

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E
MEIO AMBIENTE

Claudia Aparecida Mencaroni Lopes

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO INSTITUCIONALIZADO

ARARAQUARA - SP

2024

Claudia Aparecida Mencaroni Lopes

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO INSTITUCIONALIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara/UNIARA, como requisito para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Cristina Sossae

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Ribeiro

ARARAQUARA - SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

L851e Lopes, Claudia Aparecida Mancaroni

A educação em saúde como estratégia de prevenção da violência obstétrica no parto institucionalizado/Claudia Aparecida Mancaroni Lopes. – Araraquara: Universidade de Araraquara, 2024.
78f.

Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente- Universidade de Araraquara-UNIARA

Orientador: Profa. Dra. Flávia Cristina Sossae
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Ribeiro

1. Gestação. 2. Parto institucionalizado. 3. Violência obstétrica.
4. Educação em saúde. I. Título.

CDU 577.4



FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do Aluno: **Cláudia Aparecida Mencaroni Lopes**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, curso de Doutorado, da Universidade de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Bruna Goldorfini Chiari Andréo

Prof. Dr. Jean Donizete Silveira Taliari

Profa. Dra. Flavia Cristina Sossae

Prof. Dr. Zildo Gallo

Profa. Dra. Rosylaine Aparecida Pereira

Araraquara – SP, 25 de novembro de 2024

DEDICATÓRIA

A Deus, fonte de luz e de força, que guia meus passos mesmo nas horas mais difíceis. Sua presença é a âncora que sustenta minha fé e a esperança que ilumina meu caminho.

A meus pais, que, embora ausentes fisicamente, permanecem eternamente em meu coração. Sua sabedoria, amor e exemplos são as correntes que me conectam às minhas raízes e me impulsionam a seguir em frente. Agradeço por cada ensinamento e por todo amor recebido, que carrego comigo a cada dia.

Esta dedicatória é um tributo ao legado que deixaram em mim e à gratidão que sinto por tê-los como parte de minha história.

Com todo meu amor e reverência.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha família, que tem sido meu alicerce ao longo de toda esta jornada. Ao meu esposo Wagner Lopes pelo amor, paciência e apoio incondicional; aos meus filhos Mateus e Daniel, por suas palavras de incentivo e por me inspirarem a ser uma pessoa melhor a cada dia. A minhas noras Carolina e Marina pelo carinho e parceria que trouxeram para a nossa família, e às minhas irmãs Elaine, Denise e Luciana, por sempre estarem ao meu lado, compartilhando alegrias e desafios.

Agradeço também as minhas orientadoras Flávia Sossae e Maria Lúcia Ribeiro, cuja orientação, ensinamentos e dedicação foram fundamentais para a realização desta tese. Sua sabedoria e experiência me guiaram em cada passo deste processo, e sou imensamente grata por toda a confiança depositada em mim.

Gostaria de dedicar um momento especial para expressar minha sincera gratidão a todos os professores do doutorado da UNIARA. Cada um de vocês desempenhou um papel essencial na minha formação acadêmica e pessoal durante esta jornada.

Por último, estendo minha gratidão à minha instituição de ensino, a UNIFUNEC, que proporcionou um ambiente rico em aprendizado e desenvolvimento. Cada professor, funcionário e colega contribuiu de maneira significativa para minha formação e crescimento.

A todos vocês, meu sincero agradecimento. Esta conquista é nossa!

RESUMO

A mulher vivencia na gestação um momento de preparação e adaptação para o parto. No pré-natal, ela deve ser orientada sobre o que acontecerá durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério. Entretanto, muitas mulheres não são informadas sobre os seus direitos e a autonomia do seu corpo no momento do parto, o que tem levado à violência obstétrica praticada por muitos profissionais de saúde. A Violência Obstétrica (V.O.) corresponde a toda ação direcionada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, realizada sem a sua permissão informada, em qualquer nível de assistência. A educação em saúde é uma intervenção importante para a promoção da saúde no período gestacional. O presente estudo tem como objetivo elaborar estratégias de intervenção educativa, para aumentar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres gestantes sobre V.O. e avaliar a efetividade destas estratégias através de questionário sobre o assunto aplicado antes e depois da intervenção realizada. Trata-se de um estudo de intervenção educativa. A amostragem foi composta por um grupo de 10 gestantes do município de Santa Fé do Sul/SP. O ciclo de atividades foi estruturado em três encontros, no qual foram abordados temas sobre violência obstétrica, cartilha de prevenção e orientação na V.O. e plano de parto individual para as gestantes; após a intervenção educativa observou-se que o nível de conhecimento das gestantes em V.O. atingiu quase 100%. Com a aplicação das estratégias de intervenção educativas, em ciclos de atividades, foi possível observar a evolução das gestantes semana após semana. Os achados revelaram que a intervenção educativa, por meio de estratégia grupal, teve impacto positivo ao promover melhoria nos conhecimentos, atitudes e práticas das gestantes sobre V.O. A prevenção da V.O., no parto institucionalizado, é uma questão multifacetada que exige a colaboração de diversos setores da sociedade, incluindo profissionais de saúde, gestores públicos, educadores e a própria comunidade. Nesse sentido, infere-se que essa pesquisa poderá contribuir para a melhoria do nível de conhecimento da V.O., no que se refere ao atendimento ao parto digno, sem violência e que preconize os direitos sexuais, reprodutivos e humanos na sua plenitude.

Palavras-chaves: Gestação. Parto institucionalizado. Violência obstétrica. Educação em saúde.

ABSTRACT

During pregnancy, women experience a time of preparation and adaptation for childbirth. In prenatal care, she must be guided about what will happen during pregnancy, labor, birth and the postpartum period. However, many women are not informed about their rights and the autonomy of their bodies at the time of birth, which has led to obstetric violence practiced by many health professionals. Obstetric violence (OV) corresponds to any action directed at women during the pregnancy-puerperal cycle that causes pain, damage or unnecessary suffering, carried out without their informed permission, at any level of care. Health education is an important intervention for promoting health during pregnancy. The present study aims to develop educational intervention strategies to increase the level of knowledge of a group of pregnant women about Obstetric Violence and evaluate the effectiveness of these strategies through a questionnaire on the subject applied before and after the intervention carried out. This is an educational intervention study. The sampling will consist of a group of 10 pregnant women from the municipality of Santa Fé do Sul. The cycle of activities was structured into three meetings, where topics such as obstetric violence, prevention and guidance booklet at V.O., individual birth plan for pregnant women were addressed. After the educational intervention it was observed that the level of knowledge of pregnant women at V.O. reached almost 100%. With the application of educational intervention strategies, in cycles of activities, it was possible to observe the evolution of pregnant women week after week. The findings revealed that the educational intervention through a group strategy had a positive impact by promoting improvements in pregnant women's knowledge, attitudes and practices about OV. The prevention of VO. in institutionalized birth is a multifaceted issue that requires the collaboration of different sectors of society, including health professionals, public managers, educators, and the community itself. In this sense, even though the studies are in their infancy, it is believed that this research could contribute to improving the level of knowledge of the V.O., with regard to care for dignified births, without violence and that advocates their sexual rights, reproductive and human in their fullness.

Keywords: Pregnancy. Institutionalized childbirth. Obstetric violence. Health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Localização do município de Santa Fé do Sul no Estado de São Paulo	27
Figura 2 - Centro de Santa Fé do Sul-SP	27
Figura 3 - Centro de Reabilitação - UNIFUNEC	28
Figura 4 - Fluxograma das fases dos procedimentos metodológicos	29
Figura 5- Porcentagens de Respostas Sim e Não de gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP, antes da intervenção educativa	32
Figura 6 - Resposta de gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul, antes e depois de uma intervenção educativa ($p \leq 0,01$, teste de Cochran-Mantel-Haenszel (MHC)).	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados socioeconômicos de dez gestantes participantes do curso	31
Tabela 2 - Frequência de respostas sim e não do questionário aplicado a gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP, antes da Intervenção Pedagógica ($p \leq 0,01$, pelo teste do Qui-quadrado).....	32
Tabela 3 - Frequência de respostas sim e não do questionário aplicado a gestantes do Programa.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise dos planos de parto.....	40
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Histórico da violência obstétrica no mundo e no Brasil.....	13
2.2 A V.O. como violência de gênero	17
2.3 O pré-natal e a Educação em Saúde para a diminuição da V.O.	19
2.4 Os profissionais de saúde e a V.O.	23
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
4.1 Caracterização do local de estudo	27
4.2 Seleção das participantes e etapas de execução.....	28
4.2.1 Fase I: Nível de conhecimento de gestantes sobre V.O.	29
4.2.2 Fase II: Intervenção educativa.....	29
4.2.3 Fase III: Avaliação da intervenção educativa.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Fase I: Nível de conhecimento de gestantes sobre V.O.	31
5.2 Fase II: Intervenção educativa.....	37
5.2.1 Palestra: conhecendo e enfrentando a violência obstétrica	37
5.2.2 Cartilha	39
5.3 Fase III: Avaliação da intervenção educativa.....	43
6 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS	49
APENDICE I.....	59
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS GESTANTES QUE FAZEM ALGUM TIPO DE TRATAMENTO NA CLÍNICA DA MULHER	59
APÊNDICE II.....	61
MEU PLANO DE PARTO	61
APÊNDICE III	65
A VIOLÊNCIA OBSTETRICA E SUA REPERCUSSÃO À VIDA DA MULHER E FAMÍLIA	65

APÊNDICE IV	72
QUESTIONÁRIO V.O ANTES DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA	72
APÊNDICE V	75
QUESTIONÁRIO V.O POSTERIOR A INTERVENÇÃO EDUCATIVA	75

1 INTRODUÇÃO

Há alguns anos, vem crescendo ao redor do mundo o movimento de mulheres que se declaram insatisfeitas com a experiência de nascimento de seus filhos. Em sua maioria, são mulheres que desejavam um parto normal e acabaram realizando ou uma cesárea, ou um parto repleto de intervenções (Salgado, 2012).

Historicamente, a experiência da parturição era vista como um momento singular, com predominância da cultura de solidariedade feminina. As parteiras eram as principais responsáveis por orientar e executar o processo de gestação, parto e puerpério, pois possuíam o conhecimento prático e a confiança das mulheres da comunidade onde atuavam. Ademais, o nascimento acontecia no lar da gestante, na presença de membros de sua família (Brenes, 1991; Menezes *et al.*, 2020).

Ao longo dos anos, com as transformações nas ciências naturais, observou-se uma crescente valorização da profissão médica e a criação de um novo paradigma obstétrico, que deslocou o parto do lar tradicional e cercado de familiares para instituições hospitalares. Essa mudança foi sustentada pela narrativa sobre os riscos associados ao ato de nascer. Independentemente das condições clínicas apresentadas, passou-se a enfatizar a importância da intervenção médica, fazendo com que o parto fosse frequentemente associado a enfermidades que afetam o corpo humano (Menezes *et al.*, 2020; Trajano, 2021).

O deslocamento do parto para o ambiente hospitalar, justificado por uma maior segurança da parturiense e do recém-nascido, não foi, entretanto, sinônimo de bons cuidados. As mulheres durante o parto em instituições de saúde conhecidamente sofrem maus tratos. Essas ocorrências, denominadas de violência obstétrica, são caracterizadas por maus-tratos e desrespeito, envolvendo ações como negligência, realização de intervenções invasivas sem necessidade, práticas que desrespeitam a dignidade ou que são coercitivas, além de desconsiderar o direito da mulher de decidir como quer que seu parto aconteça. Também inclui a falta de transparência nas informações e o não fornecimento de consentimento informado para tratamentos médicos (Venturi *et al.*, 2010).

Verifica-se que a violência obstétrica é uma realidade que persiste em diversas partes do mundo. No Brasil, estima-se que cerca de 25% das mulheres que deram à luz em maternidades tenham enfrentado algum tipo de violência (Marrero; Brüggemann, 2018). Refletir sobre a assistência à mulher durante o parto expõe a complexidade e as contradições do atual sistema de saúde. Por um lado, a medicalização e a internação hospitalar têm

desempenhado um papel importante na diminuição da mortalidade materna e neonatal, entretanto, essa conquista vem acompanhada por experiências adversas para as mulheres.

O aumento da medicalização do processo, motivado pela procura de um padrão "mais seguro" e "científico", tem o potencial de distanciar a mulher de sua função primordial. É crucial determinar quem é o protagonista durante o parto. Quando a mulher abandona seu papel de protagonista, isso não só impacta sua vivência, mas também a maneira como percebe seu corpo e suas habilidades (Silva, 2015). É fundamental fomentar um modelo de cuidado que valorize a independência feminina, estimulando seu papel ativo no processo de nascimento. Apostar na humanização do parto e na conscientização das mulheres sobre suas escolhas e direitos é uma etapa essencial para mudar essa situação (Brasil, 2023).

O parto humanizado é uma proposta que busca assegurar um ambiente de respeito e acolhimento durante o nascimento. Essa abordagem reconhece a mulher como a protagonista de sua experiência de parto e incorpora práticas que visam reduzir intervenções desnecessárias. É crucial reformular o modelo de formação dos profissionais de saúde, para que eles possam reconhecer essa violência institucional, que representa um abuso de poder das instituições e de seus profissionais em relação à autonomia das mulheres. É importante que os protocolos de atendimento sejam não invasivos, não dolorosos e seguros, garantindo que as mulheres recebam um tratamento respeitoso e humanizado durante o parto (Mir, 2021).

A educação permanente é fundamental para garantir que as mulheres possam realizar escolhas conscientes em relação ao seu parto. É importante que elas sejam esclarecidas sobre os procedimentos que serão realizados e o consentimento deve ser obtido antes da execução de qualquer ato médico. A prevenção da violência obstétrica durante o parto institucionalizado requer a cooperação de vários setores da sociedade, como profissionais de saúde, gestores públicos, educadores e a própria comunidade. Criar um ambiente de parto que respeite a mulher, fundamentado no consentimento informado e na sua autonomia, é crucial para assegurar não só a saúde física, mas também o bem-estar emocional das gestantes. A adoção de políticas eficazes, aliada à educação e à conscientização, é vital para mudar a realidade do parto e assegurar os direitos das mulheres em um dos momentos mais significativos de suas vidas (Guimarães, 2018).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico da violência obstétrica no mundo e no Brasil

De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2021), o grande desafio no enfrentamento à violência obstétrica é que ela, em nossa sociedade, é percebida como normal. Algumas mulheres acreditam que o parto é um processo sofrido e, por esta razão, não se surpreendem quando vivenciam uma experiência ruim.

A Organização Mundial de Saúde, declara que todas as mulheres têm o direito ao melhor nível de saúde possível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, bem como o direito de estar livre da violência e discriminação. Durante o parto, a violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres é caracterizada por violações das normas e princípios de direitos humanos adotados globalmente. Especialmente, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para buscar, receber e dar instruções, de não serem discriminadas e de desfrutarem dos mais elevados padrões de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2021).

Desde a Antiguidade, o processo de parturição é relevante para a vida da mulher, mencionados desde os escritos bíblicos. A tradição cristã expressa pela Bíblia Sagrada referenciou a dor do parto como um castigo imposto ao sexo feminino em virtude da desobediência de Eva a um mandamento divino. O livro de Gênesis registra que Deus disse à mulher: “Multiplicarei grandemente a tua dor e a tua concepção; com dor darás à luz filhos...” (Bíblia on, 2024). Segundo Bezerra e Cardoso (2006) a interpretação dessa passagem bíblica persistiu ao longo da história e consolidou a ideia de que o parto é um momento de dor e sofrimento, e que a mulher deve aceitar essa condição como natural.

