



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**KAMILLA CASTRO BORGES  
THALES ARAÚJO FERREIRA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E  
PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA  
MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO  
TRANSVERSAL.**

**Campina Grande – Paraíba**

**2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**KAMILLA CASTRO BORGES  
THALES ARAÚJO FERREIRA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E  
PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA  
MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO  
TRANSVERSAL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

**Orientadora: Profa. Dra. Melania Maria Ramos Amorim  
Co-orientadora: Profa. Ma. Lorena Carneiro de Macedo**

**Campina Grande – Paraíba**

**2016**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

B732v

Borges, Kamilla Castro.

Violência obstétrica na assistência ao parto e puerpério em mulheres internadas em uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil: Estudo transversal / Kamilla Castro Borges, Thales Araújo Ferreira. – Campina Grande, 2016.

55f.; qd.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Melania Maria Ramos Amorim, Dra.

1.Violência contra a mulher. 2.Gestação. 3.Direitos reprodutivos. I.Ferreira, Thales Araújo. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 618.2:343.6-055.2

**KAMILLA CASTRO BORGES**  
**THALES ARAÚJO FERREIRA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E  
PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA  
MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO  
TRANSVERSAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande, como parte das exigências para obtenção do título de Médico.

**Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Melania Maria Ramos de Amorim  
Professora Adjunta da UFCG

---

Professora Mestre Lorena Carneiro de Macedo  
Professora da UEPB

---

Professor Doutor Edmundo de Oliveira Gaudêncio  
Professor Adjunto da UFCG

---

Professora Doutora Deborah Rose Galvão Dantas  
Professora Adjunta da UFCG

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho aos nossos pais e familiares, a todos nossos amigos e às pacientes que fizeram parte do estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, principal responsável por tudo isso.

Aos nossos pais, pelo incentivo e amor que sempre nos dedicaram, por sempre terem acreditado em nós e nos proporcionado à chance de realizar os nossos sonhos.

À Professora Doutora Melania Amorim, expressamos nosso profundo agradecimento pela orientação e apoio incondicionais que muito elevaram os nossos conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o nosso desejo de querer saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Agradecemos também a oportunidade que nos deu de nos integrar ao Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ) e reconhecemos, com gratidão, não só a confiança depositada, desde o início, mas também, o sentido de responsabilidade que nos inculuiu em todas as fases do projeto.

À Professora Mestra Lorena Macedo, o nosso sincero agradecimento pela coorientação neste projeto. Muito obrigado pelo profissionalismo, pela sincera amizade e pela total disponibilidade que sempre revelou para conosco. O seu apoio foi determinante para a concretização deste trabalho de conclusão de curso.

Expressamos também a nossa gratidão e solidariedade a todas as pacientes que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais volta ao seu tamanho inicial”

*Albert Einstein*

## RESUMO

**Introdução:** a violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. **Objetivo:** determinar a frequência de violência obstétrica na assistência ao parto e puerpério e os fatores associados com sua ocorrência em mulheres internadas em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil. **Métodos:** foi realizado um estudo transversal avaliando 310 mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande – Paraíba, no período de março de 2016. Foram avaliadas características biológicas; sociodemográficas; obstétricas; da assistência ao parto; da percepção de violência obstétrica; e do conhecimento sobre violência obstétrica. Na análise dos dados, determinou-se a associação das variáveis preditoras (características biológicas, sociodemográficas, obstétricas e da assistência ao parto) com a violência obstétrica, sendo adotado o nível de significância de 5%. Foram calculadas a Razão de Prevalência (RP) e o seu Intervalo de Confiança a 95% (IC 95% para avaliar a força da associação entre as variáveis independentes (preditoras) e a variável dependente (violência obstétrica). **Resultados:** a taxa de violência obstétrica percebida pelas mulheres foi baixa (3,2%), porém foi encontrada uma taxa elevada de práticas e procedimentos como jejum (40,6%), soro com ocitocina (36,1%), amniotomia (27,1%), bem como relatos de episiotomia (8,0%) e manobra de Kristeller (13,8%) sem indicações descritas em prontuário. Deste modo, foi encontrada uma frequência de violência obstétrica de 35,5% após análise dos pesquisadores sobre a assistência oferecida. A ocorrência de violência obstétrica se mostrou significativamente associada na análise bivariada com o parto normal ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** foi encontrada associação de violência obstétrica com o parto normal ( $p < 0,0001$ ). Conscientizar as mulheres e incentivar o empoderamento feminino é importante para permitir que se apropriem de informações sobre a assistência ao parto e possam perceber os abusos e maus tratos de que podem ser vítimas. Promover e disseminar as boas práticas baseadas em evidências podem ser estratégias para o combate da violência obstétrica, abandonando-se procedimentos e rotinas obstétricas obsoletas e/ou desnecessárias.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Gestação. Direitos reprodutivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obstetric violence is characterized by the appropriation of women's bodies and reproductive processes by health professionals. This is done through dehumanized treatment, abuse of medication and changing natural processes into pathological ones, causing the loss of autonomy and ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively affecting women's quality of life. **Objective:** To determine the frequency of obstetric violence in childbirth and postpartum care and the factors associated with its occurrence in women who are hospitalized in a maternity hospital in north-eastern Brazil. **Methods:** We performed a cross-sectional study which evaluated 310 women who had given birth at the Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) in Campina Grande - Paraíba, March 2016. Many factors were analysed including, biological; sociodemographic; obstetric; delivery care; the perception of obstetric violence; and knowledge on obstetric violence. In the data analysis, it determined the association of predictor variables (biological, sociodemographic, obstetric and delivery care) with obstetric violence, showing a significance level of 5%. We calculated the prevalence ratio (PR) and its confidence interval (CI) to be 95% (95% CI to assess the strength of association between the independent variables (predictors) and the dependent variable (obstetric violence)). **Results:** The obstetric violence rate perceived by women was low (3.2%), but found a high rate of practices and procedures as fasting serum oxytocin, amniotomy and episiotomy reports and Kristeller maneuver without indications described on record. Thus, a frequency of obstetric violence of 35.5% was found after analysis of the researchers on the care offered. The occurrence of obstetric violence was significantly associated in the bivariate analysis with natural childbirth ( $p < 0,0001$ ). **Conclusion:** We found that obstetric violence was significantly associated in the bivariate analysis with natural childbirth ( $p < 0,0001$ ). Educating women and encouraging female empowerment is important to allow them to understand the appropriate information about care delivery so they can perceive the abuse and ill-treatment that they may fall victim to. Promoting and disseminating good evidence-based practice can be strategies to combat obstetric violence, abandoning procedures and obsolete and / or unnecessary obstetric routines.

**Key-words:** Violence Against Women. Pregnancy. Reproductive Rights



## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

Quadro 1 - Categorias de violência obstétrica, diretos correspondentes e exemplos (BOWSER e HILL, 2010).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, 2016.

Tabela 2 - Características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, 2016.

Tabela 3 - Características da assistência ao parto. Campina Grande-PB, 2016.

Tabela 4 - Fatores associados à violência obstétrica. Campina Grande-PB, 2016.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAP: Conhecimento, atitude e prática.

CEP: Comitê de ética em pesquisa

IC: Intervalo de confiança

ISEA: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

MS: Ministério da saúde do Brasil

OMS: Organização mundial de saúde

PHPN: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

RP: Razão de prevalência

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de consentimento livre esclarecido

VO: Violência obstétrica

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. HIPÓTESES.....	20
3. OBJETIVOS.....	21
4. MÉTODOS.....	22
5. RESULTADOS.....	31
6. DISCUSSÃO.....	35
7. CONCLUSÕES.....	38
8. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	39
9. REFERÊNCIAS.....	40
10. APÊNDICES.....	42
11. ANEXOS.....	52

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Violência contra a mulher

A violência contra as mulheres persiste em todos os países do mundo como uma violação contundente dos direitos humanos e um impedimento na conquista da igualdade de gênero (ONU, 2006). É um grave problema de saúde pública, pois afeta profundamente a integridade física e a saúde mental das mesmas (KRUG *et al.*, 2002).

O conceito de “violência contra a mulher”, formulado a partir do conceito de gênero, inclui atos violentos cometidos contra as mulheres, baseados e motivados pelas desigualdades verificadas nas relações sociais entre homens e mulheres, entendidas como relações de gênero (LIMA, 2009). Essa violência pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de gravidade. Geralmente não se produzem isoladamente, fazendo parte de uma sequência crescente de episódios (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

São mais comumente listadas, na literatura científica, como formas de violência contra a mulher: violência de gênero, violência intrafamiliar, violência doméstica, violência física, violência sexual, violência psicológica, violência econômica ou financeira e violência institucional (LIMA, 2009; KRUG *et al.*, 2002).

O mapa da violência de 2015 apresenta a violência física como a forma mais frequente, presente em 48,7% dos atendimentos por violência no sistema único de saúde (SUS), com alta incidência na mulher jovem e adulta, representando cerca de 60% do total de atendimentos. Em segundo lugar, a violência psicológica está presente em 23,0% dos atendimentos em todas as faixas etárias, principalmente nas mulheres jovem. Em terceiro lugar, a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as meninas até 11 anos de idade (29,0% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%) (WAISELFISZ, 2015).

