

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

**Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção
da Violência**

Fabiana Ferreira Guimarães

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PARTO
EM BELO HORIZONTE, BRASIL**

Belo Horizonte - MG

2021

Fabiana Ferreira Guimarães

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PARTO
EM BELO HORIZONTE, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Linha de Pesquisa: Saúde da Mulher em Situação de Violência

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Lansky

Coorientadora: Profa. Dra. Raquel Zanatta Coutinho

Belo Horizonte - Minas Gerais
2021

G963v Guimaraes, Fabiana Ferreira.
Violência obstétrica durante a assistência pré-natal e parto em Belo Horizonte, Brasil [recursos eletrônicos]. / Fabiana Ferreira Guimaraes. - - Belo Horizonte: 2021.

267 f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Sônia Lansky

Coorientador (a): Raquel Zanatta Coutinho.

Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência Obstétrica. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Parto. 4. Parto Humanizado. 5. Saúde Suplementar. 6. Brasil. 7. Dissertação Acadêmica. I. Lansky, Sônia. II. Coutinho, Raquel Zanatta. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 34 DB8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA/ FABIANA FERREIRA GUIMARÃES

Realizou-se, no dia 30 de novembro de 2021, às 14:00 horas, <https://us02web.zoom.us/j/84898626857?pwd=RnAxVDFTMjZVQ1RSWi9sY3hERTRDZz09>, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA EM BELO HORIZONTE: um olhar sobre a violência obstétrica desmedida no pré-natal e no parto*, apresentada por FABIANA FERREIRA GUIMARÃES, número de registro 2019714110, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Sonia Lansky - Orientadora (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte), Prof(a). Raquel Zanatta Coutinho -Coorientadora - (UFMG), Prof(a). Denise Yoshie Niy (USP), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG), Prof(a). Nagela Cristine Pinheiro Santos (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

() Aprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente por mim e pelos membros da Comissão. Belo Horizonte, 30 de novembro de 2021.

Prof(a). Sonia Lansky (Doutora)
Prof(a). Raquel Zanatta Coutinho (Doutora)
Prof(a). Denise Yoshie Niy (Doutora)
Prof(a). Elza Machado de Melo (Doutor)
Prof(a). Nagela Cristine Pinheiro Santos (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por Raquel Zanatta Coutinho, Professora do Magistério Superior, em 01/12/2021, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Elza Machado de Melo, Coordenador(a), em 14/01/2022, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Denise Yoshie Niy, Usuária Externa, em 12/09/2023, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Sonia Lansky, Usuário Externo, em 13/09/2023, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Nágela Cristine Pinheiro Santos, Professora do Magistério Superior, em 30/10/2023, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1112321 e o código CRC CC26C446.

FACULDADE DE MEDICINA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Professora Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Professor Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Professor Fábio Alves da Silva Junior

Pró-Reitor de Pesquisa

Professor Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor

Professor Humberto José Alves

Vice-diretora

Professora Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Professor Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Professora Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Professor Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Professora Elza Machado Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Professora Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Professora Cristiane de Freitas Cunha – Titular

Professora Eliane Dias Gontijo – Titular

Professora Efigênia Ferreira e Ferreira – Titular

Professora Elza Machado de Melo – Titular

Professora Soraya Almeida Belisario – Titular

Professora Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – Titular

Professora Andréa Maria Silveira – Suplente

Professora Marcelo Grossi Araujo – Suplente

Professora Eugenia Ribeiro Valadares – Suplente

Professora Stela Maris Aguiar Lemos – Suplente

Professora Izabel Christina Friche Passos – Suplente

Representantes discentes:

Maria Beatriz de Oliveira – Titular

Marcos Vinícius da Silva – Suplente

Eu me senti muito só, ninguém entendia o buraco que se formou quando meu filho chegou, não acreditavam haver motivo para eu estar sofrendo. Essa sensação de completo abandono só melhorou depois que conheci mulheres que passaram pelo mesmo que eu, que enxergavam e compreendiam essa dor. O problema não era só a cicatriz do corpo, mas a ferida da alma, essa não cicatriza e arde cada vez que a tornam invisível.

Dedico este trabalho às mulheres que, como eu, se sentiram roubadas, violadas e silenciadas por uma lógica perversa.

Espero que esta pesquisa contribua para a chegada de dias melhores.

Dedico também ao Bento e ao Roque que não veem a hora de acabar o mestrado para que eles possam instalar o Minecraft no meu computador.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa me acompanha desde a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Saúde de Belo Horizonte em 2017. Enquanto um cenário político sombrio se desenhava, ainda havia esperança, coragem e brilho nos olhares.

A lembrança é viva, “Soninha, quero fazer um mestrado para pesquisar sobre uma violência obstétrica que as mulheres não sabem que estão sofrendo, uma violência oculta” Clara Karmaluk estava ao meu lado, Polly devia estar por perto, Carol também, não estávamos sós. O Conselho Municipal de Saúde trabalhou incansavelmente, a conferência foi muito potente, ativistas e movimentos organizados estavam presentes em cada canto daquele espaço de participação social. A abertura da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro em Venda Nova foi aprovada como prioridade, estabelecendo o cuidado de um para um, de acordo com as práticas baseadas em evidências. Era um sonho que se realizava, acreditávamos que uma transformação do sistema obstétrico estava próxima.

Em quatro anos muita coisa mudou. Uma perda generalizada de direitos se consolidou, principalmente entre as mulheres. A miséria assolou o país, os retrocessos são incontáveis. Centenas de milhares de vidas foram destruídas, uma legião de órfãos, o Brasil como epicentro da mortalidade materna por Covid-19, as gestantes não têm acesso livre às vacinas. Não há como superar emocionalmente esse momento, a dor de inúmeras pessoas é inimaginável.

Porém, alguns indicadores assistenciais melhoraram, não por boa vontade com as mulheres, mas porque o parto humanizado é um bom negócio, se assim não fosse, a Maternidade Leonina Leonor estaria aberta e o acesso às boas práticas seria ampliado pelo SUS, não tenho dados para afirmar, mas tenho uma hipótese, talvez a lei da oferta e da demanda possa explicar essa questão melhor do que eu.

E mesmo durante uma pandemia, o sistema não dá folga às mulheres, a Maternidade Leonina, símbolo da transformação obstétrica em Belo Horizonte, foi destruída em uma ação de extrema opressão do sistema político, administrativo e de saúde sobre

nossos corpos, nossas lutas e necessidades e sobre nossos anseios. Durante um período político que prega completo desprezo pelos movimentos sociais, esse trabalho chega esperançoso em contribuir para a construção de uma assistência digna para todas as mulheres.

Era muito importante para mim, assim como acredito ser para toda a comunidade com a qual trabalho pelo direito das mulheres, que essa pesquisa fosse extremamente ética, rigorosa metodologicamente e imparcial em seus levantamentos, assegurando resultados consistentes que sirvam como ferramenta na luta contra a opressão e a violência obstétrica.

Me coloco amorosamente disponível de forma a aperfeiçoar o que for necessário para esse trabalho se tornar bom o suficiente.

Todas as etapas dessa pesquisa contaram com colaboradoras e colaboradores maravilhosos, agradeço imensamente por todo o apoio que recebi e que tornou possível a realização deste trabalho. Foi tanta gente que eu peço antecipadamente que me perdoem caso haja alguma injustiça e eu deixe de citar alguém.

Agradeço primeiramente aos amigos e guias espirituais que seguem nos intuindo, amparando e protegendo na caminhada da existência, agradeço imensamente por meus pais estarem presentes e saudáveis me apoiando nesse percurso, protegidos da tragédia que nos assola neste momento.

Agradeço aos meus Bento e Roque que não fazem ideia da revolução que representam e da sacudida que me deram quando chegaram, meninos, vocês me fazem querer ser uma pessoa muito melhor.

Ao meu companheiro Fernando, que vem se desconstruindo a cada pedido, sempre disposto a dividir os sabores e dissabores de ser mãe e pai, me apoiando em tudo.

Agradeço à minha querida orientadora Sônia Lansky que sorriu em 2017 quando eu disse que queria estudar sobre isso, que me apoiou no processo do mestrado, que foi

para Paris, se elegeu vereadora e teve covid, mas não desistiu de me orientar. Exigiu de mim para fortalecer a mim e ao trabalho, contribuiu generosamente de forma brilhante com o seu tempo, seu saber e experiência tanto em epidemiologia quanto em saúde materna e infantil. Obrigada por me conscientizar quando eu estava certa de que conseguiria dar um passo muito maior que minhas pernas. Obrigada por todos os puxões de orelha e pela paciência com essa amiga ativista que resolveu virar cientista. Eu sei o quanto essa causa também é importante para você e te admiro muito!

Agradeço à minha querida coorientadora Raquel Zanatta, a quem também admiro muito e que abraçou essa pesquisa ainda em 2018, quando eu estava na especialização e não tinha ingressado no mestrado, que se colocou como responsável, registrou a pesquisa na UFMG, atuou junto ao processo do COEP e passou muitas horas comigo, paciente e confiante durante as mil idas e vindas dos questionários, TCLE, pareceres e análise dos dados. Raquel, querida, o que seria dessa pesquisa gigantesca sem a sua ajuda e dedicação, não seria possível concluir essa análise, eu simplesmente não tenho palavras para agradecer tudo, em especial a organização desses dados para que eu pudesse enfim analisá-los. Muito obrigada por sua amizade e por suas contribuições.

À querida Jéssica, que topou essa pesquisa comigo, enquanto TCC em 2019, na especialização de cuidado materno e infantil e que escreveu o projeto comigo se dedicando na primeira versão e no primeiro pré-teste.

À querida Glória que foi genial, comprometida e dedicada, realizando a programação do questionário na plataforma LimeSurvey, sem você, também não haveria pesquisa.

À querida professora Elza que coordena o mestrado com tanta dedicação e alegria, suas aulas são maravilhosas e você é uma grande inspiração.

Ao professor Nathan pela oportunidade e confiança me convidando a lecionar na disciplina de Introdução à Atenção Primária de Saúde e também por sua animação na divulgação do questionário.

Agradeço a todas e todos colegas do mestrado pelo companheirismo nos trabalhos, nas discussões e demandas. Sempre fui apoiada quando precisei, inclusive com uma grande dedicação na divulgação do questionário, sem me esquecer das milhares e melhores figurinhas trocadas pelo WhatsApp e que me faziam rir e chorar ao mesmo tempo nessa maratona de mestrado, maternagem, pandemia, aulas virtuais e isolamento social, muito obrigada!

Agradeço às maravilhosas mulheres da Leste do Projeto Para Elas, em especial à assistente social Raquel, tão sorridente, dedicada, generosa e aberta, me acolheu no território e me apresentou às incríveis mulheres dessa rede, obrigada por me acolherem na casa de vocês para eu fazer o que mais amo na vida, falar de parto e amamentação.

Ao Para Elas Pampulha no Centro de Saúde São Francisco que me recebeu de braços abertos e onde eu também tive a oportunidade de falar sobre violência obstétrica.

À maravilhosa professora Lauriza que coordena as aulas, ambulatórios e encontros, tudo com tanto carinho.

Agradeço às minhas maravilhosas amigas do Ishtar-BH que sempre compartilham seus saberes e também se debruçaram comigo sobre o questionário de pesquisa, trazendo seus olhares, contribuições, críticas muito construtivas e produtivas e participando ativamente do processo de coleta de dados com uma imensa dedicação à divulgação desse questionário. Além disso, o Ishtar-BH, juntamente com o grupo Minhas Doulas, possibilitou a formação da primeira doula do Taquaril, a Talita, ampliando o apoio às mulheres da Leste do Projeto Para Elas. Obrigada, queridas!

Agradecimento especial para a Polly do Amaral que me disponibilizou seu ombro e sua orelha muitas vezes, você, além de uma amiga é uma grande inspiração e referência de mulher e de ativista e para a querida Clarinha Karmaluk que me presenteou com a arte de divulgação da pesquisa e está sempre disposta a colaborar, você também é inspiradora.

Agradeço ao grupo de pesquisa do Cedeplar que se debruçou sobre o questionário contribuindo com sugestões e correções de forma a aperfeiçoar o instrumento de coleta, em especial à querida Michele tão generosa e presente nos processos, me apoiou na live de divulgação e na fundamentação teórica da seção de near miss materna.

Agradeço à querida parceira de missão Ludmila Yarasu-kai que junto comigo promove o Alumiar Materno possibilitando lindos momentos de escuta das mulheres gestantes e puérperas e agradeço também a todas as mulheres que dividem conosco suas histórias, dores e alegrias e nos deixam participar dessa profunda transformação que é o nascimento de um bebê, vocês me fortalecem.

Agradeço à querida Sueli, que apoiou amorosamente a divulgação desse trabalho e intermediou uma *live* com a vereadora Duda Salabert possibilitando ampliar a voz da nossa pesquisa e agradeço à vereadora Duda, comprometida com o combate à violência obstétrica, que nos abriu espaço, disponibilizou o seu tempo e as suas redes sociais para a divulgação da pesquisa.

Agradeço também o apoio das vereadoras Iza e Macaé no compromisso com as mulheres e divulgação da pesquisa. E o apoio e interesse do grupo fortalecedor da Gabinetona na divulgação da causa e da pesquisa.

Agradeço ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher CISAM, aos movimentos Leonina Leonor é Nossa, ao Centro de Referência Negra de Venda Nova, ao movimento Nasce Leonina, à Gestaçã Legal e Defensoria Pública de Minas Gerais, ao Coletivo Sentidos do Nascer, à Parto do Princípio e a todos e todas que lutam por essa causa e trabalham em prol da saúde das mulheres e crianças.

Agradeço a cada pessoa que se dedicou divulgando essa pesquisa, participando das dezenas de postagens, das *lives*, divulgando as reportagens e apoiando essa realização.

A cada mulher que respondeu ao questionário, dedicando o seu tempo e dividindo conosco suas histórias, seja de dor ou de alegria, muito obrigada, vocês são o motivo de todo esse trabalho e eu espero que ele possa servir a vocês.

Em tempo, agradeço à Universidade Federal de Minas Gerais, ao Programa do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, aos colaboradores do programa e a todas e todos os profissionais envolvidos na educação, que fazem a ponte para a educação pública de qualidade, um direito de todas e todos nós.

Por fim, agradeço às extraordinárias professoras Denise Niy, Elza Machado e Nágela Santos que aceitaram participar da Banca Examinadora, muito obrigada pela colaboração, a avaliação de vocês é imprescindível para o aperfeiçoamento deste trabalho.

“Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal

A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina

Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar

Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar

Um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define (você é seu próprio lar)

Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só

Eu não me vejo na palavra
Fêmea, alvo de caça
Conformada vítima

Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar

E um homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar

E o homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar

Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só”

Triste, Louca ou Má
Letra: Juliana Strassacapa
Banda: Francisco, el Hombre
Álbum: SOLTASBRUXA – 2016

Disponível em:
www.youtube.com/watch?v=IKmYTHgBNoE

RESUMO

A violência obstétrica (VO) é uma violência de gênero, multidimensional e com raízes estruturais que atinge mulheres em todos os continentes do mundo e consiste em barreira de acesso à assistência obstétrica de qualidade. Esta pesquisa primária acerca da assistência obstétrica em Belo Horizonte direciona o olhar à violência que ocorre durante o pré-natal e parto com o objetivo de analisar a sua prevalência e a percepção das mulheres em Belo Horizonte. Participaram da pesquisa 851 mulheres, entre 19 e 47 anos, respondendo ao questionário programado na plataforma LimeSurvey, hospedado na UFMG, anônimo, online, autoaplicado, divulgado pelas redes digitais (sociais, e-mails institucionais, reportagens) e que tiveram parto em Belo Horizonte, entre 1 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021. Foi utilizado o software Stata 12 para realizar análises da distribuição de frequência e bivariadas com aplicação do teste Quiquadrado de Pearson para verificar associações entre variáveis sociodemográficas, da gestação, do parto e da assistência com a percepção espontânea das mulheres sobre a violência obstétrica. Assim como análise dos relatos de VO após estímulo e utilizando de marcadores assistenciais de violência com a percepção espontânea das mulheres sobre a violência obstétrica, sendo possível observar a violência obstétrica não nomeada ou identificada como VO pelas mulheres, chamada no estudo VO oculta. Entre as variáveis associadas à percepção de VO se destacaram ser preta, não hetero, primípara, desejar o parto vaginal, não ter o bebê que nasceu bem em contato pele a pele e o tipo de financiamento do parto. A maior parte das mulheres do estudo era branca (63%), com alta escolaridade (92%) e usuárias da saúde suplementar (84%). A proporção de VO relatada espontaneamente no parto foi de 18% para usuárias exclusivas da saúde suplementar, 11,87% para usuárias exclusivas do SUS e de 6,25% para mulheres que fizeram pagamento particular. A VO no pré-natal foi de 70,86%, no parto foi de 73,33%, no pré-natal e parto foi de 58,05%, a VO total 86,14%, perfazendo apenas 13,86% de mulheres livres de violência. A violência obstétrica oculta no pré-natal foi de 85,76% e a violência obstétrica oculta no parto foi de 82,44%. Conclui-se que a VO é uma ocorrência ainda frequente na prática assistencial no pré-natal e no parto, que fere os direitos humanos das mulheres, dificulta o acesso a uma assistência obstétrica de qualidade e possui alta prevalência entre as mulheres pesquisadas. É um fenômeno pouco identificado, mesmo entre mulheres com elevada escolaridade, usuárias da saúde suplementar e brancas, população predominante na pesquisa. Estudos posteriores podem contribuir para a compreensão da VO em Belo Horizonte e em outros contextos, sobretudo entre mulheres usuárias do sistema público de saúde.

Palavras-chave: Violência obstétrica, cuidado pré-natal, parto humanizado, parto

ABSTRACT

Obstetric violence (OV) is a gender-based, multidimensional violence with structural roots that affects women on all continents of the world and is a barrier to accessing quality obstetric care. This primary research on obstetric care in Belo Horizonte focuses on the violence that occurs during prenatal care and childbirth in order to analyze its prevalence and the perception of women in Belo Horizonte. A total of 851 women between 19 and 47 years old participated in the research, answering the programmed questionnaire on the LimeSurvey platform, hosted at UFMG, anonymous, online, self-applied, disseminated by digital networks (social, institutional emails, reports) and who had childbirth in Belo Horizonte, between January 1, 2018 and April 30, 2021. The Stata 12 software was used to perform frequency distribution and bivariate analysis using Pearson's chi-square test to verify associations between sociodemographic, pregnancy, childbirth and assistance with the spontaneous perception of women about obstetric violence. As well as the analysis of OV reports after stimulation and using care markers of violence with the spontaneous perception of women about obstetric violence, making it possible to observe obstetric violence not named or identified like OV by women, called in the study hidden OV. Among the variables associated with the perception of OV, the most important were being black, not straight, primiparous, wanting a vaginal birth, not having a baby who was born well in skin-to-skin contact, and the type of financing for the birth. Most women were white (63%), with high education (92%) and users of supplementary health (84%). The proportion of OV reported at childbirth was 18% for exclusive users of supplementary health, 11.87% for exclusive users of the SUS and 6.25% for women who made private payments. The OV in prenatal care was 70.86%, in childbirth it was 73.33% and in prenatal care and delivery it was 58.05%. The total OV was 86.14%, accounting for only 13.86% of women free from violence. Hidden obstetric violence during prenatal care was 85.76% and hidden obstetric violence during childbirth was 82.44%. It is concluded that OV is still a frequent occurrence in care practice in prenatal care and childbirth, which violates the human rights of women, hinders access to quality obstetric care and has a high prevalence among the women surveyed. It is a little-noticed phenomenon, even among women with a high level of education, users of supplementary health and whites, the predominant population in the research. Further studies can help to understand OV in Belo Horizonte and in other contexts, especially among women users of the public health system.

Keywords: Obstetric violence, prenatal care, humanized childbirth, childbirth

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Violência obstétrica.....	33
Figura 2	Proporção de nascidos vivos por tipo de nascimento (vaginal ou cesáreo), Brasil, 2001-2020.....	63
Figura 3	Proporção de cesarianas por maternidade de Belo Horizonte, 2018-2020	67
Figura 4	Proporção de cesarianas por sistema de atendimento (SUS e SS), Belo Horizonte, 2014 a 2020	68
Figura 5	Redes digitais utilizadas na divulgação do questionário da pesquisa	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência absoluta e relativa das características socioeconômicas demográficas das mulheres, das características do parto e relato de violência obstétrica. Belo Horizonte, 2021	86
Tabela 2	Características socioeconômicas demográficas da mulher e características da gestação e do parto por relato espontâneo de violência no pré-natal, Belo Horizonte, 2021	92
Tabela 3	Características socioeconômicas demográficas da mulher e características, da gestação e do parto segundo relato espontâneo de violência no parto, Belo Horizonte, 2021	96
Tabela 4	Marcadores Assistenciais no pré-natal segundo relato espontâneo de violência durante a assistência pré-natal (REVOPN). Resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021	100
Tabela 5	Marcadores assistenciais do trabalho de parto de acordo com o relato espontâneo de violência durante o parto (REVOP). Resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021	102
Tabela 6	Marcadores de violência na assistência ao parto por relato espontâneo; violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021	105
Tabela 7	Relato de violência após estímulo, segundo as categorias estruturadas por Bohren <i>et al.</i> (2015) por relato espontâneo de violência no pré-natal. Violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021	108
Tabela 8	Relato de violência após estímulo segundo as categorias estruturadas por Bohren <i>et al.</i> (2015) por relato espontâneo de violência no parto e violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021	110
Tabela 9	Variáveis derivadas - Violência obstétrica no pré-natal e no parto; violência obstétrica tanto no pré-natal quanto no parto, Belo Horizonte, 2021	111
Tabela 10	Violência obstétrica total e mulheres livres de violência, Belo Horizonte, 2021	112
Tabela 11	Violência obstétrica oculta no pré-natal e no parto, Belo Horizonte, 2021	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição de práticas assistenciais nas maternidades financiadas pelo SUS, Belo Horizonte, 2015.....	66
Quadro 2	Perguntas sobre relato espontâneo de violência obstétrica e relato de violência obstétrica após estímulo de acordo com as 7 categorias de violência estruturadas por Bohren <i>et al.</i> (2015). ...	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
APN	Assistência Pré-natal
BIDENS	Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega, Suécia
CEDEPLAR .	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas
CISAM	Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher
CPN	Centro de Parto Normal
DASNT	Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MLV	Mulheres Livres de Violência
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NV.....	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU.....	Organização das Nações Unidas
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PHNP.....	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PP.....	Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REHUNA.....	Rede de Humanização do Nascimento
REMAVO	Relato de Marcadores Associados à Violência Obstétrica
REVO	Relato Espontâneo de Violência Obstétrica
REVOP	Relato Espontâneo de Violência Obstétrica no Parto
REVOPN.....	Relato Espontâneo de Violência Obstétrica no Pré-natal
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SOGESP.....	Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo

SS.....	Saúde Suplementar
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USAID.....	<i>United States Agency for International Development</i> - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
UTI.....	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Violência Obstétrica
VONP	Violência Obstétrica Não Percebida
VOENP	Violência Obstétrica Específica Não Percebida
VONPP	Violência Obstétrica Não Percebida no Parto
VONPPN.....	Violência Obstétrica Não Percebida no Pré-natal
VOE	Violência Obstétrica Específica
VOP	Violência Obstétrica no Parto
VOPEST	Violência Obstétrica no parto relatada após estímulo
VOPN	Violência Obstétrica no Pré-natal
VOPNEST....	Violência Obstétrica no Pré-natal relatada após estímulo
VOPNP	Violência Obstétrica no Pré-natal e no Parto
VOT	Violência Obstétrica Total

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1	Violência.....	26
2.2	Violência contra a mulher ou violência de gênero	27
2.3	Violência obstétrica	28
2.3.1	Racismo obstétrico.....	29
2.3.2	A heteronormatividade na assistência obstétrica	31
2.3.3	As consequências da violência obstétrica para mulheres e crianças.....	33
2.3.3.1	DesneCesária.....	35
2.3.3.2	<i>Near miss</i> materno	36
2.3.3.3	Mortalidade materna	38
2.3.3.4	Consequências neonatais	39
2.3.3.4.1	Mortalidade neonatal	41
2.3.4	Medindo a violência obstétrica	43
2.3.5	As boas práticas e os indicadores de violência obstétrica	47
2.3.6	Percepção das mulheres sobre a violência obstétrica	53
2.3.7	O reconhecimento e a tipificação da violência obstétrica no Brasil	55
2.4	A necessidade da humanização do parto e nascimento	61
2.5	A humanização da assistência ao parto e nascimento em Belo Horizonte.....	64
3	OBJETIVOS	71
3.1	Objetivo geral	71
3.2	Objetivos específicos	71
4	METODOLOGIA.....	72
4.1	População em estudo.....	72
4.2	Coleta de dados	72
4.3	Divulgação da pesquisa e período de coleta de dados	74
4.4	Variáveis analisadas	75
4.4.1	Variáveis sociodemográficas.....	75
4.4.2	Características da gestação e do parto.....	76

4.4.3	Relato de violência durante a assistência obstétrica.....	76
4.4.4	Marcadores de violência durante a assistência obstétrica	79
4.4.5	Variáveis derivadas da análise dos dados	80
4.5	Análise	81
4.6	Aspectos éticos	85
5	RESULTADOS	86
6	DISCUSSÃO	113
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE A.....	152

1 INTRODUÇÃO

O acesso universal a uma assistência obstétrica segura, de boa qualidade e que resulte em uma experiência positiva é um direito humano e pode reduzir drasticamente as taxas mundiais de morbidade e mortalidade maternas (OMS, 2014). Nas últimas décadas, as mulheres têm, cada vez mais, procurado as instituições de saúde para o cuidado durante a gestação e o parto, porém, inúmeras pesquisas têm demonstrado que muitas mulheres vivenciam violência física, abusos verbais, procedimentos coercitivos, falta de privacidade e negligência durante a assistência, entre outras violações que podem levar a complicações evitáveis e situações ameaçadoras à vida (OMS, 2014). Esse tratamento misógino durante a assistência obstétrica foi nomeado pelo movimento de mulheres, no início do século XXI, como violência obstétrica, uma das facetas da violência contra a mulher (FERREIRA; GONÇALVES, 2020). Tal termo, reconhecido pela ONU (2019), também está descrito na literatura como desrespeitos, abusos e maus tratos durante o parto (BOHREN, 2018; LEITE, 2020, a; ONU, 2019; SAVAGE, 2017).