Ao longo de várias décadas do século XX, muitas mulheres de classes média e alta em países industrializados deram à luz com sedação total, sendo o procedimento conhecido como "sono crepuscular". Esse procedimento incluía a administração de morfina no início do trabalho de parto, seguida por uma aplicação de um agente amnésico chamado escopolamina, permitindo que a mulher experimentasse a dor, mas sem recordar conscientemente os eventos que ocorreram. Normalmente, o parto era induzido com a utilização de ocitócitos, enquanto o colo do útero era dilatado por meio de instrumentos e o recém-nascido era removido com o uso de fórceps alto, trazendo riscos de mutilação e até morte materna e neonatal. Devido ao fato de a escopolamina também atuar como um alucinógeno, as mulheres ficavam muito agitadas e eram

amarradas à cama durante o trabalho de parto, em algumas ocasiões dando à luz com o corpo cheio de hematomas. Para que não fossem observadas nessa condição constrangedora, os leitos eram cobertos, semelhante a uma tenda (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente foi aperfeiçoado por Magalhães em 1916, que desenvolveu uma mistura de morfina com cafeína, conhecida como “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno, que era administrada durante o parto (Ciello *et al.*, 2012).

Em 1958, quando foi criada uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas, houve um movimento no Reino Unido. A carta que convoca a fundação dessa sociedade, publicada originalmente no jornal The Guardian, afirma:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes (1960 *apud* Beech; Willington, p. 2)

Mais tarde, em 1998, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher publicou o relatório “*Silencio y Complicidad: Violencia contra La Mujer em los Servicios Públicos de Salud*” no Peru, com extensa documentação das violações dos direitos humanos da mulher durante o parto. Este documento registrou infrações aos direitos humanos de mulheres que utilizavam serviços de saúde pública no Peru. As conclusões e sugestões foram fundamentadas na análise de casos, relatos e entrevistas coletivas que evidenciaram a presença de violência física, psicológica e sexual, além de práticas que violavam o direito à privacidade, informações sobre saúde e o direito a uma vida livre e esclarecida em relação à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar.

As informações sobre violência obstétrica surgiram na América Latina e na Espanha nos anos 2000 por causa de movimentos que queriam tornar o parto mais humanizado. Os movimentos feministas criticavam os métodos médicos de assistência ao parto, que violavam a autonomia das mulheres (Martin, 2001). A Venezuela, utilizou o tema Violência Obstétrica, tornando-o lei, após as reivindicações dos movimentos feministas e o reconhecimento do cenário social, político e público. A lei intitulada “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, defendia os direitos das mulheres e estabelecia quais formas de violência se enquadravam com violência obstétrica (Gaceta Oficial de La República Bolivariana de Venezuela, 2007).

No Brasil, o início da institucionalização do parto ocorreu nos anos 40, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR), que operou entre 1940 e 1965 e foi o primeiro órgão governamental a se dedicar exclusivamente à saúde materno-infantil. Nesse período duas visões diferentes sobre a relevância da atenção ao grupo materno-infantil foram observadas. A mais antiga defendia que a reprodução era essencialmente social, com interesses que iam além do indivíduo e se direcionavam à comunidade. A segunda perspectiva focava nas práticas de higiene como ferramentas para a manutenção da vida, sem necessariamente visar disciplinar a procriação. Esta estratégia destacava a luta contra a mortalidade infantil como um instrumento crucial para a formação de uma nação sólida, saudável e em expansão (Tyrrell, 1997).

Até a década de 60, o foco das ações em saúde materna estava restrito ao atendimento durante o parto. Com a introdução da medicina preventiva e a fundação de centros de saúde no país, surgiram os programas de pré-natal, que visavam, principalmente, a diminuição das taxas de mortalidade infantil. O DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação (Cassiano *et al.*, 2014).

Em 1971, no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, foi feita a primeira referência a cuidados específicos para o grupo materno-infantil após 1964. Este documento estabelecia programas de suporte ao parto, ao pós-parto, à gestação de alto risco, ao acompanhamento de crianças de 0 a 4 anos, além do incentivo ao aleitamento materno e à nutrição. Também considerava a opção de fornecer às mulheres orientação durante o período intergestacional, com o objetivo de retardar o nascimento precoce dos filhos devido a problemas de saúde (Brasil, 1971).

Nos anos 80, ocorreram algumas iniciativas locais voltadas para a redução da mortalidade materna, sendo uma das mais importantes o projeto desenvolvido pelo Professor Doutor Galba de Araújo, no Ceará, que objetivava o atendimento humanizado as gestantes e seus filhos, caracterizado pelo respeito, presteza, qualidade técnica e o acolhimento de toda equipe de saúde, melhorando assim a assistência e reduzindo os riscos durante o parto e pré-parto. Com base nesse projeto foi instituída a Política Nacional de Humanização ao Parto (PNHP), com o propósito de retomar o caráter fisiológico e natural do parto, no qual a mulher participa de forma ativa e autônoma (Brasil, 2002).

Nos anos 2000, o movimento feminino, organizações não governamentais, profissionais de diversas áreas e os formuladores de políticas públicas de saúde se uniram em um movimento que visava, entre outros, devolver às mulheres a liderança no momento do parto e nascimento. Um exemplo do impacto positivo dessa iniciativa foi a Lei Federal nº11.108,

sancionada em 2005, que garantia à mulher o direito de escolher um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto (Brasil, 2005).

Embora não haja lei federal específica, existe no sistema jurídico brasileiro legislação genérica a respeito da violência obstétrica (Ciello *et al.*, 2012). Em relação a procedimentos que podem ser executados durante o parto, é necessário o consentimento prévio da grávida, especialmente aqueles que aceleram o processo, frequentemente conduzidos de maneira agressiva. O Código de Ética de profissionais da saúde, por exemplo, possibilita sanções e até mesmo a perda dos direitos do profissional de exercer sua profissão para a prática de procedimentos que se enquadram como V.O. (Pereira *et al.*, 2016). Em virtude da ausência de uma lei específica sobre violência obstétrica, qualquer violação dos direitos das grávidas é vista como agressão à mulher (Lansky *et al.*, 2019).

Vários estados e municípios vêm sancionando leis que tipificam a violência obstétrica. O estado de Santa Catarina sancionou a Lei nº 17.097, de janeiro de 2017 e, em Pernambuco, há a Lei nº 16.499, de dezembro de 2018, definindo violência obstétrica como “todo ato praticado por profissionais de saúde, que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres gestantes, parturientes e puérperas”.

É importante mencionar que no Brasil, há algumas políticas públicas de melhoria da qualidade da assistência à mulher no pré-natal e no parto com potencial impacto na redução da violência obstétrica, como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000); a Lei do Acompanhante (2005), a Rede Cegonha – Rede de Atenção Materno Infantil (2011); a Rede Alyne (2012) e a Diretriz Nacional de Atenção à Gestante (2015/2016). Além disso, também existe o trabalho de alguns movimentos sociais, com destaque para o ReHuNa, que tornou o termo “parto humanizado” acessível ao público geral, contribuindo para a disseminação de informação por meio de ONGs, redes sociais e filmes. Porém, esses documentos não falam abertamente sobre violência obstétrica e nenhum de seus “sinônimos” (Brasil, 2017).

Apesar de avanços jurídicos, nota-se infelizmente, que as taxas de cesariana cresceram no Brasil e no mundo, correspondendo a 21,1% de todos os recém-nascidos. Esse crescimento foi principalmente impulsionado pelo crescimento de cesarianas desnecessárias em países de renda média e alta e países latino-americanos, onde representaram 44,3% do total de nascimentos (Boerma, 2018).

2.2 A V.O. como violência de gênero

A V.O. é uma forma de violência de gênero que causa violação dos direitos humanos. A violência contra a mulher é um problema do estado e de saúde pública, está presente nas comunidades e países de todo o mundo em caráter endêmico, independente de classe social, raça, idade ou religião, gerando consequências negativas, sendo fruto de uma assistência desrespeitosa, que precisa ser bem analisada, visto que tal ação resulta em complicações para as vítimas que utilizam o sistema de saúde, seja privado ou público (Santiago; Souza, 2017).

A organização Mundial da Saúde (OMS) define violência obstétrica como uma imposição de um grau significativo de dor ou sofrimento que poderiam ser evitados, uma vez que os profissionais da área da saúde utilizam o saber profissional como forma de controlar o corpo das parturientes, mediante um tratamento desumano e abusivo (OMS, 2002).

A V.O., como violência de gênero, vem ganhando destaque no Brasil nos últimos anos. Em 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa em 25 estados do país e, nela, foi evidenciado que 25% das mulheres sofreram algum tipo de violência durante a assistência ao parto. Um estudo coordenado pela Fiocruz - Nacer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento - analisou partos realizados em mais de 191 municípios e constatou que estes foram sinônimo de intervenções desnecessárias e que, para 95% das mulheres, o fato de estar em uma instituição hospitalar significa ser objeto de procedimentos, em sua maioria sem base em evidências científicas (Leal; Gama, 2014). Outro estudo realizado entre os anos de 2016 e 2017, verificou que a violência obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorria em 30% dos casos, sendo ainda maior entre as adolescentes, com cerca de 37% dos casos. Ainda, de acordo com autores, a raça é um agente de vulnerabilidade, uma vez que 50% das adolescentes que alegaram ter sofrido algum tipo de violência eram negras ou pardas (Souza *et al.*, 2019).

A violência obstétrica afeta as mulheres de diferentes formas, entretanto, as mulheres negras são as que mais sofrem esse tipo de violência no país, conforme dados apontados na pesquisa populacional “Nacer no Brasil”. Tal pesquisa evidenciou que mulheres negras possuem 62% mais chance de terem pré-natal inadequado, 23% de falta de vinculação à maternidade, 67% de ausência de acompanhante no parto e 33% de peregrinação anteparto (Leal *et al.*, 2017). Mais de 50% das mulheres que morrem no Brasil por causas obstétricas são negras. É crucial destacar que aproximadamente 90% dessas mortes poderiam ser evitadas se as mulheres gestantes tivessem acesso a um atendimento de saúde apropriado (Santana *et al.*, 2023)

Ao investigar os conceitos de violência de gênero e sua conexão com a violência obstétrica, é importante considerar que a assistência ao parto no Brasil tem sido marcada por um alto nível de medicalização, além do uso excessivo de práticas invasivas, muitas vezes ultrapassadas e habituais. Segundo Diniz (2014), existe uma noção de produtividade que parte do princípio de que o parto normal é um evento negativo, demorado, que causa desconforto, degradação, humilhação e sujeira, o que levaria à sua redução ou até mesmo à sua eliminação. Essa percepção está vinculada a uma visão negativa sobre o parto, considerado algo arcaico que poderia inclusive prejudicar a vulva e a vagina, comprometendo, assim, a sexualidade feminina (Diniz, 2014).

A violência institucional nem sempre se manifesta de forma evidente; frequentemente, é desconsiderada não por ser menos grave, mas pela sutileza com que aparece. Esses mecanismos de controle e as dinâmicas sociais podem estar tão integrados à cultura que são vistos como aceitáveis. No contexto das instituições de saúde, em especial, diversas formas de opressão podem coexistir, reproduzindo comportamentos e práticas discriminatórias sem que seja reconhecido o caráter opressor inerente a tais ações (Diniz, 2006). A falta de atenção dos profissionais de saúde, discriminação social, violência verbal (chantagens, repressões, humilhações), abuso sexual, violência psicológica e física, tratamentos desumanos, utilização de tecnologias de saúde, intervenções e procedimentos desnecessários em relação às evidências científicas, são todos exemplos de violências institucionais, e relacionadas à V.O. (Sena; Tesser, 2017).

Os tipos mais comuns de violência obstétrica durante o parto incluem a peregrinação da mulher em busca de um leito hospitalar, a proibição de entrada do acompanhante, a realização da episiotomia sem consentimento da mulher, o uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto por conveniência de médicos, a realização de manobras proscritas, como a de Kristeller, a restrição da escolha da posição e do local do parto, a realização de toques múltiplos e por diferentes pessoas e a realização de partos cirúrgicos sem orientação médica ou consentimento da mulher. Neste cenário, também é considerado como V.O. impedir ou retardar o contato da mulher com o bebê logo após o parto, expressões verbais ou comportamentais que causem inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acusação, insegurança e perda da dignidade da mulher durante o período de gestação (Souza, 2014).

Em situações de aborto, observa-se um agravamento da V.O. Muitas vezes ocorrem atrasos ou mesmo a recusa de atendimento, com o intuito de averiguar se este foi deliberado ou não. Adicionalmente, há relatos de ameaças e coação, além da realização de intervenções invasivas sem o consentimento da mulher, frequentemente sem o uso de anestesia (Santos,

2020). Menezes (2020) cita que durante a realização dos procedimentos, a equipe médica se recusa a aplicar o anestésico, algo inadmissível na assistência à mulher em processo de abortamento. Depoimentos de profissionais que trabalham em maternidades revelam as dificuldades enfrentadas ao atender mulheres em processo de abortamento. Muitos deles priorizam preconceitos, discriminação e punição na assistência prestada. Isso evidencia a urgente necessidade de capacitação desses profissionais para que possam lidar com essa situação de maneira respeitosa (Santos, 2022).

2.3 O pré-natal e a Educação em Saúde para a diminuição da V.O.

A gestação é caracterizada como um período de modificações físicas e emocionais que tornam o acompanhamento pré-natal essencial, sendo indispensável que a gestante receba o devido acolhimento e seja respondida em seus questionamentos e auxiliada quanto aos seus sentimentos de temor, imprecisões, ansiedades, fantasias, ou unicamente a curiosidade de saber sobre a fisiologia do corpo nesse período gestacional (Brasil, 2003; Cremonese *et al.*, 2012).

A mulher vivencia na gestação um momento de preparação e adaptação para o parto e a chegada de um novo ser. No pré-natal, ela deve ser orientada sobre o que acontecerá durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério. Entretanto, muitas mulheres não são informadas sobre os seus direitos e a autonomia do seu corpo no momento do parto, o que tem levado à violência obstétrica praticada por muitos profissionais de saúde. Muitas vezes, a violência torna-se naturalizada na sociedade e em alguns casos sem qualquer providência diante da mesma (Silva *et al.*, 2017).

A assistência pré-natal constitui uma importante área do cuidado à saúde materna e neonatal, pois atua na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de diversas doenças e/ou complicações, prevenindo danos ainda mais graves à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido. Devido seu caráter preventivo, uma importante estratégia da atenção pré-natal é a realização de atividades de educação em saúde, que visam auxiliar a gestante e seus acompanhantes na construção de seus conhecimentos, facilitando a tomada de decisões de forma consciente e promovendo o autocuidado (Brasil, 2006).

A educação em saúde reprodutiva é uma ferramenta crucial para a prevenção da violência obstétrica. A inclusão de temas relacionados à saúde da mulher, direitos reprodutivos e violência obstétrica nas escolas e em programas comunitários pode preparar as mulheres desde cedo para reconhecer e reivindicar seus direitos (Nascimento *et al.*, 2024). A violência obstétrica, frequentemente, é uma questão ignorada e invisível, que afeta mulheres em variados

contextos sociais e econômicos. A maioria das mulheres experienciam a violência obstétrica sem conseguir identificar essa realidade, muitas vezes devido à falta de conhecimento (Nascimento *et al.*, 2022)

A educação em saúde visa desenvolver um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletiva. A abordagem grupal propicia ambiente para a promoção da saúde pelo processo de ensinar-aprender, constituindo-se num método privilegiado de investigação e intervenção, bastante incentivado. A gestação é um período importante para realização de ações educativas como esta, por propiciar um intercâmbio de vivências e conhecimentos. Assim, o grupo de gestantes, durante o período do pré-natal, é considerado ideal para promover a compreensão do processo de gestação e tudo que envolve esse período. Diferentes experiências devem ser compartilhadas entre as mulheres e os profissionais de saúde, criando uma rede que propicia a promoção da saúde integral, com geração de consequências positivas desse processo no aspecto individual e coletivo das gestantes (Cabral *et al.*, 2020).

O uso de sistemas que avaliam a qualidade do cuidado pré-natal e a realização de atividades educativas pode ser crucial para aprimorar a assistência e incentivar práticas educativas, que fortaleçam a autonomia e o empoderamento feminino como sugerido pelo Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. (PHPN) (Brasil, 2006).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é fundamental para o acompanhamento do parto e do puerpério. Humanização significa que as unidades de saúde devem tratar as mulheres, seus familiares e bebês com dignidade. Os profissionais de saúde devem agir de forma ética e ajudar as mulheres, assim como a organização da instituição para criar um ambiente acolhedor para elas. A implementação de medidas benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento evitam intervenções desnecessárias e que aumentam os riscos para a mulher e o recém-nascido (Brasil, 2002).