Dentro desse panorama, as gestantes representam um grupo de risco por estarem em uma situação que as coloca em uma ainda maior situação de vulnerabilidade.

## 1.2 Violência contra a gestante

Mulheres que são violentadas durante a gravidez pertencem a diferentes condições sociais, econômicas e demográficas. Não existem fatores que garantam imunidade para a violência durante a gravidez, ou seja, muitas mulheres podem estar vulneráveis a ela durante esse período. Entretanto, há uma tendência de que as mulheres que foram maltratadas antes da gravidez se encontrem mais propensas ao risco de violência durante a gestação do que aquelas que nunca experimentaram este tipo de situação. Embora não existam dados conclusivos, a literatura apresenta a gravidez como fator de risco para a violência doméstica, mostrando que essa violência pode iniciar depois, antes ou durante a gestação, ou pode ainda haver alterações quanto à frequência e gravidade dessas agressões durante o período da gestação (STEWART e CECUTTI, 1993).

Um estudo realizado no Canadá constatou alta frequência de violência contra a gestante. Por volta de 11% das mulheres já sofriam de violência antes da gravidez e 6,6% durante a gravidez. Entre os fatores associados a violência, foram encontradas instabilidades sociais (baixa idade, estado civil solteira, menor nível de escolaridade, desemprego e gravidez não-planejada), estilo de vida precário (dieta inadequada, uso de álcool, uso de drogas e problemas emocionais) e ainda problemas de saúde física (problemas de saúde e outros) (STEWART e CECUTTI, 1993).

Outro estudo realizado pela Unidade de Investigação Epidemiológica e de Serviços de Saúde do México investigou 383 mulheres. Dessas, 120 (31,1%) relataram terem sido expostas à violência psicológica e/ou física e/ou sexual por parte de seu parceiro durante a gravidez atual, enquanto 10% reportaram violência combinada e 21% violência isolada (DOUBOVA *et al.*, 2007).

No Brasil, a alta frequência de violência contra a mulher grávida também é uma realidade. Em estudo realizado em Campinas, estado de São Paulo, cerca de 14,8% das mulheres acompanhadas em pré-natal relataram que sofrem ou já sofreram algum tipo de violência (MENEZES *et al.*, 2003).

Em muitos casos, o acesso de forma inadequada ou tardio da mulher à assistência pré-natal pode se relacionar com a proibição pelo companheiro ou até pelo intenso estresse psicológico vivenciado pela mulher durante a gravidez como resultado do seu abuso. Dentro desse panorama podemos citar a vergonha e o medo de ser indagada pelos profissionais da

saúde, dificultando a assistência e tornando-a mais exposta à violência pelo agressor. A alta prevalência da violência praticada na gestação indica sua associação com diversos fatores de saúde sexual, reprodutiva e mental, o que mostra a relevância de se abordar a violência nesse grupo como questão de saúde (DAY *et al.*, 2003).

Dentro desse contexto, os sistemas de saúde, na tentativa de melhor recepcionar, assistir, e prevenir situações de violência contra a mulher, buscaram desenvolver cartilhas, diretrizes que regem a assistência em saúde da mulher, de forma baseada em evidências, buscando atender as necessidades dessa população da forma mais sutil possível.

### **1.3 Necessidades e guias para a assistência baseada em evidências**

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

A assistência à gestante foi por muitos anos orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983.

Na saúde pública, questionamento ao modelo tecnocrático se materializa no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu com o intuito de estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. O Comitê foi composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por outras categorias, à exemplo de sociólogos, parteiras e usuárias. A partir disto, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. Inicia-se uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências (MBE). Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, essa inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre

as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes (DINIZ, 2005).

No estudo da assistência ao parto, a mudança operada pela MBE é vasta. O corpo feminino, antes necessariamente defectível, passa a ser citado como capaz de dar à luz, na maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes descrito como um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina. O parto, um evento médico cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como uma experiência altamente pessoal, sexual, espiritual e familiar. Os familiares são convidados a participar de todo cenário do parto, especialmente os pais, antes restritos ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços (OMS, 1996).

Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores. A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Desse modo, na cartilha de apresentação do PHPN, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização (SERRUYA, 2004).

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto promovem melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam os resultados da gravidez, e a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado de

tecnologia. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito (LEAL *et al.*, 2014).

Existem iniciativas do Ministério da Saúde, a exemplo da elaboração de manuais técnicos e outros materiais educativos, com orientações acerca das boas práticas obstétricas, para os profissionais que atendem à gestação e ao parto. Todavia, embora relevantes, essas estratégias têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil que é reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como expressão maior disso as taxas de cesárea mais elevadas do mundo (BARROS *et al.*, 2005).

Existem práticas realizadas por obstetras de forma rotineira que não são baseadas em evidência. O jejum, enema, punção venosa e infusão de líquidos e tricotomia, rotinas realizadas frequentemente no passado, atualmente não são mais recomendadas. Por outro lado, medidas como o estímulo à deambulação, devem ser encorajadas, assim como a construção do partograma que é recomendado para identificação de possíveis anormalidades na evolução do parto, principalmente em países mais pobres (PORTO *et al.*, 2010).

Para o trabalho de parto também existem orientações a serem seguidas. O método de escolha para avaliação da vitalidade fetal intraparto é a ausculta fetal intermitente. Apesar de não existirem ensaios clínicos específicos sobre qual o melhor protocolo para essa monitorização, recomenda-se que a ausculta fetal intermitente seja realizada nas pacientes de risco habitual, a cada 15 a 30 minutos no período da dilatação e a cada cinco minutos no período expulsivo. O manejo ativo do trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce deve ficar reservado a casos selecionados, não sendo recomendados de rotina na prática obstétrica. O alívio da dor em obstetrícia é motivo de vários estudos. Dentre os métodos não farmacológicos, a hipnose, acupuntura e imersão em água podem ser utilizadas para essa finalidade. Por outro lado, a audioanalgesia, aromaterapia, massagem, relaxamento, biofeedback e TENS devem ser reservados a protocolos de pesquisa, não havendo evidências suficientes para sua prática de rotina. As analgesias de parto peridural e combinada podem ser utilizadas para alívio da dor do trabalho de parto sem efeitos adversos sobre a mãe e o feto (PORTO *et al.*, 2010).

Não há evidências suficientes para delimitar a duração ideal do período expulsivo; há guidelines, como os do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), que estabelecem limites de acordo com a paridade e a utilização ou não de analgesia, enquanto outros estudos sugerem que a avaliação do bem-estar de mãe e bebê devem nortear a duração



do período expulsivo. Posições não supinas devem ser priorizadas durante o segundo estágio, respeitando-se a preferência das parturientes. A monitorização da frequência cardíaca fetal deve ser intermitente, reservando-se a monitorização contínua para casos especiais. O uso rotineiro de cardiocografia intraparto associa-se com o aumento das indicações de cesariana. A episiotomia não deve ser realizada de rotina, documentando-se diversos benefícios quando o procedimento pode ser evitado: menos perda sanguínea, menor uso de suturas, menos dor e menos complicações perineais. O parto instrumental só está indicado em situações especiais, e a decisão por vácuo ou fórceps deve considerar potenciais vantagens e desvantagens, habilidade do operador e opinião da parturiente. O contato precoce pele a pele entre mãe e bebê deve ser estimulado, e o cordão umbilical deve ser ligado tardiamente (AMORIM *et al.*, 2010; EL-SAYED, 2012).

Além disso, todas as tomadas de decisão, no âmbito da assistência ao parto, devem ser informadas e discutidas previamente com as parturientes, sobretudo nas situações em que existem evidências insuficientes para sua recomendação.

## **1.4 Violência obstétrica**

A primeira descrição específica do termo "violência obstétrica" apareceu na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a ser livre de violência, promulgada na Venezuela em 16 de março de 2007, em que o país reconhece que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública. A respeito desse tema no contexto latino-americano, Rogelio Pérez D'Gregorio, da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, escreveu um editorial ao *International Journal of Gynecology and Obstetrics (IJOG)* informando que, conforme legislação vigente de seu país, a violência obstétrica havia sido caracterizada, sendo essa a primeira referência, à nível internacional, do termo (VENEZUELA, 2007; D'GREGORIO, 2010).

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

A violência durante o parto que acontece em instituições de saúde inclui violência física, humilhação profunda e abusos verbais, falta de confidencialidade, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida (BOWSER e HILL, 2010).

São considerados ainda como atos de violência obstétrica: prestar atenção intempestiva e ineficaz em emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir em posição ginecológica, quando estão disponíveis meios para partos verticais; impedir o contato precoce da criança com sua mãe sem uma causa médica, atrasando amamentação na 1ª hora; intervir no processo natural com técnicas de aceleração do parto, sem consentimento voluntário, expresso e informado da mulher; realizar cesariana quando o parto natural é possível, sem consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (D'GREGORIO, 2010).

Em meio a várias denominações possíveis para a violência obstétrica foi proposta uma divisão na qual elenca as principais categorias de desrespeito e abuso nas instituições de saúde, e suas respectivas associações com os direitos correspondentes, sumariadas no quadro 1.

As adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (BOWSER e HILL, 2010).

Não existem evidências suficientes que possam sugerir que relatos de abuso e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto sejam um problema disseminado. Além disso, atualmente não há consenso internacional de como esses problemas podem ser cientificamente medidos. Em consequência, sua prevalência e o impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidos. (SILAL *et al.*, 2011; SMALL *et al.*, 2002; D'OLIVEIRA *et al.*, 2002; BOWSER e HILL, 2010).

Enquanto muitos governos, grupos da sociedade civil e comunidades no mundo inteiro já destacaram a necessidade de abordar esse problema, em muitos casos, políticas para promover a assistência obstétrica respeitosa não foram adotadas, não são específicas ou não foram convertidas em ações significativas (OMS, 2014).

No Brasil, foi realizada, em 2010, uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria entre Fundação Perseu Abramo e SESC. O estudo revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a

gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor (apesar de medicamento indicado), realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (AGUIAR *et al.*, 2012; VENTURI e GODINHO, 2013).

**Quadro 1:** Categorias de violência obstétrica, direitos correspondentes e exemplos (BOWSER e HILL, 2010).

<b>Categoria</b>	<b>Direito Correspondente</b>	<b>Situações Exemplares</b>
Abuso físico	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetidos, episiotomia e outros.
Imposição de intervenções não consentidas	Direito à informação, ao consentimento informado, e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam realização de determinados procedimentos embora estes sejam realizados à revelia de sua desautorização.
Cuidado não confidencial ou privativo	Confidencialidade e privacidade	Maternidades possuem suítes pré-parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo. Muitas vezes a falta de privacidade é usada ainda para infringir o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno ou abuso verbal	Dignidade e respeito	Formas de tratamento desrespeitosas com a mulher, subestimando ou ridicularizando sua dor. Ridicularizações e humilhações.
Discriminação baseada em certos atributos	Igualdade, não discriminação e equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (branca, casada, heterossexual) em detrimento dos atributos considerados negativos (negra, pobre, pouca escolaridade).
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono e negligência de pacientes que são percebidas como "muito queixosas".
Detenção nos serviços	Liberdade e autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas no serviço privado.

Diante disso, este estudo tem como objetivo de determinar a associação da violência obstétrica com as variáveis biológicas, sociodemográficas e obstétricas em uma maternidade-escola situada no nordeste do Brasil, e com isso estimular a reorientação das práticas de saúde envolvidas com a saúde da mulher.

## **2. HIPÓTESES**

Os fatores associados à ocorrência de violência obstétrica contra mulheres internadas em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil são: cor de pele negra, não ter companheiro, baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Determinar a associação da violência obstétrica com as variáveis biológicas, sociodemográficas e obstétricas em mulheres assistidas em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil.

#### **3.2 Objetivos específicos**

*Em mulheres que tiveram o parto assistido em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil:*

1. Descrever as características biológicas, sociodemográficas, obstétricas e os procedimentos de assistência ao parto.
2. Determinar a frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para assistência ao parto em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil;
3. Determinar a frequência global de violência obstétrica, referidas pela vítima ou percebida pela análise de práticas e procedimentos danosos e prejudiciais conforme os dados do questionário.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. Desenho do Estudo**

O estudo caracteriza-se como estudo de corte transversal, no qual foram entrevistadas mulheres nas primeiras 48 horas do pós-parto.

### **4.2. Local do Estudo**

O estudo foi realizado no Instituto Elpídio de Almeida (ISEA), localizado no município de Campina Grande, Paraíba, do nordeste brasileiro. Trata-se de um hospital de nível terciário que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **4.3. Período de Coleta de Dados**

O estudo foi realizado em novembro de 2015 a abril de 2016. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2016.

### **4.4. População do Estudo**

Puérperas nas primeiras 48 horas de pós-parto internadas na maternidade do ISEA.

### **4.5. Amostra**

#### **4.5.1. Amostragem**

A amostra foi obtida por conveniência, sendo realizado contato com as puérperas e aplicação do questionário ainda no período de internação do pós-parto.

#### **4.5.2. Tamanho da amostra**

O cálculo da amostra foi realizado no programa de domínio público *OpenEpi 3.03a* (Atlanta, GA), considerando-se a frequência de violência obstétrica de 25% (VENTURI e GODINHO, 2013), seriam necessários 289 sujeitos para encontrar associações seguras, com precisão absoluta de 5%, respeitando um intervalo de confiança de 95%. Esse número foi aumentado para 310 sujeitos prevendo-se eventuais perdas.

### **4.6. Critérios e Procedimentos para Seleção dos Participantes**

#### **4.6.1. Critérios de Inclusão**

- Mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida; (ISEA).
- Mulheres internadas em trabalho de parto;
- Puerpério nas primeiras 48 horas.

#### **4.6.2. Critérios de Exclusão**

- Incapacidade de consentir em participar (coma, retardo mental).

#### **4.6.3. Procedimentos para seleção das participantes**

Para captação das puérperas, foi realizado um contato inicial com as mulheres em até 48 horas após o parto, quando ainda estavam internadas no ISEA. Nesse momento foram explicados os objetivos da pesquisa, e houve aplicação de uma lista de checagem (Apêndice 1) com os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente. Aquelas que concordaram voluntariamente em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2), e receberam uma cópia do mesmo.

Em uma sala reservada foram coletados dados a respeito das características biológicas, sociodemográficas, obstétricas, da assistência ao parto e neonatais (Apêndice 3), sendo essa coleta feita através de entrevista à participante e consulta ao prontuário.

## **4.7 Definição e operacionalização de termos e variáveis**

### **4.7.1. Variável dependente**

- Ocorrência de violência obstétrica (sim ou não)

### **4.7.2. Variáveis independentes**

- Idade materna (anos) – variável numérica discreta (podendo ser posteriormente categorizada), expressa em anos completos, conforme informação da paciente, no momento de sua seleção para ingressar no estudo.
- Raça/cor – variável categórica policotômica, indicando qual a raça/cor da mulher, segundo sua própria informação. Inclui as seguintes categorias, conforme o IBGE: negra, parda, branca, amarela ou indígena (IBGE, 2003).
- Estatura materna (centímetros) – variável numérica contínua (podendo ser posteriormente categorizada), expressa em centímetros, indicando a altura da participante, através de avaliação feita pelo pesquisador.
- Peso (gramas) – variável numérica contínua (podendo ser posteriormente categorizada), expressa em gramas, indicando o peso da participante, através de avaliação feita pelo avaliador.
- Índice de Massa Corpórea (IMC) – variável numérica contínua, que representa a relação entre peso e altura. A fórmula para se chegar a esse valor é  $\text{peso}/\text{altura}^2$ .
- Estado civil – variável categórica policotômica, expressando o estado civil da mãe, podendo ser solteira, casada, separada, viúva ou em união estável, conforme informação da participante.
- Escolaridade – variável numérica discreta considerada como anos de estudo completos e aprovados, podendo depois ser categorizada como ensino fundamental incompleto



ou completo, ensino médio completo, ensino superior completo ou pós-graduação completa.

- Renda familiar – variável numérica contínua (podendo ser posteriormente categorizada) revelando, em reais, a renda da família em que a participante está inserida.
- Ocupação – variável categórica policotômica expressando qual a ocupação que a mulher desempenha, segundo sua própria informação.
- Idade gestacional no parto (semanas) – variável numérica discreta (podendo ser posteriormente categorizada para análise), expressa em semanas completas, calculada conforme definido o dia da última menstruação.
- Consultas de pré-natal – variável numérica discreta, indicando o número de consultas de pré-natal feitas durante a gestação.
- Sensação de violência obstétrica pós-parto – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando a percepção a mulher acerca da violência obstétrica após o parto.
- Gestação planejada – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando o desejo ou não da mulher em ter gestado.
- Jejum – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando a privação parcial ou total de alimentos, conforme orientação da equipe de assistência ao parto, durante um certo tempo.
- Proibição de deambular - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando o impedimento, conforme orientação da equipe de assistência ao parto, do caminhar da mulher durante o trabalho de parto.
- Uso de ocitocina - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando o uso da ocitocina sintética, medicação usada para acelerar a contração do útero e tornar o parto mais rápido, conforme anotação no prontuário.
- Amniotomia - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando a realização ou não de procedimento médico no qual uma ruptura é feita nas membranas que envolvem o feto, na tentativa de induzir o parto.
- Número de toques vaginais – variável numérica discreta, expressando – conforme informações da mulher - quantas vezes foi realizado o toque vaginal objetivando avaliar o andamento do trabalho de parto.