Em 2010, Bowser e Hill fizeram uma revisão sobre o conhecimento científico e literatura cinza sobre desrespeitos e abusos no parto. A partir da análise, estabeleceram sete categorias de violências que eram praticadas contra as mulheres: abuso físico; cuidados não consentidos; cuidados sem privacidade; cuidados não dignos; discriminação com base em atributos específicos; abandono no cuidado e detenção na instituição. O trabalho de Bowser e Hill também apontou fatores que contribuem para a violência obstétrica e apresentou as barreiras que dificultavam o acesso a uma assistência obstétrica qualificada.

Além disso, as autoras discorreram sobre as possíveis intervenções para promover cuidados respeitosos no parto, entre elas as intervenções positivas no cuidado, como a melhoria de qualidade na assistência e a humanização do parto, a ação de trabalhadores da saúde como agentes de mudanças e o desenvolvimento e utilização de ferramentas para avaliar e medir a violência.

No estudo de Bowser e Hill (2010) muitas lacunas foram detectadas nas evidências científicas, o que implica diretamente na atenção obstétrica e neonatal, pois dificulta a organização e implementação de medidas efetivas para um parto seguro e respeitoso. Houve, então, um chamado às pesquisas, pois, sem estudos

para avaliar a assistência prestada à mulher e propor mudanças positivas, seria improvável que a comunidade global conseguisse alcançar o 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM), à época, melhorar a saúde da gestante, uma vez que a razão de mortalidade materna é um importante indicador de iniquidades sociais (BOWSER; HILL, 2010). Foi o que ocorreu: a redução global da Razão de Mortalidade Materna, que deveria ser de 75% até 2015, foi de apenas 45% (ROMA, 2019).

A comunidade científica e as políticas públicas já se preocupam com a saúde materna e infantil há décadas. Em 1985, uma conferência internacional da Organização Mundial de Saúde, sediada em Fortaleza-CE, Brasil, promoveu uma revisão cuidadosa sobre o conhecimento a respeito das tecnologias utilizadas no nascimento. As recomendações eram e ainda são relevantes para os serviços perinatais em todo o mundo. Entre elas estão o respeito à autonomia da mulher, a presença de um acompanhante em todo o período que a mulher estiver na instituição de saúde, a manutenção de taxas de cesariana entre 10 e 15%, a proteção do períneo, o incentivo à amamentação na primeira hora de vida e o alojamento conjunto da mãe com o bebê (OMS, 1985).

Recentemente, a OMS (2018) enumerou diretrizes que demonstraram ter um impacto positivo na experiência do parto das mulheres, reforçando a recomendação de uma assistência centrada na mulher e baseada em evidências e direitos humanos. Para proporcionar à mulher uma experiência livre da violência obstétrica e que seja positiva e transformadora, é necessário assegurar que ela possa escolher se alimentar, se hidratar, se movimentar, ficar na posição que preferir, além de garantir que esteja física e emocionalmente protegida, com a presença de um acompanhante de sua escolha, em um ambiente seguro, privativo e acolhedor, sendo assistida por uma equipe que se comunica de forma efetiva e atua de maneira respeitosa, sempre de acordo com as melhores práticas recomendadas pela medicina baseada em evidências (OMS, 2018).

Atualmente, constata-se que a violência obstétrica (VO) é um problema de saúde pública (DINIZ *et al.*, 2015; LEITE, 2020, a; OMS, 2014), caracterizado pelo distanciamento das boas práticas e evidências científicas acerca do parto e nascimento, somado ao desrespeito à mulher e à sua autonomia, constituindo uma grave violação dos direitos humanos que ocorre em instituições de saúde por todo o mundo, seguindo como barreira à assistência qualificada e podendo trazer

consequências adversas diretas para a mulher e o bebê (OMS, 2014). Consistindo ainda, em um problema multifatorial com bases estruturais (DINIZ *et al.*, 2018; KATZ *et al.*, 2020; SADLER *et al.*, 2016).

O debate a respeito da forma de se medir a violência obstétrica tem sido tema constante entre diversos autores e a tentativa de se organizar as formas de violência obstétrica em classes vêm de encontro a essa lacuna (BOHREN *et al.*, 2015; BOWSER; HILL, 2010; SOUZA, 2014; TESSER *et al.*, 2015). Há dificuldade em se desenvolver uma ferramenta que quantifique a violência obstétrica e que possibilite padronizar e comparar as pesquisas, com vistas à implementação de programas globais para se aperfeiçoar a assistência materna (BOHREN *et al.*, 2018; SANDO *et al.*, 2017).

No Brasil, Venturi (2010) constatou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência obstétrica. O mesmo estudo demonstrou que apenas metade dessas mulheres percebe espontaneamente que vivenciou violência, ou nomeia essa vivência como violência. Posteriormente, outros estudos mostraram que é ainda maior o número de mulheres brasileiras que passam por uma experiência traumática no parto (D'ORSI *et al.*, 2014; LANSKY *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2020, b; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Contudo, essa violência é subnotificada, sendo pouco percebida ou identificada pelas mulheres que, por desconhecerem o processo fisiológico da gestação e do parto e por acreditarem que o profissional da saúde que as atende age de maneira adequada, creem que a assistência obstétrica que receberam está apropriada. Sendo assim, elas não reconhecem, não identificam ou não relatam as condutas inadequadas do profissional de saúde (D'ORSI *et al.*, 2014; SANTOS; SOUZA, 2015).

Em Belo Horizonte, dados preliminares mostram que, no ano de 2019, a Razão de Mortalidade Materna foi de 45,4 por 100 mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade infantil (que representa o risco de um nascido vivo vir a falecer durante o primeiro ano de vida) foi de 10,45 por mil nascidos vivos (DATASUS). Tanto esses dois indicadores, quanto a violência obstétrica, expressam a adequação e qualidade da assistência, e, para reduzi-los são necessárias melhorias na qualidade da atenção.

Uma vez que a violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero subregistrada, portanto oculta e uma barreira à assistência obstétrica qualificada, este estudo, que integra a investigação primária "Percepção das mulheres

sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte”, propiciou a escuta das mulheres sobre a sua experiência de pré-natal e parto e direcionou um olhar para a VO.

Conhecer a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica ocorrida durante a assistência e estimá-la foi o principal objetivo deste trabalho. Espera-se contribuir para a compreensão e identificação da violência obstétrica. Futuramente, os achados poderão auxiliar no desenvolvimento de medidas que reduzam a violência na assistência perinatal, assim como a morbimortalidade materna e infantil evitável na cidade de Belo Horizonte/MG.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Violência

A OMS (1996) conceituou a violência como o uso “da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. É uma situação evitável e muitas vezes invisível nos lares, locais de trabalho e até mesmo em instituições médicas ou sociais, que deveriam cuidar das pessoas. Muitas vítimas são demasiadamente vulnerabilizadas e não conseguem se proteger e outras ficam em silêncio por convenção ou pressão social (OMS, 2002).

Observa-se que a OMS dispôs sobre o uso do poder, e, no seu relatório em 2002, deixa explícito que negligências e omissões também constituem situações que podem ser consideradas violência e que esta não resulta estritamente em lesão física e morte, mas também em opressão (DAHLBERG; KRUG, 2006; OMS, 2002).

Da mesma forma, na política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2001) são consideradas violências as ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais, a si próprio ou a outros. Ainda de acordo com tal Política de Saúde, a violência apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Sendo as formas de expressão da violência descritas como: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

Interessam ao presente estudo duas das tipologias desenvolvidas pela OMS (2002) para a violência: A violência interpessoal, podendo ser intrafamiliar ou comunitária (praticada por membros da comunidade), e a violência coletiva seja social, política ou econômica como forma de demonstrar o poder que os sistemas operam sobre as pessoas, “as subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados” (OMS, 2002, p.6).

Para Minayo, 2006, os aspectos estruturais ou circunstanciais da violência se manifestam ou como a dinâmica e trajetória de uma sociedade ou como um

acontecimento que interfere nessa mesma dinâmica social (MINAYO, 2006, p.7). Ademais, amplamente estudado e discutido, o termo violência se desdobra em outros conceitos de interesse como “violência de gênero” e “violência obstétrica” (FERREIRA; GONÇALVES, 2020).

2.2 Violência contra a mulher ou violência de gênero

Em 1928, na esfera dos Direitos Humanos, foi criado o primeiro organismo de defesa dos direitos das mulheres, a Comissão Interamericana de Mulheres, que posteriormente foi incorporada à Organização dos Estados Americanos (OEA). Durante a década de 1970, com a luta do movimento feminista, foi possível observar melhorias na defesa dos direitos da mulher (TAVARES; CAMPOS, 2018). No Brasil, um avanço foi a realização da *Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher* em 1994. Promulgada em 1996, a *Convenção de Belém do Pará*, importante passo para a adoção de políticas públicas de combate à violência contra a mulher, impeliu o estado brasileiro a adequar sua legislação para acompanhar o cenário internacional na defesa aos direitos das mulheres (TAVARES; CAMPOS, 2018). Entretanto, para Fatorelli (2020), os avanços observados formalmente no campo dos direitos humanos não garantem a dignidade das mulheres reais, pois “não há correspondência prática na vida das mulheres concretas” (p.49), sendo que “a demanda por direitos sexuais e reprodutivos continuam marcadas por um cenário de reiterada violência” (p.49).

A definição de violência contra a mulher ou violência de gênero foi tomando forma ao longo dos anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), as Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como um ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos físicos, sexuais ou psicológicos para as mulheres, incluindo ameaças, coerção ou privação de liberdade, seja na vida pública ou privada.

Para inúmeras autoras, não há como separar a violência de gênero da organização social baseada no patriarcado e no modelo econômico capitalista, permeada pelo machismo e racismo estruturais e pelo cerceamento dos direitos, inclusive sexuais e reprodutivos das mulheres, assim como a concepção de que estas

possuem menor valor e devem se submeter à manutenção do *establishment*¹ (AGUILAR *et al.*, 2018; ALMEIDA, 2004; CISNE, 2015; CUNHA, 2014; DINIZ *et al.*, 2018; RIBEIRO, 2019, a; SADLER *et al.*, 2016; SILVA, 2018; RIBEIRO, 2019, b) compreensão essa que caminha ao lado dos entendimentos de violência coletiva e violência interpessoal da OMS (2002) e que se estende ao conceito de violência obstétrica.

2.3 Violência obstétrica

A violência obstétrica é uma violência contra a mulher e a criança (VOLOCHKO *et al.*, 1993; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013), que reverbera em toda a família, sendo que, provavelmente, suas consequências se estendem a toda a sociedade e, segundo a OMS (2014), ocorre em todos os continentes do mundo, sendo registrada em obras feministas desde os anos 1950 (DINIZ *et al.*, 2015).

Bowser e Hill (2010) estabeleceram no relatório da Agência Nacional dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID), os potenciais colaboradores para a violência obstétrica. Alguns provêm dos indivíduos e da comunidade, como a normalização da prática violenta no parto, a falta de supervisão e envolvimento da comunidade e a falta de autonomia e empoderamento das mulheres. Outros provêm da ausência de políticas, legislações e falta de mecanismos de reparação legal. Observa-se também a falta de liderança e governança para estabelecer o respeito no parto e por último, os potenciais colaboradores oriundos da assistência profissional, como preconceito, desvalorização profissional, escassez de recursos, falta de desenvolvimento profissional e fraca infraestrutura (BOWSER; HILL, 2010).

Em alguns países latino americanos como Argentina e Venezuela, a violência obstétrica é tipificada legalmente, reconhecida como ação ou omissão do profissional de saúde, tratando a mulher de forma desumana ou degradante, com abuso de

¹ O termo inglês *establishment* refere-se à ordem ideológica, econômica e política que constitui uma sociedade ou um Estado. Em sentido pejorativo, como utilizado no presente estudo, designa uma elite social, econômica e política que exerce forte controle sobre o conjunto da sociedade, funcionando como base dos poderes estabelecidos. O termo se estende às instituições controladas pelas classes dominantes, que decidem ou cujos interesses influem fortemente sobre decisões políticas, econômicas, culturais, etc., e que, portanto, controlam, no seu próprio interesse e segundo suas próprias concepções. (DOGAN, 2003)

medicalização e ou patologização dos processos fisiológicos da gestação e do parto, com a dominação dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres, culminando na perda da autonomia e capacidade de decidir sobre suas experiências, corpos e sexualidade, prejudicando a qualidade de vidas das mulheres e restringindo seus direitos reprodutivos (MEDINA *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015; SANTIAGO; SOUZA, 2017). A violência obstétrica é geralmente institucionalizada e “tão perpetrada e interligada à estrutura social, que muitas mulheres nem sequer percebem sofrer abuso” (MARIANI; NETO, 2016 p.57). Os mesmos autores chamam atenção para o fato que à mulher deve ser dado o protagonismo sobre seu corpo e sobre as decisões que cercam o momento de parir, consentindo ou não sobre os procedimentos sugeridos pela equipe de saúde.

Em adição, a violência obstétrica possui caráter interseccional e é atravessada pelos diversos sistemas opressivos sobre os quais se baseiam a nossa sociedade, atingindo as diferentes mulheres de maneiras distintas, à medida que a vulnerabilização² social aumenta (ASSIS, 2018; DINIZ *et al.*, 2015, 2018; FATORELLI, 2020; LIMA, 2020).

2.3.1 Racismo obstétrico

Para além do racismo estrutural, “no interior da população negra, as mulheres são ainda mais pobres, mais destituídas, mais desqualificadas, mais discriminadas, porque a discriminação racial se soma à discriminação de gênero.” (MOREIRA, 2015, p.49). No caso da VO, soma-se, ainda, uma violência institucional, que segundo Chai, Santos e Chaves (2018) é aquela praticada, por ação ou omissão, nas instituições públicas ou privadas prestadoras de serviços, onde um pretense protetor pode passar a efetivo agressor.

Para Davis (2018, p.2) “O racismo obstétrico encontra-se na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico³” e determina piores desfechos obstétricos

² Diva Moreira, ativista social, jornalista, cientista política, fundadora da casa Dandara, defensora das comunidades negras e das mulheres, nos ensina que as mulheres são vulnerabilizadas pela estrutura social.

³ Neste artigo “racismo médico” (medical racism) abrange as atitudes dos diversos profissionais e eventos envolvidos na assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto (TEMPESTA; ENEILE, 2020).

para as mulheres e bebês negros. A autora cita o "super corpo" da mulher negra que é forte o suficiente para o trabalho e para experimentos, inclusive ginecológicos, entretanto, a própria mulher negra não é digna de ser tratada com humanidade.

Davis (2018) que analisou relatos de parto de mulheres negras nos Estados Unidos, acolheu o desabafo de uma doula branca "Josie" perturbada por testemunhar o quanto sua doulanda negra "Michele" fora violentada no parto, "Josie" nomeia a violência obstétrica sofrida por "Michele" como estupro durante o parto "*birth rape*" (DAVIS, 2018), externando o sentimento de violação, coação e falta de consentimento (LIMA, 2020).

Mittelbach (2020) observa que há maior ocorrência de VO entre mulheres negras, além do que, nas de baixa renda, as intervenções obsoletas são mais praticadas (MITTELBAACH, 2020). Assis (2018) afirma, com base nos dados do DATASUS (2015), que entre 2000 e 2013, a mortalidade materna de mulheres negras no Rio de Janeiro foi 56% maior do que a mortalidade de mulheres brancas. A mesma autora afirma, a partir de dados apresentados em audiência pública em Brasília (2016), que entre 2000 e 2012, enquanto a mortalidade materna por hemorragia em mulheres brancas vinha caindo, a de mulheres negras seguia aumentando. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2018, mulheres pretas e pardas totalizaram 65% dos óbitos maternos no Brasil (RAMOS, 2020).

Segundo Diniz *et al.* (2018), instituições públicas com acesso a pobres e negros servem como base de treinamento para estudantes, usando a "violência como ferramenta pedagógica" (DINIZ *et al.*, 2018, p.31). Diniz *et al.* (2016) apontam que a vagina serve como escola em um contexto de violência e objetificação extremas, em que uma mulher negra pode receber duas episiotomias em um mesmo parto "*Ela conta que ouviu um dos profissionais falar para dois alunos: "você corta à direita e o outro corta à esquerda", supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina*" (DINIZ *et al.*, 2016, p.254-255).

Willianson (2021), em seu artigo sobre a iatrogenia do racismo obstétrico no Brasil, chama a atenção para os achados de Leal *et al.* (2019) que falam sobre a melhora da assistência, Willianson atenta para o fato que a política proposta para a melhoria da assistência se baseia em reduzir intervenções desnecessárias e inserir práticas recomendadas, mas não tem um olhar sobre a racialização da violência. Segundo a autora, há ausência de políticas públicas de saúde materna e infantil

direcionadas às mulheres negras, apontando que, ao contrário do que acontece com as mulheres brancas, que vivenciam a violência obstétrica por meio de um excesso de intervenções, muitas vezes, as mulheres negras são violentadas pela negligência, pela omissão e pela falta de intervenções oportunamente necessárias, o que reverbera em maior mortalidade materna e neonatal na população negra. Sendo que, na instituição de saúde, o racismo obstétrico atua de forma passiva, com o não atendimento, e também ativa, com o silenciamento e opressão impostos pelo Estado sob a forma do policiamento presente nas instituições (WILLIANSON, 2021).

Enfim, tratar as violências sofridas pelas mulheres brancas e negras da mesma forma e propor políticas de proteção e promoção de saúde comuns é mais uma maneira de invisibilizar as necessidades específicas das mulheres negras (FATORELLI, 2020).

2.3.2 A heteronormatividade na assistência obstétrica

Marques e Mattos (2020), ao analisarem políticas públicas de saúde direcionadas a mulheres lésbicas e bissexuais, propõem a noção de “dispositivo de heterossexualidade” que tem como estratégias o silenciamento e o apagamento da diversidade sexual das mulheres. Nesse contexto, manifestações de homofobia “objetivam o controle e regulação das expressões de sexualidade e de gênero” (MARQUES; MATTOS, 2020, p.65).

Ademais, uma revisão integrativa levantou como um de seus eixos temáticos “A heteronormatividade e o preconceito na assistência em saúde” concluindo que os profissionais precisam ser capacitados para atender com qualidade a população não hetero, de forma a romper com a expectativa de heteronormatividade, discriminações e preconceitos, “se desprendendo de seus preceitos morais para, assim, não cometer violência institucional a essas mulheres” (FARIAS *et al.*, 2018, p.2833).

Mattar e Diniz (2012), a partir da hierarquia dos atos sexuais de Gayle Rubin, discorrem sobre “Hierarquias Reprodutivas” e explicam que o modelo de maternidade “ideal” e aceito socialmente é aquele construído sobre uma utopia social “sexista, generificada, classista e homofóbica, tratando-se de um modelo excludente e discriminatório” (MATTAR; DINIZ, 2012, p.8). Comportamentos sexuais e reprodutivos diferentes do modelo hegemônico estão sujeitos à discriminação, uma vez que esses

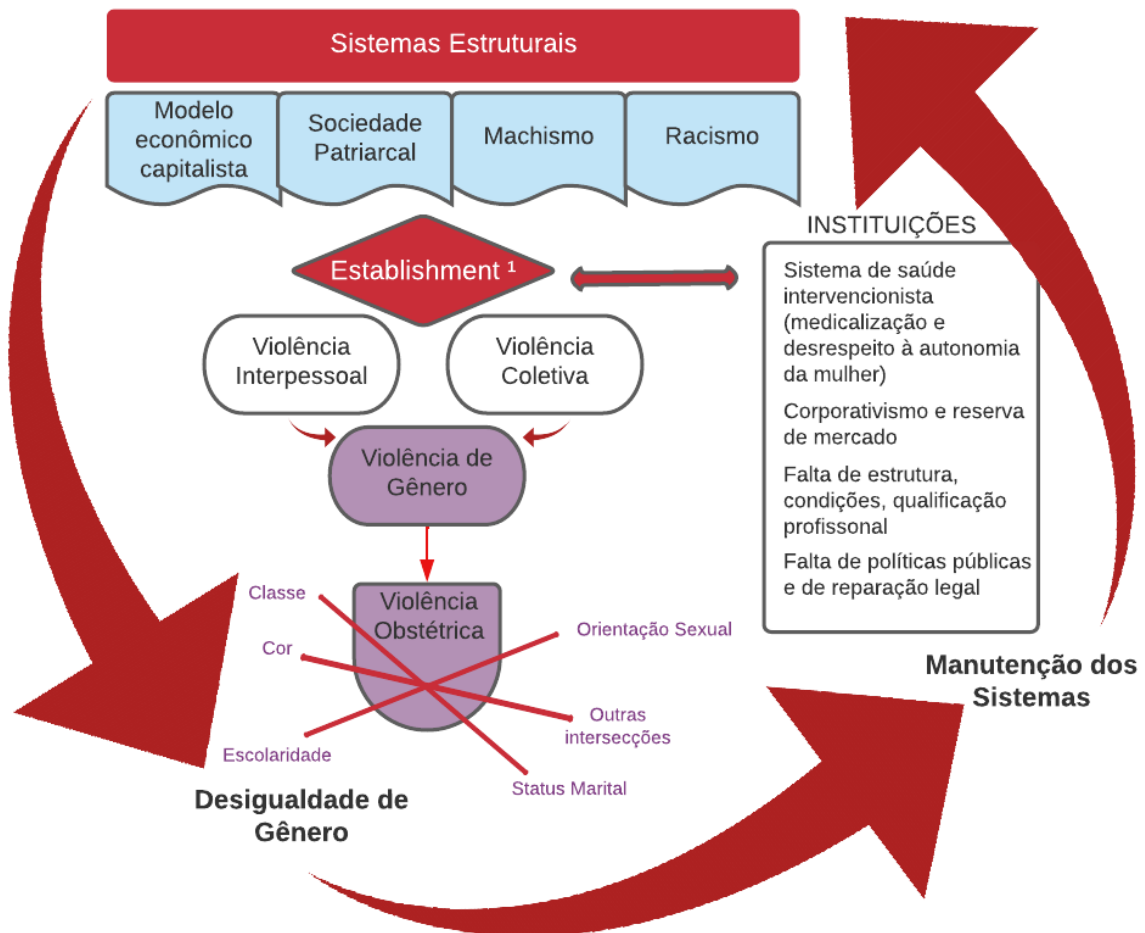
casais ou arranjos são socialmente rejeitados e isso impacta no exercício de direitos humanos pelas mulheres.

Segundo as autoras, o “normal” socialmente aceito para exercer a maternidade é ser um casal branco, adulto, heterossexual, monogâmico, casados, com recursos culturais e financeiros para criar “bem” os filhos. Quanto mais aspectos diferentes do citado anteriormente tiver a mulher ou o casal, menor seu nível dentro “hierarquia reprodutiva” e maior será sua exclusão social.

Diante do exposto, percebe-se que tanto o ser não branca, quanto o ser não heterossexual são interseccionalidades que se sobrepõem e impactam negativamente as experiências obstétricas e de maternidade das mulheres. Entretanto, assim como explicaram Mattar e Diniz (2012) há outras características que abaixam o nível dentro da “hierarquia reprodutiva” como uma baixa escolaridade, uma baixa classe social, a drogadição, a prostituição, a transexualidade, entre outras, o que só piora a exclusão, a violência, a invisibilidade e o silenciamento.

Em conclusão, mas também em consonância com Betron (2018), Bohren *et al.* (2016) e Jewkes (2015), pode-se afirmar que a violência obstétrica é um fenômeno complexo, multidimensional, fruto de uma estrutura social desigual e ainda, pode ter atuação interpessoal, um exemplo são os abusos físicos, sexuais ou verbais que acontecem durante a assistência (BOHREN *et al.*, 2015, 2018; LEAL *et al.*, 2012; PALMA; DONELI, 2017) e/ou atuação coletiva, um exemplo é o corporativismo profissional e a reserva de mercado constituindo impedimentos e restrições das organizações médicas à atuação da enfermagem obstétrica, tanto para a inserção de diu, quanto para fazerem o acompanhamento do pré-natal e do parto de baixo risco (CFM, 2019; SOGESP, 2021), ações que restringem o acesso à contracepção e ao pré-natal e parto seguros, com menor risco de intervenções (COFEN, 2019; SANDALL *et al.*, 2016); por fim, as bases da violência obstétrica podem ser representadas a partir da Figura 1.

Figura 1 - Violência obstétrica



¹Elite social, econômica e política que exerce forte controle sobre o conjunto da sociedade, funcionando como base dos poderes estabelecidos

Fonte: Elaborado pela autora com base na fundamentação teórica do trabalho, Belo Horizonte-MG, 2021.

2.3.3 As consequências da violência obstétrica para mulheres e crianças

A partir do estudo do Guia da OMS (1996) “*Care in the normal birth*”, do Relatório Mundial de Saúde: para que todas as mães e crianças contem (OMS, 2005), da Declaração de Prevenção de VO (OMS, 2014) e das 56 recomendações para uma experiência positiva de parto (OMS, 2018) conclui-se que qualquer complicação evitável para a mulher ou para o bebê pode ter como causa a violência obstétrica, seja ela por restrição do sistema de atendimento, falha de organização da rede, pela falta de serviço qualificado caracterizado por omissões e negligências, pela não utilização de práticas recomendadas ou pela utilização de práticas inadequadas, ou desnecessárias, ou que tragam malefícios, causando iatrogenias.

Portanto, a VO na assistência ao pré-natal e parto, pode trazer uma série de desfechos negativos para a mulher e o neonato (OMS, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2018; SANTIAGO; SOUZA, 2017; TESSER; KNOBEL; DINIZ, 2015).

Tesser *et al.* (2015) demonstra a superposição entre VO e danos iatrogênicos e elencou consequências imediatas da violência obstétrica durante a assistência ao parto. Entre elas estão danos perineais, aumento da dor, aumento da chance de cesariana, aumento da duração do trabalho de parto, trauma abdominal, infecções e hemorragia. Santiago e Souza (2017) confirmam as mesmas complicações.