De modo geral, a educação em saúde tem como objetivo desenvolver a autonomia e responsabilidade dos indivíduos a partir dos seus saberes e práticas. Quando realizadas durante a gestação, as ações de educação em saúde permitem maior participação da mulher no processo decisório e na humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal (Bessa; Mamede, 2010; Guerreiro *et al.*, 2014).

Um estudo realizado com gestantes entre 24 e 28 semanas, na Turquia, encontrou que as mulheres que participaram de um programa educativo, com duração de cinco semanas, que envolvia aulas sobre saúde na gestação, parto, exercícios respiratórios, amamentação, cuidados com o recém-nascido e puerpério e planejamento familiar, apresentaram maior redução do medo do

parto quando comparadas às gestantes que receberam o cuidado pré-natal habitual (Karabulut *et al.*, 2016).

A realização de ações educativas voltadas para o parto durante a gestação pode promover autonomia e empoderamento materno, favorecendo a vivência de uma experiência positiva em um momento tão marcante para a mulher e para a família (Silva *et al.*, 2016). Entretanto, pesquisadores têm observado falhas nas ações educativas durante o pré-natal, uma vez que gestantes frequentando o pré-natal regularmente chegam ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto (Silva *et al.*, 2016).

Um exemplo de experiência educativa ocorreu com um grupo de gestantes na Unidade Básica de Saúde Família no município de Caicó - RN. As ações educativas foram desenvolvidas pelos profissionais da saúde mediante um grupo de gestantes. Os encontros foram realizados quinzenalmente por quatro meses, com uma hora de duração e contaram com a participação de em média oito gestantes. Os temas discutidos foram escolhidos pelas gestantes e envolveram temas relativos à gestação, parto, puerpério e cuidados com recém-nascido. Os encontros do grupo consistiram em uma importante ferramenta de educação em saúde, fortalecendo vínculo, trocas de conhecimentos e empoderamento das mulheres (Fernandes, 2020). Assim como a gravidez, o nascimento é uma experiência singular e afetada por diversos fatores, que incluem desde o nível de conhecimento da gestante e do acompanhante até o contexto econômico e social, além das vivências e sentimentos das pessoas presentes. Por isso, o parto demanda um acolhimento atencioso e um cuidado que priorize a mulher, promovendo assim sua autonomia.

A educação em saúde representa uma chance de estimular nas mulheres, seus parceiros e familiares a experiência de um parto mais prazeroso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a educação em saúde como um "complexo de práticas do setor que promove a independência dos indivíduos no seu cuidado e no diálogo com profissionais e gestores para obter um atendimento de saúde adequado às suas necessidades" (Brasil, 2009a, p.22).

As ações educativas se destacam como um instrumento de assistência que promove o estímulo e o incentivo à independência feminina, permitindo o desenvolvimento de sua capacidade. Além disso, essas ações informam às mulheres sobre a relevância de seu protagonismo durante a gestação e, especialmente, nas escolhas do seu trabalho de parto. Através do conhecimento obtido, as mulheres conseguem estabelecer suas decisões e, conseqüentemente, experimentar o nascimento de seus filhos conforme imaginaram durante a gravidez.

O monitoramento do pré-natal e atividades em grupo são as principais táticas de educação, permitindo o acesso a informações cruciais para a manutenção da autonomia feminina e o aumento da autoconfiança. Isso auxilia na proteção de sua independência e pode até provocar alterações de comportamento, atitudes e decisões ligadas à saúde feminina. As ações educativas são caracterizadas como um instrumento de assistência que promove o estímulo à independência da mulher durante a gravidez e o parto. O processo de educação realizado em grupo pode ter um efeito benéfico na sociedade em geral, e particularmente nas mulheres, constituindo-se em uma ferramenta de transformação no atual cenário obstétrico (Reis *et al.*, 2017; Almeida *et al.*, 2020).

O processo de ensino precisa ser adaptativo, social e dinâmico. Este atua como um meio de disseminação de conhecimentos, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades. A procura por conhecimento permite o fortalecimento da mulher e de seu acompanhante, proporciona segurança e competência durante o processo de parto, reduzindo a ansiedade. Assim, a procura por informações baseadas em evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para ajudar nas contrações uterinas reduz o medo da "dor", desmistifica crenças e mitos associados à gravidez, parto e pós-parto, além de fornecer informações sobre os direitos da mulher durante todo o processo de gestação, parto e maternidade (Zampieri *et al.*, 2010).

A educação em saúde é uma intervenção importante para a promoção da saúde no período gestacional com o intuito de diminuir as consequências negativas da insegurança e das preocupações decorrentes dessa fase, visto que muitas vezes as gestantes se encontram em um estado de vulnerabilidade normalmente associada com o recebimento de informações duvidosas (Fernandes, 2020). Deveria constituir-se em um processo de trocas de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários, profissionais e gestores de saúde, visando à prevenção de doenças, promoção de autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sua sociedade (Vasconcelos, 2004).

As iniciativas de educação em saúde como estratégia de integração de um conhecimento coletivo têm a finalidade de despertar no indivíduo sua independência e emancipação (Machado, 2007). As ações educativas são vistas como instrumentos de proteção que promovem e incentivam a autonomia feminina, possibilitando-lhes aprimorar seus direitos e conscientizando-as sobre a relevância das mulheres nas decisões relacionadas à gravidez, particularmente no âmbito profissional. As informações obtidas possibilitam que as mulheres

estabeleçam suas escolhas e, por fim, experimentem o nascimento do seu filho durante a gestação.

2.4 Os profissionais de saúde e a V.O.

A cultura brasileira valoriza a universidade como um local de ensino, visto e, principalmente, praticado como um meio de transmissão de conhecimentos. No entanto, a universidade enfrenta uma fase de mudança significativa, justificada pela crise de legitimidade e pelos questionamentos sobre sua função na geração e construção de saberes. O grande desafio é que a universidade seja capaz de formar profissionais com perfil adequado às demandas sociais. Isso envolve proporcionar aos alunos a habilidade de aprender de forma autônoma, trabalhar em grupo, se comunicar, reagir rapidamente às circunstâncias e ser proativo, habilidades que não se harmonizam com a educação convencional ou a pedagogia de transmissão, ainda predominantes nas universidades (Moraes; Lopes, 2009).

Os programas de extensão universitária, nesse sentido, vêm para diminuir a distância da universidade com as demandas da sociedade e para promover as habilidades profissionais desejadas. No campo da saúde, estes programas ganham especial relevância, pois se integram à rede de assistência e podem proporcionar um ambiente distinto para novas experiências de aprimoramento da assistência à saúde, aproximação e troca de saberes e experiências entre docentes, estudantes e população. Além disso, possibilitam o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem através de práticas diárias relacionadas ao ensino e à pesquisa, além de proporcionarem o confronto entre teoria e realidade (Labrate, 1995).

Portanto, a capacitação de profissionais de saúde deve ir além do conhecimento técnico-científico, que é indiscutível, mas não é suficiente para a implementação de práticas de gestão e assistência à saúde que incluam os diversos trabalhadores, usuários e cidadãos. Além disso, é necessária a formação de indivíduos comprometidos, éticos e cientes de sua relevância na execução de alterações alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde, aptos a intervir de maneira eficaz na situação sanitária em que estão inseridos, fomentando o empoderamento e a redução das desigualdades (Freire, 1999).

No que diz respeito a V.O., a formação dos profissionais de saúde é indiscutivelmente fundamental para a mudança do cenário observado atualmente. Entre os vários fatores que são associados à V.O., a formação insuficiente dos profissionais de saúde em cuidados, a falta empatia e ética, a objetificação da mulher para o treinamento de estudantes e a ausência de educação contínua em saúde merecem destaque (Diniz *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2019; Paula *et*

al., 2020; Almeida; Ramos, 2020; Bitencourt; Oliveira e Rennó, 2022). Dessa forma, é essencial a formação e capacitação de profissionais de saúde onde ocorra a inclusão dos direitos das mulheres, especialmente sexuais e reprodutivos, devendo estes estarem incluídos na grade curricular de graduação e especializações em saúde e serem exigidos nas provas para ingresso em residência (Souza, 2016).

O conhecimento é fundamental no combate à V.O., devendo ser amplamente debatido e reconhecido por toda a sociedade. É essencial que a informação seja transmitida de maneira transparente à sociedade, permitindo que as mulheres entendam o que caracteriza essa violência. Além disso, é crucial que elas tenham a capacidade de decidir como reagir em situações de violação de seus direitos, superando barreiras de gênero, poder, hierarquia e desigualdade social, intrínsecas à convivência social.

A implementação dessa consciência nas mulheres e sociedade promove alterações significativas no processo e na trajetória educacional dos estudantes do ensino superior, por exigir habilidades e competências que potencializam uma postura ética, cidadã e transformadora frente a problemas sociais e à estruturação dos serviços de saúde, conduzindo à reflexão e à ação dos estudantes em relação à realidade regional, permitindo a formação de profissionais comprometidos com a compreensão e a mudança dessa realidade.

Na luta contra a V.O., não basta a formação adequada de médicos e enfermeiros. Diferentes profissionais da saúde são importantes nesse processo. Os profissionais de fisioterapia, por exemplo, precisam desenvolver e reconhecer suas habilidades para colaborar no auxílio a gestante e puérpera. As ações sugeridas pelo fisioterapeuta envolvem cinesioterapia e atendimento biomecânico, que fazem com que a parturiense tenha mais controle sobre seu corpo e conseqüentemente maior independência e menos dor durante o parto e, dessa forma, maior prazer com a experiência desse momento (Bavaresco *et al.*, 2011).

O papel do fisioterapeuta durante o parto vaginal é crucial para conscientizar a gestante de que, se não houver intercorrências prévias identificadas, ela é capaz de conduzir o processo de parto da maneira mais eficaz possível, funcional e ativa. Ele orienta sobre os melhores métodos e exercícios para facilitar a dilatação e diminuir a fadiga durante a expulsão, os melhores posicionamentos para tornar a passagem do bebê pela pelve mais fácil e menos dolorosa, além de conscientizar a gestante de que ela é capaz de conduzir o parto de maneira mais fácil e menos dolorosa e sem intervenções médicas (Silva, 2019).

A V.O. é considerada um fenômeno social complexo na área da saúde da mulher. Sua mudança requer alterações em práticas assistenciais durante o ciclo gravídico ou puerperal a fim de reduzir as internações médicas que podem ser prejudiciais à saúde da mulher e do bebê.

O debate dessa temática na formação do fisioterapeuta se faz necessário assim como a inserção nas grades curriculares dos cursos de fisioterapia.

No ano de 2023 foi realizada uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (T.C.C.) onde foi verificado o nível de conhecimento de 122 acadêmicos do curso de fisioterapia do Centro Universitário de Santa Fé do Sul -UNIFUNEC e de 75 gestantes da Clínica da Mulher do município de Santa Fé do Sul- SP sobre violência obstétrica. Os resultados foram considerados preocupantes em relação ao conhecimento do tema violência obstétrica e todos os procedimentos e atos que se configuram como tal.

Através desse trabalho prévio observou-se a necessidade urgente da realização de projetos educacionais, tanto para universitários como para gestantes para tratar sobre o tema. Iniciar pelas gestantes foi a opção escolhida, uma vez que estas são o público alvo e as que sofrem com um parto cheio de procedimentos desnecessários, falta de empatia da equipe de saúde e muitas vezes desrespeito durante esse momento tão importante de suas vidas. Com esse intuito, pretendeu-se com esse trabalho produzir material que subsidie a conscientização das gestantes sobre seus direitos durante todo o processo do parto e pós-parto, a fim de tornar a experiência do parto prazerosa e satisfatória.

Espera-se também que os resultados obtidos formem um novo corpo de conhecimento e vivências que se agreguem à teoria aprendida por acadêmicos de cursos da área da saúde, além de permitir a consolidação de políticas públicas de atendimento à mulher, em especial com vistas à redução da violência obstétrica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo elaborar estratégias de intervenção educativa, para aumentar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres gestantes sobre V.O. e avaliar a efetividade destas estratégias através de questionário sobre o assunto aplicado antes e depois da intervenção realizada.

3.2 Objetivos específicos

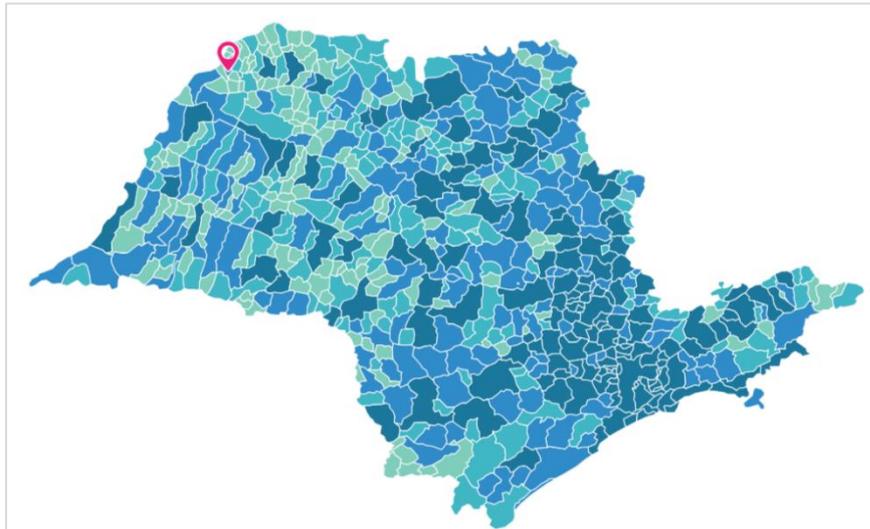
- Elaborar questionário para verificar o nível de conhecimento de um grupo de mulheres gestantes sobre Violência Obstétrica abordando aspectos conceituais e relacionados aos procedimentos e ações caracterizadas como tal;
- Elaborar estratégias de intervenção educativa através de palestra, cartilha e plano de parto para a formação das gestantes sobre Violência Obstétrica;
- Avaliar a efetividade destas estratégias de intervenção educacional através da aplicação do questionário elaborado antes e depois da intervenção realizada;
- Documentar a percepção e avaliação das gestantes durante todo o processo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização do local de estudo

O município de Santa Fé do Sul está localizado no extremo Noroeste do estado de São Paulo, distante da capital 624 Km por rodovia e em 732Km por ferrovia (Figuras 1 e 2).

Figura 1- Localização do município de Santa Fé do Sul no Estado de São Paulo



Fonte: IBGE, 2023.

Figura 2 - Centro de Santa Fé do Sul-SP



Fonte: Da própria autora, 2024.

A população total do município é de 29.239 habitantes, sendo 28.088 destes pertencentes à zona urbana e 1.151 pertencentes à zona rural. A proporção de mulheres é

ligeiramente maior que a de homens (1,07 mulheres para cada homem) e a densidade demográfica é de 140,43 hab./km² (Censo, 2010). O IDH do município é considerado alto, 0,784, a taxa de alfabetização é de 97,9%, a taxa de fecundidade (filhos por mulher) é de 1,96 e expectativa de vida é de 72,24 anos (IBGE, 2010)

A pesquisa foi realizada no Centro Universitário de Santa Fé do Sul - Centro de Reabilitação do UNIFUNEC situado na Rua Oito, nº 854 ao lado do Campus I (Figura 3).

Figura 3 - Centro de Reabilitação - UNIFUNEC



Fonte: Da própria autora, 2024.