- Uso de métodos de alívio da dor – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando o uso ou não de métodos que objetivam a redução da dor durante o trabalho de parto.
- Tipo de método de alívio da dor – variável categórica nominal indicando qual o método de alívio da dor fora utilizado (bola suíça, massagem, banho morno e outros);
- Tipo de parto – variável categórica nominal, determinando a via de parto (normal ou cirurgia cesariana) pela qual a gestante pariu;
- Necessidade de instrumental – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando o uso de instrumental de auxílio (fórceps e vácuo) durante o parto;
- Tipo de instrumental – variável categórica nominal, indicando uso de fórceps ou vácuo extrator durante o parto;
- Posição durante o segundo período do parto – variável categórica policotômica, determinando qual o posicionamento adotado pela mulher no momento do parto. Serão consideradas as posições semi-sentada, vertical e horizontal, de acordo com o registro no prontuário ou referido pela paciente;
- Duração do período expulsivo (minutos) – variável numérica discreta, expressa em minutos, descrevendo a duração do período expulsivo, conforme registrado em prontuário;
- Realização de episiotomia - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando a realização de incisão efetuada, por membro da equipe de assistência ao parto, na região do períneo com a intenção de ampliar o canal de parto;
- Tipo de episiotomia – variável categórica policotômica, expressando o tipo de incisão realizada na região do períneo (médio-lateral, mediana ou lateral);
- Toque vaginal doloroso – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando a realização de toque vaginal, doloroso para a mulher;
- Negação de métodos de alívio da dor – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando negação, por parte de algum profissional da maternidade, do uso de artifícios (farmacológicos ou não) que reduzam a dor do trabalho de parto;
- Informação sobre procedimentos – variável dicotômica do tipo sim/não, indicando se a mulher foi informada acerca de todos os procedimentos realizados em seu corpo, e no corpo de seu bebê, durante sua internação para a assistência ao parto;

- Agressão física - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando se houve alguma forma de agressão física (contenção da mulher sem autorização e lesão corporal) durante a assistência ao parto;
- Agressão verbal - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando se houve alguma forma de agressão verbal (xingamentos ou uso de frases inadequadas) durante sua internação para a assistência ao parto;
- Assédio sexual - variável dicotômica do tipo sim/não, indicando se houve alguma forma de assédio sexual durante a assistência ao parto;
- Direcionamento de puxo – variável categórica dicotômica, do tipo sim/não, indicando se a mulher foi orientada a realizar forças “para baixo” e/ou “força de cocô” no momento das contrações uterinas. Determinada de acordo com a informação da participante;
- Manobra de Kristeller – variável dicotômica, do tipo sim/não, indicando se a manobra de Kristeller foi realizada durante o parto, por algum profissional que esteja assistindo ao parto. Manobra de Kristeller é a pressão aplicada ao fundo do útero da parturiente, aumentando a pressão intrauterina com o objetivo de facilitar o segundo período do parto vaginal. Foi considerada pela informação da participante e/ou registro em prontuário;
- Laceração perineal espontânea – variável categórica dicotômica, do tipo sim/não, descrevendo se houve algum tipo de laceração perineal ocasionada espontaneamente no momento do parto. Registrada conforme informação no prontuário;
- Grau da laceração perineal – variável categórica policotômica, expressa em graus: I (laceração de primeiro grau, somente pele e/ou mucosa), II (laceração de segundo grau, comprometendo a musculatura), III (laceração de III grau, estendendo-se até o esfíncter anal) e IV (laceração de quarto grau, atingindo o reto. Obtida de acordo com a anotação em prontuário);
- Necessidade de sutura da laceração: variável categórica do tipo sim ou não, conforme registrado em prontuário;
- Peso do recém-nascido (RN) ao nascer (em gramas) – variável numérica contínua, expressa em gramas, definindo o peso ao nascer;
- Perímetro cefálico do recém-nascido (em centímetros) – variável numérica contínua, expressa em centímetros, definindo o diâmetro cefálico do neonato ao nascer;

- Conhecimento sobre o termo violência obstétrica – variável dicotômica, do tipo sim/não, descrevendo um contato prévio da mulher com o termo violência obstétrica;
- Dia do plantão – variável categórica ordinal, expressando o dia em que a mulher pariu na maternidade, expressa em dias da semana (por ex. segunda-feira);
- Profissional que assistiu o parto – variável categórica nominal, determinando a formação do profissional que assistiu ao parto (médico obstetra, médico residente, enfermeiro, parteira, estudante de medicina ou estudante de enfermagem).

## **4.8 Coleta de dados**

### **4.8.1 Instrumento para coleta de dados**

Os dados foram coletados utilizando-se um formulário padrão, previamente codificado para entrada de dados em computador (Apêndice 3).

### **4.8.2 Procedimentos para coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada sistematicamente. As entrevistas e o preenchimento dos formulários foram realizados por estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e pesquisadores do Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ).

### **4.8.3 Controle de qualidade das informações**

O controle de qualidade foi realizado mediante vários mecanismos: questionários padronizados, manual de instruções detalhado para os entrevistadores, treinamento dos entrevistadores, revisão de todos os questionários, repetição de questionamentos das perguntas que apresentarem inconsistência após a revisão, reuniões com todos os entrevistadores sempre que surgirem dúvidas no preenchimento dos questionários e repetição de 5% dos questionários por entrevistadores diferentes.

## **4.9 Processamento e Análise dos dados**

#### **4.9.1. Processamento de dados**

Os dados foram digitados em banco de dados específico criado no programa de domínio público Epi-Info 7.1.5, realizando-se dupla digitação em períodos e por pessoas diferentes. Após o término da digitação, os dois bancos de dados foram comparados e corrigidos os erros e inconsistências, gerando-se o banco de dados definitivo que foi usado para análise estatística.

#### **4.9.2. Plano para análise de dados**

Foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas e construídas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas. Para avaliação da associação entre variáveis categóricas foi usado o teste qui-quadrado de associação e, quando necessário, o teste exato de Fisher.

A análise estatística foi realizada no programa Epi-Info 7.1e Medcalc12.1.

Inicialmente, foram obtidas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas e calculadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas, para análise descritiva.

Em seguida, para determinação da associação das variáveis preditoras (independentes), ou seja, as características biológicas e sociodemográficas, características obstétricas e da assistência ao parto com a variável dependente (violência obstétrica), foi usado o teste qui-quadrado de associação (Pearson) e, quando necessário, o teste exato de Fisher (se um dos valores esperados fosse menor que cinco). Calculou-se a razão de prevalência (RP) com o seu intervalo de confiança a 95% (IC 95%). Após isso, foi realizada análise multivariada de regressão logística múltipla como estava previsto no protocolo para se constatar associações estatisticamente significantes com o desfecho.

Em todas as etapas desta análise foi adotado o nível de significância de 5%.

#### **4.10 Considerações Éticas**

O estudo atende às resoluções da Declaração de Helsinque e da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CEP – CESED), sob o número: 51459415.0.0000.5175.

#### **4.11 Conflito de interesse**

Não existem conflitos de interesse. Os autores se comprometem a publicar os resultados do estudo em revista da área da saúde indexada no Pubmed, dentro do sistema Qualis.

## 5. RESULTADOS

No mês de março de 2016, foram assistidos 652 nascimentos no ISEA. A amostra do estudo foi composta de 310 nascimentos assistidos nesse mesmo período e na mesma instituição, com um total de 138 partos normais e 172 cesarianas (55,48%). A média de idade foi de 25,2 anos, enquanto a média de escolaridade foi de 9,4 anos completos de estudo. A maior parcela das mulheres estava em união estável (45,8%) e era parda (71,9%). Todas as características biológicas e sociodemográficas das pacientes incluídas no estudo estão sumariadas nas Tabelas 1 e 2.

**Tabela 1.** Distribuição de frequência das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, 2016.

Variável	N	%
<b>Estado civil – n (%)</b>		
União estável	142	45,8%
Casada	79	25,5%
Solteira	71	22,9%
Viúva	2	0,6%
Outros	16	5,2%
<b>Vínculo empregatício – n (%)</b>		
Sim	94	30,3%
Não	216	69,6%
<b>Cor da Pele - n (%)</b>		
Parda	223	71,9%
Branca	45	14,5%
Negra	32	10,3%
Amarela	8	2,6%
Indígena	2	0,6%

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

**Tabela 2.** Características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, 2016.

Variável	N	Média e Desvio Padrão
<b>Idade em anos</b>		
X ± DP	310	25,25 ± 6,74
<b>Escolaridade (em anos)</b>		
X ± DP	310	9,4 ± 3,08
<b>Renda Familiar (em reais)</b>		
X ± DP	310	861,56 ± 587,99

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Quanto as características da assistência parto encontramos que a taxa de jejum em pacientes que evoluíram para parto normal foi de 40,6% (n=56), enquanto que 89,4% (n=277) das mulheres foram admitidas no serviço já tricotomizadas. Amniotomia foi performada em 27,1% (n=84) das pacientes, 36,1% (n=112) das pacientes receberam ocitocina sintética por via endovenosa. Episiotomia e manobra de Kristeller foram realizadas em 8% (n=11) e 13,8% (n=19) das pacientes, respectivamente. As características (práticas e procedimentos) da assistência ao parto oferecida às pacientes do estudo são citadas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Características da assistência ao parto. Campina Grande-PB, 2016.