Um exemplo que traz danos é a manobra de Kristeller, a compressão do abdômen da mulher pode provocar disfunções no sistema urinário; perda de controle durante evacuações e lacerações do esfíncter anal, trauma perineal, perda da força do assoalho pélvico e risco de hemorragia (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Já Maia *et al.* (2018), em uma revisão integrativa, levantaram as consequências psicossociais que afetam as mulheres vítimas de VO. Dentre os estudos utilizados, Soares (2012) apontou transtorno de adaptação, prejuízo do funcionamento social e da relação mãe-bebê e Rocha e Grisi (2017) e Estumano *et al.* (2017) citaram transtornos comportamentais.

Na mesma direção, para Diniz *et al.* (2015), a VO pode trazer transtornos comportamentais de ansiedade e recusa da mulher em procurar o serviço de saúde por complicações do parto. Após emoções negativas durante o parto, Ayers *et al.* (2016) apontam maior risco de transtorno de estresse pós-traumático, sendo os sintomas do transtorno associados à depressão pós-parto. Para Leite *et al.* (2020, b), o desrespeito e o abuso em relação à mulher durante o parto estiveram associados à depressão pós-parto tanto no setor público quanto no privado, tanto para partos vaginais quanto cesarianas. Leite *et al.* (2021) comprovou que há uma relação causal entre maus tratos durante o parto e diminuição e ou atraso no uso de serviços de saúde pós-natal, tanto para a mulher, quanto para o bebê.

Ainda no campo da psicologia, Souza (2014) demonstrou que mulheres que sofreram negligência no parto apresentaram sete vezes maior risco de desenvolver depressão pós-parto do que mulheres que não a sofreram. Tanto a violência física quanto a violência verbal também se mostraram fortemente associadas à depressão PP com chances 5,83 e 5,93 maiores, respectivamente.

Além de consequência adscritas à psique, ao pensar na integridade física materna, na sua autonomia, no seu bem-estar para conseguir nutrir, cuidar e se conectar ao bebê, percebe-se que, quando a violência obstétrica provém de patologização e manipulação emocional como uma cirurgia cesariana desnecessária, esta pode ainda, trazer outras consequências decorrentes e, de maneira holística, ser uma barreira ao início de vida saudável (BETRÁN *et al.*, 2018; BOERMA *et al.*, 2018; SANDALL *et al.*, 2018; SOUZA; PILLEGGI-CASTRO, 2014).

2.3.3.1 DesneCesárea

Há uma série de três grandes estudos que discorrem sobre a epidemiologia global do uso de cesáreas e suas disparidades (BOERMA *et al.*, 2018), efeitos de curto e longo prazo na saúde de mulheres e crianças (SANDALL *et al.*, 2018) e intervenções para reduzir cesarianas desnecessárias em mulheres e bebês saudáveis (BETRÁN *et al.*, 2018). As três pesquisas enfatizam a importância da cesariana para salvar a vida de mulheres e bebês e que sua subutilização leva à morbidade e mortalidade materna e perinatal, por outro lado, observa-se o aumento global na ocorrência dessa cirurgia, de forma desnecessária, o que por sua vez, não traz benefícios e pode acarretar riscos para mulheres e bebês (BETRÁN *et al.*, 2018; BOERMA *et al.*, 2018; SANDALL *et al.*, 2018).

Em 2015, 1 a cada 5 bebês no mundo nasceu por via cirúrgica, o que ultrapassa a quantidade de indicações obstétricas. Enquanto em alguns países há uma banalização no uso de cesáreas, em outros, em especial na África Subsaariana, as mulheres não têm acesso a essa intervenção oportunamente, aliás, dentro de um mesmo país, as mulheres com maior educação e recursos financeiros têm mais acesso do que as mulheres pobres, ou seja, é uma intervenção médica necessária subutilizada em contextos com recursos escassos e usada em demasia onde há recursos altos, mas que pode trazer efeitos iatrogênicos (BOERMA *et al.*, 2018; SANDALL *et al.*, 2018).

Sobre a epidemia de cesarianas desnecessárias que ocorrem por conveniência médica, sem indicação técnica, Boerma *et al.* (2018) observou que no Brasil há um uso alto de cesarianas em partos de baixo risco, especialmente em mulheres com alta escolaridade. Pereira-Esteves *et al.*, 2016, após controlar viés de indicação e fatores

de confusão, encontraram a partir dos dados do estudo “Nascer no Brasil”, que a morte materna foi quase três vezes maior após cirurgias cesarianas do que após partos vaginais, principalmente por hemorragias e complicações da anestesia.

Segundo a OMS (2010), estima-se que houve, no mundo, 6,2 milhões de cesáreas desnecessárias em 2008, sendo que 50% dessas ocorreram na China e no Brasil. O excesso de cesarianas mundial mobilizou um recurso de aproximadamente U\$S 2,32 bilhões inapropriadamente. Isso desvia os recursos que poderiam e deveriam ser utilizados em situações fundamentais, age como uma barreira ao acesso universal à saúde e atua negativamente na equidade dentro dos países e entre os países.

Há, portanto, a exposição indevida a riscos cirúrgicos, e, além de serem mais onerosas, são procedimentos com maior prevalência de complicações graves quando comparadas aos partos vaginais (LAGES, 2012; SANDALL *et al.*, 2018) destacam-se consequências infecciosas, hemorrágicas, embolia pulmonar e outras complicações cirúrgicas, imediatas ou tardias. (LAGES, 2012). Para Sandall et al. (2018), após uma cesárea associa-se maiores riscos de ruptura uterina, histerectomia, implantação anormal da placenta, gravidez ectópica, natimorto e parto prematuro em gestações subsequentes. Além disso, necessidade de transfusão de sangue, aderências pélvicas e lesão cirúrgica intra-operatória são mais prevalentes com o aumento do número de cirurgias cesarianas, em resumo, cesarianas sem indicações obstétricas aumentam riscos tanto de near miss (morbidade grave) como de morte materna.

2.3.3.2 Near miss materno

Say, Souza e Pattinson (2009), integrantes de um grupo de estudos da OMS, relataram que a *near miss* teoricamente é um evento identificado de forma retrospectiva, a mulher precisa sobreviver a uma grave disfunção orgânica durante a gravidez, parto ou até 42 dias pós-parto, para que seja considerado um caso de near miss materno ou morbidade materna aguda grave. Entretanto, compreender um caso de near miss materno de forma prospectiva é clinicamente importante, pois identifica-se as mulheres com risco de morte. Durante o desenvolvimento de uma ferramenta padrão para se monitorar a qualidade da assistência materna (OMS, 2011), os autores descreveram as condições potencialmente ameaçadoras à vida da mulher,

potencialmente casos de near miss, algumas descritas na seção anterior como consequências de cesarianas desnecessárias, mas que também podem ser consequências de iniquidades na saúde e falhas na qualidade da assistência (OMS, 2011; SANTANA, 2018; SILVA, 2018).

Entre as ameaças à vida estão distúrbios hemorrágicos (hemorragia pós-parto, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta ou fixações anormais da placenta), distúrbios hipertensivos (hipertensão grave, pré-eclâmpsia severa, eclâmpsia, síndrome Hellp, encefalopatia hipertensiva), outros distúrbios sistêmicos (inflamação do endométrio, edema pulmonar, parada respiratória, convulsões, sepse, choque, baixa de plaquetas < 100.000, crise de tireóide) e indicadores de complicações severas (transfusão de sangue, acesso venoso central, histerectomia, admissão na UTI, permanência hospitalar prolongada (>7 dias), intubação sem ser por anestesia, voltar para a sala de cirurgia e intervenções cirúrgicas), os autores frisam que pode haver outras doenças/ocorrências potencialmente fatais, mas essa lista tem o objetivo de guiar a implementação de uma vigilância prospectiva nos serviços de saúde de forma a se avaliar os serviços, antever e evitar a cadeia de eventos que culminam em mortes maternas (OMS, 2011; SANTANA *et al.*, 2018; SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

Em grandes estudos de base populacional, a frequência geral não ajustada de near miss é consistentemente maior após cesariana do que parto vaginal. De acordo com o levantamento de Sandall *et al.* (2018), um estudo canadense considerando mais de 2.000.000 nascimentos encontrou que, enquanto 2,7% das mulheres com cesarianas planejadas tiveram *near miss*, 0,9% das mulheres com partos vaginais apresentaram *near miss* e um estudo holandês demonstrou cinco vezes mais chances de *near miss* entre cesarianas agendadas ou de emergência em comparação ao parto vaginal.

Quando a assistência não age oportunamente de maneira qualificada ou quando a mulher não tem acesso à assistência, pode haver uma evolução para o óbito materno (OMS, 2011; SAY; SANTANA *et al.*, 2018; SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

2.3.3.3 Mortalidade materna

De acordo com o Relatório da OMS (2005) “Para que todas as mães e crianças contem”, a saúde das mães e das crianças é um aspecto integrante da diminuição da pobreza mundial, sendo uma questão de direitos humanos e um imperativo moral e político. O relatório identifica a exclusão das mulheres gestantes, parturientes e puérperas e dos recém-nascidos e crianças como fator chave para a iniquidade e barreira ao progresso. Segundo a OMS (2009), a segunda maior causa de morte de mulheres em idade reprodutiva no mundo é a condição materna, portanto, é de suma importância uma assistência adequada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, o Brasil, membro da Organização das Nações Unidas (ONU), se comprometeu a implementar melhorias com base nas diretrizes dos ODM em 2000 e, posteriormente, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) debatidos na Conferência Rio+20, em 2012, oportunidade em que os 193 países signatários pactuaram para a Agenda Mundial de 2030 (SILVEIRA; MIHESSON; PANTOJA, 2016). Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades é o 3º dos 17 ODS propostos. Entre as metas globais acordadas estão reduzir a Razão de Mortalidade Materna para menos de 70 mortes a cada 100.000 nascidos vivos e reduzir a mortalidade infantil, eliminando as mortes evitáveis de recém-nascidos, reduzindo a mortalidade neonatal para 12 por 1.000 nascidos vivos e reduzindo a mortalidade de crianças menores de 5 anos para 25 por 1.000 nascidos vivos (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2021).

Especificamente no Brasil, a meta 3.1 do 3º ODS (Saúde e Bem-estar) é reduzir a RMM para 30 mortes a cada 100.000 nascidos vivos (BRASIL, IPEA, 2019), nos países considerados desenvolvidos em termos de saúde, a RMM raramente ultrapassa o valor de 10 por 100 mil nascidos vivos (NV) e, em alguns locais, esses valores são de 3 a 4 por 100 mil NV (BRASIL, 2021). Sabe-se que 92% dos óbitos maternos são evitáveis (BRASIL, 2009). No Brasil, cerca de 67% das mortes maternas ocorrem por causas obstétricas diretas, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério decorrentes da qualidade insuficiente da assistência, como intervenções desnecessárias, omissões ou negligência, tratamento inadequado e problemas estruturais do sistema de saúde. É possível que muitas dessas complicações sejam decorrentes de violência obstétrica.

Em 2019, o Brasil apresentou uma razão de morte materna de 57,9 a cada 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2021), essa razão, apesar de inferior à meta global, é demasiadamente alta para um país em que 99% dos partos acontecem em instituições de saúde. O Brasil que, até 2015 (5º ODM), deveria ter reduzido a RMM para 36 óbitos por 100.000 nascidos vivos segue longe de alcançar a meta 3.1 do 3º ODS pactuado para 2030 e com uma RMM quase 3 vezes maior que o considerado aceitável pela OMS (1990), que seria de 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Atualmente, a estimativa é de aumento deste índice em decorrência do impacto da pandemia de Covid-19 na saúde das gestantes e mulheres no pós-parto, com o registro de 405 mortes maternas por essa causa em 2020 e 1.204 mortes maternas de janeiro 2021 a 19 de agosto de 2021 (Observatório Obstétrico - Rodrigues, Lacerda e Francisco, 2021).

Durante a pandemia de Covid-19, o Brasil se tornou o epicentro dos casos de mortalidade materna no mundo, sendo responsável por oito a cada 10 mortes maternas por Covid-19 (NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA; AMORIM, 2021). A assistência obstétrica brasileira, que já enfrentava diversas barreiras, falhou gravemente ao atender mulheres gestantes e puérperas acometidas pela Covid-19. Até julho de 2020, 12,7% das gestantes e puérperas infectadas vieram a óbito. Dentre os casos fatais, mais de 22% não tiveram acesso à UTI, 14,6% não receberam nenhum suporte ventilatório e 21,4% receberam apenas ventilação não invasiva (TAKEMOTO *et al.*, 2020) diante desses resultados fica exposta a necessidade da qualificação da assistência obstétrica.

Além das consequências maternas já elencadas, há ainda, consequências da violência obstétrica ou má assistência para os bebês.

2.3.3.4 Consequências neonatais

Considerando a saúde do bebê, as cirurgias cesarianas também podem causar impactos negativos quando realizadas de maneira desnecessária (BOERMA *et al.*, 2018; SANDALL *et al.*, 2018). A partir do estudo de Sandall *et al.* (2018) entende-se que três mecanismos biológicos no processo fisiológico do parto são modificados quando a criança nasce por cirurgia cesariana. Um desses mecanismos é a interferência na formação do microbioma intestinal do neonato, o que traz uma

alteração no desenvolvimento do sistema imunológico, impacta mediações inflamatórias e ocasiona maior risco de problemas cardiometabólicos e autoimunes. Outro mecanismo é que a ausência da sujeição à força mecânica e ao banho de hormônios do parto também pode interferir nesse início da vida, pois concentrações aumentadas de hormônios do estresse são sinais importantes no bebê para o desenvolvimento do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, maturação do sistema imunológico, maturação pulmonar e orgânica e neurogênese. Por fim, o último mecanismo, que ainda não pode ser sustentado e carece de outros estudos, é a hipótese de que interferências durante o nascimento como (ocitocina sintética, antibióticos ou cirurgias cesarianas) podem ter vários efeitos sobre os processos de remodelação do epigenoma neonatal ocasionando consequências para a saúde da criança (SANDALL *et al.*, 2018).

Da mesma forma, para Anjos *et al.* (2014), há maiores riscos da cesárea desnecessária resultar em problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anoxia, mortalidade neonatal, além de aumentar o risco de morbidade respiratória leve e grave, ademais, à medida que diminui a idade gestacional, aumenta o risco de internação em unidades de terapia intensiva.

Já no parto vaginal, a manobra de Kristeller pode causar alterações cardíacas no recém-nascido, asfixia, hipoxemia, possíveis complicações em seu esqueleto, além de *caput succedaneum* (acúmulo subcutâneo extraperiosteal de líquido serosanguinolento na parte do couro cabeludo) (ARAÚJO, 2021). O uso exacerbado e inadequado de ocitocina no processo do trabalho de parto pode ocasionar sofrimento fetal, estresse fetal, escores de apgar <7 e asfixia fetal (SANTOS *et al.*, 2020).

Moreira *et al.* (2014) relatam que, em ambos os tipos de nascimento, durante a assistência imediata ao bebê, o excesso de intervenções na sala de parto afeta a interação mãe/bebê. Os autores encontraram que no Brasil (2011-2012) houve elevado percentual de intervenção neonatal nos hospitais, entre elas aspiração das vias aéreas superiores (62,5% a 76,8%) e aspiração gástrica (33,8% a 47,8%), os bebês nascidos em hospitais particulares tinham chance maior de serem afastados das mães. O estudo concluiu que as boas práticas (contato pele a pele, oferecer o seio na sala de parto, alojamento conjunto e mamar na primeira hora de vida) para o

atendimento ao recém-nascido saudável não estavam incorporadas à prática, entretanto havia recursos disponíveis nos hospitais onde aconteceram os partos.

O afastamento da mãe e de bebês saudáveis impossibilita a manutenção da temperatura do bebê, traz risco de hipoglicemia e menores possibilidades de amamentação exclusiva (CREENSHAW, 2014).

2.3.3.4.1 Mortalidade neonatal

De acordo com a oficina de mortalidade materna e infantil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) a mortalidade infantil é a mortalidade de crianças menores de um ano, tendo como parte a mortalidade neonatal (0 a 27 dias) e esta, por sua vez, a fração precoce (zero a seis dias) e a tardia (sete a 27 dias), e, como outra parte, a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias). A mortalidade neonatal, principalmente a precoce, está intimamente relacionada à assistência recebida durante o pré-natal e em especial ao parto e a pós neonatal está relacionada a determinantes ambientais (condições socioeconômicas). Ainda segundo a oficina do MS que analisa os óbitos infantis entre 2007 e 2016, 24% da mortalidade infantil ocorre nas primeiras 24 horas de vida e 28% ocorre entre um a seis dias, ou seja, 52% da mortalidade infantil é neonatal precoce; 17% neonatal tardio e 31% é pós-neonatal, considerando a mortalidade neonatal precoce e tardia, 69% da mortalidade infantil pode estar relacionada à assistência perinatal em saúde.

A análise da série ainda demonstra que 75% dos óbitos neonatais são evitáveis, destes entre 45,5% a 48,9% evitáveis por assistência à gestação, entre 17,8% a 19,3% evitáveis por adequada atenção ao parto e entre 30,6% a 33,1% evitáveis por adequada atenção ao recém-nascido. Diante dos dados, fica latente como as restrições do sistema de saúde ao acesso à assistência qualificada e a ocorrência de uma assistência inadequada interferem na mortalidade dos recém-nascidos (BRASIL, 2018).

Lansky *et al.* (2014) em estudo sobre a mortalidade neonatal na Pesquisa Nascer no Brasil (2011-2012) com entrevistas e avaliação de prontuários de 23.940 puérperas, encontraram inadequação do pré-natal e da assistência ao parto, peregrinação de gestantes para o parto e nascimento de bebês com peso inferior a 1500 gramas em hospitais sem UTI neonatal, o que demonstra desorganização da

rede de saúde, além de óbitos evitáveis de bebês a termo, seja por asfixia intra-parto, seja por prematuridade tardia. Os autores concluem que a qualificação da atenção, em especial a assistência hospitalar ao parto é foco prioritário para a redução das taxas e das desigualdades na mortalidade neonatal.

Ainda segundo Lansky *et al.* (2014), o risco de morte neonatal foi 5 e 3,4 vezes menor entre os bebês que receberam assistência baseada em boas práticas durante o trabalho de parto e parto, respectivamente.

Um trabalho recente de Paixão *et al.* (2021) estudou a associação entre cirurgia cesariana e mortalidade nos primeiros cinco anos de vida, analisando 17,8 milhões de registros de nascimentos no Brasil, de acordo com a classificação dos 10 grupos de Robson (características de gravidez e parto). Os autores encontraram que, entre mulheres classificadas nos grupos de Robson de 1 a 4, grupos com baixas taxas esperadas de indicação de cesariana, nascidos vivos por cirurgia cesariana tiveram mortalidade 25% maior em comparação aos que nasceram de parto vaginal, sendo essa mortalidade 39% maior durante o período neonatal. Em contrapartida, entre as mulheres pertencentes aos grupos de Robson de 6 a 10, grupos com maiores taxas esperadas de indicação de cesariana, nascidos vivos por cirurgia cesariana tiveram a mortalidade infantil reduzida.

Bowser e Hill (2010), Bohren *et al.* (2015) e Leite *et al.* (2021) discorrem sobre a lacuna na produção de conhecimento sobre as consequências da violência obstétrica para as mulheres e os recém-nascidos. Os estudos disponíveis até o momento discorrem sobre as consequências decorrentes da assistência inadequada, com práticas desnecessárias ou que causam malefícios, ou devido a negligências e omissões que resultam em morbimortalidade materna e infantil. Este estudo propõe denominá-las consequências diretas de violência obstétrica, e para essas, a literatura apresenta diversas evidências (BETRÁN *et al.*, 2018; BOERMA *et al.*, 2018; BRASIL, 2009; 2018; LANSKY *et al.*, 2014; OMS, 2018; SANDALL *et al.*, 2018). Porém, há outras consequências que surgem a longo prazo, como por exemplo a depressão pós-parto e o atraso na busca por serviços de saúde após o parto tanto para as mulheres quanto para os seus bebês, conforme Leite *et al.* (2020, b e 2021). Essas, poderiam ser consideradas consequências indiretas da VO e, em consonância com Leite *et al.* (2021), Bohren *et al.*, (2015) e Bowser e Hill (2010), observa-se uma escassez de pesquisas na área, com exceção da depressão pós-parto.

2.3.4 Medindo a violência obstétrica

Muitos autores concordam com a necessidade de haver um consenso global sobre a definição e a forma de medir a violência obstétrica (BOHREN *et al.*, 2014, 2015, 2018; BOWSER; HILL, 2010; LEITE *et al.*, 2020,a; OMS, 2014; SANDO *et al.*, 2017; TESSER *et al.*, 2015).

Bowser e Hill (2010) e Tesser (2015), trabalharam com tipologias de violência e explicaram que um mesmo tipo de violência pode se encaixar em mais de uma categoria. Sando *et al.* (2017) revisaram cinco métodos de estudo e medição que usaram a tipologia de Bowser e Hill (2010) e identificaram importantes diferenças de abordagem entre eles, o que resultou em uma prevalência de VO que variou de 15 a 98% em países de baixa e média renda.

Aparentemente, os diferentes cenários vão demandar construtos diferentes. Segundo Sando *et al.*, (2017) o viés de seleção, o viés de memória, o local onde foram feitas as pesquisas de prevalência, as escolhas metodológicas durante as coletas, o momento da coleta (na instalação ou na comunidade), o investimento financeiro disponível e as alterações, mesmo que necessárias, feitas nas categorizações podem afetar a homogeneidade e validade dos estudos.

A principal lição que surge da comparação de métodos para medir a prevalência de desrespeitos e abusos no parto é o reconhecimento da tensão entre buscar medidas de prevalência que sejam confiáveis e generalizáveis e tentar evitar a perda de validade no contexto em que a questão está sendo estudada (SANDO *et al.*, 2017, p.1).

Segundo a análise de Sando *et al.* (2017), a categorização dos desrespeitos e abusos no parto é até certo ponto subjetiva e cada pesquisador acaba fazendo adaptações para relevância local e aplicabilidade no contexto estudado, isso acaba gerando diferenças entre as metodologias que medem as prevalências, o que dificulta a comparabilidade entre os estudos.

Por exemplo, para Sando *et al.* (2016), não ter privacidade é diferente de não ter confidencialidade, portanto, as medidas foram feitas em categorias separadas e, apesar de terem utilizado as categorias propostas por Bowser e Hill (2010), essa questão foi diferenciada. Abuya *et al.* (2016) e Kruk *et al.* (2018), outros dois estudos citados por Sando *et al.* (2017), criaram a categoria de demanda inadequada de

pagamento e incluíram nela a detenção na instituição por falta de pagamento e o pedido de subornos, diferente de Bowser e Hill (2010) que estabeleceram uma categoria para detenção nas instalações, observa-se que para Abuya *et al.* (2016) e Kruk *et al.* (2018) a raiz da violência era a questão do pagamento. Portanto, ainda segundo Sando *et al.* (2017), apesar da necessidade de uma ferramenta para se medir a prevalência de forma generalizada, essa é uma tarefa muito difícil.

Diante da heterogeneidade dos dados quantitativos e da necessidade de padronização que permitisse comparação entre os cenários, a OMS, tendo como pesquisadoras e pesquisadores Bohren *et al.* (2015), realizaram uma revisão sistemática de métodos mistos baseada nas evidências dos maus tratos a mulheres durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, nessa revisão foram incluídos 65 estudos, em 34 países.

Os resultados de Bohren *et al.* (2015) vieram a complementar os achados de Bowser e Hill (2010), com o intuito de propor uma tipologia mais assertiva para compreender o que o estudo denominou de maus tratos no parto, desenvolver e validar ferramentas para medir esses maus tratos.

A tipologia então proposta por Bohren *et al.* (2015) se baseia em temas de primeira ordem, que são os marcadores assistenciais ou eventos autorrelatados descritos como por exemplo, mulher espancada, exames vaginais dolorosos, discriminação, ameaças, negligência, negação de alívio da dor, negação de acompanhantes, entre outros. Registra também temas de segunda ordem que classificam os temas de primeira ordem, como por exemplo, uso de força, exames físicos e procedimentos, perda de autonomia, falta de recursos, entre outros. E, por fim, estabelece os temas de terceira ordem que são sete categorias abrangentes de maus tratos durante o parto, são elas abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, falha em atender aos padrões de qualidade profissional, fraca relação entre mulheres e profissionais da assistência e restrições do sistema de saúde.

A OMS, em pesquisa multinacional (Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria), por Bohren *et al.* (2018), desenvolveu e implementou duas ferramentas de medição a partir de métodos mistos (revisões sistemáticas, pesquisa qualitativa primária, mapeamento de ferramentas existentes, testes pilotos e revisões por pares e pelas partes interessadas). As ferramentas consistem em observação direta da assistência

ao parto (profissional de fora da assistência obstétrica, observa a assistência ao parto) e pesquisa comunitária de acompanhamento das mulheres no pós-parto (questionário respondido pela mulher na comunidade); ambas ferramentas se concentram na assistência ao parto, e, os coletores de dados foram profissionais com experiência em saúde pública ou serviço social a fim de se evitar que fossem profissionais da assistência que já tivessem normalizado comportamentos que pudessem ser considerados violência (BOHREN *et al.*, 2018).

Durante o processo de elaboração dessas ferramentas, Bohren *et al.* (2018) utilizaram a tipologia baseada na revisão sistemática (BOHREN *et al.*, 2015) como estrutura para o formulário. Um processo minucioso de construção com diversos pesquisadores foi feito, sete especialistas em saúde materna infantil revisaram as ferramentas e analisaram se os temas eram relevantes, concisos e compreensíveis, eles sugeriram outros temas como por exemplo o cuidado imediato ao recém-nascido. As principais revisões se concentraram em priorizar itens relacionados a resultados maternos e neonatais, se os itens eram viáveis e confiáveis, tanto para a observação da assistência ao parto, quanto para o autorrelato da mulher durante a pesquisa na comunidade. Segundo os pesquisadores era importante a participação das mulheres no processo de desenvolvimento da ferramenta de pesquisa na comunidade, então, o formulário foi discutido com dois grupos de cinco mulheres puérperas e lhes foi perguntado se as questões eram importantes para elas e de fácil compreensão. O estudo não diz que elas participaram da formulação das perguntas, mas que, as principais revisões dessa atividade se concentraram em garantir que as perguntas fossem compreensíveis para as mulheres e entender se os itens eram importantes para elas.