4.2 Seleção das participantes e etapas de execução

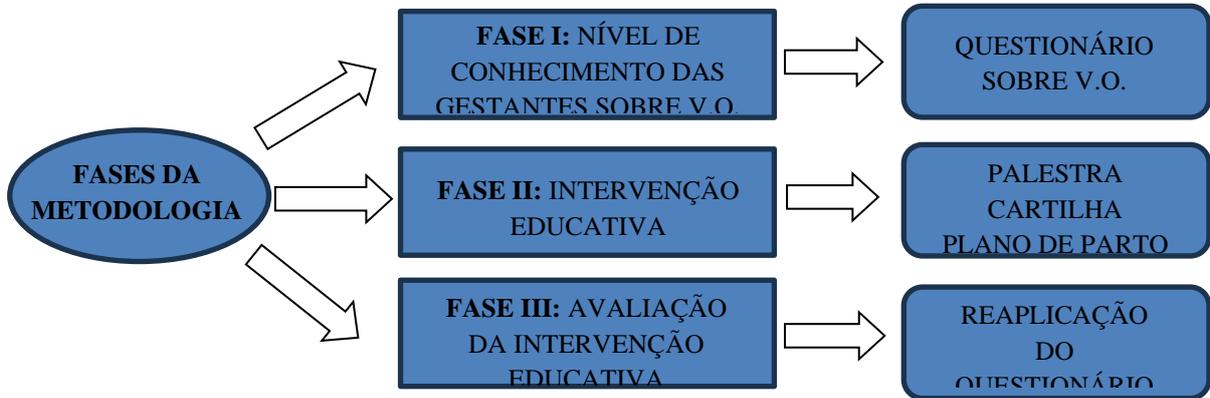
Todas as participantes da pesquisa faziam parte do curso “Gerando Vida”, que é oferecido semestralmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Fé do Sul, em parceria com o Fundo Social de Solidariedade. Este curso, que ocorre há 20 anos, conta com equipes multidisciplinares e tem como finalidade oferecer conhecimentos sobre a maternidade e preparar as futuras mães para a gestação, o parto, o pós-parto e os cuidados com o bebê até o primeiro ano de vida.

Em julho de 2024 o presente trabalho foi apresentado para o grupo de gestantes que faziam parte do programa “Gerando Vida” naquele momento e foi realizado o convite para participação na pesquisa. Das 20 gestantes do programa, dez aceitaram participar do trabalho, assinando em seguida o Termo de Consentimento, que havia sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Santa Fé do Sul, quando da

apresentação do projeto (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 74159223.2.0000.5428, aprovado em 12/12/2023).

Os procedimentos metodológicos foram divididos em três fases: I, II e III (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma das fases dos procedimentos metodológicos



Fonte: Da própria autora, 2024.

4.2.1 Fase I: Nível de conhecimento de gestantes sobre V.O.

A primeira fase do trabalho consistiu na aplicação de um questionário a gestantes para avaliar o nível de conhecimento destas em relação ao tema Violência Obstétrica. O questionário foi aplicado no mês de agosto de 2024 e era composto por 17 questões, baseado em Borges, Rocha (2017). Todas as questões eram de múltipla escolha, compostas por respostas dicotômicas sim e não. O “sim” indicava conhecimento em relação ao tema e o “não” indicava sua contraposição, sendo cada uma delas relacionada a um diferente tópico sobre V.O. Até o momento da aplicação do questionário (Apêndice 2), as gestantes não receberam nenhuma informação prévia sobre o assunto, que não é abordado no programa “Gerando Vida”.

Os dados coletados pelo questionário foram tabulados e estatisticamente analisados com o auxílio do Software Jamovi® para nortear a fase da intervenção pedagógica. O desempenho das gestantes em relação às diferentes questões foi avaliado pelo Teste do Qui-quadrado. Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$.

4.2.2 Fase II: Intervenção educativa

A intervenção educativa com as gestantes foi organizada no formato de Ciclo de Atividades, composto por três encontros com intervalo de uma semana entre eles, que ocorreram durante os meses de agosto e setembro de 2024.

No primeiro encontro as gestantes foram expostas ao tema por meio de uma palestra, de forma que pudessem compreender o que significa V.O, quais as formas de V.O., quais são os direitos da mulher gestante para que a V.O. seja evitada e combatida, de forma a resultar em empoderamento da gestante. Após a exposição do assunto, foi realizada uma sessão de questionamentos para que as dúvidas que surgiram pudessem ser sanadas.

No segundo encontro, os mesmos tópicos sobre V.O. expostos no primeiro encontro foram novamente apresentados, mas no formato de uma cartilha educativa elaborada pela pesquisadora (Apêndice 3), que foi lida em voz alta pela pesquisadora e discutida pelo grupo. Novamente foi realizado, no final do encontro, um momento para que as gestantes tirassem as dúvidas que haviam surgido. A elaboração do conteúdo foi baseada na literatura científica. Algumas informações relacionadas a serviços públicos disponíveis às gestantes foram incluídas na cartilha.

No terceiro e último encontro, munidas de todas as informações necessárias, as gestantes responderam individualmente o seu “Plano de Parto” (Apêndice 4), que incluía todas as informações para que o momento do parto e pós-parto fossem confortáveis para as participantes, de forma que estas se sentissem calmas e seguras, tanto em relação ao seu próprio corpo, mas também quanto aos cuidados com o bebê.

4.2.3 Fase III: Avaliação da intervenção educativa

Para avaliar a efetividade da intervenção educativa realizada, palestra, cartilha e plano de parto, as gestantes responderam novamente o mesmo questionário (Apêndice 5) aplicado na fase I do estudo, sete dias após o último encontro. Os dados coletados foram tabulados e estatisticamente analisados com o auxílio do Software IBM SPSS Statistics® para verificar se houve diferença no nível de conhecimento das gestantes antes de depois da intervenção pedagógica (Teste de Cochran-Mantel-Haenszel (MHC). O desempenho das gestantes em relação às diferentes questões foi novamente avaliado pelo Teste do Qui-quadrado (Jamovi®). Foram considerados estatisticamente significantes valores de $p \leq 0,05$.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As gestantes quanto aos dados socioeconômicos, eram predominantemente jovens entre 20 e 30 anos (60%), com ensino médio completo (30%) ou superior incompleto (30%), brancas (80%) e casadas ou em união estável (70%) (Tabela 1). A idade gestacional predominante (60%) era entre 27 a 40/41 semanas (terceiro trimestre), e 40% no segundo semestre. Em relação a quantidade de consultas realizadas no Pré-Natal, 60% que estavam no terceiro trimestre gestacional foi consultada de 7 a 9 retornos e as restantes que se encontravam no segundo trimestre realizou de 4 a 6 consultas.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos de dez gestantes participantes do curso “Gerando Vida”, da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP.

VARIÁVEL	n	%
IDADE		
20 a 30 anos	6	60
30 a 40 anos	4	40
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental completo	1	10
Ensino médio incompleto	1	10
Ensino médio completo	3	30
Ensino superior incompleto	3	30
Ensino superior completo	2	20
COR DE PELE		
Branca	8	80
Parda	2	20
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	3	30
Casado (a)/União estável	7	70

Fonte: Da própria autora, 2024

5.1 Fase I: Nível de conhecimento de gestantes sobre V.O

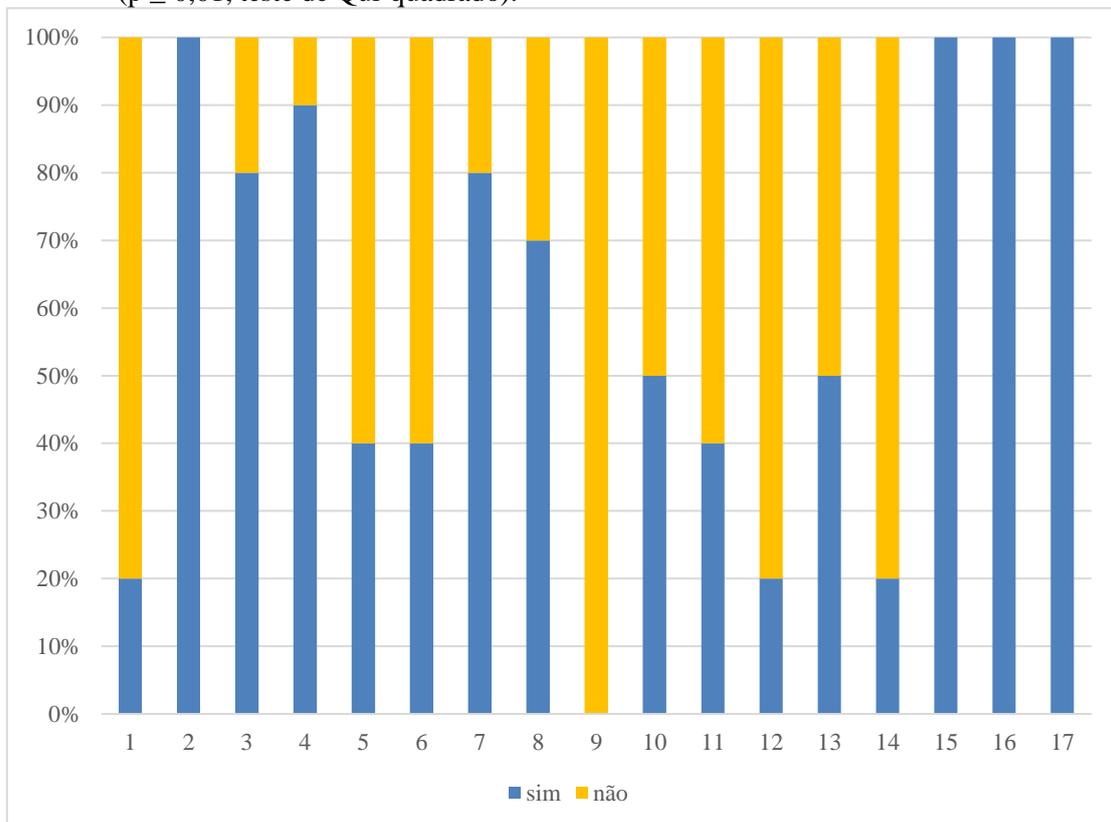
Antes da intervenção educativa, o resultado do questionário aplicado às gestantes foi significativamente superior para as respostas sim, numa proporção de 100 respostas sim para 70 respostas não (teste do qui-quadrado, $p \leq 0,01$), quando se considera o conjunto de todas as questões (Tabela 1 e Figura 5).

Tabela 2 - Frequência de respostas sim e não do questionário aplicado a gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP, antes da Intervenção Pedagógica ($p \leq 0,01$, pelo teste do Qui-quadrado).

Questões	Resposta		Total
	não	sim	
1	8	2	10
2	0	10	10
3	2	8	10
4	1	9	10
5	6	4	10
6	6	4	10
7	2	8	10
8	3	7	10
9	10	0	10
10	5	5	10
11	6	4	10
12	8	2	10
13	5	5	10
14	8	2	10
15	0	10	10
16	0	10	10
17	0	10	10
Total	70	100	170

Fonte: Da própria autora, 2024

Figura 5- Porcentagens de Respostas Sim e Não de gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP, antes da intervenção educativa ($p \leq 0,01$, teste de Qui-quadrado).



Fonte: Da própria autora, 2024

Este resultado foi bastante influenciado por questões de caráter mais generalista, como por exemplo, violência ligada à cor, raça, etnia, idade, escolaridade, número de filhos e outros tipos que se configure algum tipo de preconceito, ou violência verbal, como alteração de voz, ameaças, xingamentos e humilhações. Questões como estas, independente de ocorrerem durante o período gestacional, já são amplamente conhecidas como formas de violência. Outros temas mais específicos, mas que obtiveram número de respostas positivas superior às negativas são relacionados aos direitos básicos da gestante, como a entrada do acompanhante durante o parto, a realização do pré-natal, o pronto atendimento em situações de abortamento, do contato da mãe com o bebê após o parto e direito ao aleitamento materno na sua primeira hora de vida. Apesar de serem questões mais específicas ligadas ao período gestacional, estas são amplamente difundidas nos meios de comunicação e tema discutido no curso “Gerando Vida”, do qual as gestantes participaram.

Os piores resultados do nível de conhecimento das gestantes em relação a V.O., ou seja, as maiores porcentagens de respostas não ocorreram naquelas questões mais técnicas, como escolha da posição do parto, uso rotineiro de enema (lavagem intestinal), infusão de ocitocina, aplicação de tricotomia e realização de episiotomia. Apesar de se configurarem como práticas bastante invasivas e por consequência de grande violência obstétrica, estas técnicas não são de conhecimento do público, sendo pouco ou nada divulgadas para a população gestante.

Conforme as Diretrizes para o Parto, a mulher deve escolher a posição que lhe proporciona maior conforto para o parto, e não para a equipe que a assiste (Brasil, 2018). Nas mais variadas culturas, a experiência do parto sempre foi pessoal e privada, uma vivência compartilhada entre mulheres (parteiras e outras mulheres da comunidade). A maioria das mulheres de todas as raças e culturas adotava a postura vertical durante o trabalho de parto e o nascimento.

Devido às suas múltiplas vantagens, a posição vertical adotada pela gestante tem sido valorizada na assistência ao parto humanizado pelos profissionais. De acordo com Sabatino (2000), pesquisas indicam que a posição vertical favorece a progressão do trabalho de parto, graças à melhor circulação uterina, o que permite às fibras musculares desempenharem sua função contrátil de forma eficaz, levando a uma duração mais breve do trabalho de parto.

Os profissionais de fisioterapia que atuam no pré-natal estão mais aptos a orientar e promover a postura vertical. A maior parte das mulheres desconhece as vantagens de outras posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto, portanto, não educar e encorajar a mulher a adotar posições de sua preferência é, de fato, uma V.O. A mulher, ao experimentar/sentir em seu próprio corpo, necessita de liberdade para se mover e se posicionar

de maneira a encontrar conforto e alívio. Este é o caminho para uma experiência de parto fisiológico e positiva (Fundação Osvaldo Cruz, 2021).

Antigamente empregada para prevenir a evacuação durante o parto, a técnica de lavagem intestinal já está ultrapassada e não é mais aconselhada. Conforme a literatura, verificou-se que o uso do enteroclima (enema) não reduziu o tempo de trabalho de parto. Portanto, sua recomendação com base na redução do tempo de trabalho de parto precisa ser reconsiderada indicando-o apenas quando houver ampola retal cheia, constatada pelo toque vaginal (Lopes, 2001). Contudo, há mulheres que não desejam realizar o enema, mesmo que venham a evacuar na sala de parto, pois o consideram desconfortável, constrangedor e desnecessário.

A ocitocina é comumente utilizada para acelerar o trabalho de parto, resultando em internações precoces para as mulheres. O uso de drogas aumenta o risco de dor fetal. A administração de ocitocina pode resultar em uma cesariana indesejada (Zorzam; Cavalcante, 2017). A administração de ocitocina para o estímulo do parto está fortemente ligada a um crescimento nas taxas de cesariana, a um percentual mais elevado de febre materna durante o parto, a valores mais baixos de pH do cordão umbilical e a uma maior demanda por reanimação neonatal avançada (Hidalgo, 2016).

A Organização Mundial da Saúde destacou a importância de reconsiderar o modelo biomédico de assistência durante a gestação e o nascimento, marcado por um alto grau de intervenção e uma excessiva medicalização, especialmente em nações em desenvolvimento. Em suas orientações sobre o atendimento ao parto normal, considerou inapropriadas algumas práticas e intervenções, como a amniotomia ou a ruptura precoce da bolsa amniótica, além do uso excessivo de ocitocina. A mulher deve ser informada sobre as consequências do uso da ocitocina sintética antes de sua utilização (OMS, 1996).

É indiscutível a relevância de restaurar a independência da gestante, invertendo o papel central do médico obstetra na sala de parto, proporcionando a chance de escolha para as gestantes. Nesse sentido, é necessário realizar intervenções educativas durante o período pré-natal, preparando essas mulheres para o momento do parto, ensinando-lhes técnicas de relaxamento e respiração, com o objetivo de atenuar a dor, o medo e a ansiedade. Além disso, a humanização durante a gravidez e o parto deve ser intensificada, considerando a fisiologia da mulher (Souza, 2023).

