiveram contato com algumas das entrevistadas. Foi possível encontrar situações onde profissionais davam instruções às pacientes que iam de encontro uma com a outra, profissionais desatentos que acessavam redes sociais enquanto a paciente sentia contrações ao seu lado e até mesmo o verdadeiro abandono de algumas entrevistadas no período do pós parto. Nas falas a seguir é possível constatar tais situações:

*“Eu tava sentindo muitas contrações, eu tava com 8cm de dilatação já, e eu tive que ir caminhando, andando, sentindo contração e em pé, tive que sair da sala de parto até subir pra sala de cirurgia, eu tive que subir na mesa só e tendo contrações em cima da mesa, aí foi quando uma enfermeira veio e me segurou na mesa. Porque nisso o*

*médico tava se preparando, meu esposo também tava botando a roupa, e a mulher que veio me acompanhando da sala até a sala de parto só disse: “Suba na cana.” E saiu. Quando deu a contração em mim que eu ia caindo da mesa foi que uma veio e me segurou.” [Participante 7, 25 anos]*

Algumas das mães entrevistadas tiveram dificuldade em amamentar e não puderam contar com o auxílio da equipe do hospital:

*“Eu não tinha leite, acho que pelo estresse de estar lá, aí a minha menina chorava o tempo todo, não queria ficar naquele negócio que é duro só com a fralda, eu ia pedir leite a elas e elas não davam, quem mandava o leite era minha cunhada, mandava numa chuquinha, só que o leite só tem uma durabilidade de 4h fora do peito senão azeda e a gente pediu pra guardar lá e ela não deixava, sabe? Foi super ruim, tanto é que minha tia foi conversar com o cara do hospital, tipo o gerente de lá, e ele disse que isso não podia acontecer, que era só pedir que davam, só que as enfermeiras não davam de jeito nenhum.” [Participante 2, 25 anos]*

A falta de capacitação e de preocupação de alguns profissionais em dar o melhor atendimento possível a essas mães é algo que fragiliza o vínculo com elas e a relação de confiança com a instituição como um todo. Outro fator que deve ser levado em consideração e que potencializa os medos e inseguranças das entrevistadas, é o fato de todas elas se tratarem de mães de primeira viagem, que não possuem experiências passadas que lhe guiem e até certo ponto lhe mostrem o que é normal no processo de parto e o que merece uma atenção mais cuidadosa.

A capacitação de profissionais para trabalhar no cenário hospitalar foi também uma das atribuições do psicólogo levantadas por Miyazaki (2010, citado por Rangé, 2011, p.573) que diz que o mesmo deve assumir a responsabilidade de formar adequadamente futuros profissionais para a área de saúde. Conhecendo então os diversos danos que a VO causa na vítima a nível físico e emocional, o

psicólogo pode e deve dar a sua contribuição na formação daquele que lidam mais diretamente com o público atendido.

## Considerações Finais

A nível cognitivo é possível realizar uma análise a respeito do contexto onde aconteceram as situações de violência física relatadas pelas entrevistadas, nas palavras de Rangé (2011, p.587):

As distorções cognitivas representam formas de interpretação que privilegiam somente partes das informações disponíveis no meio em que a pessoa está inserida. Como não correspondem a uma forma de pensar baseada na análise completa das evidências, podem fazer com que o indivíduo chegue a conclusões falhas, limitando a percepção da situação e disparando sentimentos, reações físicas e comportamentos disfuncionais.

A partir dessa citação é possível chegar a duas conclusões: algumas situações trouxeram sofrimento para as mães pela distorção que fizeram das circunstâncias a que foram submetidas, e outras situações, apesar de consideradas como VO não trouxeram tanto sofrimento por serem consideradas normais, apesar de trazerem um certo grau de incômodo.

A necessidade de psicoeducação foi um dos fatores mais gritantes em toda a pesquisa, ou seja, as mulheres sofreram por não saberem o que de fato se passava ao seu redor e se apoiarem em crenças distorcidas acerca da realidade. Um atendimento mais cuidadoso e explicativo é capaz de esclarecer algumas distorções e diminuir o grau de angústia dessas mães que possuem seus medos, e muitas vezes se apoiam em informações baseadas no senso comum que potencializam o seu sofrimento, como o exemplo do medo da anestesia trazer algum dano irreversível ou a incerteza a respeito da saúde do seu bebê que imediatamente após o parto foi levado para longe.