Foram observadas durante a assistência ao parto 2016 mulheres, durante a pesquisa na comunidade participaram 2.672 mulheres, sendo que 1.536 mulheres participaram de ambas as pesquisas e os resultados foram vinculados. Em Mianmar não foi possível aplicar a ferramenta de observação do parto pois não era contextualmente apropriada a presença de um pesquisador observador não clínico na enfermaria de parto.

Os resultados dessa pesquisa foram publicados em Bohren *et al.* (2019): mais de um terço das mulheres sofreram maus tratos e estavam mais vulneráveis próximo ao momento do nascimento do bebê (30 minutos antes até 15 minutos depois) e as

mulheres mais jovens e com baixa escolarização tiveram maior risco, o que demonstra as desigualdades na assistência ao parto. Em 2021, Leslie *et al.* analisaram os dados de Bohren *et al.* (2019) com a finalidade de testar a validade e confiabilidade da ferramenta utilizada para a pesquisa com as mulheres na comunidade, e encontraram, nos contextos de hospitais urbanos em Gana, Guiné, Nigéria e Mianmar, que grupos de situações específicas alcançaram sensibilidade $\geq 85\%$ na identificação de maus tratos em cada uma das cinco categorias (estigma e discriminação foram retirados para uma análise individual e abuso sexual foi excluído). Esse foi um importante passo para avaliação de uma ferramenta e para sua aplicação em todo o mundo. Por fim, Bohren *et al.* (2019) reforçam que compreender as dimensões estruturais dos maus tratos, incluindo gênero e desigualdades sociais, é essencial para garantir que as intervenções de melhoria levem em conta adequadamente o contexto mais amplo.

Sobre medir a violência obstétrica no pré-natal, a literatura aparenta apresentar menos estudos, o estudo Bidens (LUKASSE *et al.*, 2015), uma coorte em seis países (Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia) pesquisou 6.923 mulheres grávidas durante pré-natal de rotina entre 2008 e 2010 e constatou que 1 em cada cinco mulheres relata ter sofrido abuso no cuidado à saúde ao longo de sua vida, mas, não necessariamente que esse abuso tenha ocorrido durante o pré-natal. Os pesquisadores relacionaram a prevalência de abusos no cuidado à saúde ao longo da vida com medo do parto e desejo por cesariana e encontraram que entre mulheres nulíparas, o abuso no cuidado à saúde foi associado ao medo do parto e entre múltíparas, apenas o relato grave de abuso no cuidado à saúde foi relacionado ao medo do parto e ao desejo por cesariana, quanto mais recente o episódio de abuso maior o sofrimento relatado pela mulher. Apesar de ser um estudo robusto, multicêntrico e multinacional, o abuso no pré-natal não é analisado especificamente, e sim, de forma geral, o abuso no cuidado à saúde.

Uma revisão integrativa pesquisou os descritores “assistência pré-natal”, “parto” e “violência” nas bases LILACS e BDEF e os mesmos descritores em inglês na base PubMed; o objetivo era identificar publicações que abordassem o tema violência obstétrica no pré-natal entre 2012 e 2016. Tais autores concluíram que “não foram encontrados registros de estudos nas bases de dados sobre a abordagem da violência obstétrica no pré-natal” (SOUZA *et al.*, 2018, p.2247).

Luz, Assis e Rezende (2015) pesquisaram de forma qualitativa as percepções de 11 adolescentes puérperas, a respeito da assistência ao pré-natal e parto e encontraram que não havia um olhar centrado na mulher pois, 2 das adolescentes se queixaram de consultas impessoais e mecanizadas.

Sodré *et al.* (2021) em sua revisão integrativa encontraram nos trabalhos pesquisados problemas éticos nas relações dos profissionais na assistência às gestantes durante o pré-natal e durante o acesso ao abortamento legal. Esses problemas se caracterizaram por falha na comunicação com falta de clareza na explicação da necessidade de exames ou sobre os resultados, desrespeito à autonomia das gestantes a partir de um “paternalismo médico” e o pré-julgamento da gestante ao desconfiar de seus relatos enquanto os profissionais se apropriam do conhecimento médico como instrumento para dominar e subjugar.

Já Pereira (2014) entrevistou 50 gestantes no sistema público de saúde em Niterói e encontrou 14 gestantes (28%) que responderam afirmativamente quando questionadas acerca das dificuldades para a realização dos exames de acompanhamento pré-natal. Dentre as entrevistadas, 29 (58%) não foram contempladas com a presença de um acompanhante durante a consulta pré-natal, o que promove segurança e apoio à mulher. Porém, 36 gestantes (72%) consideraram ser importante a presença de um acompanhante, constatando-se que apenas 21 (42%) vivenciaram essa realidade. O quantitativo de gestantes do estudo apontou para a demora/espera (50%), seguida das acomodações inadequadas (12%) e péssimo atendimento (8%) como motivos de insatisfação quanto ao processo de atendimento/consulta de pré-natal.

Tais relatos possivelmente seriam mais raros se todas as mulheres tivessem acesso às boas práticas ou práticas baseadas em evidências.

2.3.5 As boas práticas e os indicadores de violência obstétrica

O incentivo à adoção de práticas baseadas em evidências no cuidado materno e infantil é uma constante entre os esforços da OMS (1985, 1996, 2005, 2010, 2011, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020) com intuito de reduzir morbimortalidade materna e infantil, garantir os direitos humanos (reduzir violência e promover saúde) e certificar uma experiência perinatal positiva.

No presente estudo, práticas assistenciais desatualizadas ou contrárias às recomendações da OMS (2016; 2018) para pré-natal e parto positivos configuram indicadores de violência obstétrica.

Segundo a OMS (1996) e MS (2012), durante o pré-natal e antes do parto deve ser feita a avaliação de risco da mulher conhecendo sua história social, de saúde e reprodutiva pregressa e avaliando anormalidades na gravidez atual, como hipertensão, gravidez múltipla, diabetes ou anemia severa, sendo que as gestações de alto risco devem ser encaminhadas para cuidados especializados. Ainda nos mesmos documentos, a OMS e o MS destacam que a avaliação de risco não é uma medida única, mas um procedimento contínuo entre a gravidez e o parto pois, complicações podem surgir a qualquer momento. Ao mesmo tempo, a OMS (1996) registra que mulheres de baixo risco podem ter um trabalho de parto e parto complicados e mulheres de alto risco podem ter um parto descomplicado, portanto o acompanhamento precisa ser contínuo e qualificado.

O presente estudo discorreu sobre gestações e partos de baixo risco. Há recentes recomendações da OMS (2016, 2018), baseadas em evidências, para se ter experiências gestacionais (pré-natal) e de parto seguras e positivas.

Para o pré-natal recomenda-se no mínimo oito contatos com a assistência de saúde para se melhorar os resultados perinatais, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e cinco no terceiro trimestre, o atendimento pré-natal APN deve ser centrado na mulher, há recomendações de promoção de saúde e nutricionais para uso geral e para uso em contextos específicos, deve haver prevenção e detecção precoce de situações relacionadas à gestação e doenças concorrentes, como malária, tuberculose e HIV (OMS, 2016, 2018).

A OMS (2016) considera ainda como boas práticas no pré-natal a triagem de rotina para doenças hipertensivas na gestação através do acompanhamento regular da pressão arterial, verificação de batimentos cardíacos do bebê e aconselhamento sobre a preparação para o nascimento e planejamento familiar pós-parto. A OMS (1996) também discorre sobre a necessidade de se elaborar com a gestante um plano, a partir da avaliação clínica, definindo por quem e onde será realizado o parto sendo que a família deve conhecer esse plano pois, em última instância a família tomará decisões importantes, e, que esse plano deve estar disponível quando o trabalho de parto começar. Além disso, as gestantes devem ter uma caderneta com os dados de

sua gestação e de cada consulta para garantir a continuidade do acompanhamento. Na caderneta da gestante do Ministério da Saúde do Brasil (2018) há uma página destinada ao plano de parto e uma ao planejamento reprodutivo. Segundo a OMS (2016), rotineiramente é recomendado um ultrassom antes das 24 semanas para estimar idade gestacional, anomalias fetais, gravidezes múltiplas, evitar indução pós-termo e melhorar a experiência da mulher. Além do que, entre as políticas nacionais deve-se analisar e atualizar os protocolos clínicos nacionais de APN, normas e regras baseadas nas recomendações adotadas. Sobre apoio a recursos humanos, a OMS estabelece revisar e atualizar o conjunto de práticas para cada setor profissional de APN incluindo mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo.

Para o parto, a OMS (2018) fez 56 recomendações, a maioria delas são relatadas no presente estudo, uma vez que os marcadores assistenciais de violência obstétrica são práticas dissonantes: os cuidados devem ser respeitosos, organizados, dignos, privativos e confidenciais com garantia de ausência de danos e maus tratos com escolha informada e apoio contínuo no trabalho de parto e parto; comunicação efetiva entre prestadores de assistência materna e mulheres em trabalho de parto; acompanhante de escolha da mulher durante trabalho de parto e parto; onde os programas de obstetrícia funcionam bem, é recomendado o acompanhamento contínuo por parteira⁴ ou grupo conhecido de parteiras que apoiam a mulher durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto (essa recomendação também integra as recomendações da OMS (2016) para um pré-natal positivo e requer, em alguns contextos, a adequação do modelo de assistência). Bohren *et al.* (2017) concluíram que o suporte emocional contínuo durante o parto foi relacionado a maior chance de parto vaginal espontâneo, menor chance de analgesia intraparto ou relatar avaliações ou sentimentos negativos sobre a experiência do parto, trabalhos de parto mais curtos, menor chance de cesárea ou parto vaginal instrumental, analgesia regional ou bebê

⁴ Parteira é o título mais antigo do profissional a que chamamos de Obstetrix. Ao longo dos anos, baseando-se em novas filosofias, houve mudanças na denominação e na área de atuação dessas profissionais. Passando de parteira a obstetrix (1925) e a Enfermeira Obstetra (1949). Até 1832, no Brasil, a prática da profissão era exercida por mulheres possuidoras da "Carta de Exame" expedida pelo físico-mor ou cirurgião-mor do império, além de possuírem uma licença da Chancelaria. Em meados do século XX devido à crescente implantação de hospitais, e, conseqüentemente, a hospitalização, ocorrem novas mudanças na legislação em relação à formação de enfermeiras obstetras, surgindo, assim, a especialidade da enfermagem: a Obstetrícia (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

com índice de Apgar baixo de cinco minutos, sendo que, esses benefícios foram melhores quando esse apoio contínuo era fornecido por uma doula⁵.

Segundo a OMS (2018), deve-se também informar às mulheres de que não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio latente⁶ do trabalho de parto e que o primeiro estágio ativo (dilatação do colo uterino a partir de 5 cm até dilatação total), geralmente não se estende de 12 horas no primeiro filho e de 10 horas do segundo filho em diante, portanto, a medida 1 cm/ hora não é recomendada para identificar mulheres em risco de resultados adversos de parto e nem para avaliação da progressão do trabalho de parto, não sendo indicativa de intervenções obstétricas. Portanto, não se deve esperar aceleração do trabalho de parto antes de 5 cm de dilatação e, caso mãe e bebê estejam bem, não se recomenda acelerar seja com administração de ocitocina e nem com cirurgia cesariana. A raspagem dos pelos pubianos e o enema não são recomendados, o exame de toque pode ser feito a cada quatro horas para se avaliar a evolução do trabalho de parto, desde que haja o consentimento da mulher, deve haver uma preocupação em se reduzir a quantidade de exames de toque, principalmente em mulheres com risco de infecção, os exames por múltiplos cuidadores devem ser evitados (OMS, 2018).

Durante o trabalho de parto é essencial uma ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal. Caso as mulheres solicitem alívio da dor são recomendados métodos não farmacológicos e ou farmacológicos de acordo com suas preferências e necessidades, caso seja feita a analgesia epidural é importante preservar as funções motoras e evitar complicações, porém as vantagens ou desvantagens das opções disponíveis para alívio da dor devem ser discutidas com a mulher como parte dos cuidados pré-natais. Não há evidências de que o alívio da dor reduza a duração do trabalho de parto, portanto não devem ser recomendadas com esse fim (OMS, 2018).

Para as mulheres de baixo risco recomenda-se ingestão de líquidos e alimentos, liberdade de movimentação e postura ereta, os profissionais devem apoiar as escolhas das mulheres. O cuidado contínuo de um para um é recomendado. A

⁵ Doula é uma mulher que presta suporte contínuo durante a gestação, parto e pós-parto ou apenas durante o parto com medidas de conforto, suporte emocional, fornecimento de informações e defesa em nome da mulher, fornecido pelo menos desde o início do trabalho de parto (Bohren *et al.* 2017)

⁶ Primeiro estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 05 cm para trabalho de parto de nulíparas ou multíparas (OMS, 2018 - tradução Míriam Rego).

infusão de ocitocina e amniotomia precoce ou ambas as intervenções juntas, assim como medicamentos antiespasmódicos ou os fluidos intravenosos não são recomendadas para prevenção do trabalho de parto prolongado, nem em mulheres que receberam analgesia peridural. A ocitocina sintética só é recomendada em caso de tratamento após confirmação de trabalho de parto prolongado (OMS, 2018).

Deve-se considerar o segundo estágio ativo do trabalho de parto o período entre a dilatação total e o nascimento do bebê em que a mulher tem uma vontade involuntária de empurrar, esse período geralmente dura cerca de três horas nas primíparas e duas horas nas multíparas, quando a condição mencionada persiste além do tempo mencionado a chance de um nascimento espontâneo diminui e intervenções podem ser consideradas (OMS, 2018).

Posições não devem ser impostas às mulheres e sim encorajadas as livres escolhas de posições, incluindo as verticais e uma adoção de posições confortáveis para as mulheres, sempre monitorando o bebê, quando necessária mudança de posição para ausculta, deve haver comunicação efetiva com a mulher. As posições pouco reclinadas e de quatro apoios facilitam a realização de técnicas de proteção do períneo para evitar lacerações e reduzir a perda sanguínea. Os cuidadores não devem impor puxos direcionados às mulheres, não há evidências de benefícios, elas devem ser incentivadas e apoiadas e seguir o próprio desejo de empurrar. Para as mulheres com analgesia epidural, os puxos podem iniciar até duas horas após a dilatação completa, deve-se evitar então a imposição de puxos imediatos por falta de evidências de benefícios e riscos de mais intervenções médicas, observar os contextos em que há recursos disponíveis para um segundo estágio mais longo e a hipóxia perinatal adequadamente avaliada (OMS, 2018).

Práticas que reduzam o risco de traumas perineais são recomendadas, de acordo com as preferências das mulheres, incluindo massagem perineal, compressa morna e proteção de mãos no períneo. A pressão no fundo do útero não é recomendada, podendo causar danos para a mulher e ao bebê (OMS, 2018).

De acordo com a OMS, 2018, não há determinação de uma taxa aceitável de episiotomia e seu uso não é recomendado para mulheres que evoluem para o parto vaginal espontâneo, estudos mostram que a episiotomia mediana é forte fator de risco independente para lacerações de terceiro ou quarto grau (PERGIALIOTIS *et al.*, 2014), uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados

(n=6177) encontrou que entre os grupos com menor número de episiotomias, houve menos danos ao períneo (redução de traumatismo perineal/vaginal grave) (JIANG *et al.*, 2017) e uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados (n=574) não conseguiu encontrar nenhum benefício da episiotomia seletiva em comparação ao uso de não episiotomia (PEREIRA *et al.*, 2020), um ensaio clínico randomizado encontrou que não fazer nenhuma episiotomia não aumentou desfechos ruins para mãe ou bebê (AMORIM *et al.*, 2017) e ainda, no ensaio clínico randomizado de Sagi *et al.*, 2020, a diminuição do uso de episiotomia não foi associada a taxas mais altas de rupturas graves ou quaisquer outros resultados adversos, acreditando que o procedimento pode ser evitado tanto em partos espontâneos quanto em partos assistidos por vácuo.

Ainda, de acordo com a PhD Melania Amorim, referência em medicina baseada em evidências em uma discussão recente:

Não há evidências corroborando qualquer “indicação” de episiotomia, essas indicações foram inventadas pelo modelo de Obstetrícia tecnocrático, misógino, patriarcal e machista e são repetidas até hoje sem que a efetividade da episiotomia tenha sido comprovada, e sabendo-se que aumenta o risco de lacerações perineais graves (de terceiro e quarto graus) (AMORIM, 2021, sem página, grifo do autor).

Amorim, Delgado e Katz (2020), em uma carta ao editor do *International Urogynecology Journal* comentando o artigo de Sagi *et al.* (2020) intitulado “*É hora de abandonar o uso da episiotomia? Um ensaio clínico randomizado*”, afirmam: “é hora de interromper as investigações mutilando o períneo das mulheres. Assim, a questão do título deste interessante artigo poderia ser facilmente removida, pois definitivamente é o momento de abandonar o uso da episiotomia” (AMORIM; DELGADO; KATZ, 2020, p.31). Diante do exposto, observa-se uma recomendação incisiva por parte das pesquisadoras Amorim, M. e Katz, Leila e do pesquisador Delgado A. de se remover a intervenção de episiotomia da assistência ao parto, uma vez que é uma prática mutiladora e seus benefícios nunca foram comprovados.

Durante a saída da placenta, ou terceiro estágio, para prevenir hemorragia pós-parto deve-se administrar uterotônicos a todas as parturientes, de preferência a ocitocina. O clampeamento do cordão umbilical não deve ocorrer antes de um minuto após o nascimento. O clampeamento tardio é recomendado mesmo entre as mulheres vivendo com HIV ou mulheres com status de HIV desconhecido. A massagem uterina

não é recomendada após o parto, pois não há evidências de seus benefícios na prevenção de hemorragia, a avaliação do tônus uterino é recomendada (OMS, 2018).

Com relação aos bebês não se deve aspirar boca e nariz de neonatos com líquido amniótico claro e que começaram a respirar espontaneamente após o nascimento, recém-nascidos que nasceram bem devem ficar em contato pele a pele com suas mães na primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover a amamentação, todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso devem ter oportunidade de mamar o mais rápido possível, após a primeira hora de contato pele a pele, o banho do recém-nascido deve ser evitado até 24 horas após o nascimento, caso isso não seja possível, deve ser atrasado pelo menos seis horas, mãe e bebê devem ficar no mesmo ambiente 24 horas por dia (OMS, 2018).

Por fim, após um parto vaginal descomplicado em uma instituição, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados nas instalações por pelo menos 24 horas após o nascimento. Antes da alta, o sangramento da mãe deve estar controlado, a mãe e o bebê não devem ter sinais de infecção e o bebê deve estar amamentando bem (OMS, 2018).

Observa-se que as recomendações da OMS são dirigidas aos profissionais, é, portanto, esperado que as mulheres pouco saibam dessas recomendações e que não percebam a violência de uma assistência tecnocêntrica, inadequada e em dissonância às práticas recomendadas.

2.3.6 Percepção das mulheres e repercussões sobre a violência obstétrica

A partir de uma antiga e difundida profecia que determina a dor do parto como um castigo⁷, entende-se que a mulher é punida por ter tido relações sexuais e imagina-se que o sofrimento faz parte do processo do parto. Em adição observa-se o desconhecimento das mulheres, e até dos próprios profissionais de saúde, sobre o processo fisiológico do parto (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Para Wolff e Waldow (2008), as mulheres consentem e se submetem à violência obstétrica principalmente por medo, seja pelo bebê, pelo atendimento ou por causa da inferioridade na relação de poder com o médico. Santos e Souza (2015)

⁷ Para a bíblia cristã, as dores durante o parto são punições à mulher por ter cometido o pecado original; “E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará” (GÊNESIS 3:16).

recomendam como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica, o conhecimento das mulheres sobre seus direitos, contemplando a elaboração e o respeito ao plano de parto, inclusive com a exigência da presença do acompanhante por todo o tempo.

Entretanto, a ideia de que a mulher se submete ou consente uma assistência violenta em uma relação de poder em que ela ocupa posição inferior é uma ideia contraditória, além do que parece colocá-la na condição de corresponsável. Visto que, consente quem está em posição de igualdade e as mulheres não estão (SAFFIOTI, 1994). Para muitos autores mesmo que as mulheres estivessem informadas, enfrentar a relação desigual de poder estabelecida entre médico e paciente pode ser desafiador, pois a cultura hospitalocêntrica de assistência à gestação e parto convencionada no Brasil dificulta o respeito à autonomia da mulher e centra na figura do médico obstetra o protagonismo por “fazer o parto” (BRASIL, 2001; 2019; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, TESSER *et al.*, 2015; SOGESP, 2021) Ainda que a mulher enfrente o poder médico, isso pode causar um outro embate com o poder jurídico também sob a influência das estruturas sociais (SIMAS; MENDONÇA, 2016).

O caso Adelir representa fortemente o desprezo pela autonomia da mulher e a impotência diante da influência dos poderes médico e jurídico (SIMAS; MENDONÇA, 2016) e esse, não é um fenômeno exclusivamente brasileiro, mas acontece em outros lugares, como por exemplo, nos Estados Unidos, onde Jenniffer Godall foi ameaçada formalmente pelo Hospital após recusar a cesariana e demandar a vivência do parto natural de seu quarto filho, após três cesarianas. Segundo o Hospital, eles reconheciam que Godall tinha o direito de consentir com a cirurgia, mas que como ela recusou o procedimento, o Hospital e seus médicos iriam decidir o que era melhor para ela, para a família dela e para o feto que ainda ia nascer, ou seja, Jenniffer tinha o direito de consentir a cirurgia, mas não tinha o direito de recusá-la, logo, não havia escolha (DIAZ-TELLO, 2016), “a cirurgia forçada é apenas o indicador mais flagrante em um padrão mais amplo de desrespeito e abuso em relação a mulheres grávidas e parturientes por parte de profissionais de saúde e instituições médicas” (DIAZ-TELLO, 2016, p.57).

Portanto, a despeito do fortalecimento das mulheres em relação à sua autonomia por meio de informações e da reeducação da equipe profissional de saúde que pratica a assistência obstétrica, esforços devem ser investidos na qualificação da

assistência, nesse sentido, uma revisão sistemática sobre intervenções não clínicas para redução de cesarianas (CHEN I *et al.*, 2018) concluiu que faltam estudos ou há evidências muito baixas de que intervenções relacionadas às mulheres ou famílias reduza o número de cesarianas, entretanto, há intervenções com evidência de certeza moderada ou alta, direcionadas a profissionais de saúde, como implementação de diretrizes combinada com segunda opinião obrigatória, implementação de diretrizes combinadas com auditoria e feedback e educação médica local, que mostraram reduzir com segurança a taxa de cesarianas.

Segundo Gruskin *et al.* (2010) e OMS (2014), é necessária uma abordagem baseada em direitos humanos a fim de incorporá-la nos esforços da saúde pública. Para Cottingham *et al.* (2010), isso irá melhorar a estrutura legal e regulatória da saúde sexual e reprodutiva. Bowser e Hill (2010) constatam que uma liderança comprometida com cuidados respeitosos poderia reduzir, ou até mesmo, eliminar a violência obstétrica, ao passo que, quando essa liderança é desinteressada ou obstrutiva observa-se um forte impacto negativo.

Conclui-se que ações devem ser tomadas para tornar a assistência competente e confiável. É desejável que a mulher melhore sua percepção para compreender o processo do parto, conhecer os seus direitos e entender que ela pode e deve ter autonomia, sendo que sua experiência deve ser positiva. A presença de acompanhante de livre escolha é um direito, promove melhores resultados, deixa a mulher segura e coíbe a violência, entretanto, coibir não é o mesmo que erradicar ou combater a violência. Não é responsabilidade da mulher ter que reconhecer a violência e se defender, portanto, corroborando com Bowser e Hill (2010), Cottingham *et al.* (2010), Gruskin *et al.* (2010) e OMS (2014) a responsabilidade de oferecer o melhor cuidado alcançável e livre de violência é do Estado/Sistema/Instituição e esforços devem ser empenhados nessa direção.

2.3.7 O reconhecimento e a tipificação da violência obstétrica no Brasil

Como a violência obstétrica é um assunto relativamente recente, essa discussão é recebida com resistência pela sociedade, que é incapaz de assimilar a assistência ao parto como um processo de violência (SENA; TESSER, 2017), e ainda, segundo Katz *et al.* (2020), há uma resistência narcísica, por parte das associações e

conselhos médicos, acerca do uso do termo violência obstétrica, tanto que pressionaram o Ministério da Saúde para que proibisse o seu uso.

O uso dessa expressão agride a comunidade médica, de modo mais direto ginecologistas e obstetras, em sua imensa maioria comprometidos com o bom atendimento e com o respeito às suas pacientes, e que, por conta de uma percepção equivocada de alguns segmentos, têm tido sua participação diminuída e questionada no processo assistencial; (CFM, 2019)

Há anos lutamos para que o termo “violência obstétrica” deixe de ser usado, pois abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com a gestante. O que existe na verdade é uma violência institucional por meio de maternidades sem condições e muitas como verdadeiras masmorras medievais Brasil afora, sem obstetras, pré-natal sem médicos, falta de segurança, salários péssimos e isso quando se recebe sem tomar calote, vínculos precários sem concurso. Tudo isso são fatores que atingem as gestantes e também aos médicos. É contra isso que as pacientes devem lutar e não contra nós, médicos atçados por pessoas de viés ideológico antimedicina. É uma luta do atual Cremerj resolver este problema (CÂMARA R. CREMERJ, 2019)

O MS publicou, sobre pressão do CFM, o despacho do dia 03 de maio de 2019 pautando o termo como inapropriado e informando sobre seus esforços para a sua abolição, porém teve que voltar atrás após a recomendação 29/2019 do Ministério Público Federal (MPF) no dia 7 de maio de 2019.