Variável	N	%
<b>Jejum em parto normal (N: 138) – N (%)</b>		
Sim	56	40,6%
Não	82	59,4%
<b>Tricotomia (N: 310) – N (%)</b>		
Sim	277	89,4%
Não	33	10,6%
<b>Uso de ocitocina (N:310) – N (%)</b>		
Sim	112	36,1%
Não	198	63,9%
<b>Amniotomia (N: 310) – N (%)</b>		
Sim	84	27,1%
Não	226	72,9%
<b>Episiotomia (N: 138) – N (%)</b>		
Sim	11	8,0%
Não	127	92,0%
<b>Episiotomia registrada no prontuário (N: 11) – N (%)</b>		
Sim	4	36,4%
Não	7	63,6%
<b>Manobra de Kristeller em partos normais (N: 138) – N (%)</b>		
Sim	19	13,8%
Não	119	86,2%
<b>Manobra de Kristeller registrada no prontuário (N:19) – N (%)</b>		
Sim	2	10,5%
Não	17	89,5%

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Os resultados encontrados para a frequência de violência obstétrica, conforme percebida pela mulher, no pré-natal corresponderam a 1,2% (n=4), enquanto que durante a internação no ISEA foram 3,2% (n=10).

Considerando essa frequência muito baixa e em desacordo com a literatura e com as definições correntes de violência obstétrica, os pesquisadores compuseram um modelo para



definir violência obstétrica a partir das seguintes situações: episiotomia sem registro ou indicação, manobra de Kristeller sem registro ou indicação, jejum, proibição do acompanhante, negar ou não ter oferecido nenhum método de alívio da dor, uso de ocitocina sem indicação, amniotomia sem indicação.

Após análise dos prontuários das pacientes, ainda durante a internação para assistência ao parto, foi encontrada uma frequência de violência obstétrica de 35,5% (n=110) considerando esses parâmetros supracitados.

Todas as mulheres que referiram alguma situação de violência ou maus tratos em seus discursos ratificados pelos achados, no prontuário, de procedimentos desnecessários realizados durante a assistência ao parto. Sendo assim, a frequência global de violência obstétrica também foi de 35,5% (n=110).

Após performada a análise bivariada foi encontrada associação de violência obstétrica com o parto normal, enquanto que não foi possível constatar associações com as variáveis idade, cor, ocupação, renda familiar, escolaridade, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, gestação desejada, situação conjugal, presença de acompanhante e conhecimento da temática, conforme descrito na tabela 4.

**Tabela 4.** Fatores associados à violência obstétrica. Campina Grande-PB, 2016.

Variável	Violência Obstétrica		RP	IC 95%	p
	Sim	Não			
<b>Idade</b>					
< 25 anos	56 (37,3%)	94 (62,7%)	1,11	0,82 – 1,49	0,51
≥ 25 anos	54 (33,8%)	106 (66,2%)	1,00		
<b>Cor</b>					
Negra/Parda	90 (35,3%)	165 (64,7%)	0,97	0,66 – 1,43	0,88
Branca/Outras	20 (36,4%)	35 (63,6%)	1,00		
<b>Ocupação</b>					
Possui	36 (38,3%)	58 (61,7%)	1,12	0,81 – 1,53	0,49
Não possui	74 (34,3%)	142 (65,7%)	1,00		
<b>Renda familiar</b>					
< 880 reais	42 (31,3%)	92 (68,7%)	0,81	0,59 – 1,11	0,18
≥ 880 reais	63 (38,9%)	99 (61,1%)	1,00		
<b>Escolaridade</b>					
< 9 anos	39 (31%)	87 (69%)	0,81	0,59 – 1,11	0,19
≥ 9 anos	70 (38,2%)	113 (61,8%)	1,00		
<b>Idade gestacional</b>					
< 39 sem	38 (40,9%)	55 (59,1%)	1,23	0,90 – 1,68	0,20
≥ 39 sem	71 (33,2%)	143 (66,8%)	1,00		
<b>Tipo de parto</b>					
Normal	81 (58,7%)	57 (41,3%)	0,28	0,08 – 0,24	<0,0001
Cesárea	29 (16,9%)	143 (83,1%)	1,00		
<b>Número de consultas pré-natal</b>					
< 8 consultas	47 (33,3%)	94 (66,7%)	0,93	0,68 – 1,26	0,63
≥ 8 consultas	59 (36%)	105 (64%)	1,00		
<b>Gestação desejada</b>					
Sim	63 (35,8%)	113 (64,2%)	1,02	0,75 – 1,38	0,89
Não	47 (35,2%)	87 (64,9%)	1,00		
<b>Companheiro</b>					
Sem companheiro	31 (42,5%)	42 (57,5%)	1,27	0,92 – 1,76	0,15
Com companheiro	79 (33,3%)	158 (66,7%)	1,00		
<b>Presença de acompanhante</b>					
Sim	102 (37,2%)	172 (62,8%)	1,68	0,89 – 3,15	0,08
Não	8 (22,2%)	28 (77,8%)	1,00		
<b>Já ouviu falar sobre VO?</b>					
Sim	29 (34,9%)	54 (65,1%)	0,98	0,70 – 1,38	0,90
Não	81 (35,7%)	146 (64,3%)	1,00		

Legenda: significância estatística (p), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC). Fonte: dados da pesquisa, 2016.

## 6. DISCUSSÃO

No presente estudo a frequência de violência obstétrica no ISEA foi de 35,5% (n=110) das 310 pacientes analisadas. Foram considerados atos de violência conforme revisão dos prontuários e entrevista com as mulheres: episiotomia sem registro ou indicação, manobra de Kristeller sem registro ou indicação, jejum, proibição do acompanhante, negar ou não ter oferecido nenhum método de alívio da dor, uso de ocitocina sem indicação, amniotomia sem indicação. Não consideramos tricotomia como violência obstétrica porque apesar de ser frequente quase todas as mulheres, culturalmente, chegam ao serviço já com os pelos raspados.

A frequência de violência obstétrica encontrada no ISEA foi maior que a frequência encontrada em amplo estudo nacional, que é de 25% dos casos analisados (VENTURI e GODINHO, 2010), o que pode sugerir que existem diferenças de frequência de acordo com a região onde o estudo é realizado e com as características e expectativas das participantes. Todavia, a frequência autorreferida foi bem menor que a referência nacional.

Os resultados encontrados para a frequência de violência obstétrica, conforme percebida pela mulher, no pré-natal foram de 1,2% (n=4), enquanto que durante a internação no ISEA foi de 3,2% (n=10). É provável que este seja um número subestimado devido à possível falta de conhecimento das mulheres acerca da temática da violência obstétrica.

Em nosso estudo, encontrou-se uma frequência global de violência obstétrica também de 35,5% (n=110), que consiste na união entre o achado de violência constatada pelos pesquisadores e a violência percebida pela mulher, o que pode ratificar o discurso das mulheres durante a entrevista, já que todas as mulheres que relataram se sentir vítimas de violência obstétrica foram consideradas vítimas também pela análise dos pesquisadores de acordo com a assistência ao parto prestada.

A ocorrência de violência obstétrica se mostrou significativamente associada com o parto normal ( $p < 0,0001$ ). Nenhuma das outras variáveis testadas se mostrou associada. Esse resultado pode indicar que a violência obstétrica está associada ao parto normal provavelmente pelo alto índice de cesárea da amostra, o que implica em menos exposição a situações que podem causar sofrimento à mulher, como por exemplo a episiotomia, manobra de Kristeller entre outras. Quanto ao fato de não existir associação estatística quando testada com as variáveis sociodemográficas e biológicas das pacientes, podemos dizer que é provável

que a ocorrência de violência obstétrica no ISEA não obedeça um padrão que possa ser explicado pelas variáveis que se relacionam com a mulher.

Este resultado diverge da literatura que mostra que mulheres socioeconomicamente desfavorecidas e negras sofrem mais intervenções obstétricas em seus partos (BOWSER e HILL, 2010; LEAL *et. al.*, 2014).

Uma possível justificativa para a não constatação de associações quanto as características sociodemográficas pode ser a homogeneidade do grupo composto basicamente por mulheres pardas, de camadas sociais mais baixas e com baixo nível de escolaridade.

Este é o primeiro estudo quantitativo sobre violência obstétrica realizado no Nordeste do Brasil e, em especial, na cidade de Campina Grande, fato que o torna pioneiro quando comparado a outros estudos da temática que foram realizados nacionalmente (VENTURI e GODINHO, 2013). Como não existe um consenso em como quantificar a violência obstétrica este estudo se propôs a colaborar nessa mensuração, trazendo a oportunidade de comparar a violência constatada nos relatos da assistência descritos no prontuário, associando com a violência conforme percebida pela mulher, gerando uma frequência global de violência obstétrica.

O modelo de atenção obstétrica do Brasil é reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como expressão maior disso as taxas de cesárea mais elevadas do mundo (BARROS *et al.*, 2005). À revelia das principais recomendações da literatura, vários profissionais seguem realizando procedimentos desnecessários para o desfecho do nascimento.

Quando se sumaria a qualidade da assistência ao parto dada as mulheres incluídas na pesquisa, percebe-se que há uma melhora de fatores, a exemplo da taxa de episiotomia que em 2002 era de 88% (dados do serviço), em 2011 de 58% (MOURA *et al.*, 2011) e neste estudo essa taxa foi de 8,0% (n=11), número inferior à taxa de 10% recomendada pela OMS como um protocolo de episiotomia seletiva. É provável que essa redução se dê pelo processo de implementação de uma política de humanização do nascimento que vem sendo desenvolvido desde 2007 na instituição, através da implantação de um projeto de extensão voltado a assistência humanizada do parto e nascimento, associado a educação continuada promovida pelas reuniões clínicas frequentes na instituição.