No que diz respeito à tricotomia, a remoção dos pelos pubianos, devemos levar em conta que a pele com pelos é o órgão mais importante do corpo humano para a proteção contra agentes externos, não representando um risco elevado de ISC (Infecção do Sítio Cirúrgico) em

comparação com uma pele desprovida deles. Contudo, em certas cirurgias, a sua presença pode complicar a técnica cirúrgica, sendo imprescindível a sua remoção antes da realização do procedimento (Brasil, 2017). A remoção por meio de técnicas invasivas, como o uso de navalhas, lâminas de bisturi ou de barbear, resulta em lesões ou erosão na pele que intensificam a colonização de microrganismos. Pesquisas indicam que essas técnicas elevam o risco de ISC, e não devem ser empregadas em nenhuma situação. Caso seja necessário remover os pelos, recomenda-se utilizar métodos não invasivos, através de tricotomizadores, que não produzem dano à pele (Protocolo Sugestivo de Tricotomia Pré Operatório, 2022).

Na pesquisa conduzida, 80% das grávidas não veem a episiotomia como uma V.O. A episiotomia é o único procedimento cirúrgico feito sem a permissão da paciente e sem que ela seja esclarecida sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, possíveis vantagens e efeitos colaterais, não sendo dada à mulher informação sobre as opções alternativas de tratamento. Portanto, o uso de episiotomia no país contraria os princípios da Medicina Baseada em Evidências. (Ciello *et al.*, 2012).

A OMS sugere que a taxa de episiotomia não exceda 10% em partos vaginais, devido ao aumento do risco de laceração perineal, incontinência urinária e fecal, infecção, hemorragia e outros problemas ligados à vida sexual. Um estudo conduzido em Recife em 2014 com 603 mulheres que haviam acabado de dar à luz mostrou índices elevados de intervenções, onde 86,5% delas passaram por algum tipo de intervenção durante o parto (Andrade *et al.*, 2016).

A sucessão de intervenções de rotina – tricotomia, enema, episiotomia e aplicação de ocitocina, tem sido questionada, em especial no movimento pelo parto humanizado, que tem colocado em pauta os debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos, assim como a autonomia da mulher sobre seu corpo, também no momento do parto (Tornquist, 2004; Carneiro, 2011).

O próprio termo, violência obstétrica, também obteve baixo índice de conhecimento, com oito respostas não, contra apenas duas sim nas gestantes entrevistadas neste estudo. O termo, violência obstétrica, causa certo estranhamento por ser uma nomenclatura consideravelmente nova, pouco utilizada e propagada nos veículos tradicionais, sendo necessário programar medidas para facilitar o debate e dar conhecimento as pessoas acerca do tema posto em pauta.

Pesquisas indicam que várias mulheres foram vítimas de violência obstétrica e que as vítimas nem sempre conseguiam identificar a violência, pois acreditavam que os profissionais de saúde possuíam o conhecimento científico e, por isso, sabiam o que deveria ou não ser feito durante o processo de parto, resultando na aceitação de tudo que lhes era imposto. Em relação à percepção das participantes acerca do tipo de violência que sofreram, elas relataram terem

sido submetidas à técnica de Kristeller, à falta de métodos de alívio da dor, ao descuido, a toques invasivos ou agressivos, episiotomia sem autorização e à restrição da presença do seu companheiro (Nascimento, 2017; Silva, 2016).

Questões relacionadas ao direito de tomar água e se alimentar durante o parto, escolha da posição preferencial para o trabalho de parto e utilização da manobra de Kristeller também obtiveram índices negativos superiores ou foram de nível mediano no presente estudo.

Há décadas, mulheres são forçadas a seguir dietas restritas e jejum durante o trabalho de parto, uma prática ultrapassada e sem respaldo científico. A cultura popular e os profissionais de saúde estabeleceram a noção de que a restrição de alimentos e bebidas é algo normal e benéfico para a saúde. No entanto, a limitação alimentar pode ser dolorosa neste período que demanda grande energia e resistência, afetando negativamente a experiência do parto nos aspectos psicológicos e nutricionais. Para as mulheres em estágio inicial do parto e que desejam se alimentar, a obrigatoriedade do jejum pode resultar em uma progressão insatisfatória, culminando numa sequência de intervenções que levam a uma cesariana. Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia chega a um gasto energético aproximado de 50 a 100 kcal por hora, o equivalente a um exercício físico moderado contínuo. No caso do trabalho de parto prolongado, associado ao jejum, poderia trazer fraqueza, tonturas e mal-estar (Wei *et al.*, 2011).

A prática de limitar a ingestão de alimentos durante o parto teve início nos anos 40, com o objetivo de evitar a Síndrome de Mendelson, uma pneumonia desencadeada por aspiração gástrica que poderia surgir em situações de cirurgia que requer anestesia geral. A prática obstétrica e aprimoramentos nos procedimentos de analgesia e anestesia, colocou em dúvida esse tipo de orientação. Pesquisas também apontam que a vivência de jejuar ou limitar a alimentação durante o trabalho de parto intensifica a visão pré-operatória da situação, o que reduz a naturalidade do tão desejado parto humanizado.

Segundo Silva (2023), bebidas contendo carboidratos não apenas fornecem hidratação e nutrição, mas também podem ter efeitos psicológicos positivos em mulheres em trabalho de parto. A permissão para ingerir a bebida de forma autorregulada, reduzem os níveis de estresse e fornecer as mulheres uma sensação de controle e autoconfiança. As conclusões e sugestões da American College of Obstetricians Opinion and Gynecologists (ACOG) são baseadas em evidências recentes que sugerem que o cuidado ao parto deve facilitar o processo fisiológico e diminuir as intervenções desnecessárias para mulheres em trabalho de parto espontâneo e a termo. Portanto, a ACOG sugere a ingestão oral de pequenas quantidades de líquidos transparentes, tais como água, suco de frutas sem polpa, chá transparente e bebidas para esportes.

Mesmo que somente 50% das gestantes participantes do estudo não reconheçam que restringir a locomoção da parturiente durante o parto é uma V.O., o estudo de Wei *et al.* (2011) diz que a movimentação durante o trabalho de parto traz vantagens como a diminuição da dor, aceleração do parto, aumento da dilatação causada pela movimentação, além da influência positiva da gravidade nesses casos. Assim, deve-se incentivar as mulheres a se movimentarem e adotarem as posições que lhes proporcionem maior conforto (Brasil, 2016).

Pesquisas indicam que, fisiologicamente, é muito mais benéfico para a mãe e o bebê manterem-se em movimento durante o trabalho de parto. Isso ocorre porque o útero se contrai de maneira mais eficiente, o fluxo sanguíneo chega mais intenso ao bebê através da placenta e o tempo de parto e a dor diminuem (Sabatino *et al.*, 2000).

Algumas intervenções são realizadas com o objetivo de acelerar o parto, como manobra de Kristeller que consiste em empregar força na parte superior do útero durante o período de expulsão. Mesmo sendo considerada a manobra mais dolorida e perigosa do parto, metade das mulheres entrevistadas não a reconheceram como V.O.

A proposta de legislação define violência obstétrica como imposição de métodos prejudiciais à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas (Brasil, 2017). Por meio da vivência da autora durante a aplicação dos questionários e da conversa com as gestantes, foi possível observar, em suma, que a maioria das mulheres possui algum conhecimento a respeito das violências obstétricas, mas as mesmas relatam que “o médico sabe o que faz” ou “ele sabe o que é melhor”. Deixando nítido a falta de empoderamento das próprias mulheres para com o que é melhor para si mesmas.

5.2 Fase II: Intervenção educativa

5.2.1 Palestra: conhecendo e enfrentando a violência obstétrica

Durante a realização da palestra, principalmente no momento voltado aos questionamentos das gestantes, pôde-se verificar que o nível de conhecimento destas em relação à violência obstétrica era de forma geral baixo. Alguns temas dentro do assunto, como aqueles ligados aos cuidados com o bebê, aleitamento materno, direito ao pré-natal, mostram ser bem estabelecidos e de compreensão de todas as participantes. A presença do acompanhante durante o trabalho de parto foi um tema bastante discutido nesta fase da intervenção. As gestantes indicaram saber sobre seus direitos definidos em legislação, mas comentam que essa legislação não é cumprida pelos estabelecimentos de saúde, a não ser nos casos de atendimentos

particulares. Alguns temas, entretanto, eram de total ou quase total desconhecimento das participantes, como por exemplo, direito à locomoção e escolha da posição mais confortável; direito à ingestão de alimentos e líquidos; a não indicação da manobra de Kristeller e utilização da episiotomia. Algumas gestantes, inclusive, em relação aos dois últimos temas, achavam que era algo indicado, já que os médicos aplicam as técnicas.

Pôde-se perceber também, durante a realização da palestra, que o nível de conhecimento das gestantes verificado pelo questionário aplicado foi compatível com o nível observado durante os questionamentos das participantes. Durante a palestra também foram registrados alguns comentários das gestantes e a percepção delas sobre o assunto. Foi comentado por uma das gestantes, por exemplo, que a falta de informação é o principal obstáculo para melhorar o cenário da assistência ao parto no Brasil e que existe uma pressão/indução à utilização da cesárea em detrimento ao parto normal. Algumas gestantes gostariam de fazer o parto normal, porém disseram encontrar resistência e falta de apoio por parte dos seus médicos. Também foi relatado o medo e constrangimento em pedir orientações e tirar suas dúvidas com o médico obstetra.

Durante a palestra as gestantes sugeriram que o tema V.O. fosse incluído nas palestras do programa “Gerando Vida”, pois o mesmo não era abordado por nenhum dos profissionais que aplicam o curso.

Após a palestra foi sugerido pela palestrante pesquisadora que fosse feita uma roda de conversa, pois a mesma contribui para o alcance de uma comunicação dinâmica, produtiva e eficaz com as gestantes acerca da V.O. A organização de rodas de conversas incentiva a participação das gestantes, favorece a aquisição de novas experiências, a troca de informações com outras mulheres e profissionais de saúde, além de permitir que o profissional entenda o perfil e os desafios de cada mulher. (Silva, 2020).

Houve um bom entendimento a respeito dos assuntos abordados, devido à clareza e simplicidade que foi apresentado. Procurou-se identificar as dúvidas e respondê-las da maneira mais sucinta possível, não somente sobre os assuntos que estavam programados, mais também a qualquer dúvida sobre a gestação, o corpo e o bebê.

As principais dúvidas que surgiram na roda de conversa sobre V.O. foram sobre episiotomia, indução de cesárea e restrição a locomoção.

As tecnologias educacionais são utilizadas para a intervenção de processos de ensinar e aprender. Elas têm como finalidade uma forma sistemática de organizar o processo de ensino-aprendizagem, combinando diversos recursos para a construção de conhecimentos, e são mediadoras entre os sujeitos e o contexto educativo (Maniva, 2018).

As palestras têm como intuito levar conhecimento para que os participantes possam compreender os temas expostos, com a finalidade de promover um conhecimento além do que eles já sabem. As palestras educativas são iniciativas pouco onerosas e amplamente abrangentes, capazes de reverter a situação de desconhecimento de um tema.

5.2.2 Cartilha

No momento da elaboração da cartilha verificou-se que existe material disponível em diversas redes públicas, tanto municipais, como estaduais e mesmo na rede federal. Algumas Organizações Não-Governamentais ligadas ao direito da mulher, também fornecem material sobre V.O. Dos materiais encontrados pela revisão de literatura, alguns eram bastante extensos e por vezes até cansativo e outros, em contrapartida, superficiais, pensando no público-alvo a ser atingido. Optou-se, portanto, em selecionar as questões mais importantes dentro do assunto, como por exemplo: V.O. institucional; classes sociais mais vulneráveis; atos que contextualizam a V.O.; legislação e como enfrentar a V.O. Esses temas envolvem as questões que as gestantes tiveram um pior nível de conhecimento no questionário. E ainda a possibilidade de orientar as gestantes sobre seus direitos, sem sobrecarregá-las com muitas definições.

A leitura da cartilha proporcionou o estudo de conceitos e momentos de reflexões acerca da V.O., promovendo o diálogo e interação entre pesquisadora e gestantes. Todas as participantes fizeram avaliação positiva da cartilha, e consideraram que esse tipo de recurso deveria estar disponível a todas as gestantes, considerando sua importância para explicação de dúvidas e fornecimento de orientações. Após o encontro as gestantes levaram consigo as cartilhas.

A cartilha explicativa sobre violência obstétrica, produzida pela Comissão de Combate à Violência Obstétrica da OAB/DF, esclarece o que caracteriza a violência obstétrica, exemplifica situações de abuso e orienta sobre os direitos das mulheres, incluindo o direito à presença de um acompanhante de livre escolha durante o parto, o direito de recusar procedimentos sem consentimento, e a possibilidade de denunciar os profissionais responsáveis por essas práticas. O material ainda instrui sobre como proceder em casos de violência, recomendando que as mulheres guardem cópias de seus prontuários, registrem reclamações nas ouvidorias das instituições e busquem apoio jurídico especializado. O documento enfatiza que as denúncias podem ser feitas junto ao CRM (para médicos), Coren (para enfermeiros), Ministério Público e Conselho de Saúde. Já para o município de Santa Fé do Sul não foi encontrada nenhuma publicação sobre V.O., o que foi confirmado posteriormente pela

Secretaria da Saúde e o setor de Assistência Social. Apesar de todo um programa da rede municipal para atendimento às mulheres gestantes e de atendimento aos seus direitos, o que se confirma pela estabilidade de anos do projeto “Gerando Vida”, o tema V.O. ainda não é abordado, o que gera uma reflexão sobre sua incorporação nos próximos ciclos.

A leitura da cartilha proporcionou o estudo de conceitos e momentos de reflexões acerca da V.O., promovendo o diálogo e interação entre pesquisadora e gestantes. Todas as participantes fizeram avaliação positiva da cartilha, e consideraram que esse tipo de recurso deveria estar disponível a todas as gestantes, considerando sua importância para explicação de dúvidas e fornecimento de orientações. Após o encontro as gestantes levaram consigo as cartilhas.

Dentre as modalidades de tecnologias educacionais, destaca-se a cartilha, que pode ser utilizada como suporte aos profissionais e gestantes, de modo que superem dúvidas e dificuldades durante o parto, a fim de fornecer informações necessárias, sensibilizar e empoderar a mulher a respeito dos seus direitos e do que pode e não pode ser feito durante a assistência ao trabalho de parto, e pode ser utilizada nos serviços de saúde para garantir seus direitos ao acesso à informação (Maniva, 2018).

5.2.3 Plano de parto

Após análise geral dos planos de parto podemos concluir que a maioria das gestantes optou pelos itens do Quadro 1.

Quadro 1 - Análise dos planos de parto

Fase	Alternativas selecionadas
Antes do parto	Conhecer a maternidade
	Possuir planejamento familiar
Durante o trabalho de parto	Presença de um acompanhante ou Doula, conforme Lei Federal 11.108/2005
	Informações sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê
	Não autorizo o uso contínuo de Soro, Ocitocina Sintética
	Liberdade para comer, beber água ou líquidos enquanto seja tolerado
	Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos: massagens, orientações sobre técnicas de respiração, movimentar e andar caso eu queira e mudar de posição caso eu queira
	Desejos que o toque vaginal seja comunicado, quando precisar ser realizado
	Desejo se possível os seguintes cuidados com o ambiente: pouca luminosidade e pouco barulho e conversa
	Não autorizo o rompimento artificial da bolsa
	Não autorizo realizar a tricotomia

Parto e hora do nascimento	Gostaria de ficar na posição semissentada
	Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas a manipulação do períneo e a realização de episiotomia
	Gostaria de pegar meu bebê no colo imediatamente e iniciar a amamentação na primeira hora de vida
	Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê, inclusive no parto cesáreo, sejam realizados após a primeira hora de vida, conforme diretrizes da O.M.S. (Organização Mundial da Saúde)
Caso a cesárea seja necessária	Caso seja necessário a cesárea, desejo manter a presença do acompanhante de minha preferência
Após o parto e cuidados com o bebê	Quero aguardar a expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação
	Desejo que o bebê fica comigo o tempo todo, no mesmo ambiente, mesmo para avaliações e exames

Fonte: Da própria autora, 2024.