[...] que se abstenha de empregar quaisquer ações voltadas especificamente à abolição do uso da expressão "violência obstétrica", empregando, ao invés, ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeitos durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causar danos (MPF, 2019).

Recentemente o Conselho Nacional de Justiça publicou o Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero, que utiliza o termo violência obstétrica, e a descreve como violação dos direitos humanos passível de responsabilização criminal (CNJ, 2021).

A pesquisa brasileira mais conhecida que abordou a violência obstétrica aconteceu em 2010 e a partir dos resultados, fala-se que uma a cada quatro mulheres brasileiras sofreram violência no parto (VENTURI, 2010). Antes disso, em 2006, a Rede de Mulheres Parto do Princípio elaborou um documento sobre o atendimento ao parto no Brasil para denunciar o excesso de cesáreas no setor privado. O documento foi entregue ao MPF cobrando sua atuação frente ao abuso de cesáreas praticado,

em especial, na rede de saúde suplementar (SS) (DINIZ *et al.*, 2018; PARTO DO PRINCÍPIO, 2015),

A partir dessa denúncia, em 2007, o MPF promoveu uma audiência pública, em São Paulo, para debater o fato com representantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Federal de Medicina, Associação dos Hospitais Privados, Federação Brasileira de Hospitais, Conselho Federal de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina e Planos de Saúde e onde esteve também presente, a Rede de Mulheres Parto do Princípio. Posteriormente, o MPF cobrou na justiça por uma manifestação da ANS, para que ela exercesse sua atribuição de regulamentar os planos de saúde. Uma ação civil pública foi ajuizada em 2010 exigindo que os planos de saúde divulgassem a taxa de cesáreas dos médicos conveniados e hospitais, além de credenciar enfermeiras obstetras para uma assistência alinhada à ciência (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

A discussão avançou com o trabalho de movimentos sociais feministas, e, em 2017, no estado de Santa Catarina, foi sancionada a lei 17.097/2017: a primeira lei em toda a federação que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica naquele estado.

Em agosto de 2017 foi publicado no diário oficial de Santa Catarina, o decreto 1.269, que regulamenta a lei. Seu artigo 2º considera violência obstétrica: “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (SANTA CATARINA, 2017). Ainda segundo o mesmo decreto, em seu parágrafo 3º, será considerada ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

- I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
- II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;
- IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;
- V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;
- VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;
- VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

- VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;
- IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;
- X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;
- XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;
- XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;
- XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
- XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
- XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas das trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (SANTA CATARINA, 2017).

No estado de Minas Gerais, cenário da presente pesquisa, a lei da violência obstétrica, Lei 23.175, foi sancionada em dezembro de 2018, porém muito incompleta em relação à Lei 17.097/2017 de Santa Catarina. As principais lacunas podem ser observadas na diferença de incisos que explicam a violência obstétrica, enquanto a legislação de Santa Catarina elenca 21 incisos para exemplificar formas de violência obstétrica, a legislação de Minas Gerais conta com apenas 10 (MINAS GERAIS, 2018; SANTA CATARINA, 2017).

Em âmbito nacional, outros três projetos de lei tramitam em conjunto na Câmara de Deputados Federais visando proteger as mulheres contra a violência obstétrica: O PL 8219/17; o PL 7867/17; e o PL 7633/14. Eles definem que tipo de atitude pode ser considerada violência obstétrica e as punições previstas, que vão de multa a dois anos de prisão, mas, desde a sua proposta, os projetos não avançam nas casas legislativas (VITAL, 2017).

Por iniciativa do movimento social, algumas legislações foram implementadas a fim de atuar em situações específicas da assistência ao parto e evitar a violência,

como é o caso da Lei nº 11.108/2005, que desde 2005, estabelece o direito ao acompanhante para mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (DINIZ *et al.*, 2018) e as Leis das Doulas, que obrigam as instituições de saúde a permitir a entrada de uma doula de escolha da mulher no momento do parto, aprovadas em estados como Rio de Janeiro, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Amazonas, Alagoas, Pernambuco, Ceará, Tocantins, Amapá, Rondônia e Santa Catarina e alguns municípios como Belo Horizonte e Fortaleza (DOULA BRASIL, 2021).

A respeito da lei do acompanhante, a pesquisa “Nascer no Brasil” (D’ORSI *et al.*, 2014), que entrevistou 15.688 puérperas pelo telefone entre março de 2011 e fevereiro de 2013, constatou que 80,7% dessas mulheres não tiveram acompanhante durante todos os momentos da internação, resultado que pode ser explicado por Fatorelli (2020) quando diz que as ferramentas positivas na esfera dos direitos humanos reprodutivos são muitas vezes simbólicas e acabam por retirar a responsabilidade do estado.

Em abril de 2019, durante a ação civil pública (0017488-30.2010.403.6100) aberta a partir da denúncia feita pela Rede de Mulheres Parto do Princípio em 2006, a justiça federal determinou que a ANS sob pena de multa, cumpra as determinações fixadas em juízo, como o:

[...] credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetizes em operadoras de saúde hospitalares conveniadas, bem como ressarcimento pelos serviços e consultas por eles prestados, seja em atendimentos nas entidades hospitalares seja em consultas pré-natais e pós-parto [...] a criação de indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019, p.1 *apud* CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Observa-se ainda, na decisão judicial, que o Ministério Público

Discorre detalhadamente acerca do não cumprimento das obrigações estabelecidas nas alíneas "d" e "e" da sentença, concluindo não ser possível aguardar-se mais o cumprimento espontâneo das obrigações por parte da ANS, por se colocar em risco a vida de mulheres e recém-nascidos em nosso país, que continua a ostentar o vergonhoso índice de "Campeão Mundial" de partos cirúrgicos (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019, p.2 *apud* CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Entretanto, há resistência das corporações médicas, a ANS demorou dois anos para tornar obrigatória a inclusão de enfermeiras (os) obstetras ou obstetrizes no rol de procedimentos, o que foi feito em 25 de fevereiro de 2021. Ainda assim, as corporações médicas conseguiram condicionar a cobertura pelo plano mediante prescrição médica, para que o cuidado pré-natal tivesse sempre como condutor um médico obstetra (SOGESP, 2021).

[...] a SOGESP entende que é absolutamente descabido e ilegal autorizar que o acompanhamento das gestantes seja feito exclusivamente por enfermeiro obstétrico ou obstetriz. Portanto, caso a ANS decida pela inclusão do procedimento “acompanhamento pré-natal por enfermeiro obstetra ou obstetriz” em seu Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, imperativo que o faça com a adoção de Diretriz de Utilização firme e clara que exija a presença do médico obstetra como principal responsável pelo acompanhamento pré-natal (SOGESP, 2021, p.1).

Sobre o excesso de cesarianas no Brasil, como dito anteriormente, segundo recomendações da OMS, desde 1985, não há justificativa para taxas de cesariana acima de 15% e a taxa ideal está entre 10 e 15%, também não há evidência de que a cesariana seja necessária após uma cesariana anterior, os partos vaginais após uma cesariana devem ser encorajados sempre que houver retaguarda cirúrgica emergencial.

Porém, no Brasil, apesar de aproximadamente 70% das mulheres desejarem vivenciar um parto normal (LEAL *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2017), 55,94% dos nascimentos em 2018 e 56,3% dos nascimentos em 2019 foram por meio de cirurgias cesarianas (SINASC, 2021). De acordo com Leal *et al.* (2012), entre as mais de 23.000 participantes da pesquisa Nascer no Brasil, apenas 5% das mulheres vivenciaram um parto vaginal sem intervenções, 34,1% das mulheres tiveram cesariana eletiva e apenas 15% das mulheres com cesariana anterior vivenciaram um parto vaginal após a cesariana.

Além disso, há procedimentos usuais no parto sem evidências científicas para sua recomendação, como é o caso da episiotomia. A integridade do períneo deve ser protegida, não havendo justificativa para o uso de episiotomia (AMORIM *et al.*, 2017; OMS, 2018; SAGE-DAIN *et al.*, 2020).

A livre movimentação durante o trabalho de parto reduz a dor e a livre escolha de posição durante o parto ajuda na progressão do parto e reduz a chance de laceração, além de haver menos escores de Apgar abaixo de 7 (CARVALHO *et al.*,

2010). Contudo, Leal *et al.* (2012), ao entrevistar 23.824 mulheres por todo o Brasil entre 2011 e 2012, encontrou que 91,7% das mulheres tiveram seus filhos em posição litotômica (ginecológica) e 53,5 % das mulheres foram submetidas à episiotomia.

Muitos dos achados de Leal (2012) demonstraram que 27 anos após as recomendações da OMS (1985), o Brasil ainda precisava percorrer um longo caminho no sentido oferecer uma assistência ao parto baseada em evidências científicas, e ainda hoje, em 2021, é preciso atualizar a formação assistencial, superar a medicalização da gestação e do parto, respeitar a autonomia das mulheres e deixar de lado o corporativismo profissional.

2.4 A necessidade de humanização do parto e nascimento

Até o final do século XIX, o processo do trabalho de parto sempre fez parte do universo feminino, e, por essa razão, bem como para evitar a exposição das partes íntimas femininas para os homens, era executado somente por mulheres, como curandeiras, parteiras ou comadres. Além disso, a área médica não se interessava pelas questões relativas à obstetrícia (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015). A presença do médico era solicitada caso houvesse alguma intercorrência que fizesse com que a parteira não tivesse condições de finalizar ou dar continuidade ao processo do parto (LEISTER; RIESCO, 2011).

No início do século XX, o parto saiu do ambiente domiciliar e foi para o ambiente hospitalar, além disso, ao longo das décadas, houve alteração também dos hábitos femininos, tais como: o costume de frequentar os consultórios de obstetras e pediatras, o uso de medicamentos e o consumo de produtos da indústria de higiene e alimentação infantil (IBGE, 1971; LEISTER; RIESCO, 2011). Em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática médica, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas (BRASIL, 2001).

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2001, p.18).

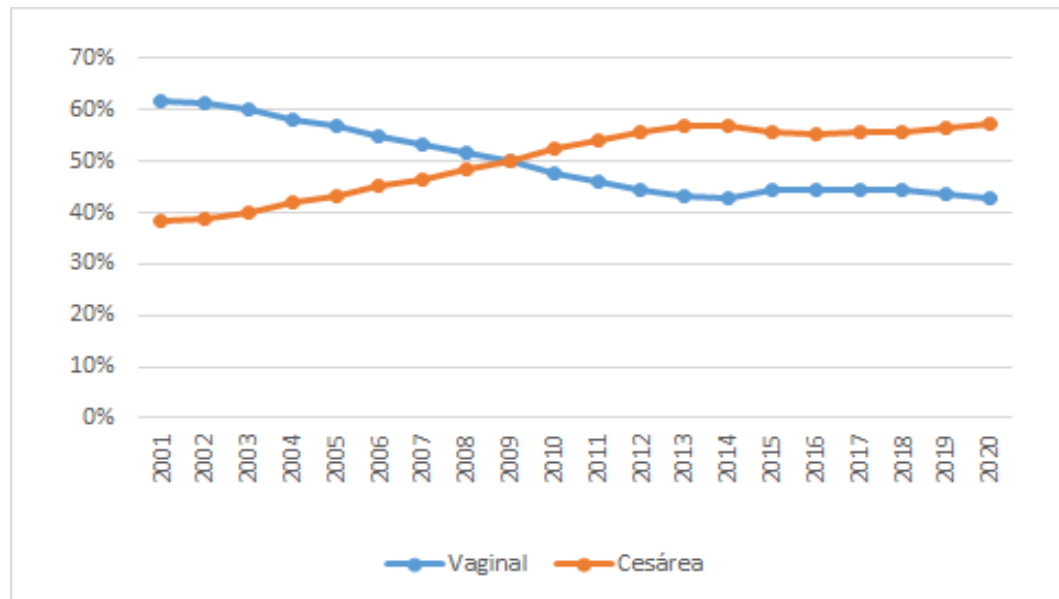
A mulher perdeu o seu protagonismo e foi submetida ao que era supostamente científico (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015), mas que se difere muito do que é preconizado pela OMS (1985, 2014, 2018). O excesso de medicalização é responsável por uma grande transformação cultural na população, especialmente em relação ao processo do parto e sua imprevisibilidade (LEÃO *et al.*, 2013).

Consequência disso é a epidemia brasileira de cesáreas. Em 2006, 44% dos nascimentos foram por via cirúrgica (ANS, 2008). Em 2009, o número de cirurgias cesarianas começou a ultrapassar o número de partos vaginais chegando a 57% do total de partos em 2014. Em 2015 existe um pequeno decréscimo (55,5%) e a partir de 2016 as diferenças entre nascimentos vaginais e cesáreos se mantêm (LABOISSIÈRE, 2017). A porcentagem de cesáreas chega a ordem de 80% em alguns hospitais privados onde há o incentivo para o procedimento (HOPKINS *et al.*, 2014).

Como possíveis explicações para o crescimento das taxas de cesáreas no Brasil, o estudo de Faundes e Cecatti (1991) relatam que as mulheres revelavam temer a dor, buscar a integridade vaginal e acreditavam que o parto vaginal seria mais arriscado para o feto do que uma cesárea. Além da organização da atenção obstétrica por conveniência e segurança do médico, também foram citados na literatura fatores institucionais e legais, como o pagamento superior para a cesárea por parte do extinto INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (FAUNDES e CECATTI, 1991). Com relação ao financiamento, no estudo de Hopkins *et al.* (2014), o pagamento público do parto, estava associado a menores taxas de cesárea quando comparados com pagamentos privados, independente do hospital.

Os altos índices de cirurgias cesarianas já deram ao país o título de campeão mundial de cesáreas (PEREIRA; ALBUQUERQUE, 2018). Atualmente o Brasil está em segundo lugar, com 55,5% dos nascimentos sendo cesáreos, como pode ser visto na Figura 2, atrás apenas da República Dominicana, que tem 58,1% (FEREY; PELEGRI, 2018).

Figura 2 - Proporção de nascidos vivos por tipo de nascimento (vaginal ou cesáreo), Brasil, 2001-2020



Fonte: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (SINASC/DASNT/SVS/MS).

Nota: Dados parciais para o ano de 2020.

Diante do contexto de hipermedicalização do parto (LEAL *et al.*, 2012; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; TESSER, 2015) e da necessidade de se reduzir a morbidade e mortalidade materna, o Ministério da Saúde vem, desde os anos 2000, estimulando a implementação de políticas incentivadoras do parto normal humanizado, como o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)*, o *Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal* em 2004 (BRASIL, 2008), o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (RDC 36/2008) em 2008 e a Estratégia Rede Cegonha.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, observa as necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país. Para isso, busca as melhorias do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Entre as ações previstas estão o aumento dos investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco e também em outros projetos associados, como o Maternidade Segura e o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, o treinamento, capacitação de profissionais e investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes

(BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). De acordo com a OMS (2000), “humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e para o bebê” (OMS, 2000 *in* MATEI; CARVALHO; SILVA, 2003, p.17).

A Rede Cegonha, implantada em 2011, visa implementar uma rede de cuidados integrais para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Entre suas ações, ela estabelece uma rede de atenção que garante acesso e acolhimento, objetivando a redução da mortalidade materna e neonatal e fortalecendo a atuação da enfermagem obstétrica que é reconhecida e incentivada pela OMS como o profissional de escolha para assistência ao pré-natal e parto de risco habituais. Entre as diretrizes da Rede Cegonha estão a garantia de boas práticas e melhoria do pré-natal e parto, com a vinculação da gestante à unidade de referência com garantia de transporte seguro, e a segurança na atenção ao parto e na saúde das crianças de 0 a 24 meses, além do acesso ao planejamento reprodutivo.

2.5 A humanização da assistência ao parto e nascimento em Belo Horizonte

Anos antes dos acordos internacionais da ONU como os ODM e os ODS, a cidade de Belo Horizonte já mostrava um cenário ativo na busca pela redução da mortalidade materna e neonatal. Em 1993, a Comissão Perinatal de Belo Horizonte se estruturava como iniciativa integrante do Projeto Vida para redução da mortalidade infantil. A Comissão possuía caráter técnico, educativo, deliberativo e gestor das políticas para a assistência à gestante e ao recém-nascido e constituía um fórum de discussão permanente junto à Secretaria Municipal de Saúde. Desde 1999, a Comissão atuava conjuntamente com vários setores estratégicos e realizava reuniões ordinárias mensais, iniciativa pioneira no país, reunindo a gestão municipal, serviços públicos, setor privado e o controle social. A partir de 1997, todos os óbitos maternos passaram a ser investigados e desde 2002 também os óbitos infantis e fetais, com identificação de possíveis falhas na assistência e de medidas de prevenção (LANSKY,

2010). A assistência obstétrica do Hospital Sofia Feldman, inaugurado em 1982 no município, uma instituição filantrópica 100% SUS, considerada a maior maternidade do Brasil em número de partos, representa modelo nacional e internacional em humanização do parto (WERNECK, 2017), e demonstra o quanto o município de Belo Horizonte é importante no processo de humanização do atendimento ao parto, figurando como centro de formação profissional multidisciplinar e difusão de boas práticas.

Atualmente nascem cerca de 27 mil crianças por ano em Belo Horizonte, e a cidade possui 16 instituições de saúde que assistem partos: Hospital Semper, Hospital Vila da Serra (localizado em Nova Lima, mas que absorve partos de Belo Horizonte), Hospital Belo Horizonte, Maternidade Octaviano Neves, Hospital Mater Dei, Maternidade Santa Fé, Hospital Dia Maternidade Unimed, Hospital IPSEMG, Maternidade Neocenter, Hospital das Clínicas (Universidade Federal de Minas Gerais), Santa Casa, Hospital Odilon Behrens, Hospital Júlia Kubitscheck, Maternidade Odete Valadares, Hospital Sofia Feldman e Hospital Risoleta Tolentino Neves. Sete dessas instituições atendem pelo SUS e eram monitoradas pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte até o ano de 2017 (Comissão Perinatal, 2017), havendo então o desmantelamento da comissão perinatal e alteração da política perinatal pela gestão municipal (ARANDA, 2018). A respeito da rede particular é possível ter acesso a alguns indicadores de assistência como as taxas de cesáreas e de parto vaginal por meio do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, implementado em 2018 pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT) do Ministério da Saúde. Há também os indicadores de atenção materna e neonatal divulgados no painel da ANS durante a terceira fase do Projeto Parto Adequado, entre eles qual a proporção de cirurgias cesarianas antes do início do trabalho de parto e a proporção de partos assistidos por enfermeiras (os) obstetras (ANS, 2021).

Apesar do exemplo do Hospital Sofia Feldman e do esforço das Políticas da Comissão Perinatal, algumas instituições de assistência obstétrica em Belo Horizonte permanecem com um modelo intervencionista, hospitalar, com assistência não baseada em evidências científicas, sem a autonomia da enfermagem obstétrica, centrado na figura médica, e sem o protagonismo materno, como pode ser observado

a partir da análise dos indicadores no Quadro 1 para o ano de 2015⁸. Observa-se, por exemplo, que no Hospital das Clínicas (onde há formação profissional universitária) não há ambiência adequada, apenas 33% dos partos são verticalizados, há 31% de episiotomias e 10,7% de Kristeller.

Quadro 1 - Distribuição de práticas assistenciais nas maternidades financiadas pelo SUS, Belo Horizonte, 2015

Práticas	Indicadores	MOV	HJK	Santa Casa	HRTN	HOB	HC	HSF	SUS-BH
Recomendadas	Colegiado Gestor Ativo	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	*
	Reuniões Regulares do Distrito Sanitário	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	*
	Divulgação Pública dos Indicadores	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	*
	Ambiência RDC 36 - 1 quarto PPP	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	*
	Enfermeira obstetra atuante	Parcial	Parcial	Parcial	Sim	Parcial	Não	Sim	Sim
	Plantões com doulas	> 50%	35%	50%	21%	30%	Não	100%	*
	Líquido por livre demanda	74,5	94,3	94,8	93,8	95	68,9	96,1	89,6
	Partograma	82,8	88,6	85,2	88,5	85,1	87,7	77,9	81,9
	Acompanhante durante toda a internação	85,6	91,3	99,6	97,6	77,6	93,1	94,2	92,8
Práticas	Indicadores	MOV	HJK	Santa Casa	HRTN	HOB	HC	HSF	SUS-BH
Recomendadas	Métodos não farmacológicos para alívio da dor	89,6	87,3	90,5	87,4	61,5	63,5	82,7	83,6
	Analgesia	26,9	14,8	15,1	19,1	9,8	37	36,5	26,1
	Parto em posição verticalizada	62,9	57,8	30,7	68,1	25,5	33,1	69,7	57,4
	Contato pele a pele	96,9	95,4	92,7	97,4	75,9	96,4	98,9	95,6
	Amamentação na primeira hora	88,2	92,8	99,7	100	85,5	88,6	94,3	94,4
Não Recomendadas	Ocitocina para acelerar o parto	27,6	27,6	36,3	30,1	26,7	36,8	24,3	27,2
	Amniotomia < 5 cm de dilatação	3,4	8,6	5,9	0,9	13,9	6,6	9,6	6,9
	Episiotomia	21,3	34,1	29,9	9,7	16,1	31,4	6,5	17,1
	Kristeller	5,9	9,2	11,7	6,8	4,3	10,7	2,4	5,9

Fonte: Estatísticas do Serviço de Saúde e SIH/SMSA/BH (Comissão Perinatal de Belo Horizonte, 2017).

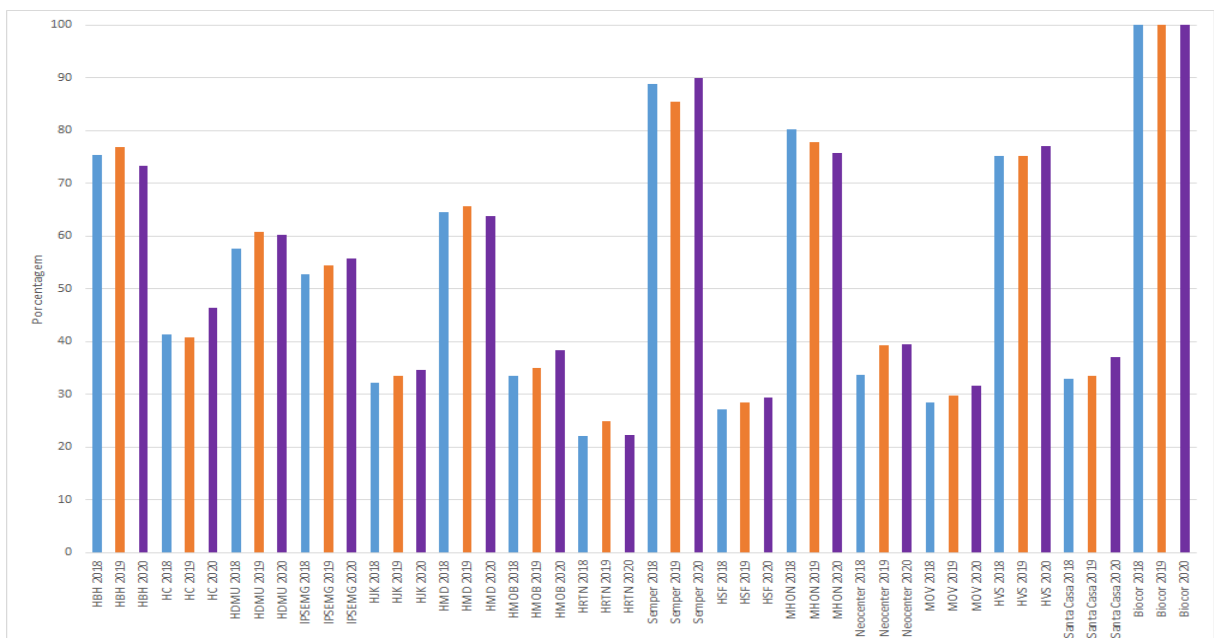
Nota: SMSA-BH: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; SIH: Sistema de Informações Hospitalares; RDC 36: Resolução de Diretoria Colegiada nº36; PPP: suíte de internação para pré-parto, parto e pós-parto; MOV: Maternidade Odete Valadares; HJK: Hospital Júlia Kubitschek; HRTN: Hospital Risoleta Tolentino Neves; HOB: Hospital Odilon Behrens; HC: Hospital das Clínicas; HSF: Hospital Sofia Feldman.

⁸ Análise disponibilizada em 2017 utilizando dados de 2015.

É possível constatar por meio da análise de indicadores da assistência obstétrica no ano de 2015, que em algumas maternidades que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) em Belo Horizonte, persistiam condutas não recomendadas e baixa proporção de práticas recomendadas como enfermagem obstétrica atuante, parto verticalizado e acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Nas Figuras 3 e 4 são observados, no geral, dois modelos de atenção ao parto e nascimento. O primeiro modelo apresenta alta proporção de cirurgias cesarianas na rede privada, chegando a 90% no Hospital Semper no ano de 2020. A proporção de 100% de cesarianas no Instituto Biocor, justifica-se, pois, o mesmo realiza atendimento obstétrico eletivo para mães e fetos portadores de cardiopatias com diagnóstico intraútero (BIOCOR, 2021).