A respeito do conformismo diante das situações de violência podemos reafirmar o que já foi dito no início da discussão: a supremacia do saber médico ainda é uma realidade. É notória a entrega e submissão aos conhecimentos e ordens do profissional de medicina, que

muitas vezes tira proveito disso para impor suas decisões por vezes mal fundadas e que refletem apenas seu individualismo, como por exemplo, a utilização de artifícios para a aceleração do parto como a injeção de ocitocina ou abertura manual do colo do útero. Por acreditar estar passando por procedimentos de rotina, a parturiente encara com resignação situações como essa e outras semelhantes como o isolamento, a episiotomia ou a manobra de Kristeller. Supõe-se que se essas mães fossem munidas da informação de que certos procedimentos e condutas não são normais, das reais consequências de técnicas e manobras utilizadas e da sua real necessidade, os seus níveis de indignação e sofrimento seriam muito mais elevados.

Apesar das diversas divulgações do MS e do empenho da OMS em combater a VO, foi possível notar que de fato as mulheres não conhecem essa temática, pois com exceção das duas entrevistadas que possuem curso superior na área da saúde, nenhuma das outras demonstrou qualquer conhecimento das técnicas e procedimentos utilizados no trabalho de parto, e também do que é admissível ou não. É importante também notar que até mesmo as pacientes com curso superior não foram livres de sofrer violência.

Conseguimos perceber através das diversas mídias um interesse muito maior em se combater práticas consideradas violentas no meio obstétrico, entretanto, pouco é divulgado sobre as marcas psíquicas advindas dessas situações. Ao se avaliar as proporções emocionais que esse fenômeno toma, percebemos mais uma razão para se combater veementemente qualquer tipo de ação que viole o corpo e as emoções de qualquer mulher que venha a precisar de atenção na área obstétrica.

## Referências

- Azevedo, R. L. W. (2011). *Resiliência, sintomatologia depressiva e ansiedade em pessoas com o diagnóstico de HIV/AIDS*. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, PB.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Boni, V. Quaresma, S. J. (2005.). *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais*. In: Revista Eletrônica dos Pós Graduados em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1 (3), pp.68-80, 2005
- Candeias, N. M. F.(1997). *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. Revista de Saúde Pública, v.31, n.2, pp. 209-213.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Chizzotti, (2006). A. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Vozes.
- Diniz, C.S.G. (2005). *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, pp.627-637.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005* (2005). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF  
Recuperado em 22 de fevereiro de 2018, de  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)

Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal. Da Convenção sobre a eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 15 de janeiro de 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)

Lemes, C.B.; Neto, J.O. (2017). *Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde*. Temas em Psicologia, v.25, n.1, pp.17-28

Lopes, R. C. S. et al. (2005). *O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto*. Psicologia: reflexão e crítica, v. 18, n. 2, pp. 247-254.

Muniz, B. M. V. Barbosa, R. M. (2012). *Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?* Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012.

Nagahama, E. , Santiago, S. (2005). *A institucionalização do parto no Brasil*. Ciência e Saúde coletiva, v. 10, n. 3, pp. 651-657.

Nascimento, L.C.; Santos, K.F.O.; Andrade, C.G.; Costa, I.C.P.; Brito, F.M. (2017). *Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos*. Revista de Enfermagem UFPE Online, v.11, pp.2014-23.

Peron, N. B. , Sartes, L.M.A. (2015). *Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira*. Revista Brasileira de terapias Cognitivas, v. 11, n.1, pp. 42-49.

Pinto, A.I. Grillo, F.K.F.N. (2005). *Aspectos psicológicos e sociais do indivíduo portador de cicatriz*. Revista Uningá, v. 3, pp. 129-135.

Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa (2012). *Dossiê da Violência. Obstétrica. “Parirás com dor”*. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: OMS.

Rangé, B. et al. (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Reis, A.E.; Patrício, Z.M. (2005). *Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina*. Ciência e Saúde Coletiva, v.10,pp.221-230.

Reis, L.G.C.; Pepe, V.L.E.; Caetano, R. (2011). *Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito*. Physis Revista de Saúde Coletiva, v.21, n.3 ,pp.1139-1159.

Silveira, I.P.; Carvalho, F.A.M. (2003). *Conhecimento das mulheres sobre posições para o parto normal*. RENE. Fortaleza, v. 4, n.1, pp.36-39.

Venezuela. (2007). *Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*

## Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Idade:

Primeiro filho?

Cidade onde reside

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Se considera religiosa?