Verificou-se, pelos resultados obtidos no plano de parto, que os conteúdos ministrados, seja através da palestra ou do estudo da cartilha elaborada, foram eficientes no aumento e consolidação do conhecimento das gestantes sobre V.O. Todas as alternativas escolhidas pelas gestantes demonstram que não somente elas entenderam o que é V.O., mas também entenderam seus direitos estabelecidos por lei, levando ao empoderamento da futura mãe.

Para que esse empoderamento seja pleno, a mulher pode usar como estratégia ou recurso o plano de parto. Trata-se de um documento de caráter legal, em que a gestante irá colocar seus desejos pessoais, expectativas e necessidades particulares, segundo as boas práticas e de acordo com sua preferência, durante seu trabalho de parto e parto, sob condições normais (Cortés *et al.*, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o plano de parto ocupa um lugar proeminente entre as ações que devem ser incentivadas durante a gravidez. Embora seja conhecido há muito tempo, o plano de parto ainda é pouco conhecido entre os profissionais da saúde e também em hospitais e maternidades, o que impede sua aplicação (Moura, 2017).

A elaboração do plano de parto pelas gestantes do estudo proporcionou às mulheres uma reflexão crítica sobre suas necessidades, restrições e anseios, focando em si mesmas e facilitando o seu autoconhecimento. Assim, puderam registrar em uma folha de papel, através de linhas traçadas, como desejavam que acontecesse seus partos e o nascimento de seus filhos.

O plano de parto permite ao profissional de saúde a chance de prestar um atendimento de qualidade personalizado para cada parturiente e, a partir disso, proporcionar vínculo favorecendo, assim, o trabalho de parto. Podemos dizer que o plano de parto é uma tecnologia não invasiva de cuidado de obstetrícia. Com isso, podemos afirmar que a construção desse plano de parto é muito importante para a humanização do parto e este instrumento deve ser divulgado e incentivado cada vez mais para as mulheres e toda sociedade.

Já o plano de parto nada mais é do que um documento, feito pela gestante, em maneira de carta ou preenchimento de um modelo pré-existente, contendo o que ela quer que aconteça ou não durante o seu parto, deixando registrado suas vontades. O Plano de Parto é a primeira de uma série de recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” e preconizadas desde 1996, com o intuito de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica em todo o mundo (OMS, 1996).

Nesse contexto assistencial, uma das estratégias utilizadas por docentes e alunos para viabilizar maior protagonismo e autonomia da mulher durante o processo de parto e nascimento é a utilização do Plano Individual de Parto (PIP) durante a atenção pré-natal, experiência que vem sendo colocada em prática desde o ano de 2014 (Narchi, 2019).

No entanto, independentemente de quaisquer ações, o conhecimento é fundamental para combater a V.O. É essencial que a informação seja transmitida de maneira transparente à sociedade, permitindo que as mulheres entendam o que caracteriza essa violência. Além disso, é crucial que elas tenham a capacidade de decidir como reagir em situações de violação de seus direitos, superando barreiras de gênero, poder, hierarquia e desigualdade social, intrínsecas à convivência social.

A concretização da ideia de mudança do panorama atual só ocorrerá através de uma batalha conjunta entre a sociedade e governo. Em outras palavras, essa procura deve ser respaldada por políticas públicas eficazes, que promovam a participação de todos os participantes do ciclo de gravidez e puerpério.

Um exemplo de políticas públicas efetivas, é o já mencionado o curso “Gerando Vida” que existe há mais de vinte anos, e que tem como principal objetivo preparar as futuras mães para passar por toda a gestação, o parto, o pós-parto e os cuidados com o bebê até o primeiro ano de vida, com informações através de palestras com equipes multidisciplinares e ainda o acompanhamento após o nascimento da criança. Na ocasião da pesquisa, a gestante B.M.V., que estava grávida de trigêmeos, falou sobre sua participação no Curso Gerando Vida: “Eu decidi participar do curso para poder aprender um pouco, já que eu sou mãe de primeira viagem e ainda de três bebês, e eu queria saber sobre os primeiros cuidados que os bebês precisam, aprender o essencial, me preparar melhor. E realmente foi muito proveitoso, o curso é excelente”, relatou. Entretanto, apesar da participação de uma equipe multidisciplinar, o tema Violência Obstétrica não é abordado em nenhum momento no curso, o que demonstra como o assunto ainda precisa de divulgação, tanto no meio acadêmico como entre a população geral.

Espera-se que com os resultados das atividades educativas possam contribuir para a autonomia da mulher e de seus acompanhantes, possibilitando-lhes tornarem-se protagonistas

do momento do parto, além de consolidação das políticas públicas de atendimento à mulher, em especial com vistas à redução da violência obstétrica

5.3 Fase III: Avaliação da intervenção educativa

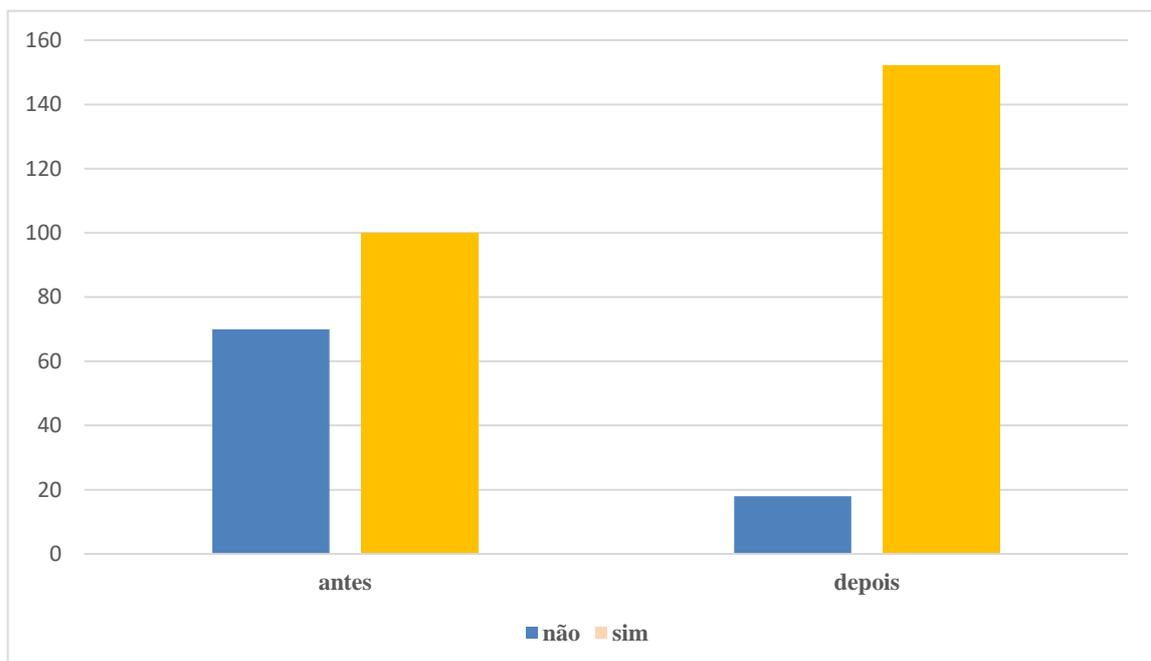
Após a intervenção educativa foram encontradas diferenças significativas no nível das respostas das gestantes (teste de Cochran-Mantel-Haenszel (MHC), $p \leq 0,01$) em relação àquele apresentado antes da intervenção (Tabela 2 e Figura 6).

Tabela 3 - Frequência de respostas sim e não do questionário aplicado a gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP, antes e depois da Intervenção educativa ($p \leq 0,01$, pelo teste de Cochran-Mantel-Haenszel (MHC)).

Momento	Resposta		Total
	Não	Sim	
Antes	70	100	170
Depois	18	152	170
Total	88	252	340

Fonte: Da própria autora, 2024

Figura 6 - Resposta de gestantes do Programa “Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul, antes e depois de uma intervenção educativa ($p \leq 0,01$, teste de Cochran-Mantel-Haenszel (MHC)).



Fonte: Da própria autora, 2024

A diferença no nível das respostas das gestantes participantes antes e depois da intervenção educativa sugere que as estratégias educativas utilizadas foram eficazes para o esclarecimento e formação das gestantes sobre o assunto. Quando as questões são avaliadas individualmente, observou-se uma diferença ainda mais drástica entre a pré e pós-intervenção (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de respostas sim e não do questionário aplicado a gestantes do Programa Gerando Vida” da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Sul/SP, depois da Intervenção educativa ($p \leq 0,01$, pelo teste do Qui-quadrado).

Questões	Resposta		Total
	não	Sim	
1	0	10	10
2	0	10	10
3	0	10	10
4	0	10	10
5	0	10	10
6	0	10	10
7	1	9	10
8	1	9	10
9	4	6	10
10	0	10	10
11	0	10	10
12	4	6	10
13	2	8	10
14	1	9	10
15	0	10	10
16	0	10	10
17	0	10	10
Total	13	157	170

Fonte: Da própria autora, 2024

Questões antes da intervenção com respostas quase que totalmente ou totalmente negativas, como por exemplo, significado de violência obstétrica (80% de respostas negativas); direito à água e/ou alimentos durante o trabalho de parto (60% de respostas negativas); possibilidade de escolha da posição preferencial para o trabalho de parto (60% de respostas negativas) e infusão intravenosa de ocitocina sintética sem consentimento (60% de respostas negativas), apresentaram, no pós intervenção pedagógica, 100% de respostas positivas. A questão sobre realização de episiotomia, que anteriormente apresentou índice negativo de 80%, obteve 90% de respostas positivas após a intervenção, sendo o resultado mais significativo, com incremento de 70%.

Outras questões que obtiveram índices maiores no pós intervenção foram aquelas sobre comentários constrangedores (de 80% para 100% de respostas positivas), sobre violência verbal (de 90% para 100% de respostas positivas), sobre indução de cesárea (de 80% para 90%

de respostas positivas), sobre entrada do acompanhante (de 70% para 90% de respostas positivas), sobre uso de enema (de 0% para 60% de respostas positivas), sobre locomoção da parturiente durante o trabalho de parto (de 50% para 100%), sobre utilização de tricotomia (de 20% para 60% de respostas positivas) e sobre a manobra de Kristeller (de 50% para 80% de respostas positivas).

Quatro das 17 questões apresentaram os mesmos resultados antes e depois da intervenção, com 100% de respostas positivas, sendo as questões relacionadas com direito de pronto atendimento em casos de abortamento, ao contato mãe-bebê logo após o parto, ao aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê e sobre direito da mulher ao pré-natal.

Após a intervenção educativa observou que o nível de conhecimento das gestantes em V.O. atingiu quase 100%. Com a aplicação das estratégias de intervenção educativas em ciclos de atividades foi possível observar a evolução das gestantes semana após semana.

Durante a palestra a maioria das gestantes participaram com perguntas e depoimentos sobre V.O. e se sentiram empoderadas ao receber os conhecimentos. O fato de as gestantes lerem a cartilha no segundo encontro, juntamente com a pesquisadora, discutir entre elas os conteúdos e ainda levar para casa para uma eventual consulta acredita-se ter contribuído no conhecimento da V.O.

Segundo Davidov (1988) a forma de organização da atividade de ensino (intervenção), embasada na concepção de *práxis* (ação de transformação teórico-prática), parece ter sido o componente essencial para proporcionar as gestantes não só a apropriação do conteúdo planejado, mas o desenvolvimento das capacidades que estão na base da consciência e do pensamento teórico: a reflexão, a análise e o planejamento.

As intervenções educativas obtiveram resultados positivos devido também a participação na totalidade das gestantes. Não houve ausência em nenhum dos encontros o que mostrou o interesse em adquirir conhecimentos sobre V.O. e sua prevenção. A participação do Centro Universitário - UNIFUNEC em parceria com o Programa Gerando Vida demonstra a necessidade da implantação de um projeto de extensão à comunidade que possa trazer esse conhecimento de forma constante e definitiva.

Sendo assim os nossos objetivos foram alcançados, por meio dos conhecimentos transmitidos de maneira objetiva e esclarecedora, com a certeza de que todas adquiriram o conhecimento necessário quanto a V.O. A intervenção educativa apresentada neste estudo uniu três estratégias educativas a palestra, a cartilha e o plano de parto, para melhorar o nível de conhecimento das gestantes e pelos resultados apresentados conseguiram alcançar o objetivo do estudo.

As ações educativas são vistas como um instrumento de assistência que promove o estímulo, o incentivo à independência e o desenvolvimento de sua capacidade feminina. Além disso, elas informam às mulheres sobre a relevância de assumirem o protagonismo durante a gestação e, especialmente, nas decisões relacionadas ao seu trabalho de parto. Com a informação obtida, as mulheres podem fazer suas escolhas e, conseqüentemente, experimentar o nascimento de seus filhos conforme imaginaram durante a gravidez.

Acompanhar o pré-natal e participar de atividades em grupos são as principais estratégias de educação, permitindo o acesso a informações cruciais para a manutenção da autonomia feminina e o aumento da autoconfiança. Isso contribui para a proteção de sua independência e pode até provocar alterações de comportamento, atitudes e escolhas ligadas à saúde da mulher durante a gravidez e o nascimento. O processo de educação realizado em grupo pode ter um efeito benéfico na sociedade em geral e, particularmente, nas mulheres, constituindo-se como um meio de transformação no atual cenário obstétrico (Reis *et al.*, 2017)

Por meio de sua experiência em educação em saúde, a pesquisadora notou a falta de conhecimento das futuras mães sobre a VO e a relevância do seu papel e independência durante o processo de parto. No estudo conduzido por Guimarães (2018), a falta de informação e a informação negada, fragmentada ou confusa são descritas e assumem uma importância significativa na VO. As mulheres manifestam o anseio de saber antes do parto quais são os procedimentos apropriados e imprescindíveis a serem seguidos durante a assistência, distinguindo-os dos procedimentos desnecessários que caracterizam a VO.

6 CONCLUSÃO

A violência obstétrica é considerada e constituída, na atualidade, como uma questão de saúde pública, haja vista que afeta, diretamente, as mulheres e seus bebês, de forma que consiste em quaisquer tipos de agressão ocorridas durante o período de gestação, parto e puerpério e sua prevenção no parto institucionalizado é uma questão multifacetada que exige a colaboração de diversos setores da sociedade, incluindo profissionais de saúde, gestores públicos, educadores, e a própria comunidade.

As políticas públicas de saúde no Brasil visam promover uma atenção humanizada e integral à saúde materno-infantil, garantido o acesso das mulheres a um conjunto de ações e serviços que incluem desde o planejamento reprodutivo até o acompanhamento da gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil, no entanto os relatos das pesquisas científicas mostram uma dificuldade na implementação de políticas efetivas, educação e conscientização para transformar a realidade do parto e garantir os direitos das mulheres durante um dos momentos mais significativos de suas vidas ao controle social.

A prevenção da violência obstétrica no parto institucionalizado é uma questão multifacetada que exige a colaboração de diversos setores da sociedade, incluindo profissionais de saúde, gestores públicos, educadores, e a própria comunidade. Promover um ambiente de parto respeitoso, baseado no consentimento informado e na autonomia da mulher, é essencial para garantir não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional das gestantes.

Os dados obtidos na pesquisa revelaram que a intervenção educativa por meio de estratégia grupal teve impacto positivo ao promover melhoria nos conhecimentos, atitudes e práticas das gestantes sobre violência obstétrica.

A palestra trouxe o conhecimento e o esclarecimento do tema V.O., despertando nas gestantes o sentimento de autoconfiança e empoderamento. A cartilha contribuiu na ampliação e reforço do conhecimento, estimulou a participação ativa da gestante e família na discussão de uma melhor qualidade da assistência para o binômio mãe e filho. E o plano de parto aumentou a autonomia das gestantes na escolha das boas práticas realizadas na gestação, parto e puerpério.