Figura 3 - Proporção de cesarianas por maternidade, Belo Horizonte, 2018-2020

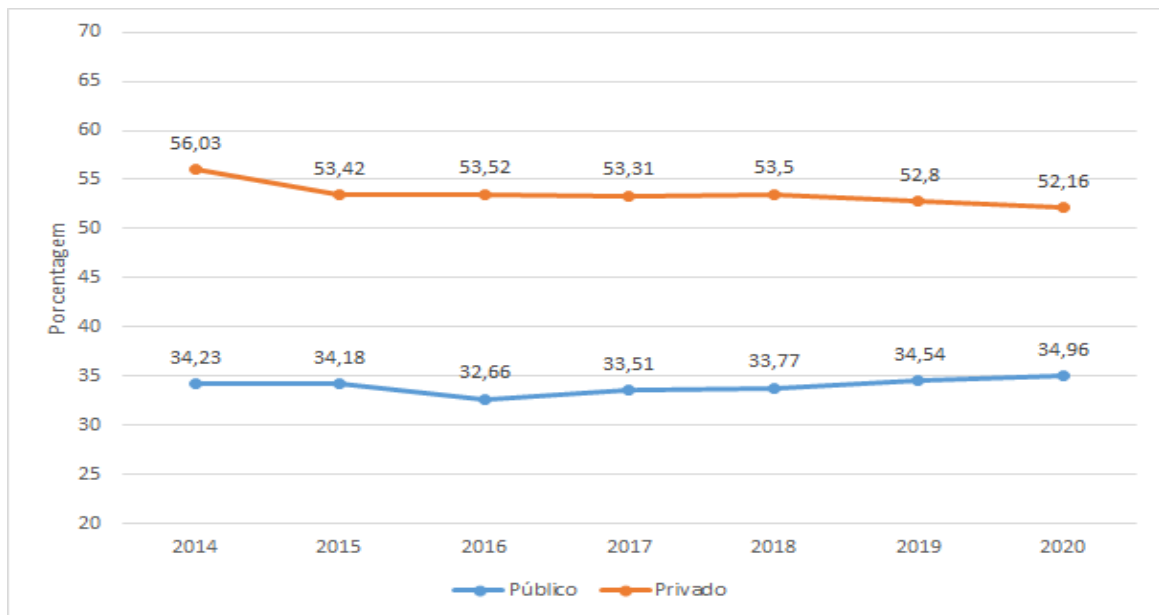


Fonte: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (SINASC/DASNT/SVS/MS).

Nota: Dados parciais para o ano de 2020.

Nota: HBH: Hospital Belo Horizonte; HC: Hospital das Clínicas; HDMU: Hospital Dia Maternidade Unimed; IPSEMG: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais; HJK: Hospital Júlia Kubitschek; HMD: Hospital Mater Dei; HMOB: Hospital Odilon Behrens; HRTN: Hospital Risoleta Tolentino Neves; HSF: Hospital Sofia Feldman.; MHON: Maternidade e Hospital Octaviano Neves; MOV: Maternidade Odete Valadares; HVS: Hospital Vila da Serra.

Figura 4 - Proporção de cesarianas por sistema de atendimento (SUS e SS), Belo Horizonte, 2014 a 2020



Fonte: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (SINASC/DASNT/SVS/MS).

Nota: Dados parciais para o ano de 2020.

O segundo modelo de atenção ao parto consiste em partos vaginais carregados de intervenções desnecessárias tanto no SUS como na rede privada como a infusão de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, o rompimento da bolsa para acelerar o trabalho de parto, o parto em litotomia para facilitar o ato médico, o que pode ser afirmado pela observação do Quadro 1 e corroborando com Cecatti (2014), Domingues *et al.* (2014), Leal *et al.* (2014), Riesco (2014) e Vogt *et al.* (2011).

Em 2011, Vogt e colaboradores fizeram um estudo em Belo Horizonte, observando a assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de assistência do SUS (Centro de Parto Normal, Hospital com práticas humanizadas e Hospital tradicional) e os resultados demonstraram que há resistência ao uso seletivo de intervenções, embora no CPN os resultados tenham sido um pouco melhores.

Para Tesser (2015), o modelo assistencial à mulher é organizado para as intervenções e estas são frequentemente usadas de forma desnecessária. Segundo a Comissão Perinatal de Belo Horizonte (2017) as intervenções frequentemente usadas de forma desnecessária são: cesarianas sem indicação, episiotomias, restrição de posição materna durante o trabalho de parto e parto, analgesia epidural sem utilização prévia de métodos não medicamentosos, indução sem indicação e

condução sem indicação de trabalho de parto, cardiocotografia contínua sem indicação, testes laboratoriais e de imagem sem indicação.

Ao analisar os índices de intervenções praticadas em Belo Horizonte, no Quadro 1, observa-se que as maternidades de Belo Horizonte precisam se adequar para assistir de forma humanizada, com exceção dos Hospitais Sofia Feldman e Hospital Risoleta Neves que apresentam indicadores melhores, percebe-se a necessidade de uma reforma do sistema obstétrico para a implementação das práticas recomendadas (TESSER *et al.*, 2015).

[...] a prevenção quaternária da VO no Brasil pode se dar através da urgente reforma das práticas obstétricas, com a inserção de outros profissionais habilitados no cuidado ao parto de risco habitual e utilizando boas práticas obstétricas, seja nas instituições em funcionamento, seja em outros locais de cuidado ao parto/nascimento (TESSER *et al.*, 2015, p.8).

Ademais, em busca das boas práticas e da transformação do cenário obstétrico em BH, uma construção democrática de propostas de saúde, com o envolvimento de mais de 12 mil pessoas, aprovou na 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, uma proposta para se implementar a assistência obstétrica baseada em evidências:

Abertura da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, em Venda Nova e implementação das práticas baseadas em evidências na atenção à gestação, parto, nascimento, puerpério e abortamento, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto – Conitec/Ministério da Saúde e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, assegurando a atuação da enfermagem obstétrica e das doulas na assistência ao parto e nascimento nas maternidades do SUS-BH e da saúde suplementar, garantindo o cuidado obstétrico um para um, com vistas à satisfação da usuária, bem como a garantia da atenção humanizada para mulheres em situação de abortamento com destaque para o compromisso dos hospitais de ensino com a formação teórica e prática com trabalho em equipe multidisciplinar desde a formação (PBH, 2017, p.9).

Observa-se então, o empenho dos movimentos sociais por uma mudança real que possibilite erradicar a violência obstétrica, uma vez que, as elevadas taxas de cesariana e de outras práticas inadequadas, como evidenciou os estudos do Inquérito Nascer no Brasil (2011-2012), são subestimadas pela população, em especial pelas mulheres que sofrem essa violência (LANSKY *et al.*, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2017). De acordo com Nascimento *et al.* (2017), de 41 mulheres entrevistadas no município de Cabedelo na Paraíba, 17% negam ter vivido qualquer tipo de violência

obstétrica e 83% relatam ter sofrido, contudo, 39% dessas últimas não compreendiam os maus tratos como tal, e foram descobrindo que sofreram violência obstétrica no decorrer da entrevista.

Justifica-se então esse trabalho, devido à baixa percepção das mulheres sobre a violência obstétrica, à dificuldade para mensurá-la e ao compromisso principal de se respeitar os direitos humanos, a partir da transformação do sistema obstétrico, reduzindo a morbimortalidade materna e neonatal, logo, faz-se necessário investigar a ocorrência de violência obstétrica e a percepção das mulheres sobre a violência vivenciada durante a assistência obstétrica na cidade de Belo Horizonte.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção das mulheres sobre a ocorrência da violência obstétrica na assistência pré-natal e no parto entre mulheres que tiveram pré-natal e parto na cidade de Belo Horizonte entre 2018 e 2021.

3.2 Objetivos específicos

- a. Analisar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres participantes da pesquisa.
- b. Analisar a percepção das mulheres sobre a ocorrência da violência obstétrica durante a assistência pré-natal e parto e as características associadas.
- c. Analisar a ocorrência de marcadores selecionados de violência durante a assistência obstétrica no pré-natal e parto.
- d. Analisar os relatos de violência obstétrica durante o pré-natal e parto segundo a tipologia estruturada por Bohren *et al.* (2015).

4 METODOLOGIA

Este estudo integra a pesquisa “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte”, estudo primário, observacional, analítico e transversal realizado em Belo Horizonte/MG, que investigou a assistência obstétrica durante o pré-natal, o parto/perdas gestacionais, o pós-parto, além da assistência ao bebê e ocorrência de complicações maternas e neonatais.

A presente análise é exploratória, exclui os abortamentos e o pós-parto e se concentra na percepção das mulheres e ocorrência de violência obstétrica no pré-natal e no parto.

4.1 População em estudo

A população em estudo foi composta por mulheres com idade entre 19 e 47 anos completos que tiveram assistência ao parto em Belo Horizonte no período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021. Para a participação na pesquisa, foram critérios de inclusão a idade entre 18 e 55 anos e a assistência ao parto em Belo Horizonte durante o período pesquisado. Os critérios de exclusão foram mulheres com idade abaixo de 18 anos ou acima de 55 anos e que não tiveram a assistência ao parto em Belo Horizonte no período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021. As mulheres respondentes à pesquisa compuseram uma amostra não probabilística.

4.2 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário (APÊNDICE A) anônimo, semiestruturado, autoaplicável, via internet, programado no *software* LimeSurvey, com perguntas fechadas e abertas, elaborado tendo como referências as pesquisas de Leal *et al.* (2012), Bohren *et al.* (2015), Palma (2017) e Lansky *et al.* (2019). O questionário é constituído por 21 seções: (1) sociodemográficas, (2) histórico de gravidezes e intenções reprodutivas, (3) desfecho do parto, (4) histórico de cirurgias cesarianas, (5) características biométricas da mulher, (6) satisfação com a assistência

obstétrica recebida no pré-natal, parto e pós-parto, (7) relato espontâneo de violência na gestação, parto e pós-parto, (8) relato de violência após estímulo segundo as categorias de Bohren *et al.* (2015), (9) preferência pelo parto no início da gestação, (10) características do pré-natal e gestação (ex: número de consultas, início do pré-natal, rede, risco da gestação, número de exames de ultrassom, entre outros indicadores de assistência e boas práticas), (11) características do parto (ex: data do parto, rede do parto, idade gestacional, local do parto, indicadores de assistência e boas práticas), (12) sentimentos, (13) acompanhante, (14) admissão hospitalar, (15) detalhes do parto, (16) escolha/indicação da cesariana, (17) marcadores de violência específicos da cesariana, (18) marcadores de violência específicos do parto vaginal, (19) características do pós-parto (ex: recuperação pós parto, ocorrência de complicações, tempo de internação, depressão pós-parto, nível de dor, indicadores de assistência e boas práticas), (20) características do bebê (ex: peso, apgar, necessidade de internação, amamentação durante a internação, necessidade de intervenções, amamentação, assistência a amamentação, uso de leite artificial, dificuldades na amamentação, entre outros), (21) Covid-19 e gestação (diagnóstico, data de diagnóstico, consequências da pandemia para a assistência obstétrica).

Foi possível responder ao questionário por celular, tablet ou computador, com acesso à internet. Uma vez respondida a seção, não era possível retornar à resposta anterior. Dessa forma, foi possível evitar a alteração da resposta às perguntas sobre violência obstétrica ao longo da pesquisa. Ao final havia uma pergunta aberta sobre comentários gerais onde a participante poderia inserir informações sobre algo que tivesse mudado de ideia, assim como fazer críticas ou elencar dificuldades.

Uma primeira versão deste questionário foi aplicada a 28 mulheres no mês de janeiro de 2019, na forma de pré-teste, como requisito para obtenção do título de Especialista em Cuidado Materno e Infantil com enfoque em amamentação no Instituto Mame Bem em parceria com o Instituto de Ciências da Saúde (INCISA), em março de 2019. A partir da experiência com o pré-teste e a condução do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, o instrumento de coleta foi aperfeiçoado para o prosseguimento no atual estudo.

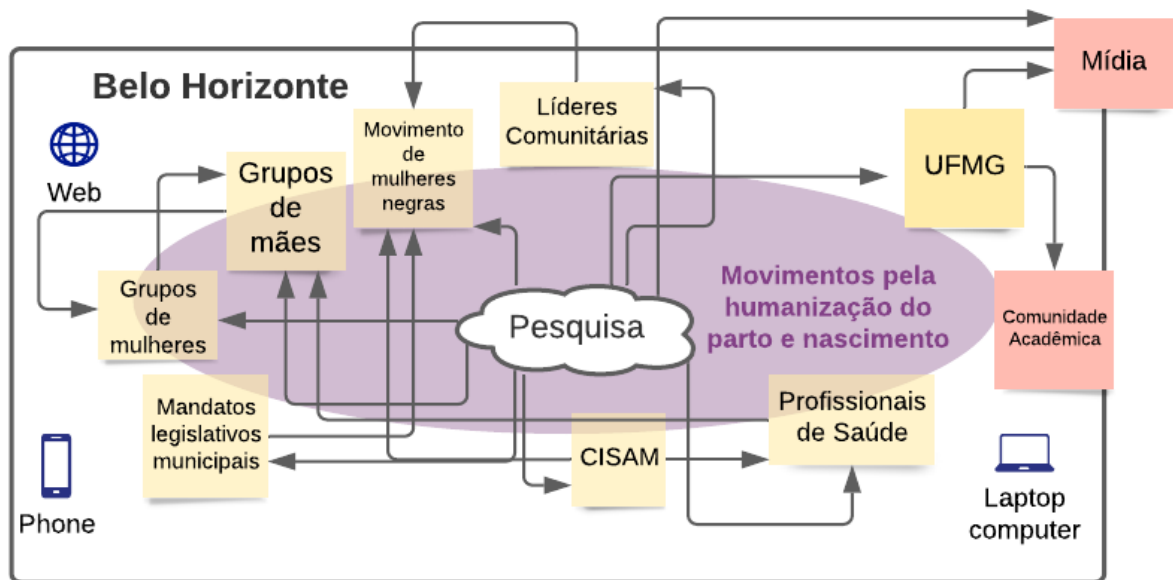
Após a programação do questionário na plataforma LimeSurvey, foi realizado um novo pré-teste, desta vez com 16 mulheres ativistas pela humanização da

assistência obstétrica, integrantes do Grupo Ishtar-BH, e por 12 estudantes da pós-graduação do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas (Cedeplar). As sugestões de alterações ou complementações foram acolhidas e inseridas no questionário antes da coleta.

4.3 Divulgação da pesquisa e período de coleta dos dados

A coleta de dados foi iniciada no dia 25 de maio de 2021 com a divulgação e a abertura do questionário nas redes sociais para obtenção de respostas. A finalização da coleta ocorreu no dia 15 de julho de 2021. O questionário foi divulgado nas redes sociais, como Facebook, Whatsapp e Instagram, em grupos e comunidades virtuais de mulheres e de mães. Foi transmitido também para organizações com representações sociais diversas na cidade como o Centro de Referência Negra em Venda Nova e a Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISAM) do Conselho Municipal de Saúde. Foi divulgado para a comunidade acadêmica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por meio do disparo de e-mail pela própria UFMG, para mídias da UFMG como a TV UFMG e uma reportagem no site da Faculdade de Medicina. Foi também publicizado por mídias externas à universidade como a rádio Itatiaia, o portal G1 e o Jornal O Tempo. Durante a divulgação, contou-se também, com o apoio de mandatos legislativos municipais, representantes de reivindicações feministas, que auxiliaram por meio de mensagens via WhatsApp, apresentações em grupos fortalecedores de trabalho e por meio de live no Instagram e publicações nos stories do Instagram. Foi feito também o contato com líderes comunitárias para apoio na divulgação por mensagens via WhatsApp. A rede digital de divulgação pode ser vista na Figura 5, onde os principais agentes divulgadores da pesquisa estão representados.

Figura 5 - Redes digitais utilizadas na divulgação do questionário da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa. Belo Horizonte. 2021.

4.4 Variáveis analisadas

Para as análises deste trabalho, um banco de dados específico foi constituído contendo apenas as variáveis de interesse para se estudar a percepção das mulheres e a ocorrência da violência obstétrica no pré-natal e no parto. Algumas categorias de respostas listadas abaixo foram agrupadas a fim de melhorar o tamanho amostral intraclasse. As categorias de resposta “Não sei”, quando inferiores a 3% da frequência total, foram recodificadas como *missing*.

Todas as perguntas originais do estudo podem ser vistas no questionário disponível no Apêndice A.

As variáveis utilizadas neste trabalho foram classificadas em cinco grupos (abaixo) e posteriormente analisadas segundo os objetivos específicos.

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

Idade (19 a 34 anos ; 35 a 47anos); cor da pele (branca; parda; preta); status marital (solteira, separada, viúva; casada ou união estável); escolaridade (ensino fundamental a ensino médio/técnico (até 12 anos de estudo); ensino superior incompleto a pós-graduação (acima de 12 anos de estudo); nível socioeconômico de

acordo com o critério Brasil (2020) (classes 1- classe C1 ou inferior, 2 - classe B2 , 3 - classe B1, 4 - classe A); plano de saúde (sim/não); preferência pelo parto normal (sim/não); primípara (sim/não); orientação heterossexual (sim/não); benefício social (auxílio Covid, cesta básica, bolsa Família) (sim/não),

4.4.2 Características da gestação e do parto

Risco habitual (sim/não); Local do parto (domiciliar; público; privado); tipo de parto (cesárea intraparto; cesárea após indução; cesárea eletiva; parto vaginal com trabalho de parto espontâneo; vaginal após indução), bebê nasceu bem (sim/não), financiamento do pré-natal (SUS; SS; particular; SUS + investimento particular; SS + investimento particular); financiamento do parto (SUS; SS; particular; plano de saúde + taxa de disponibilidade para o obstetra credenciado; plano de saúde + investimento particular), enfermeira obstetra no pré-natal (sim/não), doula no parto (sim/não); cesárea anterior (0; 1; 2); entrou em trabalho de parto (sim/não); bebê cefálico (sim/não).

4.4.3 Relato de violência durante a assistência obstétrica

Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVO_{pn}) (sim/não); relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVO_p) (sim/não); relato de violência obstétrica após estimulação durante o pré-natal (categorias de Bohren: estigma ou discriminação (sim/não), abuso físico (sim/não), abuso sexual (sim/não), abuso verbal (sim/não), falha ao oferecer serviço qualificado (sim/não), relação precária com o profissional de saúde (sim/não), restrições do sistema de saúde (sim/não).

Relato de violência obstétrica após estimulação durante o parto categorias de Bohren: estigma ou discriminação (sim/não), abuso físico (sim/não), abuso sexual (sim/não), abuso verbal (sim/não), falha na oferta de serviço qualificado (sim/não), relação precária com o profissional de saúde (sim/não), restrições do sistema de saúde (sim/não).

Para melhor compreensão, o Quadro 2 apresenta as perguntas utilizadas para a coleta de dados sobre a violência no pré-natal e no parto, subdivididas em relatos

espontâneos de violência (REV) e relatos de violência após estimulação de acordo com as sete categorias de violência estruturadas por Bohren *et al.* (2015).

Quadro 2 - Perguntas sobre relato espontâneo de violência obstétrica e relato de violência obstétrica após estímulo de acordo com as sete categorias de violência estruturadas por Bohren *et al.* (2015)

Continua

Relato Espontâneo de Violência Obstétrica (REVO)	
Pré-Natal (REVOPN)	Parto (REVOP)
Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu em sua gestação? (sim/não)	Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu no parto? (sim/não)
Relato de Violência após estímulo a partir das sete categorias de violência estruturadas por Bohren <i>et al.</i> (2015)	
Estigma ou Discriminação	
Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à raça (sim/não), religião (sim/não), etnia (sim/não), idade (sim/não), condição social (sim/não), características físicas (sim/não), condições de saúde (sim/não), preferência sexual (sim/não), obesidade (sim/não), infecções sexualmente transmissíveis (sim/não)	Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a no parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à raça (sim/não), religião (sim/não), etnia (sim/não), idade (sim/não), condição social (sim/não), características físicas (sim/não), condições de saúde (sim/não), preferência sexual (sim/não), obesidade (sim/não), infecções sexualmente transmissíveis (sim/não)
Abuso Físico	
Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que passou por alguma situação de maus tratos físicos ou abusos físicos como agressões físicas (tapas, chutes, beliscões, empurrões, ser arrastada ou carregada contra sua vontade entre outras situações similares), ou imobilizações físicas (ser amarrada, ou amordaçada, ou contida com uso de força física ou situações similares)? (sim/não)	Ao relembrar a assistência que você recebeu durante o parto você considera que passou por alguma situação de maus tratos físicos ou abusos físicos como agressões físicas (tapas, chutes, beliscões, empurrões, ser arrastada ou carregada contra sua vontade entre outras situações similares), ou imobilizações físicas (ser amarrada, ou amordaçada, ou contida com uso de força física ou situações similares)? (sim/não)
Abuso Sexual	
Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que passou por alguma situação de violência sexual ou abuso sexual? (sim/não)	Ao relembrar a assistência que você recebeu durante o parto você considera que passou por alguma situação de violência sexual ou abuso sexual? (sim/não)

Quadro 2 - Perguntas sobre relato espontâneo de violência obstétrica e relato de violência obstétrica após estímulo de acordo com as sete categorias de violência estruturadas por Bohren *et al.* (2015)

Conclusão

Relato de Violência após estímulo a partir das sete categorias de violência estruturadas por Bohren *et al.* (2015)

Abuso Verbal	
Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que passou por alguma situação de violência verbal ou mau trato verbal como linguagem ríspida, ou xingamentos, ou piadas de mau gosto, ou ameaças de maus resultados para você ou seu bebê, ou ameaças de negar atendimento, ou culpa por maus resultados para você ou seu bebê? (sim/não)	Ao lembrar a assistência que você recebeu durante o parto você considera que passou por alguma situação de violência verbal ou mau trato verbal como linguagem ríspida, ou xingamentos, ou piadas de mau gosto, ou ameaças de maus resultados para você ou seu bebê, ou ameaças de negar atendimento, ou culpa por maus resultados para você ou seu bebê? (sim/não)
Falha na oferta de serviço qualificado	
Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que passou por alguma situação de falha na assistência de saúde em prestar um atendimento qualificado, como a realização de procedimentos e exames não explicados ou consentidos, ou agir com falta de confidencialidade, ou atuar de maneira negligente (ausência ou falta de atenção ou cuidado, ou atuação não baseada em evidências científicas)? (sim/não)	Ao lembrar a assistência que você recebeu durante o parto você considera que passou por alguma situação de falha na assistência de saúde em prestar um atendimento qualificado, como a realização de procedimentos e exames não explicados ou consentidos, ou agir com falta de confidencialidade, ou atuar de maneira negligente (ausência ou falta de atenção ou cuidado, ou atuação não baseada em evidências científicas)? (sim/não)
Relação Precária com o Profissional de Saúde	
Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que a relação entre você e algum profissional de saúde foi ruim, ou precária, com problemas de comunicação, falta de respeito ou falta de apoio, ou negando água ou comida, ou desrespeitando sua autonomia? (sim/não)	Ao lembrar a assistência que você recebeu durante o parto você considera que a relação entre você e algum profissional de saúde foi ruim, ou precária, com problemas de comunicação, falta de respeito ou falta de apoio, ou negando água ou comida, ou desrespeitando sua autonomia? (sim/não)
Restrições do Sistema de Saúde	
Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação você considera que houve restrições do Sistema de Saúde que poderiam demonstrar falta de recursos como estrutura ou ambiente inadequado, ou sem privacidade, ou número insuficiente de profissionais, ou falta de espaço, ou falta de medicamentos, ou de vagas? (sim/não)	Ao lembrar a assistência que você recebeu durante o parto você considera que houve restrições do Sistema de Saúde que poderiam demonstrar falta de recursos como estrutura ou ambiente inadequado, ou sem privacidade, ou número insuficiente de profissionais, ou falta de espaço, ou falta de medicamentos, ou de vagas? (sim/não)

Fonte: Questionário da pesquisa, baseado em Bohren *et al.* (2015).

4.4.4 Marcadores de violência na assistência obstétrica:

Marcadores de violência na assistência pré-natal: Prática do toque (nenhuma ou uma vez - 0, poucas vezes - 1 e quase todas ou todas as consultas - 2); profissional incentivou o parto normal (sim/não); profissional incentivou a cirurgia cesariana (sim/não); profissional conversou sobre o plano de parto (sim/não); visita à maternidade (sim/não); acompanhante nas consultas (sim/não); desrespeito (sim/não); negligência (sim/não).

Marcadores de violência na assistência ao trabalho de parto: lavagem (sim/não); jejum (sim/não); tricotomia (sim/não); toque com intervalo inferior a 4 horas (sim/não); toque por diferentes pessoas (sim/não); ocitocina (sim/não); consentimento para ocitocina (sim/não); rompimento artificial da bolsa (sim/não); consentimento para o rompimento da bolsa (sim/não); livre movimentação durante o trabalho de parto (sim/não); recebeu anestesia quando solicitado (sim/não); privacidade (sim/não); instalação confortável (sim/não); métodos não farmacológicos (sim/não).

Marcadores de violência na assistência ao parto vaginal: episiotomia (sim/não); pontos sem anestesia (sim/não); presença de profissional no período expulsivo (sim/não); puxos dirigidos em partos sem analgesia (sim/não); litotomia (sim/não); pernas amarradas ou braços amarrados (sim/não); manobra de Kristeller (sim/não); contato pele a pele durante a primeira hora quando o bebê nasceu bem (sim/não); mamou na primeira hora quando o bebê nasceu bem (sim/não); acompanhante em todos os momentos (sim/não).

Marcadores de violência na assistência às cirurgias cesarianas: sedação sem consciência (sim/não); mãos imobilizadas (sim/não); sentiu dor (sim/não); procedimentos sem pedido de consentimento (sim/não); conversas paralelas dos profissionais (sim/não); profissional desrespeitou durante o parto (sim/não); profissional negligenciou durante o parto (sim/não); contato pele a pele quando bebê nasceu bem (sim/não); mamou na primeira hora quando o bebê nasceu bem (sim/não); acompanhante em todos os momentos.

Marcadores de violência na assistência à cesárea eletiva: profissional conversou sobre indução (sim/não).

4.4.5 Variáveis derivadas da análise dos dados

Foram criadas variáveis a partir da análise dos dados e essa construção foi descrita em 4.5 Análise.

Relato de marcador assistencial associado a violência obstétrica (REMAVO): relatos de marcadores de violência na assistência cuja análise demonstrou estarem associados significativamente a uma maior proporção de relatos espontâneos de violência.

Violência obstétrica oculta (VOC): relatos de violência, após estimulação, de mulheres que não relataram espontaneamente terem sofrido violência. Foi observada para o pré-natal (VOCpn) e para o parto (VOCp).

Violência obstétrica oculta específica (VOCE): VOC específica para cada marcador da assistência e para cada categoria de Bohren.

Violência obstétrica específica (VOE): relatos de violência obstétrica específica para cada marcador da assistência e para cada categoria de Bohren.