Por outro lado, a elevada taxa de cesariana é um problema mesmo em uma maternidade referência de alto risco, fugindo às recomendações universais de que acima de

15% de cesariana não há benefícios adicionais da cesariana em termos de redução da mortalidade materna (RATNER e MOURA, 2016). O modelo ainda é bastante intervencionista e tecnocrático, com grandes disparidades de conduta dentro da própria instituição e entre os plantões, precisando haver maior empenho e discussão para redução das taxas de cesariana que não se justificam em uma maternidade-escola amiga da Mulher e da Criança.

Em contraposto, 40,6% das mulheres foram submetidas à jejum ao serem internadas para assistência ao parto na maternidade, o que pode refletir desconhecimento da equipe sobre as indicações de jejum durante a assistência a essas mulheres.

Outro ponto que pode ser discutido no presente estudo é que parte dos procedimentos realizados durante a assistência ao parto, e que não encontram respaldo na literatura, não são registrados em prontuário, sugerindo uma dissociação do conhecimento e da prática dos profissionais que prestam assistência ao parto no ISEA, que poderia ser averiguada num futuro inquérito do tipo CAP (conhecimento, atitude e prática) realizado na instituição. Como exemplo podemos citar o número total de episiotomia (n=11), dos quais apenas quatro (36,4%) dessas foram registradas no prontuário. Enquanto 19 (13,8%) mulheres relataram terem sofrido manobra de Kristeller apenas duas (10,5%) possuíam anotação do procedimento no prontuário, sem qualquer justificativa, quer para episiotomia quer para Kristeller. Também não encontramos justificativas na maioria dos casos para a prescrição de ocitocina e a realização de episiotomia.

Analisando os métodos aplicados os autores sugerem como possível limitação do estudo o curto período captação das pacientes – um mês. Todavia, durante esse mês a amostra foi representativa dos diferentes plantões e do tipo de assistência prestada. Além disso a possível divergência na interpretação da violência sofrida por mulheres de diferentes paridades pode ter gerado uma maior complexidade dos discursos, visto que multíparas e primíparas não necessariamente apresentam a mesma visão do evento biopsicossocial do parto.

Em conclusão, os resultados deste estudo contribuem cientificamente para o campo da saúde da mulher, uma vez que a violência obstétrica é reconhecidamente um problema de saúde pública e será melhor combatido ao se conhecer sua gênese social e seus fatores associados.

## 7. CONCLUSÕES

1. Foi encontrada associação de violência obstétrica com o parto normal ( $p < 0,0001$ ), enquanto que não foi possível constatar associações com as variáveis idade, cor, ocupação, renda familiar, escolaridade, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, gestação desejada, situação conjugal, presença de acompanhante e conhecimento da temática;
2. A média de idade foi de 25,2 anos, enquanto a média de escolaridade foi de 9,4 anos completos de estudo. A maior parcela das mulheres estava em união estável (45,8%) e era parda (71,9%). Quanto as características da assistência parto encontramos que a taxa de jejum em pacientes que evoluíram para parto normal foi de 40,6% (n=56), enquanto que 89,4% (n=277) das mulheres foram admitidas no serviço já tricotomizadas. Amniotomia foi realizada em 27,1% (n=84) das pacientes, 36,1% (n=112) das pacientes receberam ocitocina sintética por via endovenosa. Episiotomia e manobra de Kristeller foram realizadas em 8% (n=11) e 13,8% (n=19) das pacientes, respectivamente.
3. A frequência de violência obstétrica no ISEA foi de 35,5% (n=110) das 310 pacientes analisadas;
4. A frequência global de violência obstétrica encontrada também foi de 35,5% (n=110) das 310 pacientes analisadas.

## **8. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES**

O estudo apresenta resultados que servem para nortear a construção de políticas públicas em saúde da mulher. Mudanças profundas nos serviços de saúde são necessárias, como a adoção de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, respeito à autonomia feminina e treinamento/capacitação de toda a equipe da maternidade, desde o porteiro ao médico, e podem colaborar na redução da frequência de violência obstétrica.

As mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos e de riscos obstétricos estão sendo desnecessariamente expostas a intervenções no parto. Nesse modelo tecnocrático há uma dicotomia entre o sistema público e privado, com violência obstétrica em todos os níveis, porém marcada no primeiro por práticas e procedimentos desnecessários e prejudiciais na assistência ao parto vaginal, e no segundo pelo excesso de cesarianas sem indicação médica.

Estimular o empoderamento feminino e promover o uso de cuidados de saúde baseados em evidências podem ser estratégias para o combate de práticas obstétricas obsoletas e/ou desnecessárias.

## 9. REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, 2013.
2. AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistance to the second and third periods of labor based on evidence. **Femina**, v. 38, n. 11, p. 583–591, 2010.
3. BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet (London, England)**, v. 365, n. 9462, p. 847–54, jan.
4. BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. **Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health**, 2010.
5. D'GREGORIO, R. P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 111, n. 3, p. 201–2, dez. 2010.
6. D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet (London, England)**, v. 359, n. 9318, p. 1681–5, 11 maio 2002.
7. DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 75 Suppl 1, p. S5–S23, nov. 2001.
8. DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p. 9–21, abr. 2003.
9. DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, set. 2005.
10. DOUBOVA (DUBOVA), S. V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 582–590, 1 ago. 2007.
11. EL-SAYED, Y. Y. Diagnosis and management of arrest disorders: duration to wait. **Seminars in perinatology**, v. 36, n. 5, p. 374–8, out. 2012.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de Metadados**. 2013. Disponível em: . Acesso em: 28 abri. 2016.
13. KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **Lancet (London, England)**, v. 360, n. 9339, p. 1083–8, 5 out. 2002.
14. LEAL, M. DO C. 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, ago. 2014.
15. LIMA, L. L. DA G. **As práticas de administração de conflitos de gênero no cotidiano das Delegacias de Polícia Dimensões**, 10 dez. 2009.
16. MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309–316, jun. 2003.



17. MOURA, V. C. et al. Frequência e fatores associados com a realização de episiotomia em duas maternidades do interior do Nordeste. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 54., 2011, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Febrasgo, 2011. p. 56 - 56.
18. ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. In-depth study on all forms of violence against women. New York, 2006.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. n. 5, p. 4, 2014.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996
21. PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistance to the first period of labor based on evidence: [review]. **Femina**, v. 38, n. 10, [s.d.].
22. RATTNER, D.; MOURA, E. C. DE. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 39–47, mar. 2016.
23. REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, D. S. E. D. R. R. Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002. 40p. p. 40p., 2002.
24. SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. DI G. DO. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281–1289, out. 2004.
25. SILAL, S. P. et al. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. **BMC health services research**, v. 12, n. 1, p. 120, 21 jan. 2012.
26. SMALL, R. et al. Immigrant women’s views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 29, n. 4, p. 266–77, dez. 2002.
27. STEWART, D. E.; CECUTTI, A. Physical abuse in pregnancy. **CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l’Association medicale canadienne**, v. 149, n. 9, p. 1257–63, 1 nov. 1993.
28. VENEZUELA. Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 2007.
29. VENTURI, G. e GODINHO, T. (Ed.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. 2013.
30. WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. **Brasília: Flacso Brasil**, 2015.

## 10. APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - LISTA DE CHECAGEM

“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL”

Registro nº.

Formulário nº.

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

**SIM**       **NÃO**

Mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

**SIM**       **NÃO**

Internada em trabalho de parto

**SIM**       **NÃO**

Puerpério nas primeiras 48 horas.

**SIM**       **NÃO**

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

**SIM**       **NÃO**

Incapacidade de consentir em participar (coma, retardo mental).

**SIM**       **NÃO**

#### CONCLUSÃO

Elegível

Não elegível

SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR?

**SIM**

**NÃO**

## **APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **INSTITUTO DE PESQUISA PROFESSOR JOAQUIM AMORIM NETO - IPESQ**

Pesquisador Responsável: Melania Maria Ramos de Amorim

Fone: (83) 98822-1514

E-mail: melania.amorim@gmail.com

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL”. Neste estudo pretendemos determinar a frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para assistência ao parto em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil.

O motivo que nos leva a estudar a violência obstétrica é que a violência contra a mulher pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios. A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos a Sra. será recrutada no pós-parto imediato, enquanto ainda internada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). Caso a Sra. atenda aos critérios de inclusão, e concorde em participar da pesquisa, em ambiente privativo, serão colhidas informações de identificação, endereço e contato das participantes, também serão coletados dados a respeito das características biológicas, obstétricas e neonatais, sendo essa através de entrevista e acesso ao prontuário.

A pesquisa possui risco de constrangimento durante uma entrevista, mas a Sra. terá anonimato garantido além de acompanhamento médico e psicológico, se necessário. Acreditamos que com essa pesquisa poderemos quantificar a frequência de violência entre mulheres, como a senhora, tiveram seus partos nesta maternidade e, com isso, estimular mudanças na qualidade do serviço oferecido.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A Sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador ou pelo serviço. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ), e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos do estudo “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecida e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador  
(caso necessário)



Impressão Digital

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa do CESED.