Tipo de Parto:

Quantas semanas de gestação:

Local do Parto:

Faixa etária no momento do parto:

Teve acompanhante? Quem?

Qual a posição na hora do parto?

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Como foi o seu pré-natal e sua relação com os profissionais que a acompanhou?
2. Você poderia falar um pouco a respeito do dia do seu parto (antes, durante e depois)?
3. O que passava na sua cabeça (antes, durante e depois)??
4. Como você se sentiu (antes, durante e depois)?
5. Depois do parto, ainda no hospital, como você se sentiu? O que passava na sua cabeça?
6. Gostaria de colocar mais alguma coisa acerca do seu parto?

## Anexo A – Normas da Revista

*Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (RBTC) / Brazilian Journal of Cognitive Therapies* é uma publicação semestral da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Destina-se à publicação de trabalhos originais relacionados às teorias e terapias cognitivas e áreas afins que se enquadrem nas seguintes categorias: (1) Relatos de pesquisas (investigação baseada em dados empíricos; limitados em 15 a 25 páginas); (2) Artigos de revisão (revisão sistemática, revisão narrativa e artigos teóricos; limitados em 15 a 25 páginas); (3) Comunicações breves (relatos breves de pesquisa, relatos de experiência profissional, estudos de caso e notas técnicas; limitados em 10 a 20 páginas). A RBTC publica as seguintes modalidades, a critério da Comissão Editorial: entrevistas com profissionais, comentários sobre artigos previamente publicados e resenhas de livros publicados no ano corrente ou anterior (limitados em 4 a 8 páginas).

Os manuscritos devem ser submetidos online, através do sistema eletrônico (<http://www.sgponline.com.br/rbtc/sgp/>). O manuscrito submetido à RBTC não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar. Toda submissão será inicialmente apreciada pela Comissão Editorial. Se a submissão estiver de acordo com as normas de publicação e for considerada potencialmente publicável, será encaminhada para avaliação pelos pares (*double blind review*) preservando a identidade dos autores e consultores.

### Apresentação dos manuscritos

A RBTC segue as recomendações de estilo da **sexta edição** do Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010). Como alternativa, sugere-se consultar os Manuais de Normalização de Trabalhos Científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bvs-psi.org.br/>). Os aspectos éticos inerentes à realização e divulgação de um trabalho científico devem ser considerados incluindo, quando pertinente, referência explícita à aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa institucional.

A partir de julho de 2012, todos os manuscritos devem ser submetidos online, através do sistema eletrônico (<http://www.sgponline.com.br/rbtc/sgp/>). Todos os manuscritos submetidos para publicação deverão ser escritos em inglês (preferencialmente), português ou espanhol.

### Manuscritos

Ao iniciar o processo de submissão, o autor responsável deverá indicar a modalidade na qual o manuscrito se enquadra, formatando o mesmo conforme as seguintes orientações:

Relatos de pesquisas (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de investigação original baseada em dados empíricos.

Artigos de revisão (15-25 páginas): revisão sistemática da literatura, revisão narrativa e ensaio temático (artigo teórico).

Comunicações breves (10-20 páginas): relatos breves de pesquisa empírica (por exemplo, estudos piloto), relatos de experiência profissional com características de inovação, estudos de caso com características especiais que justifiquem interesse

na área e notas técnicas sobre procedimentos e métodos.

Entrevistas Entrevistas com profissionais, Comentários sobre artigos previamente publicados e Resenhas de Livros publicados no ano corrente ou anterior (4-8 páginas). Sugere-se que o interessado em submeter materiais dessa natureza contate previamente o Editor Chefe da RBTC para verificar a viabilidade da proposta.

As informações referentes a (a) imagens, (b) autores e titulação, (c) título em português e título em inglês, (d) título abreviado, (e) descritores e keywords, (f) resumo e abstract, (g) instituição, (h) endereço para correspondência, (i) suporte financeiro (opcional) e (j) carta ao editor (opcional) devem ser inseridas no sistema. Após, o conteúdo integral do manuscrito, sem dados de identificação, deve ser inserido no sistema.

As seguintes orientações gerais sobre o texto devem ser observadas:

Papel: Tamanho A4 (21 x 29,7cm).

Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

Alinhamento: esquerda

Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25 cm.

### **Orientações gerais sobre a submissão**

**Resumo e Abstract:** (a) resumo em português de 150 a 200 palavras, com três palavras-chave em português, consultadas previamente no DeCS ( <http://decs.bvs.br/> ) e no BVS Psicologia ( <http://www.bvs-psi.org.br> ); (b) abstract (versão do resumo em inglês) com as palavras-chave em inglês, consultadas previamente no MeSH terms <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> ).