Violência obstétrica no Pré-natal (VOPN): mulheres que fizeram ao menos um relato de violência no pré-natal de acordo com relatos de violência espontâneos e após estímulo.

Violência obstétrica no pré-natal após estímulo (VOpnest): mulheres que fizeram ao menos um relato de violência obstétrica no pré-natal após estímulo.

Violência obstétrica no parto (VOP): mulheres que fizeram ao menos um relato de violência no parto de acordo com relatos de violência espontâneo e após estímulo.

Violência obstétrica no parto após estímulo (VOpest): mulheres que fizeram ao menos um relato de violência obstétrica no parto após estímulo.

Violência obstétrica no pré-natal e no parto (VOPNP): mulheres que relataram violência tanto no pré-natal quanto no parto.

Violência obstétrica total (VOT): mulheres que reportaram ao menos um relato (espontâneo ou estimulado) de violência na assistência obstétrica pré-natal ou no parto.

Mulheres livres de violência (MLV): mulheres que não fizeram nenhum relato (espontâneo ou estimulado) de violência obstétrica de acordo com marcadores utilizados neste estudo.

4.5 Análise

Para analisar os dados foi utilizado o *software* Stata 12 e para a organização das tabelas foi utilizado o editor de planilhas Microsoft Excel 2013. Os resultados foram apresentados em tabelas de acordo com os objetivos do trabalho.

Durante o tratamento dos dados, variáveis com proporção inferior a 3% de respostas “não sei” foram categorizadas como “não resposta” ou “*missing*”, portanto, o tamanho amostral é diferente conforme a variável analisada.

Com o objetivo de apresentar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres participantes, foi feita a descrição das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e das características da gestação e parto.

Com o intuito de analisar a percepção acerca da violência obstétrica foram observadas associações entre o relato espontâneo de violência obstétrica durante o pré-natal e parto (REVO_{pn} e REVO_p) de acordo com as variáveis sociodemográficas da mulher e características da gestação e parto.

Foi feita a análise bivariada com a utilização do teste Qui-Quadrado de Pearson e as proporções estatisticamente diferentes a um nível de significância de 5% foram discutidas neste estudo e seus valores-p estão destacados em negrito nas tabelas.

A análise acerca do terceiro objetivo deste estudo registrou a ocorrência dos marcadores de violência durante a assistência obstétrica comparando-a com o relato espontâneo de violência obstétrica (REVO_{pn} e REVO_p). Os resultados dos marcadores de violência no parto foram separados em quatro painéis, cada um referente ao tipo de parto: vaginal e cirurgia cesariana (eletiva ou não), e marcadores comuns às duas vias de parto. Os relatos de marcadores assistenciais que apresentaram associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com o relato espontâneo de violência obstétrica foram denominados relatos de marcadores associados à violência obstétrica (REMAVO). Para facilitar a identificação dos REMAVO os mesmos foram destacados em negrito nas tabelas de resultados.

Para o objetivo 4, foram analisadas as respostas das mulheres às perguntas sobre abusos e violências de acordo com as sete categorias de Bohren (2015), dispostas no Quadro 2 (4.4 Variáveis analisadas), de acordo com o relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN) e no parto (REVOP). Foram observadas a violência obstétrica específica para cada categoria (VOE) e a violência

obstétrica oculta específica para cada categoria (VOCE). Não foram identificados na literatura, estudos que tipificassem a violência obstétrica no pré-natal, portanto, no presente estudo, a tipologia de Bohren *et al.* 2015 foi aplicada tanto para pesquisar a percepção das mulheres no parto quanto no pré-natal.

Violência obstétrica oculta específica (VOCE): é a proporção de relatos após estímulo (REMAVO e categorias de Bohren) de mulheres que não relataram espontaneamente violência obstétrica (REVO). Os valores das VOCE estão destacados em negrito. A VOCE demonstra a proporção de violência específica não percebida pelas mulheres.

Violência obstétrica específica (VOE): é a proporção do relato do marcador associado à violência ou da categoria de Bohren na população respondente. As VOE de acordo com os REMAVO e as VOE de acordo com as categorias de Bohren estão destacadas em negrito. A VOE demonstra a proporção de violência específica sofrida pelas mulheres.

A partir das análises dos REMAVO, categorias de Bohren e REVOPN e REVOP, foram criadas as variáveis violência obstétrica no pré-natal (VOPN), violência obstétrica no parto (VOP), violência obstétrica em ambos, pré-natal e parto (VOPNP), a violência obstétrica total (VOT) e as mulheres livres de violência (MLV).

Violência obstétrica no pré-natal (VOPN): é a proporção de mulheres que tiveram a ocorrência de pelo menos um relato de violência no pré-natal, seja um relato espontâneo de violência ou após estímulo segundo as sete categorias de Bohren *et al.* ou segundo o relato afirmativo da ocorrência de algum marcador associado de violência no pré-natal.

Para a criação da variável violência obstétrica no pré-natal (VOPN) foi registrada a ocorrência de pelo menos um relato de violência obstétrica no pré-natal. Foram considerados o relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal, qualquer discriminação no pré-natal, abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, falta de atendimento qualificado, relação precária com o profissional da assistência, restrição do sistema de saúde, além dos marcadores de violência na assistência pré-natal que estavam associados ao relato espontâneo de violência, os REMAVO, que são a prática do exame de toque em todas ou quase todas as consultas, não conversar sobre o plano de parto, incentivo à cirurgia cesariana, deboche durante o atendimento pré-natal e negligência durante o atendimento pré-natal. A não conversa sobre o plano

de parto foi associada ao relato espontâneo de violência no pré-natal com um $p=0.078$, entretanto a não conversa sobre plano de parto foi associada ao relato espontâneo de violência no parto com um $p=0.000$ e por ocorrer durante o pré-natal foi considerada como marcador de violência obstétrica no pré-natal. A VOPN está destacada em negrito.

Violência obstétrica no parto (VOP): é a proporção de mulheres que tiveram a ocorrência de pelo menos um relato de violência no parto, seja um relato espontâneo de violência ou após estímulo segundo as sete categorias de Bohren *et al.* (2015) ou segundo o relato da ocorrência de algum marcador associado a violência no parto.

Para a criação da variável violência obstétrica no parto (VOP) foi registrada a ocorrência de pelo menos um relato de violência obstétrica no parto. Foram considerados o relato espontâneo de violência obstétrica no parto (Tabela 1), qualquer discriminação ou estigma no parto, abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, falta de atendimento qualificado, relação precária com o profissional da assistência, restrição do sistema de saúde, além dos marcadores de violência na assistência ao parto que estavam correlacionados ao relato espontâneo de violência no parto, os REMAVO que são ausência de acompanhante em todos os momentos, ter feito jejum, o exame de toque realizado por diferentes pessoas, a infusão de ocitocina sem o consentimento livre e esclarecido, o rompimento artificial da bolsa sem o consentimento livre e esclarecido, não ter livre movimentação, não ter privacidade, relatar instalação não confortável, a episiotomia, pontos sem anestesia, não haver profissional durante o período expulsivo, puxos dirigidos sem analgesia, pernas ou braços amarrados, kristeller, mãos imobilizadas, sentir dor durante a cirurgia, realização de procedimentos sem o pedido de consentimento, conversas paralelas dos profissionais no momento da cirurgia, deboche no parto, negligência no parto, um bebê que nasceu bem e não foi para o contato pele a pele. A VOP está destacada em negrito.

Violência obstétrica no pré-natal e no parto (VOPNP): é a proporção de mulheres que tiveram a ocorrência de pelo menos um relato de violência no parto e de pelo menos um relato de violência no pré-natal.

Para se calcular a violência obstétrica no pré-natal e no parto (VOPNP) foi observada a ocorrência da variável de violência obstétrica no pré-natal (VOPN) e da variável de violência obstétrica no parto (VOP). A VOPNP é destacada em negrito.

Violência obstétrica total (VOT): é a proporção de mulheres que relataram violência obstétrica de forma espontânea ou estimulada em qualquer momento da assistência de acordo com os marcadores utilizados para calcular VOPN e VOP seja no pré-natal ou no parto. Provém da análise da violência no parto e no pré-natal, sendo o resultado a união das mulheres que somente relataram violência no pré-natal, as mulheres que somente relataram violência no parto e as mulheres que relataram violência tanto no pré-natal quanto no parto.

Mulheres livres da violência (MLV): são as mulheres que não relataram violência em nenhum momento da assistência, de acordo com os marcadores utilizados para calcular VOPN e VOP. Em termos agregados, é o resultado da diferença entre a população total de mulheres da pesquisa (n) e a violência obstétrica total (VOT).

Como descrito anteriormente, foi possível observar a violência obstétrica oculta (VOC), de forma geral e não apenas de forma específica (VOCE), tanto no pré-natal (VOCPN), quanto no parto (VOCP).

Violência obstétrica oculta no pré-natal (VOCPN): a proporção de mulheres que apresentam pelo menos um relato de violência após estímulo no pré-natal e que não relataram espontaneamente violência obstétrica no pré-natal.

O relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal foi removido da variável de violência obstétrica no pré-natal (VOPN), restando para a sua composição apenas os relatos após estímulo, seja por marcador associado a violência na assistência, seja por relato de acordo com as categorias de Bohren et al. (2015). Essa nova variável foi intitulada (VOpnest) e agrega apenas a violência obstétrica no pré-natal após estímulo. Ela foi posteriormente comparada com o relato espontâneo de violência obstétrica, sendo feito o teste do Qui-Quadrado de Pearson para confirmar a associação estatisticamente significativa com o relato espontâneo de violência. A VOCPN está destacada em negrito, tanto o número absoluto, quanto a proporção.

Violência obstétrica oculta no parto (VOCP): a proporção de mulheres que apresentam pelo menos um relato de violência no parto após estímulo e que não relataram espontaneamente violência obstétrica no parto.

Da mesma forma, o relato espontâneo de violência obstétrica no parto foi removido da variável de violência obstétrica no parto (VOp), ficando apenas os relatos após estímulo, seja por marcador associado a violência na assistência, seja por relato

de acordo com as categorias de Bohren *et al.* (2015). Houve uma recodificação para violência obstétrica no parto após estímulo (VOpest) e essa variável foi analisada de acordo com o relato espontâneo de violência obstétrica no parto. Foi feito o teste do Qui-Quadrado de Pearson para confirmar a associação estatisticamente significativa com o relato espontâneo de violência. A VOCP está destacada em negrito, tanto o número absoluto, quanto a proporção.

Com o objetivo de alcançar uma mensuração de violência obstétrica o mais próximo da realidade e que não gerasse polêmicas quanto aos resultados, marcadores assistenciais cujas associações com o relato espontâneo de violência geram dúvidas com relação à necessidade da intervenção ou a vontade da mulher, como por exemplo, infusão de ocitocina, o rompimento artificial da bolsa amniótica, a litotomia, a ausência de acompanhante em consultas, não foram utilizados para calcular a violência obstétrica no pré-natal ou a violência obstétrica no parto (VOPN e VOP). Entretanto, quando está nítido no dado, a ausência de consentimento, por exemplo, a infusão de ocitocina e o rompimento artificial da bolsa sem o consentimento livre e esclarecido, estes foram considerados violência obstétrica e foram incluídos na criação das variáveis VOPN, VOP, VOPNP, VOCPN, VOCP e VOT.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa apresentada foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 99674718.1.0000.5149), no dia 21 de novembro de 2018, por meio do parecer 3.029.395. Todas as participantes concordaram com os termos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual constavam as principais informações sobre a pesquisa, os riscos e benefícios da participação, a garantia do anonimato e a importância da veracidade das respostas e do preenchimento do questionário uma única vez.

De acordo com Nascimento *et al.* (2017), as mulheres podem entender que vivenciaram alguma violência durante a entrevista. Tal situação pode trazer dúvidas ou desconforto. Diante do exposto, ao final do questionário, foi disponibilizado à mulher entrevistada o contato de grupos de apoio às mulheres na cidade de Belo Horizonte.

5 RESULTADOS

Responderam à pesquisa 859 mulheres e oito foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, como por exemplo, não terem recebido assistência ao parto em Belo Horizonte. Assim, a amostra deste trabalho foi composta por 851 mulheres.

O tamanho amostral é diferente conforme a variável analisada segundo a existência de respostas “*missing*”, e, portanto, será reportado no texto ou entre colchetes para cada uma das distribuições de frequência.

A idade média das mulheres foi 34,3 anos, sendo a idade mínima 19 anos (duas mulheres) e a idade máxima de 47 (uma mulher). Dividindo em grupos etários, 403 (47,36%) das mulheres tinham idade entre 19 e 34 anos e 448 (52,64%) tinham idade entre 35 e 47 anos [851]. Com relação ao status marital, 792 (93,18%) eram casadas ou viviam em união estável e 58 (6,82%) eram solteiras, separadas ou viúvas, [850].

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características socioeconômicas demográficas das mulheres, das características do parto e relato de violência obstétrica. Belo Horizonte, 2021

(Continua)

Variáveis		Frequência	Proporção	Total
Cor da Pele	Branca	524	63,06	831
	Parda	236	28,40	
	Preta	71	8,54	
Idade	19-34	403	47,36	851
	35-47	448	52,64	
Status Marital	Casada, em união estável	792	93,18	850
	Solteira, separada, viúva	58	6,82	
Escolaridade	Nível médio completo (até 12 anos de escolaridade)	67	7,88	850
	Nível Superior (incompleto ou completo) (acima de 12 anos de escolaridade)	783	92,12	
Nível Socioeconômico e Demográfico	C1 ou inferior - 1	132	15,51	851
	B2 - 2	299	35,14	
	B1 - 3	235	27,61	
	A - 4	185	21,74	

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características socioeconômicas demográficas das mulheres, das características do parto e relato de violência obstétrica. Belo Horizonte, 2021

(Continua)

Variáveis		Frequência	Proporção	Total
Orientação sexual	Heterossexual	797	93,65	851
	Outras (homossexual, bissexual, pansexual e não sabem)	54	6,35	
Recebe benefício do Estado	Sim	176	20,78	847
	Não	671	79,22	
Plano de Saúde	Sim	715	84,22	849
	Não	134	15,78	
Primípara	Sim	512	60,24	847
	Não	338	39,76	
Número de Cesáreas Anteriores	0	706	83,06	850
	1	120	14,12	
	2	24	2,82	
Preferência pelo parto normal	Sim	705	83,14	848
	Não	143	16,86	
Risco na gravidez	Baixo	678	80,71	840
	Alto	162	19,29	
Baixo risco com desejo de parto normal	Sim	580	85,70	677
	Não	97	14,30	
Alto risco com desejo de parto normal	Sim	119	74,38	160
	Não	41	25,63	
Financiamento do pré-natal	SUS	86	10,11	851
	Saúde Suplementar	460	54,05	
	Particular	57	6,70	
	SUS + Investimento Particular	43	5,05	
	Plano de Saúde + Investimento Particular	205	24,09	

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características socioeconômicas demográficas das mulheres, das características do parto e relato de violência obstétrica. Belo Horizonte, 2021

(Continua)

Variáveis		Frequência	Proporção	Total
Enfermeira obstetra ou parteira no pré-natal	Sim	188	22,12	850
	Não	662	77,88	
Entrou em trabalho de parto	Sim	645	76,15	847
	Não	202	23,85	
Financiamento do parto	SUS	223	26,2	851
	Saúde Suplementar	362	42,54	
	Particular	83	9,75	
	Plano de Saúde + Taxa de Disponibilidade do obstetra credenciado	104	12,22	
	Plano + Equipe particular	79	9,28	
Local do parto	Domicílio	42	4,94	851
	Público	214	25,15	
	Privado	595	69,92	
Tipo de parto	Cesárea intraparto	118	13,87	851
	Cesárea após indução	55	6,46	
	Cesárea eletiva	142	16,69	
	Vaginal com trabalho de parto espontâneo	388	45,59	
	Vaginal após indução	148	17,39	
Doula no parto	Sim	269	31,72	850
	Não	579	68,28	
Bebê cefálico	Sim	780	94,2	828
	Não	48	5,80	
Bebê nasceu bem	Sim	752	89,63	839
	Não	87	10,37	
Bebê nasceu bem e mamou na 1 hora	Sim	618	83,17	743
	Não	125	16,82	

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das características socioeconômicas demográficas das mulheres, das características do parto e relato de violência obstétrica. Belo Horizonte, 2021

(Conclusão)

Variáveis		Frequência	Proporção	Total
Bebê nasceu bem e ficou em contato pele a pele durante a primeira hora de vida	Sim	662	88,27	750
	Não	88	11,73	
Relato de violência espontânea no pré-natal	Sim	89	10,67	834
	Não	745	89,33	
Relato de violência espontânea no parto	Sim	107	12,94	827
	Não	720	87,06	

Fonte: Dados da pesquisa.

De todas as participantes [851], cinco (0,50%) se declararam amarelas; 15 mulheres (1,76%) não souberam ou não quiseram informar a raça/cor e nenhuma mulher se declarou indígena. Devido ao pequeno tamanho amostral, essas categorias foram omitidas das demais análises bivariadas deste trabalho quando pesquisada a característica raça/cor. A amostra de 831 mulheres restantes é composta majoritariamente por mulheres brancas (n=524, 63,06%), seguidas de pardas (n=236, 28,40%) e pretas (n=71, 8,54%).

Predominou na amostra 797 (93,65%) mulheres que se declararam heterossexuais, e 54 (6,35%) homossexuais ou bissexuais; uma mulher relatou ser pansexual [851]. A distribuição de acordo com a escolaridade [851] mostra que 67 (7,88%) das mulheres tinha até ensino médio completo e 783 (92,12%) possuíam pelo menos o ensino superior incompleto. Com relação a possuir plano de saúde, responderam de forma afirmativa 715 mulheres (84,22%) [849].

O nível socioeconômico estimado por meio do Critério Brasil [851] apontou 420 (49,35%) de mulheres com nível social alto (acima de 38 pontos no Critério Brasil, o que equivale à classe A e B1), 299 (35,14%) com nível social médio (de 29 a 37 pontos no Critério Brasil o que equivale a classe B2) e 132 (15,51%) com nível social baixo (de 0 a 28 pontos no Critério Brasil, o que equivale às classes C1 ou inferior).

Recebiam algum auxílio social 176 (20,78%) das mulheres [847], entre eles o bolsa-família, o auxílio emergencial devido à pandemia e ou cesta básica.

Com relação à experiência obstétrica, 512 (60,24%) eram primíparas [847] e 705 (83,14%) tinham preferência pelo parto normal no início da gestação [848]. A maioria dos partos 595 (69,92%) ocorreram em locais privados, seguido de 214 (25,15%) em locais públicos e 42 (4,94%) nos domicílios [851]. Com relação ao tipo de parto, 536 (62,98%) dos partos foram vaginais e 315 (37,02%) foram cirurgias cesarianas [851]. Entre os 536 partos vaginais, 388 (72,39%) tiveram início espontâneo e 148 (17,61%) ocorreram após indução. Entre as 315 cirurgias cesarianas, 118 (37,46%) foram cesáreas intraparto, 55 (17,46%) ocorreram após indução e 142 (45,07%) foram cirurgias cesarianas eletivas. Considerando o total de 851 mulheres, 118 (13,87%) tiveram cesáreas intraparto, 55 (6,46%) foram cesáreas pós-indução e 142 (16,69%) cesáreas eletivas, 388 (45,59%) foram partos vaginais espontâneos e 148 (17,39%) partos vaginais após indução, ou seja 148 (72,90%) das 203 induções resultaram em um parto vaginal.

Quanto ao financiamento do pré-natal [851], 86 (10,11%) utilizaram exclusivamente o SUS, 460 (54,05%) utilizaram exclusivamente a Saúde Suplementar (SS), 57 (6,70%) utilizaram exclusivamente o pagamento particular, 43 (5,05%) utilizaram o SUS com algum investimento particular e 205 (24,09%) a Saúde Suplementar com algum investimento particular. Sendo assim, 248 (29,14%) das respondentes declararam ter feito algum incremento financeiro privado para além daquele atribuído ao sistema de saúde SUS ou SS.

Já para os partos [851], o financiamento teve a seguinte distribuição: 223 (26,2%) utilizaram o SUS, 362 (42,54%) utilizaram a Sistema de Saúde Suplementar (convênios médicos), 83 (9,75%) fizeram o pagamento de forma particular, 104 (12,22%) pagaram uma taxa de disponibilidade para o obstetra que atende pelo convênio e 79 (9,28%) utilizaram o convênio além de fazer um pagamento adicional para uma equipe particular. Considerando o pagamento de taxa e contratação de equipe adicional à equipe do plano de saúde, no financiamento do parto observa-se que 183 (21,50%) das respondentes fizeram uma complementação financeira para o Sistema de Saúde Suplementar.

Entre as características da gestação [840], 677 (80,88%) das gestações foram consideradas de risco baixo/habitual e 160 (19,12%) de alto risco. Entre as 677

mulheres de baixo risco, 580 (85,70%) desejavam o parto normal e 97 (16,86%) desejavam cirurgia cesariana ou não tinham preferência pelo tipo do parto. Entre as 160 mulheres de alto risco, 119 (74,38%) desejavam o parto normal e 41 (25,63%) desejavam cirurgia cesariana ou não tinham preferência; Com relação ao relato de 850 mulheres a respeito de cesárea prévia, 706 (83,06%) das mulheres da população não reportaram cesárea prévia, 120 (14,12%) tinham uma cesárea anterior e 24 (2,82%) tinham duas cesáreas anteriores; A assistência da enfermagem obstétrica ou de parteira (o) no pré-natal foi declarada por 188 (22,12%) das 850 mulheres e a participação de doulas no parto por 269 (31,72%); Com relação ao parto, entre 847 mulheres, 645 (76,15%) entraram em trabalho de parto. Entre 828 bebês, 780 (94,20%) estavam cefálicos e entre 839 bebês, 752 (89,63%) nasceram bem. Entre 750 que nasceram bem, 662 (88,27%) ficaram em contato pele-a-pele com a mãe logo após o parto e entre 743 que nasceram bem, 618 (83,17%) mamaram na primeira hora.

Por fim, com relação ao relato espontâneo de violência obstétrica (REVO), observa-se que entre 834 mulheres, 89 (10,67%) relataram espontaneamente ter vivenciado violência durante a assistência obstétrica no pré-natal (REVOPN) e, entre 827 mulheres, 107 (12,94%) relataram espontaneamente ter vivenciado violência durante a assistência ao parto (REVOP).

A distribuição proporcional das características socioeconômicas demográficas das mulheres segundo o relato espontâneo de violência obstétrica na assistência está disposta na Tabela 2 (Pré-natal) e Tabela 3 (Parto).

Tabela 2 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características da gestação e do parto por relato espontâneo de violência no pré-natal, Belo Horizonte, 2021

(continua)

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)						
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Cor da pele	Branca	51	9,86	466	90,14		517	63,51
	Pardas	23	10,23	204	89,87		227	27,89
	Preta	14	20,00	56	80,00	0.035	70	8,60
Idade	19-34	45	11,42	349	88,58		394	47,24
	35-47	44	10,00	396	90,00	0.507	440	52,76

Tabela 2 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características da gestação e do parto por relato espontâneo de violência no pré-natal, Belo Horizonte, 2021

(continua)

Variáveis	Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)							
	Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%	
Status marital	Casada, em união estável	80	10,32	695	89,68		775	93,04
	Solteira, separada, viúva	8	13,79	50	86,21	0.407	58	6,96
Escolaridade	Até nível médio completo (até 12 anos de escolaridade)	6	9,09	60	90,91		66	7,92
	Nível Superior (incompleto ou completo)	83	10,82	684	89,18	0.662	767	92,08
Nível socioeconômico e demográfico	1	16	12,50	112	87,50		128	15,35
	2	36	12,33	256	87,67		292	35,01
	3	25	10,92	204	89,08		229	27,46
	4	12	6,49	173	93,51	0.195	185	22,18
Orientação sexual	Heterossexual	79	10,10	703	89,90		782	93,76
	Outras (homossexual, bissexual, pansexual e não sabem)	10	19,3	42	89,33	0.039	52	6,24
Recebe benefício do Estado	Sim	23	13,29	150	86,71		173	20,84
	Não	65	9,89	592	90,11	0.196	657	79,16
Plano de saúde	Sim	74	10,56	627	89,44		701	84,25
	Não	14	10,69	117	89,31	0.964	131	15,75
Primípara	Sim	69	11,98	441	88,02		510	60,64
	Não	29	8,73	303	91,27	0.138	331	39,36

Tabela 2 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características da gestação e do parto por relato espontâneo de violência no pré-natal, Belo Horizonte, 2021

(continua)

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)						
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Número de cesáreas anteriores	0	74	10,74	615	89,26		689	82,71
	1	15	12,50	105	87,50		120	14,41
	2	0	0	24	100,00	0.193	24	2,88
Preferência pelo parto normal	Sim	83	12,05	606	87,95		689	82,91
	Não	6	4,23	136	95,77	0.02	142	17,09
Risco na gravidez	Baixo	69	10,39	595 (89,61)	89,61		664	80,58
	Alto	20	12,50	140	87,50	0.441	160	19,42
Baixo risco com desejo de parto normal	Sim	66	11,64	501	88,36		567	85,52
	Não	3	3,13	93	96,88	0.012	96	14,48
Alto risco com desejo de parto normal	Sim	17	14,53	100	85,47		117	74,05
	Não	3	7,32	38	92,68	0.232	41	25,95
Financiamento do pré-natal	SUS	11	13,1	73	86,90		84	10,07
	Saúde Suplementar Particular	42	9,31	409	90,69		451	54,08
	SUS + Investimento Particular	2	3,51	55	96,49		57	6,83
	Plano de Saúde + Investimento Particular	6	14,29	36	85,71		42	5,04
Toque durante pré-natal	1 (nenhum ou um)	27	9,71	251	90,29		278	33,99
	2 (poucas vezes)	24	7,95	278	92,05		302	36,91
	3 (na maioria ou em todas as consultas)	36	15,13	202	84,87	0.022	238	29,10
Enfermeira obstetra ou parteira no pré-natal	Sim	23	12,37	163	87,63		186	22,12
	Não	66	10,20	581	89,80	0,4	647	77,08

Tabela 2 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características da gestação e do parto por relato espontâneo de violência no pré-natal, Belo Horizonte, 2021

(continua)

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)						
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Entrou trabalho parto	Sim	74	11,69	559	(88,31)		633	76,17
	Não	14	7,07	184	92,93	0.065	198	23,83
Financiamento do parto	SUS	32	14,95	182	85,05		214	25,66
	Saúde Suplementar Particular	32	8,94	326	91,06		358	42,93
	Plano de Saúde + Taxa de Disponibilidade do obstetra credenciado	8	9,88	73	90,12		81	9,71
	Plano + Equipe particular	12	11,76	90 (88,24)	88,24		102	12,23
		5	6,33	74	93,67	0.137	79	9,47
Local do parto	Domicílio	5	12,20	36	87,80		41	4,92
	Público	30	14,63	175	85,37		205	24,58
	Privado	54	9,18	534	90,82	0.089	588	70,50
Tipo de parto	Cesárea intraparto	13	11,11	104	88,89		117	14,03
	Cesária após indução	3	5,66	50	94,34		53	6,35
	Cesárea eletiva	9	6,43	131	93,57		140	16,79
	Vaginal com trabalho de parto espontâneo	45	11,90	333	88,10		378	45,32
	Vaginal após indução	19	13,01	127	86,99	0.239	146	17,51
Doula no parto	Sim	38	14,39	226	85,61		264	31,72
	Não	51	8,99	516	91,01	0.019	567	68,28
Cefálico	Sim	81	10,57	685	89,43		766	94,10
	Não	6	12,50	42	87,50	0.675	48	5,90

Tabela 2 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características da gestação e do parto por relato espontâneo de violência no pré-natal, Belo Horizonte, 2021

(conclusão)

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)						
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Bebê nasceu bem	Sim	79	10,70	659	89,30	0.164	738	89,63
	Não	5	5,88	80	94,12		85	10,36
Bebê nasceu bem e mamou na 1 hora	Sim	61	10,07	545	94,12	0.333	606	83,12
	Não	16	13,01	107	86,99		123	16,88
Bebê nasceu bem e ficou em contato pele a pele na primeira hora	Sim	64	9,85	586	90,15	0.032	650	88,32
	Não	15	17,44	71	82,56		86	11,68

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 2 é possível observar duas características da mulher que foram encontradas associadas ao nível de significância de 95% com o relato espontâneo de violência obstétrica durante a assistência pré-natal (REVOPN), que foram a cor de pele preta e não ser heterossexual. Entre 814 mulheres, cerca de 14 (20%) das 70 mulheres pretas relataram ter sofrido violência enquanto 51 (9,86%) das 517 brancas fizeram o mesmo relato. Essa proporção é similar ao relato das 52 mulheres não hetero, em que 10 (19,30%) relataram ter sofrido violência, enquanto 79 (10,10%) das 782 mulheres hetero relataram espontaneamente violência no pré-natal (REVOPN).