Rua: Argemiro de Figueirêdo, 1901 – Itararé.

E-mail: cep@cesed.br – telefone: (83) 2101.8857

De: Segunda a Sexta-feira das 08h às 12:00 e das 17:30 às 22:00h.

## APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DA PESQUISA

### **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL.**

Pesquisador \_\_\_\_\_

Número do formulário:

Data do parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### **CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS**

Idade  Escolaridade  anos completos aprovados

Peso kg Altura  cm IMC

#### **Procedência:**

Campina Grande. Qual bairro? \_\_\_\_\_

Outras cidades da Paraíba. Qual? \_\_\_\_\_

Outros estados. Qual? (cidade/estado)\_\_\_\_\_

#### **Religião:**

Católica

Não católica. Qual? \_\_\_\_\_

Sem religião

#### **Cor da pele:**

1.  Branca 2.  Negra 3.  Parda 4.  Amarela 5.  Indígena

#### **Situação marital:**

Casada  Solteira  Viúva  União estável  Outros \_\_\_\_\_

#### **Condições socioeconômicas:**

Trabalha? 1.  Sim 2.  Não. Se sim, qual a profissão? \_\_\_\_\_

Qual a renda familiar?  reais

Quantos pessoas moram na sua casa?  pessoas

#### **CARACTERÍSTICAS SEXUAIS**

Você se sente à vontade para falar sobre sua orientação sexual?

Se sim, você se considera: 1.  Heterossexual 2.  Homossexual 3.  Bissexual

### **CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS**

Paridade: Gestações  Partos  Abortos

Idade gestacional no momento do parto:  sem  dias

Fez pré-natal?  Sim  Não. Se sim, quantas consultas? \_\_\_\_\_

Você se sentiu mal tratada durante a assistência pré-natal?  Sim  Não.

Se sim, em qual trimestre? \_\_\_\_\_ Onde aconteceu? \_\_\_\_\_

Qual o tipo de violência sofrida? \_\_\_\_\_

Quem a praticou? \_\_\_\_\_

Gestação desejada?  Sim  Não.

### **CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO**

#### **Práticas e procedimentos antes e durante o trabalho de parto:**

Foi permitida a presença de acompanhante? 1.  Sim 2.  Não

Quem foi seu acompanhante? \_\_\_\_\_

Seu companheiro ou companheira pôde estar presente durante o trabalho de parto e o parto?

1.  Sim 2.  Não

Se não, por que? \_\_\_\_\_

Você teve uma doula? 1.  Sim 2.  Não

Você acha que teve privacidade durante o seu trabalho de parto? 1.  Sim 2.  Não

O que você considerou falta de privacidade? \_\_\_\_\_

Você teve um aposento somente para você durante o seu trabalho de parto? 1.  Sim 2.  Não

Você dividiu um quarto com outras mulheres? 1.  Sim 2.  Não

Quantas? \_\_\_\_\_

Tinha vaga para você no setor de pré-parto? 1.  Sim 2.  Não

Você teve que se sentar em sofá, cadeira ou dividir leito com outra mulher por falta de vagas?

1.  Sim 2.  Não

Jejum? 1.  Sim 2.  Não

Tricotomia? 1.  Sim 2.  Não

Se veio com os pelos já raspados de casa, por que? \_\_\_\_\_

Foi proibida de deambular? 1.  Sim 2.  Não

Foi encorajada a deambular ou mudar de posição? 1.  Sim 2.  Não

Houve uso de ocitocina? 1.  Sim 2.  Não

Se sim, foi informada, esclarecida? 1.  Sim 2.  Não

Concordou? 1.  Sim 2.  Não

Houve amniotomia? 1.  Sim 2.  Não

Se sim, foi informada, esclarecida e concordou? 1.  Sim 2.  Não

Número de toques vaginais?

Sempre que tocada foi informada, esclarecida e concordou? 1.  Sim 2.  Não

Houve uso de métodos de alívio de dor (banho morno, massagem, entre outros)? 1.  Sim 2.  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Se não, foi informada sobre a possibilidade? 1.  Sim 2.  Não

**Tipo de parto:**

1.  Normal 2.  Cesariana

Se cesariana, qual a indicação anotada no prontuário? \_\_\_\_\_

Qual a indicação informada à paciente? \_\_\_\_\_

Se normal: 1.  Instrumental (fórceps ou vácuo) 2.  Espontâneo

Se instrumental: 1.  Fórceps 2.  Vácuo

Se instrumental, qual a indicação? \_\_\_\_\_

Não anotada

Foi informada à parturiente? 1.  Sim 2.  Não

Duração do período expulsivo (minutos)

Sabe o nome do profissional que assistiu o parto? 1.  Sim 2.  Não

Coincide com o nome anotado no prontuário? 1.  Sim 2.  Não

Se o parto foi normal, teve privacidade durante o parto? 1.  Sim 2.  Não

O que considerou falta de privacidade durante o parto?

---

**Posição do parto**

- Litotomia
- Vertical (cócoras e outras modalidades)
- Lateral
- Outros Qual? \_\_\_\_\_

Local do parto: 1.  Mesa de parto 2.  Cadeira de parto 3.  Banqueta  
4.  Cama. 5.  Centro cirúrgico 6. Outras \_\_\_\_\_

**Procedimentos desnecessários:**

- Episiotomia 1.  Sim 2.  Não
- Anotar foi registrado no prontuário 1.  Sim 2.  Não
- Tipo de episiotomia: 1.  Médio-lateral 2.  Mediana 3.  Lateral
- Indicação:** \_\_\_\_\_  Não anotada

(Conforme anotada no prontuário)

- Manobra de Kristeller (informação da mulher) 1.  Sim 2.  Não
- Se sim, conferir se foi registrada no prontuário 1.  Sim 2.  Não
- Puxos dirigidos: 1.  Sim 2.  Não (conforme informação da mulher)

Orientação para:

- Força comprida 1.  Sim 2.  Não
- Força de cocô 1.  Sim 2.  Não
- Trinque os dentes e faça força 1.  Sim 2.  Não

Outras informações:

- Houve lacerações espontâneas? 1.  Sim 2.  Não
- Grau

- Necessidade de sutura 1.  Sim 2.  Não
- Considerou a anestesia suficiente? 1.  Sim 2.  Não

**Ações violentas no trabalho de parto:**



**Durante seu parto alguém:**

Fez exame de toque de forma dolorosa? 1.  Sim 2.  Não

Pediu sua autorização para realizar o exame de toque? 1.  Sim 2.  Não

Quantos exames de toque recebeu? (informação da paciente)

Quantos exames de toque estão registrados no prontuário?

Negou algum tipo de método de alívio para a dor? 1.  Sim 2.  Não

Gritou com você? 1.  Sim 2.  Não

Não te informou sobre algum procedimento que estava fazendo? 1.  Sim 2.  Não

Se negou a lhe atender? 1.  Sim 2.  Não

Te xingou ou te humilhou? 1.  Sim 2.  Não

Te amarrou? 1.  Sim 2.  Não

Bateu em você? 1.  Sim 2.  Não

Assediou você sexualmente? 1.  Sim 2.  Não

Alguém lhe disse alguma frase constrangedora durante seu trabalho de parto? Quem e qual foi? \_\_\_\_\_

**Durante seu parto ouviu:**

Ouviu algum despropósito durante o parto? 1.  Sim 2.  Não

Se sim, alguma dessas frases?

Não chora que ano que vem você está aqui de novo? 1.  Sim 2.  Não

Na hora de fazer não chorou, por que está chorando agora? 1.  Sim 2.  Não

Se gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender? 1.  Sim 2.  Não

Se gritar vai fazer mal pro seu bebê/seu bebê vai nascer surdo? 1.  Sim 2.  Não

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

O partograma foi construído corretamente? 1.  Sim 2.  Não

Foi realizada ausculta fetal conforme preconizado pela OMS? 1.  Sim 2.  Não

**CONDIÇÕES FETAIS/NEONATAIS**

RN vivo 1.  Sim 2.  Não

Apresentação  Cefálica  Pélvica

Variedade de apresentação

Peso ao nascer  gramas

Peso fetal estimado pela USG (se houver)

Apgar 1°. Minuto       Apgar 5°. Minuto

Distocia de ombro      1.  Sim    2.  Não

Sofrimento fetal (FCF não tranquilizadora)    1.  Sim    2.  Não

Necessidade de reanimação neonatal      1.  Sim    2.  Não

### **CONHECIMENTO DA TEMÁTICA**

Você já escutou falar de violência obstétrica? 1.  Sim    2.  Não

Se sim, onde? 1.  TV    2.  Jornal    3.  Internet    4.  Amigas    5.  Outro \_\_\_\_\_

Já ouviu falar de doula? 1.  Sim    2.  Não

Sabe o que é? Como descreveria? \_\_\_\_\_

Você acha que foi vítima em algum momento de violência obstétrica nesta instituição?  
\_\_\_\_\_