Figuras e Tabelas: deverão ser indicadas no texto, devendo ser submetidas separadamente no sistema. O SGP aceita apenas imagens em alta definição com as seguintes características: Largura superior a 1000 px e DPI igual ou maior que 200; formato de imagem preferencialmente TIFF ou JPG; tamanho máximo da imagem de 5 MB. A formatação de figuras e tabelas deve, obrigatoriamente, seguir as normas da sexta edição do Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010) .

**Anexos e Notas:** somente utilize anexos e notas de rodapé se forem realmente imprescindíveis para a compreensão do texto. Caso indispensável, os anexos devem ser apresentados em uma nova página, após as referências. Os anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas. Notas de rodapé devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada, intitulada "Notas". Os anexos e notas devem ser contabilizados no limite de páginas para cada modalidade de submissão.

**Referências:** as referências bibliográficas deverão ser relacionadas alfabeticamente, no final do texto, conforme normas da sexta edição do Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010). Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação, incluindo caracteres em itálico e recuo de aproximadamente 5 espaços a partir da segunda linha, em formatação que deve ser empregada nos manuscritos submetidos à

RBTC:

**(a) Artigos em periódicos científicos:**

Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 4-12.

Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1326-1337. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081282

Mulligan, K., Fear, N. T., Jones, N., Alvarez, H., Fear, L., Naumann, U., Greenberg, N. (2012). Post-deployment Battlemind training for the UK Armed Forces: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 331-341. doi:10.1037/a0027664

**(b) Livros na íntegra:**

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3a ed.). New York, DC: Sage.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis* (7a ed.). New York, NY: Prentice Hall.

**(c) Capítulos de livro:**

Field, A. (2009). Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington, DC: American Psychological Association

**(d) Dissertações e teses:**

Schaefer, L. S. (2011). *Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos* (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Recuperado de [http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3298](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3298)

**(e) Artigos no prelo:**

Finger, I. R., & Potter, J. R. (no prelo). Entrevista motivacional em sobrepeso/obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*.

**(f) Autoria institucional:**

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.

**(g) Material de fontes eletrônicas:**

American Psychiatric Association. (2012). *G 03 Posttraumatic Stress Disorder*. Recuperado de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165>.

**Direitos autorais**

A Revista Brasileira de Terapias Cognitivas possui direitos autorais de todos os artigos por ela publicados. A veiculação em outra publicação brasileira só poderá acontecer com a condição de citação da fonte original. A reprodução total ou parcial (mais de 500 palavras do texto) dos artigos desta Revista está condicionada à autorização escrita dos Editores da Revista Brasileira de Terapias

Cognitivas .

### **Procedimento de recebimento e avaliação de manuscritos**

Os manuscritos que se enquadrarem nas modalidades de trabalho especificadas acima e seguirem rigorosamente as normas de apresentação serão incluídos no processo de avaliação.

Uma avaliação prévia do manuscrito é realizada pelo corpo editorial da Revista, na qual são avaliadas a qualidade, a pertinência do conteúdo, adequação quanto às modalidades de submissão e coerência teórico metodológica. Em seguida, o manuscrito é encaminhado para os membros da Comissão Editorial ou Consultores *ad hoc* de reconhecida competência na área, que emitirão pareceres com possibilidade de recomendação para aceitação, reformulação ou recusa do manuscrito.

Após receber o manuscrito com as modificações sugeridas, o autor terá um prazo de 15 dias para providenciar as alterações. As sugestões não atendidas deverão ser justificadas por carta em anexo. O envio desse material deve ser feito através do SGP. Os autores receberão a decisão da publicação ou não do seu manuscrito e a data provável de publicação. Para a publicação da versão final, poderá se feita revisão de linguagem pela Comissão Editorial. Modificações substanciais deverão ser feitas pelo autor, que será notificado previamente, devolvendo o trabalho no prazo máximo determinado pelo editor.

O encaminhamento dos artigos à revista implicará na aceitação, por parte dos autores, das normas aqui expressas. Todos os manuscritos submetidos à *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (RBTC) / Brazilian Journal of Cognitive Therapies* deverão estar em conformidade com regulamentações e resoluções governamentais, padrões éticos associados à disciplina ou formação profissional dos autores e normas internacionais de ética e integridade na publicação de pesquisa científica.