A conjugação de três diferentes abordagens, palestra, cartilha educativa e elaboração de plano de parto, foram importantes para consolidar os assuntos abordados durante a intervenção. Assim, realizar educação em saúde, utilizando como ferramenta o ciclo de atividades torna-se fundamental na prevenção da V.O., empoderando a mulher acerca de seus direitos, preservando sua autonomia e fortalecendo sua autoconfiança frente à gravidez.

Para ressignificar o olhar para a violência obstétrica e transformar o parto em um processo mais humanizado e respeitoso, é necessário um conjunto de ações que envolvem tanto mudanças estruturais no sistema de saúde quanto transformações culturais e sociais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. M. DE O. DE.; RAMOS, E. M. B. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.9, n.4, p.12-27, 2020. Disponível em:<https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.643>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v.16, n.1, p.29-37, 2016. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5f8XwfZ8h3f57q8DwJrFJLp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2023.
- BAVARESCO, G. Z. *et al.* O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kfHngdBpNFz7JXNF4fvzdLt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 mar. 2023.
- BEECH, B.L.; WILLINGTON, S. Listen with mother. **AIMS Journal**, v.19, n.2, 2007. Disponível em: <https://www.aims.org.uk/journal/item/listen-with-mother>. Acesso em: 12 jun. 2024.
- BESSA, L. F.; MAMEDE, M. V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 11-22, jan./dez. 2010. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5699/4119>. Acesso em: 17 ago. 2024.
- BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M.V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p.14-21, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016. Acesso em: 03 maio 2024.
- BÍBLIA SAGRADA ON LINE. Gênêsis. Português. **A Bíblia Sagrada: antigo e novo testamento**. 2024. Disponível em: https://www.bibliaon.com/versiculo/genesis_3_16/. Acesso em: 13 ago. 2024.
- BITENCOURT, A. DE C.; OLIVEIRA, S. L. DE.; RENNÓ, G. M. Obstetric violence for professionals who assist in child birth. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v.22, n.4, p.943–951, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040012>. Acesso em: 30 jun. 2024.
- BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v.392, p.1341-1348, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322584/>. Acesso em: 14 maio 2024.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, 1971.

BRASIL. Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos MDH. **Debate violência obstétrica no Ministério Público**. 2018. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/novembro/mdh-debate-violencia-obstetrica-no-ministerio-publico>. Acesso em: 08 ago. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF; 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência Humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>. Acesso em: 03 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 6 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 dez. 2005c. Disponível em: <http://bit.ly/2SKVdoG>. Acesso em: 22 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n.2, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/>. Acesso em: 30 jun. 2024.

CABRAL, G. S. L. *et al.* A interface de ensino-extensão em um grupo de gestante: impactos na formação profissional. **Revista UFG**, Goiânia, v. 20, n. 26, 2020. DOI: 10.5216/revufg.

v20.63525. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/63525>. Acesso em: 17 set. 2024.

CARNEIRO, R. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. 341f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/838379>. Acesso em: 03 jul. 2024.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.6, p. 960-967, novembro-dezembro, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Knt68fNqyMHvLfw5wRks8tH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jul. 2024.

CIELLO, C. *et al.* Parto do princípio. Mulheres em rede pela maternidade ativa. **Dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor.”** 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER-Cladem. **Silencio Y Complicidad: violencia contra las mujeres em los servicios públicos de salud en El Perú**. Lima: Cladem/CRLP; 1998. Disponível em: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2024.

CORTÉS, M. S. *et al.* Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.23, n.3, p.520-526, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf. Acesso em: 24 set. 2024.

CREMONESE, L. *et al.* Grupo de gestantes como estratégia para educação em saúde. Relato de Experiência. **XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão. Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)**, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5784.pdf>. Acesso em: 02 set. 2023

DAMACENO, N.S.; MARCIANO, R.P.; ORSINI, M.R.C.A. O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/B8ZZyDd34rGxp9B4RPrkvc/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

DAVIDOV, V. **La enseñanza escolar y el desarrollo psíquico: investigación psicológica teórica y experimental**. Moscú: Editorial Progreso, 1988, 277p.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**. 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310>. Acesso em: 03 set. 2024.

DIAS, B.A.S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Caderno de Saúde Pública**, v.38, n.6, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621> <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN073621>.

DINIZ C. S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reprod Health Matters**, v.26, n.53, p.19-35, 2018.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30106349/>. Acesso em: 10 set. 2024.

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, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 12 jul. 2024.

DINIZ, C.S.G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface**, Botucatu, v.18, n.48, p.217-20, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0910>. Acesso em: 14 jun. 2023.

DINIZ, S. G. *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, p.377-382, 2015.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em: 10 set. 2024.

em:<https://www.scielo.br/j/ean/a/PrSr6ZHtDC3p8Lc8vxLtgpl/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2024.

em:ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589. Acesso em: 20 jun. 2023.

FERNANDES, H.R.M. Educação em saúde para gestantes: experiência da implementação de um grupo de gestantes. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v.7, n.1, p.1608-1621, 2020. DOI: 10.35621/23587490. Acesso em: 30 jul. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Posições da mulher durante o trabalho de parto e parto: benefícios da livre movimentação**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/posicoes-da-mulher-durante-o-trabalho-de-parto-e-parto-beneficios-da-livre-movimentacao/>. Acesso em: 04 jul. 2024.

GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, Caracas; **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas, lunes 23 de abril de 2007; n° 38.668. Disponível em:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

GOOGLE IMAGENS. **Região geográfica imediata de Santa Fé do Sul-SP**. 2024.

Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Geogr%C3%A1fica_Imediata_de_Santa_F%C3%A9_do_Sul. Acesso em: 12 jun. 2024.

gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367. Disponível em: 10 ago. 2024.

GUIMARÃES, L.B.E.; JONAS, E.; AMARA, L L.R.O.G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v.26, n.1, p.: e43278, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal out comes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2744. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KDg65jfXSnmfyctRq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 127 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2023. **Santa Fé do Sul-SP**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/santa-fe-do-sul.html>. Acesso em: 13 out. 2023.

KAPPAUN, A.; COSTA, M. M. M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto-SP, a. XXV, v. 29, n. 1, p. 71-86, jan/abr 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/download/1446/1544>. Acesso em: 27 set. 2024.

KARABULUT, Ö. *et al.* Does antenatal education reduce fear of child birth? **International Nursing Review**, v. 63, n. 1, p. 60–67, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26612181/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

L'ABBATE, S. Agentes de trabalho ou sujeitos: repensando a capacitação de recursos humanos em saúde coletiva. In: CANESQUI, A.M. (Org). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1995.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**.v.24, n.8, p.2811-2823, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em: 10 ago. 2024.

LEAL, M. C.*et al.* Cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.13:e00078816, 2017. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311x00078816. Acesso em: 13 ago. 2024.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Sup:S17-32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 30 jun. 2024.

LEAL, M.D.C.; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil. **Cad Saude Publica**. v.30, Supl:S5-7, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

LOPES, M. H. B. M. *et al.* O uso do enteroclima no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.6, p.49-55, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qxBG7vWzwDyGyz5tYzmW6qC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2024.

- MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/>. Acesso em: 02 ago. 2023.
- MANIVA, S. J. C. F. *et al.* Tecnologias educativas para educação em saúde no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v.71(Suppl 4):1724-31, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0041. Acesso em: 12 maio 2024.
- MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.3, p.1152-61, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QG37BFxdvgr6dvj5JtXvRtq/>. Acesso em: 09 out. 2024.
- MARTIN, E. **The woman in the body**: A cultural analysis of reproduction. In Milton Keynes.1. ed. England: Open University Press; 2001.
- MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Research and intervention in the promotion of health: methodological challenges of researching “with”. **Cien Saude Colet**. v.21, n.6, p.1737-45, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gh6S94VJjgcL75Ms7GNkV7t/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 29 set. 2024.
- MENEZES, F. R. DE. *et al.* O olhar de residentes em enfermagem obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGYbfXPCTvcsgq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2024.
- MIR, J. R.; GANDALFI, A. M. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada em la atención médica en Espana. **Gaceta Sanitaria**, v. 35, n. 3, 2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001. Acesso em: 30 jul. 2023.
- MORAES, J.T.; LOPES, E.M.T. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. **Trab Educ Saude**, v.7, n.3, p.435-44, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/yXcvtfqHt37Jyc5trRWMLdb/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- MOUTA, R. J. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev Baiana Enferm**, v.4, n.31:e20275, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- NARCHI, N. Z. *et al.* Individual birth planning as a teaching-learning strategy for good practices in obstetric care. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03518. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018009103518>. Acesso em: 02 out. 2024.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Report of puerperas about obstetric violence in public services. **Revenferm UFPE**, v.11 (Suppl 5):2014-23, 2017. Disponível em:DOI: <https://10.5205/1981-8963-v11i5a23355p2014-2023-2017>. Acesso em: 02 out. 2024.

NASCIMENTO, M. E. B. *et al.* Educação em saúde na prevenção à violência obstétrica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.6, n.3, p.806-816, 2024. Disponível em:<https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/1640>. Acesso em: 10 jul. 2024.

NASCIMENTO, R. C., SOUZA, A. C. F. A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. **REVISA**, v.11, n.2, p.149–162, 2022. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/884/799>. Acesso em: 25 jul. 2024.

OLIVEIRA, A. A. S.; SCHIRMER, J. B. Caso Alyne Pimentel: uma análise a luz da abordagem baseada em direitos humanos. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, n.12,2012. Disponível em:<https://milas.x10host.com/ojs/index.php/ibdh/article/view/202>. Acesso em: 30 set. 2024.

OLIVEIRA, V. J. **O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres.** 2016. 160f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2016. Disponível em:https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AHHJSV/1/virginia_junqueira_oliveira.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (CH). **Saúde reprodutiva e da família. Saúde materna e neonatal.** Unidade de Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra:OMS, 2002. Disponível em:https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

PAULA, E. *et al.* Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 29, 2020. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>. Acesso em: 03 set. 2024.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.10, n.1, p.103-108, 2016. Disponível em:https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf. Acesso em: 14 jul. 2024.

PERNAMBUCO (Estado). Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Lei nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018.** Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/pe/lei-ordinaria-n-16499-2018-pernambuco-altera-a-lei-n-16499-de-6-de-dezembro-de-2018-que-estabelece-medidas-de-protecao-a-gestante-a-parturiente-e-a-puerpera-contra-a-violencia-obstetrica-no-ambito-do-estado-de-pernambuco-de-autoria-da-deputada-teresa-leitao-com-a-finalidade-de>

acrescentar-rol-de-direitos-as-mulheres-que-sofrerem-de-perda-gestacional. Acesso em: 12 jun. 2024.

PROTOCOLO SUGESTIVO DE TRICOTOMIA PRÉ- OPERATÓRIA. 3M,2022.
Disponível em: <https://multimedia.3m.com/mws/media/1723182O/protocol-trichotomy.pdf>.
Acesso em: 10 set. 2024.

REIS, T. L. R. *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.1: e64677, 2017.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/W6tHf3txYL75vsf7tc4W4Rj/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 27 jun. 2023.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: UNFPA; 2007. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf.

SABATINO H, DUNN PM, CALDEYRO-BARCIA R. **Parto humanizado**: formas alternativas. Campinas (SP): Ed Unicamp; 2000.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP; 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2023.

SANTA CATARINA (Estado). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. **Lei nº 17.097, 17 de janeiro de 2017**. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 24 set. 2024.

SANTANA, A. T. *et al.* Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: 1 percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. **Revista Ciência Coletiva**, v.29, n.9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023>. Acesso em: 20 out. 2024.

SANTIAGO, D.C; SOUZA, W.K.S.; NASCIMENTO, R.F. Violência obstétrica: uma análise das consequências. **Revista Científica da FASETE**, v.11, n.13, p. 148-164, 2017. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024.

SANTOS, L. C. A *et al.* Humanização na assistência de enfermagem à mulher em situação de aborto. **Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v.2, n.1, p.1-14, 2022. doi: 10.53612/recisatec. v2i1.67. Acesso em: 18 out. 2024.

SANTOS, V.C. *et al.* Violência obstétrica na perspectiva de raça/cor: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.31, p.1-19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/repen/article/view/422>. Acesso em: 15 out. 2024.

SENA, L. M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Revista Interface**, v.21, n.60, p.209-220, 2017. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmKqRXnFJX6xfpk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2023.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, p.424-431, Jul-Set 2015. Disponível

SILVA, J. S. S. A.; RIBEIRO, J. N.; DA PALMA CORRÊA, L. Bola suíça no trabalho de parto: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 12, p. 32867-32876, 2019. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/5726>. Acesso em: 30 maio 2023.

SILVA, M. E. P. *et al.* Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal. **Revista Nursing**, 2020; v.23 n.263, p3760-3765. DOI:
<https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3760-3765>. Acesso em: 30 ago. 2024.

SILVA, P.F. **Dieta durante o trabalho de parto para gestante de risco habitual e desfechos obstetricos**: uma revisão sistematica. 2023. 53f (Graduação em Nurição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em:<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/258493/001167544.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 maio 2024.

SILVA, R. L. V. *et al.* Obstetrical violence under the look of users. **Rev enferm UFPE**. 2016; v.10, n.12, p.4474-80, 2016. Disponível em: DOI: <https://10.5205/1981-8963-v10i12a11512p4474-4480-2016>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SILVA, T. S. *et al.* A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Rev. Ciênc. Ext.** v.13, n.1, p. 176-189, 2017. Disponível

SOUZA, A.C.A.T. *et al.* Violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.27 (e45746), p.1-7, 2019. Disponível em:<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45746/33096>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para a depressão pós-parto. 2014. Disponível em:
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiraSouza.pdf. Acesso em: 6 maio 2023.

SOUZA, R. P. **Estudo sobre o uso de ocitocina no trabalho de parto e o desfecho do parto**. 2023. 32f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de São Paulo, 2023. Disponível em:
<https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/ca76fb1b-94c0-49f0-9295-43405f95e22b/content>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SOUZA, A. B. *et al.* Fatores associados a ocorrência de violência obstétrica institucional. Uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.25, n.3, p.115-128, set./dez.,

2016. Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n3a3641>. Acesso em: 13 ago. 2024.

TORNQUIST, C. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese 2004. 429f. (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 jun. 2024.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 25, e200689, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200689>. Acesso em: 14 set. 2024.

TYRRELL, M. A. R. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. **Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p.119-134, jul., 1997.

UFES -Universidade Estadual de Feira de Santana. **Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher –NEPEM**. Feira de Santana: UEFS, 2015. [Folder elaborado para a divulgação do núcleo]

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.67- 83, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zdzwnsyC9nQV8dNgsDqbxLd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2023.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs). **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. 2010. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2011/02/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 30 set. 2024.

WEI, C.; GUALDA, D.M.R.; SANTOS JUNIOR, H.P.O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.717-725, out-dez 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nKmdNKkYJ7WhWLXw4Vh8RZC/>. Acesso em: 04 maio. 2023.

WERTZ, D.T wilightsleep. In: **The encyclopedia of chilbearing oryx press**. Nova York, p.403-405, 1993.

ZAMPIERI, M.F.M. *et al.* O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, p. 483-493, jul./set., 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a04.pdf. Acesso em: 12 nov. 2016.

ZORZAM, B.; CAVALCANTI, P. **Direitos das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito (cartilha)**.2017. Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direito-mulheres-parto.pdf>. Acesso em: 30 maio 2023.

APENDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS GESTANTES
QUE FAZEM ALGUM TIPO DE TRATAMENTO NA CLÍNICA DA MULHER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
EESCLARECIDOPARAMULHERESDOMUNICÍPIODESANTAFÉDOSUL
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SANTA FÉ DO SUL –UNIFUNEC
TESE DE DOUTORADO

Convidamos a senhora a participar de um trabalho cuja finalidade é a educação em saúde como estratégia de prevenção da violência obstétrica no parto institucionalizado, que está sobre responsabilidade de Cláudia Aparecida Mencaroni Lopes RG nº11.025.900, doutoranda e coordenadora do curso de Fisioterapia. Nesse estudo pretendemos desenvolver um questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica. O objetivo desta pesquisa é levantar dados sobre o grau de conhecimento das gestantes a respeito do tema e saber se alguma já passou por tal situação, como também contribuir para apresentação de uma assistência mais qualificada e no que se refere à identificação da violência obstétrica.