O que você acha que poderia ser feito para evitar violência obstétrica?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **FATORES EXTERNOS**

Dia do plantão:

Segunda-feira     

Terça-feira     

Quarta-feira     

Quinta –feira     

Sexta – feira     

Sábado     

Domingo     

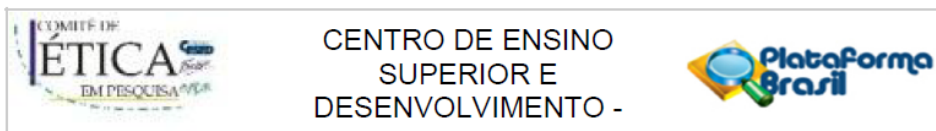
Hora do dia : :  Diurno     Noturno

Formação do profissional que assistiu o parto

- Médico-obstetra (staff)
- Médico-residente  Ano \_\_\_\_
- Enfermeiro(a)
- Parteira
- Estudante de Medicina  Período: \_\_\_\_\_
- Estudante de Enfermagem  Período: \_\_\_\_\_

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL

**Pesquisador:** Melania Maria Ramos de Amorim

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 51459415.0.0000.5175

**Instituição Proponente:** IPESQ - Instituto Professor Joaquim Amorim Neto de Desenvolvimento,

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.423.806

##### Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa se propõe a estudar um tema bastante discutido na literatura, "A violência obstétrica". Faz uma abordagem também do conceito de violência de gênero e sobre a importância de se conversar sobre a violência no contexto da assistência ao parto). No Brasil cerca de 25% das mulheres que tinham parido, e também proximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de violência obstétrica, seja ela através de hipermedicalização, intervenções desnecessárias, ou outras formas. Diante disso, este estudo tem o objetivo de determinar a frequência de violência obstétrica durante o parto e o puerpério em mulheres atendidas em uma maternidade-escola situada no nordeste do Brasil, e com isso estimular a reorientação das práticas de saúde envolvido a saúde da mulher. Tipo de Estudo será corte transversal. Local do Estudo Será realizado no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), na cidade de Campina Grande (PB). População e amostra A população será composta por mulheres que serão captadas durante a internação para assistência ao parto nas 48 hs.

Instrumentos para coleta de dados • Ficha de avaliação contendo questões sobre: I. Características biológicas (idade, cor/raça); II. Características sociodemográficas (procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar per capita); III. Características clínicas (patologias presentes, medicações

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901  
Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br

em uso, cirurgias antecedentes) IV. Características obstétricas (gestações, abortos, tipos de parto; intercorrências

obstétricas); Após isso, em ambiente privativo, serão colhidas informações de identificação, endereço e contato das participantes, também serão coletados dados a respeito das características biológicas, obstétricas e neonatais, sendo essa através de entrevista.

**Objetivo da Pesquisa:**

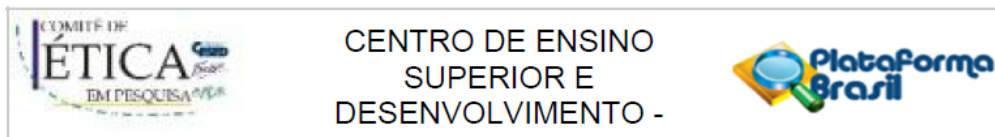
Objetivo Primário:

Determinar a frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para assistência ao parto em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil.

Objetivo Secundário:

1. Descrever as características biológicas (idade, cor da pele), sociodemográficas (escolaridade, procedência, religião, estado marital, profissão, renda familiar per capita), obstétricas (número de gestações e paridade; gestação planejada ou não; se houve assistência pré-natal, número de consultas, orientação para o parto durante a assistência pré-natal, percepção de violência obstétrica e idade gestacional no momento do parto); 2. Descrever as características da assistência ao parto: práticas e procedimentos durante o trabalho de parto (jejum, tricotomia, deambulação, uso de ocitocina, amniotomia, número de toques, métodos de alívio da dor); tipo de parto (cesárea, vaginal, vaginal instrumental), trabalho de parto espontâneo ou induzido; se a parturiente conhece a indicação da cesárea e se há indicação da cesárea conforme consta no prontuário; se sabe quem assistiu ao parto ( formação ), local do parto (centro cirúrgico, mesa de parto, banqueta de parto, cadeira de parto, cama, outros); se houve puxos dirigidos, Kristeller, cardiotocografia e permissão para a permanência de um acompanhante durante o trabalho de parto; condições neonatais (apresentação, peso, idade gestacional ao nascer, Apgar, contato pele a pele precoce, amamentação na sala de parto, distocias, necessidade de reanimação neonatal, necessidade de UTI neonatal, feto morto); 3. Descrever situações que podem ter causado sofrimento para a mulher de acordo com sua percepção: não ter recebido método para alívio da dor; ter recebido toque sem aviso e sem consentimento ou toque doloroso; ter ouvido ofensas, frases inoportunas ou qualquer forma de agressão verbal (“Não chora que ano que vem você está aqui de novo”, “Na hora de fazer não chorou, por que está chorando agora?”, “Se gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender”, “Se gritar vai fazer mal pro seu bebê/seu bebê vai nascer surdo” ); episiotomia, cesárea

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901			
Bairro: ITARARE		CEP: 58.411-020	
UF: PB	Município: CAMPINA GRANDE		
Telefone: (83)2101-8857	Fax: (83)2101-8857	E-mail: cep@cesed.br	



Continuação do Parecer: 1.423.806

ou parto instrumental sem consentimento; 4. Determinar a frequência de mulheres que conhecem o termo "violência obstétrica"; 5. Determinar a frequência de violência obstétrica conforme percebida pela mulher (tanto por conhecimento do tema ou por ter sido vítima de uma ou mais situações citadas anteriormente); 6. Determinar a frequência global de violência obstétrica, referidas como pela vítima ou percebida pela análise de práticas e procedimentos danosos e prejudiciais conforme os dados do questionário; 7. Determinar a associação da violência obstétrica com as variáveis biológicas, sociodemográficas e obstétricas.

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

##### **Riscos:**

O estudo é classificado como de risco mínimo por apenas haver entrevistas. Os riscos serão minimizados com a garantia de anonimato, além do uso de um ambiente reservado para garantir que a coleta de dados não seja constrangedora. Serão obedecidas as normas para realização de pesquisas em seres humanos, dispostas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e só terá início após aprovação.

##### **Benefícios:**

As informações obtidas neste estudo serão úteis para fornecer dados acerca da frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para a assistência ao parto.

O estudo irá permitir um maior conhecimento, por parte das mulheres e profissionais, e divulgação do que é violência obstétrica. Além disso, servirá para nortear políticas públicas centradas na proteção da mulher e de humanização da assistência ao parto. Caso seja necessário, os pesquisadores se comprometem a encaminhar as mulheres que necessitarem para um serviço público onde exista acompanhamento médico e psicológico.

Percebe-se que a realização desse estudo proporcionará relevante contribuição científica no âmbito da saúde da mulher, servindo como estímulo para a realização de novos estudos explorando o tema.

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

Indiscutivelmente o projeto apresenta relevância social e acadêmica. Recomendamos que as perguntas do questionário sejam melhor formuladas, para evitar constrangimento e tendenciosidade na resposta.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901  
Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br

Continuação do Parecer: 1.423.806

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

Todos estão adequados.

**Recomendações:**

1 - Para a análise da frequência de um evento, o método transversal é adequado, entretanto, tendo em vista a multiplicidade de fatores envolvidos com a definição e a percepção da violência obstétrica, questiona-se se a melhor abordagem metodológica não seria o tipo qualitativo de pesquisa?

2 - O objetivo específico 5 se propõe a quantificar a violência obstétrica percebida pela mulher. O fato de ela conhecer sobre o tema já o inclui na estatística? O fato de ela responder "sim" a alguma pergunta significa que ela efetivamente percebe aquele ato como violência ("tanto por conhecimento do tema ou por ter sido vítima de uma ou mais situações citadas anteriormente")?

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

Após análise verificou-se que o pesquisador atendeu as pendências elencadas anteriormente, dessa forma somos do parecer APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto foi avaliado e APROVADO através de Ad-referendum. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá enviar relatório final através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – CESED.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_635341.pdf	25/02/2016 02:22:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_VO_platBr.pdf	25/02/2016 02:21:40	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_PARA_MENORES.docx	24/02/2016 03:44:50	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_PESQUISA_EM_ARQUIVOS.pdf	21/01/2016 17:45:43	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	21/01/2016 17:38:17	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901  
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020  
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



CENTRO DE ENSINO  
SUPERIOR E  
DESENVOLVIMENTO -



Continuação do Parecer: 1.423.806

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/01/2016 17:38:17	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSODOPEQUI SADORRESPONSAVEL.pdf	29/11/2015 19:12:45	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	TermodeautorizacaooinstitucionalIPESQ. pdf	29/11/2015 19:11:42	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	TermodeautorizacaooinstitucionalISEA.p df	29/11/2015 19:10:48	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	29/11/2015 19:09:35	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2015 19:06:05	Melania Maria Ramos de Amorim	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 25 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
Rosana Farias Batista Leite  
(Coordenador)

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901  
Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br