Damos-lhe garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para realização deste estudo. A senhora tem direito de sair do estudo a qualquer momento. A sua identidade será preservada tanto durante o estudo como quando publicado em periódicos científicos. Sua participação será totalmente gratuita.

Há riscos quanto sua participação, como desconforto emocional caso já tenha passado por algum episódio de violência obstétrica, dificuldade ou desinteresse, porém se sentir vontade poderá interromper a sua participação em qualquer momento.

Os benefícios dessa pesquisa serão que com sua participação poderá contribuir para a criação de um instrumento que ajudará na identificação de violência obstétrica, para que se um dia desejar ter um filho, esse cenário seja diferente.

Em caso de dúvida ou desistência quanto à participação nesta pesquisa, pode-se entrar em contato com a responsável por telefone: Cláudia Mencaroni Lopes (17) 997722411.

Caso aceite participar do estudo, basta aceitar o termo, em seguida, será aplicado um questionário. Sua participação é livre e deve durar em média 10 minutos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu _____
_____, RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo
citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa que está sendo
realizada pela pesquisadora doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade de
Araraquara.

Dia _____ de _____ de 2024.

APÊNDICE II
MEU PLANO DE PARTO

MEU PLANO DE PARTO



1 Desejo conhecer a maternidade? () Sim () Não
Visita agendada para: ____/____/_____

2 Posso Planejamento Familiar? () Sim () Não
Data da assinatura do Planejamento: ____/____/_____

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

3 Terei a presença de um acompanhante ou Doula, conforme Lei Federal 11.108/2005.
() Sim () Não

4 Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê.
() Sim () Não

5 Autorizo o uso contínuo de Soro, Ocitocina Sintética. () Sim () Não

6 Liberdade para comer, beber água ou líquidos enquanto seja tolerado. () Sim () Não

7 Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos (assinale um ou mais itens):
() Massagens - realizadas pelo acompanhante;
() Orientações sobre técnicas de respiração;
() Movimentar e/ou andar caso eu queira;
() Exercícios com bola do nascimento;
() Mudar de posição, caso eu queira;
() Banho de chuveiro;
() Outros: _____



8 Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que eu e meu acompanhante sejamos comunicados. () Sim () Não

- 9** Os cuidados com o ambiente ajudam a tranquilizar e favorecem a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):
 Um ambiente com pouca luminosidade;
 Ouvir música de minha escolha (trazer fones);
 Pouco barulho e conversa;
- 10** Autorizo o rompimento artificial da bolsa, quando necessário. **Sim** **Não**
- 11** Autorizo realizar tricotomia (retirada dos pelos pubianos). **Sim** **Não**

PARTO E HORA DO NASCIMENTO

- 12** A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela gestante. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):
 Sentada / Cócoras (banqueta);
 Semi-sentada com cabeceira elevada;
 De quatro apoios (Gaskin);
 Outras: _____
- 13** Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia (corte na vagina).
 Sim **Não**
- 14** Assim que o bebê nascer, gostaria de (assinale um ou mais itens):
 Pegar meu bebê no colo imediatamente - contato pele a pele;
 Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida;
- 15** Desejo que o clampeamento do cordão seja feito após 3 minutos do parto. **Sim** **Não**
- 16** Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê, inclusive em parto cesáreo, sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da OMS - Organização Mundial da Saúde. **Sim** **Não**



- 17** Desejo se possível, a inserção de DIU (Dispositivo intrauterino, conforme critérios médicos) no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção. () Sim () Não

CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA:

- 18** Caso seja necessária a cesárea, desejo manter a presença do acompanhante de minha preferência.
() Sim () Não



APÓS O PARTO

- 19** Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação. () Sim () Não
- 20** O bebê deve ficar comigo o tempo todo, no mesmo ambiente, mesmo para avaliações e exames.
() Sim () Não

CUIDADOS COM O BEBÊ

- 21** Aspirar o recém nascido quando necessário.
() Sim () Não
- 22** Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia forem negativos.
() Sim () Não
- 23** Autorizo a realização de Vitamina K para prevenção de hemorragia. () Sim () Não
- 24** Aguardar 24 horas para o primeiro banho do bebê.
() Sim () Não
- 25** Gostaria de dar o primeiro banho e realizar todas as trocas. () Sim () Não

APÊNDICE III
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA REPERCUSSÃO À VIDA DA MULHER E
FAMÍLIA



SUMÁRIO



1. Introdução
2. Violência obstétrica institucional
3. Classes sociais mais vulneráveis
4. Atos que contextualizam a V.O.
5. Legislação
6. Enfrentando a violência obstétrica
7. Referências

INTRODUÇÃO



A violência obstétrica (VO) é definida como a imposição de sofrimento e dor evitáveis sendo consequência de uma ação ocasionada por profissionais da saúde, falhas estruturais clínicas além de hospitais públicos ou particulares, característica de um atendimento desumanizado, contendo diversas ações intervencionistas abusivas, tal complexo ainda engloba violência física, psicológica e sexual.

(CARDOSO, COSTA, ALMEIDA et al. 2017)

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL



A violência obstétrica institucional é a apropriação do corpo da mulher por profissionais (principalmente da saúde) e/ou prestadores de serviços, onde se tem o uso abusivo de medicamentos, exclusão do direito de escolha da mulher, tratamento desumano e ainda menosprezando as decisões sobre seu corpo e sexualidade.

(OMS, 1996)

CLASSES SOCIAIS MAIS VULNERÁVEIS



A PREVALÊNCIA QUANDO SE FALA DO GRUPO MAIS VULNERÁVEL A VIVENCIAR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, SÃO NA MAIOR PARTE DAS VEZES:

- Mulheres negras;
- Pobres;
- Baixa escolaridade;
- Adolescentes;
- Usuárias de drogas;
- Sem acompanhamento pré-natal;
- Pouco colaborativas.

...também podemos relacionar a VO à ideologia de gênero, onde a mulher se torna um ser reprodutor, inferior e submisso, abrindo espaço para controle, dominação e abusos em relação ao seu corpo, sem que elas tenham o direito de fazer as suas próprias escolhas.

(JARDIM, 2018)

ATOS QUE CONTEXTUALIZAM

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



- A MULHER SER IMPEDIDA DE SE MOVIMENTAR, BEBER ÁGUA OU COMER ALIMENTOS LEVES DURANTE O TRABALHO DE PARTO;
- A MULHER SER IMPEDIDA DE ASSUMIR POSIÇÃO NA QUAL SE SINTA MAIS CONFORTÁVEL DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.
- IMPEDIR A MULHER DE SER ACOMPANHADA POR ALGUÉM DA SUA ESCOLHA.
- UTILIZAR-SE DE PIADAS, COMENTÁRIOS MALDOSOS E GROSSEIROS PARA DIMINUIR, INFERIORIZAR E OFENDER A MULHER DE ALGUMA FORMA.
- USO FREQUENTE DE OCITOCINA SEM INDICAÇÃO NECESSÁRIA
- LAVAGEM INTESTINAL ANTES DO PARTO
- TOQUES REALIZADOS MUITAS VEZES POR MAIS DE UMA PESSOA E SEM O CONSENTIMENTO DA MULHER

ATOS QUE CONTEXTUALIZAM

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



Manobra de Kristeller: quando um profissional faz uma pressão na parte superior da barriga, com o intuito de ajudar no nascimento do bebê.

Episiotomia: Corte feito na região do períneo com o intuito de aumentar o canal de parto.



Ponto do marido: Apertar a entrada da vagina após o término de uma episiotomia, tornando-a mais estreita.



LEGISLAÇÃO

- CONFORME O ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, A SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, DE FORMA UNIVERSAL E IGUALITÁRIA
- LEI Nº11.108 DE 2005 – LEI DO ACOMPANHANTE QUE PREVÊ EM SEU ART. 19-J QUE A PARTURIENTE INDIQUE UM ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO
- LEI Nº 11.634 DE 2007 QUE DISPÕE SOBRE O DIREITO DA GESTANTE EM CONHECER E SER VINCULADA À MATERNIDADE EM QUE ELA RECEBERÁ ASSISTÊNCIA.

ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



NÃO SE CALE
NÃO SE OMITA

BUSQUE APOIO DE
PROFISSIONAIS E
PESSOAS QUE
POSSAM TE AJUDAR
TANTO NOS TRAUMAS
FÍSICOS E
EMOCIONAIS,
QUANTO EM RELAÇÃO
ÀS PROVIDÊNCIAS
LEGAIS A SEREM
TOMADAS!

ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA DENÚNCIA

- PRONTUÁRIO MÉDICO (QUE DEVE SER FORNECIDO PELO HOSPITAL OU UNIDADE DE SAÚDE SEM CUSTO).
- CARTÃO DA GESTANTE.
- PLANO DE PARTO.
- EXAMES.
- CONTRATOS E RECIBOS (QUANDO NA REDE PRIVADA).



MANEIRAS DE DENUNCIAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



A DENÚNCIA PODE SER FEITA NA OUVIDORIA DA INSTITUIÇÃO ONDE OCORREU A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

CONTATO

Centro de atendimento
DA CASA MULHER

(17) 3641 - 0748



REFERENCIAS

BRASIL. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. ALTERA A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, PARA GARANTIR ÀS PARTURIENTES O DIREITO À PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://BVSM.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2005/PR2418_02_12_2005.HTM](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.htm). ACESSO EM 19 AGO. 2021.

BRASIL. LEI Nº 11.634 DE DEZEMBRO DE 2007. DISPÕE SOBRE O DIREITO DA GESTANTE AO CONHECIMENTO E A VINCULAÇÃO À MATERNIDADE ONDE RECEBERÁ ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/_ATO2007-2010/2007/LEI/L11634.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm). ACESSO EM 19 AGO. 2021.

CARDOSO FJC, COSTA ACM DA, ALMEIDA MM DE ET AL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL DO PARTO: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE. REV BRAS ENFERM UFPE ON-LINE, RECIFE, 11(9):3346-53, 2017. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://PERIODICOS.UFPE.BR/REVISTAS/REVISTAENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/110232/2215](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232/2215). ACESSO EM: 17 AGO. 2021.

MARINHO, KAMILA. VOCÊ SABE O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?. CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, BLOG DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, 2020. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SAOPAULO.SP.LEG.BR/MULHERES/VOCE-SABE-O-QUE-E-VIOLENCIA-OBSTETRICA/](https://www.saopaulo.sp.lg.br/mulheres/voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica/). ACESSO EM: 22 AGO. 2021.

JARDIM, D.M.B; MODENA, C.M. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO COTIDIANO ASSISTENCIAL E SUAS CARACTERÍSTICAS. REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM, SÃO PAULO, V. 26, E. 3069, 2018. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SCIELO.BR/J/RLAE/A/RMWPWWKQBVSZWSJHH45VQ/?LANG=PT&FORMAT=PDF](https://www.scielo.br/j/rlae/a/RMWPWWKQBVSZWSJHH45VQ/?lang=pt&format=pdf). ACESSO EM: 19 AGO. 2021.

SANTANA, J. B. DE. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA FORMA DE VIOLAÇÃO AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS MULHERES. REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO CONHECIMENTO, V. 5, N. 6, PP. 68-88, 2021. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.NUCLEODOCONHECIMENTO.COM.BR/LEI/VIOLACAO-AOS-DIREITOS](https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/violacao-aos-direitos). ACESSO EM: 18 AGO. 2021.

APÊNDICE IV
QUESTIONÁRIO V.O ANTES DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Meu nome é Cláudia Aparecida Mencaroni Lopes; sou doutoranda do programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente na Universidade de Araraquara do estado de São Paulo e estou realizando uma pesquisa sobre conhecimento das gestantes na Violência Obstétrica antes da participação de vocês em atividades de educação em saúde. Agradeço a participação de todas em contribuir com a prevenção da V.O.

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Questionário de conhecimento sobre violência obstétrica

1. Você sabe o que significa violência obstétrica?

Sim () Não ()

2. Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades durante o pré-natal é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

3. Comentários constrangedores à mulher por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, número de filhos, etc; é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

4. Violência verbal (alteração da voz, ameaças, xingamentos e humilhações) é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

5. Negar água ou alimentos durante o trabalho de parto é considerado uma violência obstétrica?

Sim () Não ()

6. Não informar a parturiente que ela tem opção de escolha quanto a posição de sua preferência para o trabalho de parto é considerada violência obstétrica?

Sim () Não ()

7. Agendar ou induzir a parturiente à cesárea sem recomendação clínica é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

8. Impedir a entrada do acompanhante escolhido pela parturiente é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

9. O uso rotineiro de enema (lavagem intestinal) é considerado violência obstétrica?

Sim () Não () Já ouvi falar, porém, desconheço ()

10. Restringir a locomoção da parturiente durante o trabalho de parto é considerado violência obstétrica?

Sim () Não () Já ouvi falar, porém, desconheço ()

11. A infusão intravenosa de ocitocina sintética (para acelerar o trabalho de parto) sem concordância

Sim () Não () Já ouvi falar, porém, desconheço ()

12. A tricotomia (retirada dos pelos pubianos) é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

13. Realizar manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê) é considerado uma violência obstétrica?

Sim () Não ()

14. Realizar episiotomia (corte da vagina) sem uma indicação clínica, aviso prévio, ou sem anestesia é considerado uma violência obstétrica?

Sim () Não ()

15. Investigar, julgar, e negar atendimento a uma gestante diante de uma situação de abortamento é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

16. Impedir ou dificultar o contato mãe-bebê logo após o parto é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

17. Impedir ou dificultar o aleitamento materno na primeira hora de vida é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

APÊNDICE V
QUESTIONÁRIO V.O POSTERIOR A INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Meu nome é Cláudia Aparecida Mencaroni Lopes; sou doutoranda do programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente na Universidade de Araraquara do estado de São Paulo e estou realizando uma pesquisa sobre conhecimento das gestantes na Violência obstétrica depois da participação de vocês em atividades de educação em saúde. Agradeço a participação de todas em contribuir com a prevenção da V.O.

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Questionário de conhecimento sobre violência obstétrica

1. Você sabe o que significa violência obstétrica?

Sim () Não ()

2. Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades durante o pré-natal é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

3. Comentários constrangedores à mulher por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, número de filhos, etc; é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

4. Violência verbal (alteração da voz, ameaças, xingamentos e humilhações) é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

5. Negar água ou alimentos durante o trabalho de parto é considerado uma violência obstétrica?

Sim () Não ()

6. Não informar a parturiente que ela tem opção de escolha quanto a posição de sua preferência para o trabalho de parto é considerada violência obstétrica?

Sim () Não ()

7. Agendar ou induzir a parturiente à cesárea sem recomendação clínica é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

8. Impedir a entrada do acompanhante escolhido pela parturiente é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

9. O uso rotineiro de enema (lavagem intestinal) é considerado violência obstétrica?

Sim () Não () Já ouvi falar, porém, desconheço ()

10. Restringir a locomoção da parturiente durante o trabalho de parto é considerado violência obstétrica?

Sim () Não () Já ouvi falar, porém, desconheço ()

11. A infusão intravenosa de ocitocina sintética (para acelerar o trabalho de parto) sem concordância

Sim () Não () Já ouvi falar, porém, desconheço ()

12. A tricotomia (retirada dos pelos pubianos) é considerado violência obstétrica?

Sim () Não ()

13. Realizar manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê) é considerado uma violência obstétrica?

Sim () Não ()

14. Realizar episiotomia (corte da vagina) sem uma indicação clínica, aviso prévio, ou sem anestesia é considerado uma violência obstétrica?

Sim () Não ()

15. Investigar, julgar, e negar atendimento a uma gestante diante de uma situação de abortamento é considerado violência obstétrica?

Sim () Não

16. Impedir ou dificultar o contato mãe-bebê logo após o parto é considerado violência obstétrica?

Sim () Não

17. Impedir ou dificultar o aleitamento materno na primeira hora de vida é considerado violência obstétrica?

Sim () Não