Com relação às características da gestação e do parto, na Tabela 2 também é possível observar que ter tido preferência pelo parto normal no início da gestação, o desejo pelo parto normal (para gestação de baixo risco), a prática de toque em todas ou quase todas as consultas durante o pré-natal e o bebê ter nascido bem e não ter tido contato pele a pele se demonstraram associadas com o relato espontâneo de violência no pré-natal (REVOPN). Além disso, houve relação significativa entre ter tido doula no parto e relatar violência no pré-natal: 38 (14,39%) das 264 mulheres que tiveram doula no parto relataram violência obstétrica no pré-natal enquanto das 567 que não tiveram doula no parto, 51 (8,99%) relataram espontaneamente violência no pré-natal (REVOPN).

Não houve associação entre características socioeconômicas demográficas e relato espontâneo de violência no parto (REVOP). A única variável que se aproximou (valor-p = 0,065) foi a idade abaixo de 34 anos (Tabela 3). Entre 395 mulheres com menos de 34 anos, 60 (15,19%) relataram espontaneamente violência (REVOP), enquanto, entre 432 mulheres maiores de 35 anos, 47 (10,88%) reportaram REVOP.

Tabela 3 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características, da gestação e do parto segundo relato espontâneo de violência no parto, Belo Horizonte, 2021

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)						Continua	
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%	
Cor da pele	Branca	59	11,55	452	(88,45)	0.166	511	63,32	
	Pardas	32	13,97	197	(86,03)		229	28,38	
	Preta	13	19,40	54	(80,60)		67	8,30	
Idade	18-34	60	15,19	335	(84,81)	0.065	395	47,76	
	35-50	47	10,88	385	(89,12)		432	52,24	
Status marital	Casada, em união estável	102	13,26	667	(86,74)	0.33	769	93,10	
	Solteira, separada, viúva	5	8,77	52	(91,23)		57	6,90	
Escolaridade	Até nível médio completo (até 12 anos de escolaridade)	8	12,12	58	(87,88)	0.834	66	7,99	
	Nível Superior (incompleto ou completo)	99	13,03	661	(86,97)		760	92,01	
Nível socioeconômico e demográfico	1 (0 - 28 pts)	21	16,41	107	(83,59)	0.262	128	15,48	
	2 (29 - 37 pts)	41	14,24	247	(85,76)		288	34,82	
	3 (38 - 44 pts)	28	12,23	201	(87,77)		229	27,69	
	4 (45 - 99 pts)	17	9,34	165	(90,66)		182	22,01	
Orientação sexual	Heterossexual	98	12,65	677	(87,35)	0.332	775	93,71	
	Outras (homossexual, bissexual, pansexual e não sabem)	9	17,31	43	(82,69)		52	6,29	

Tabela 3 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características, da gestação e do parto segundo relato espontâneo de violência no parto, Belo Horizonte, 2021

Continua

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)						
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Recebe benefício do Estado	Sim	21	12,43	148	87,57	0.803	169	20,53
	Não	86	13,05	568	86,85		654	79,47
Plano de Saúde	Sim	90	12,97	604	87,03	0.998	694	84,12
	Não	17	12,98	114	87,02		131	15,88
Primípara	Sim	81	16,46	411	83,54	0.000	492	59,56
	Não	26	7,78	308	92,22		334	40,44
Número de cesáreas anteriores	0	99	14,9	584	85,50	0.009	683	82,69
	1	5	4,20	114	95,80		119	14,41
	2	3	12,50	21	87,50		24	2,91
Preferência pelo parto normal	Sim	95	13,87	590	86,13	0.094	685	83,13
	Não	12	8,63	127	91,37		139	16,87
Risco na gravidez	Baixo	93	14,05	569	85,95	0.096	662	81,03
	Alto	14	9,03	141	90,97		155	18,97
Baixo risco com desejo de parto normal ^{***}	Sim	82	14,51	483	85,49	0.426	565	85,48
	Não	11	11,46	85	88,54		96	14,52
Alto risco com desejo de parto normal ^{***}	Sim	13	11,3	102	88,70	0.108	115	75,16
	Não	1	2,63	37	97,37		38	24,84
Financiamento do pré-natal	SUS	8	9,41	77	90,59	0.055	85	10,28
	Saúde Suplementar	70	15,80	373	84,20		443	54,57
	Particular	5	8,93	51	91,07		56	6,77
	SUS + Investimento Particular	7	17,07	34	82,93		41	4,96
	Plano de Saúde + Investimento Particular	17	8,42	185	91,58		202	24,43
Toque durante pré-natal	1 (nenhum ou um)	30	10,75	249	89,25	0,233	279	34,36
	2 (poucas vezes)	38	12,71	261	87,29		299	36,82
	3 (na maioria ou em todas as consultas)	37	15,81	197	84,19		234	28,82

Tabela 3 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características, da gestação e do parto segundo relato espontâneo de violência no parto, Belo Horizonte, 2021

Continua

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)						
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Enfermeira obstetra ou parteira no pré-natal	Sim	11	5,98	173	94,02		184	22,28
	Não	96	14,95	546	85,05	0.001	642	77,72
Entrou trabalho parto	Sim	85	13,64	538	86,36		623	75,70
	Não	21	10,50	179	89,50	0.248	200	24,30
Financiamento do parto	SUS	26	11,82	194	88,18		220	26,60
	Saúde Suplementar	63	18,05	286	81,95		349	42,20
	Particular	5	6,25	75	93,75		80	9,67
	Plano de Saúde + Taxa de Disponibilidade do obstetra credenciado	8	8,00	92	92,00		100	12,09
	Plano + Equipe particular	5	6,41	73	93,59	0.002	78	9,43
Local do parto	Domicílio	0	0	41	100,00		41	4,96
	Público	27	12,80	184	87,20		211	25,51
	Privado	80	13,91	495	86,09	0.037	575	69,53
Tipo de parto	Cesárea intraparto	18	15,93	95	84,07		113	13,66
	Cesária após indução	15	28,30	38	71,70		53	6,41
	Cesárea eletiva	11	7,80	130	92,20		141	17,05
	Vaginal com trabalho de parto espontâneo	39	10,37	337	92,20		376	45,47
	Vaginal após indução	24	16,67	120	83,33	0.001	144	17,41
Doula no parto	Sim	19	7,34	240	92,66		259	31,43
	Não	88	15,58	477	84,42	0.001	565	68,57
Cefálico	Sim	100	13,19	658	86,10		758	94,04
	Não	3	6,25	45	93,75	0.162	48	5,96
Neném nasceu bem	Sim	91	12,48	638	87,12		729	89,45
	Não	14	16,28	72	83,72	0.32	86	10,55
Bebê nasceu bem e mamou na 1 hora	Sim	64	10,63	538	89,37		602	83,50
	Não	26	21,85	93	78,15	0.001	119	16,50

Tabela 3 - Características socioeconômicas demográficas da mulher e características, da gestação e do parto segundo relato espontâneo de violência no parto, Belo Horizonte, 2021

Variáveis		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)					Conclusão	
		Sim	%	Não	%	Valor-p	n*	%
Bebê nasceu bem e ficou em contato pele a pele na primeira hora	Sim	71	10,99	575	89,01		646	88,86
	Não	20	24,69	61	75,31	0.000	81	11,14

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação às características da gestação e do parto, também disponíveis na Tabela 3, foi observado que ser primípara, o tipo de parto, ter tido o trabalho de parto induzido ou uma cesárea intraparto, ter tido um parto em instituição de saúde, e o tipo de financiamento do parto e pré-natal estavam associados com o relato de violência obstétrica no parto (REVOP). A maior proporção de REVOP foi observada entre as mulheres que tiveram cirurgia cesariana após indução (em 15 (28,30%) das 53), seguida de 24 (16,67%) entre 144 mulheres que tiveram o parto vaginal após indução e 18 (15,93%) para 113 cesáreas intraparto. Já entre 376 partos vaginais com início de trabalho de parto espontâneo houve 39 (10,37%) de REVOP e por último, 11 (7,80%) entre as 141 cesáreas eletivas.

Com relação ao financiamento do pré-natal [827], 70 (15,80%) dos 443 pré-natais financiados pela SS relataram espontaneamente violência e 7 (17,07%) entre os 41 pré-natais financiados pelo SUS com complementação particular da usuária apresentaram maior proporção de REVOP. Entre os pré-natais financiados exclusivamente pelo SUS, por plano de saúde com complemento particular ou exclusivamente particulares, a proporção de REVOP foi de 8 (9,41%); 17 (8,42%) e 5 (8,93%) respectivamente.

Para o financiamento do parto [827], partos financiados exclusivamente pela saúde suplementar 63 (18,05%) apresentaram maior proporção de REVOP, em seguida, partos exclusivamente SUS apresentaram a proporção de 26 (11,82%) de REVOP, enquanto os partos financiados de forma particular, taxa de disponibilidade para o obstetra credenciado e plano de saúde com contratação de equipe

apresentaram uma proporção de 5 (6,25%), 8 (8,00%) e 5 (6,25%) de REVOP respectivamente.

Quanto ao local do parto [827], ter tido parto em instituição de saúde se demonstrou associado a uma maior proporção de REVOP 80 (13,91%) dos 575 partos em local privado e 27 (12,80%) dos 211 partos em local público foram associados a uma maior proporção de relatos espontâneos de violência no parto. Em contrapartida, não houve nenhum REVOP para os 41 partos ocorridos no domicílio.

Ainda na Tabela 3, pode-se observar que não ter tido enfermeira obstétrica no pré-natal, não ter tido doula no parto, o bebê ter nascido bem e não ter mamado na primeira hora e, o bebê ter nascido bem e não ter ficado em contato pele a pele na primeira hora também estavam associados com maior proporção de relatos de violência REVOP. Além disso, não ter tido nenhuma cesárea anterior, bem como ter tido duas cesáreas anteriores, também foram associados a uma maior proporção de relatos de violência no parto REVOP.

A análise dos marcadores de violência obstétrica na assistência pré-natal de acordo com o relato espontâneo de violência obstétrica foi disposta na Tabela 4.

Tabela 4 – Marcadores Assistenciais no pré-natal segundo relato espontâneo de violência durante a assistência pré-natal. Resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Continua

Marcadores de violência no pré-natal		Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)							
		Sim	%	Não	%	valor-p	N*	%	
Acompanhante de escolha na consulta de pré-natal	Sim	81	10,63	681	89,37		762	93,61	
	Não	6	11,54	46	88,46	0.837	52	6,39	814
Frequência de toque	0 (0 ou 1)	27	9,71	251	90,29		278	33,99	
	1 (poucos)	24	7,95	278	92,05		302	36,92	
	2 (todas ou quase todas as consultas)	36	15,13	202	84,87	0.022	238	29,10	818

Tabela 4 – Marcadores Assistenciais no pré-natal segundo relato espontâneo de violência durante a assistência pré-natal. Resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Marcadores de violência no pré-natal		Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)							Conclusão	
		Sim	%	Não	%	valor-p	N*	%		
Visita à maternidade	Sim	61	13,5	391	86,5		452	56,86		
	Não	22	6,41	321	93,59	0.001	343	43,14	795	
Conversa sobre o plano de parto	Sim	44	9,19	435	90,81		479	58,13		
	Não	45	13,04	300	86,96	0,078	345	41,87	824	
Incentivo à cirurgia cesariana	Sim	27	21,09	101	78,91		128	15,72		
	Não	59	8,6	627	91,4	0.000	686	84,28	814	
Incentivo ao parto normal	Sim	60	9,55	568	90,45		628	77,15		
	Não	24	12,9	162	87,1	0,187	186	22,85	814	
Deboche durante atendimento	Sim	19	70,37	8	29,63		27	3,24		
	Não	70	8,68	736	91,32	0.000	806	96,76	833	
Negligência durante atendimento	Sim	17	44,74	21	55,26		38	4,57		
	Não	70	8,83	723	91,17	0.000	793	95,43	831	

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Como disposto na Tabela 4, foi observada uma associação estatisticamente significativa, com uma maior proporção de REVOPN, para os seguintes marcadores: relatar exames de toque em toda ou quase toda consulta, ter recebido incentivo à cirurgia cesariana, ter relatado deboche durante atendimento pré-natal e ter relatado negligência durante atendimento pré-natal. Observa-se também que houve uma maior proporção de relatos espontâneos de violência obstétrica no pré-natal entre as mulheres que visitaram a maternidade. Não ter conversado sobre o plano de parto demonstrou uma associação aproximada com uma maior proporção de REVOPN (valor $p=0,078$), entretanto, demonstrou associação à uma maior proporção de relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP) com valor $p=0.000$.

Observa-se a violência obstétrica específica (VOE) para cada relato de marcados associado à violência obstétrica (REMAVO) que se distribuiu da seguinte maneira: exames de toque em todas ou quase todas as consultas 238 (29,10%) [818];

não ter conversado com o profissional de saúde sobre o plano de parto 345 (41,87%) [824]; incentivo à cirurgia cesariana 128 (15,72%) [814], deboche durante o atendimento 27 (3,24%) [833] e negligência durante o atendimento 38 (4,57%) [831].

A violência obstétrica oculta específica (VOCE) apresenta-se com a seguinte distribuição: entre [238] exames de toque em todas ou quase todas as consultas, 202 mulheres não perceberam violência, ou seja, observa-se 84,87% de VOCE. Entre [128] ocorrências de incentivo à cesariana no pré-natal, 101 mulheres não perceberam violência, portanto 78,91% de VOCE. Entre [27] ocorrências de deboche durante o atendimento, oito mulheres não perceberam violência, 29,63% de VOCE; e, entre [38] ocorrências de negligência durante o atendimento, 21 mulheres não perceberam violência, portanto, 55,26% de VOCE.

A análise de associação entre os marcadores de violência obstétrica durante a assistência ao trabalho de parto e o relato espontâneo de violência obstétrica durante o parto (REVOP) estão descritas na Tabela 5.

Tabela 5 – Marcadores assistenciais do trabalho de parto de acordo com o relato espontâneo de violência durante o parto. Resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Continua

Marcadores de violência do trabalho de parto		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)							
		Sim	%	Não	%	valor-p	n	%	Total
Lavagem intestinal	Sim	1	50,00	1	50,00		2	0,32	
	Não	84	13,53	537	86,47	0.134	621	99,68	623
Jejum	Sim	24	26,09	68	73,91		92	14,94	
	Não	61	11,64	463	88,36	0.000	524	85,06	616
Tricotomia	Sim	2	14,29	12	85,71		14	2,24	
	Não	84	13,77	526	86,23	0.956	610	97,76	624
Toque com intervalo inferior a 4 horas	Sim	47	24,87	142	75,13		189	31,55	
	Não	34	8,29	376	91,71	0.000	410	68,45	599
Toque por diferentes pessoas	Sim	48	25,00	144	75,00		192	30,97	
	Não	37	8,64	391	91,36	0.000	428		620
Ocitocina	Sim	48	20,17	190	79,83		238	38,83	
	Não	32	8,53	343	91,47	0.000	375	61,17	613

Tabela 5 – Marcadores assistenciais do trabalho de parto de acordo com o relato espontâneo de violência durante o parto. Resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Marcadores de violência do trabalho de parto		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)							Conclusão
		Sim	%	Não	%	valor-p	n	%	Total
Consentimento ocitocina	Sim	30	15,46	164	84,54	0.000	194	82,91	234
	Não	17	42,50	23	57,5		40	17,09	
Rompimento artificial da bolsa	Sim	41	19,52	169	80,48	0.001	210	33,93	619
	Não	42	10,27	367	89,73		409	66,07	
Consentimento para o rompimento da bolsa	Sim	23	13,14	152	86,86	0.000	175	84,95	206
	Não	18	58,06	13	41,94		31	15,05	
Livre movimentação	Sim	63	11,29	495	88,71	0.000	558	90,73	615
	Não	20	35,09	37	64,91		57	9,27	
Recebeu anestesia quando solicitado	Sim	55	18,15	248	81,85	0.411	303	85,35	355
	Não	7	13,46	45	86,54		52	14,65	
Privacidade	Sim	62	11,09	497	88,91	0.000	559	90,75	616
	Não	21	36,84	36	63,16		57	9,25	
Instalação confortável	Sim	62	11,15	494	88,85	0.000	556	89,97	618
	Não	23	37,10	39	62,90		62	10,03	
Métodos não farmacológicos	Sim	80	13,61	508	86,39	0.389	588	94,23	624
	Não	6	16,67	30	83,33		36	5,77	

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os marcadores de violência na assistência ao trabalho de parto foi verificada violência obstétrica específica (VOE) que variou entre 9,25% e 38,83%. Observa-se 14,94% de jejum entre 616 mulheres, 31,55% de exames de toque com intervalo inferior a quatro horas entre 599 mulheres; entre [620] mulheres foram relatados 30,97% de exames de toque feito por diferentes pessoas; entre [613] mulheres 38,83% relataram infusão de ocitocina, destes, 17,09% sem consentimento; entre [619] mulheres foram 33,93% relatos de rompimento artificial da bolsa amniótica,

destes, 15,05% sem consentimento; entre 615 mulheres houve e 9,27% de impedimento à livre movimentação; entre 616 mulheres 9,25% das mulheres não tiveram privacidade; entre [618] mulheres 10,03% não consideraram as instalações confortáveis. Todos esses marcadores foram associados ao relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP) ($p \leq 0.001$) e representam os marcadores associados à violência obstétrica REMAVO.

A violência obstétrica oculta específica (VOCE) variou entre 41,94% e 75% e foi observada em 68 (73,91%) dentre as 92 mulheres que relataram jejum, 144 (75%) dentre os 192 relatos de exames de toque realizados por diferentes pessoas, 23 (57,5%) entre os 40 relatos de infusão de ocitocina sem consentimento, 13 (41,94%) dentre os 31 relatos de rompimento artificial da bolsa sem consentimento, 37 (64,91%) entre os 57 relatos de mulheres que não tiveram livre movimentação durante o trabalho de parto, 36 (63,16%) entre os 57 relatos de falta de privacidade e 39 (62,90%) entre os 62 relatos de instalação não confortável.

Os marcadores assistenciais de violência obstétrica, ou seja, práticas não recomendadas pelas evidências científicas que não tiveram associação ao relato espontâneo de violência obstétrica foram a lavagem intestinal, a tricotomia, não receber a anestesia quando solicitado e não ter acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Os marcadores assistenciais de violência obstétrica durante o parto vaginal ou a cirurgia cesariana (intraparto ou eletiva) de acordo com o relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP) estão descritos na Tabela 6.

A violência obstétrica específica (VOE) foi observada durante o parto vaginal na proporção de 12,38% de episiotomia entre [517] mulheres, 3,30% de pontos sem anestesia entre [515] mulheres, 2,92% de ausência de profissional durante o período expulsivo entre [513] mulheres, 15,63% de puxos dirigidos sem analgesia entre [595] mulheres, 1,35% de braços ou pernas amarradas entre [519] mulheres, 3,21% de Kristeller entre [518] mulheres. Todos esses marcadores foram associados ao relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP) ($p \leq 0.009$) e são considerados relatos de marcadores associados à violência obstétrica (REMAVO).

Tabela 6 - Marcadores de violência na assistência ao parto por relato espontâneo; resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Continua

Marcadores de violência no parto vaginal		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)							
		Sim	%	Não	%	valor-p	n*	%	Total
Episiotomia	Sim	16	25,00	48	75,00	0.001	64	12,38	517
	Não	46	10,15	407	89,85		453	87,62	
Pontos sem anestesia	Sim	9	52,94	8	47,06	0.000	17	3,30	515
	Não	52	10,44	446	89,56		498	96,70	
Profissional no período expulsivo	Sim	56	11,24	442	88,76	0.009	498	97,08	513
	Não	5	33,33	10	66,67		15	2,92	
Puxo dirigido sem analgesia	Sim	22	23,66	71	76,34	0.001	93	15,63	595
	Não	57	11,35	445	88,65		502	84,36	
Litotomia	Sim	44	25,00	132	75,00	0.000	176	34,04	517
	Não	19	5,57	322	94,43		341	65,96	
Pernas ou braços amarrados	Sim	5	71,43	2	28,57	0.000	7	1,35	519
	Não	58	11,33	454	88,67		512	98,65	
Kristeller	Sim	14	51,85	13	48,15	0.000	27	3,21	518
	Não	49	9,98	442	90,02		491	94,79	
Marcadores de violência nas cirurgias cesarianas		Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)							
		Sim	%	Não	%	valor-p	n*	%	Total
Sedação	Sim	1	9,09	10	90,91	0.683	11	6,64	302
	Não	41	14,09	250	85,91		291	93,36	
Mãos imobilizadas	Sim	15	36,59	26	63,41	0.000	41	13,90	295
	Não	27	10,63	227	89,37		254	86,10	
Sentiu dor durante a cirurgia	Sim	7	30,43	16	69,57	0.020	23	7,59	303
	Não	36	12,86	244	87,14		280	92,41	
Procedimentos sem pedido de consentimento	Sim	4	57,14	3	42,86	0.000	7	2,31	303
	Não	28	10,41	241	89,59		269	88,78	
	Não sabem	11	40,74	16	59,26		27	8,91	
Conversas paralelas dos profissionais durante a cirurgia	Sim	24	25,53	70	74,47	0.000	94	43,82	278
	Não	14	7,61	170	92,39		184	66,18	

Tabela 6 - Marcadores de violência na assistência ao parto por relato espontâneo; resultados de violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Conclusão

Marcadores de violência na cirurgia cesariana eletiva	Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)							Total	
	Sim	Não	valor-p	n*	%				
Foi conversado sobre a possibilidade de indução	Sim	2 (3,39)	3,39	57	96,61		59	43,71	135
	Não	8 (10,53)	10,53	68	89,47	0.116	76	56,29	
Marcadores de violência em todas as vias de nascimento	Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)								
		Sim	%	Não	%	valor-p	n*	%	Total
Acompanhante em todos os momentos	Sim	60	9,87	548	90,13		608	73,52	827
	Não	47	21,46	172	78,54	0.000	219	26,48	
Deboche	Sim	41	73,21	15	26,79		56	6,88	826
	Não	66	8,57	704	91,43	0.000	770	93,22	
Negligência	Sim	36	61,02	23	38,98		59	7,18	822
	Não	69	9,04	694	90,96	0.000	763	92,82	
Pele a pele na primeira hora**	Sim	71	10,99	575	89,01		646	88,86	727
	Não	20	24,69	61	75,31	0.000	81	11,14	
Mamou na primeira hora**	Sim	64	10,63	538	89,37		602	83,50	721
	Não	26	21,85	93	78,15	0.001	119	16,50	
Conversar sobre o plano de parto	Sim	31	6,50	446	93,5		477	58,45	816
	Não	75	22,12	264	77,88	0.000	339	41,54	

* n varia de acordo com o número de respondentes

** análise realizada para os bebês que nasceram bem

Fonte: Dados da pesquisa.

Da mesma forma, observa-se VOE durante a cirurgia cesariana com a proporção de 13,90% de mulheres com as mãos imobilizadas entre [295] mulheres, 7,59% de mulheres sentindo dor durante a cirurgia entre [303] mulheres, 2,31% de procedimentos sem o pedido de consentimento entre [303] mulheres e 43,82% de conversas paralelas dos profissionais durante a cirurgia entre [278] mulheres. Todos esses marcadores apresentaram associação ao REVOP com ($p < 0.000$), exceto sentir dor durante a cirurgia ($p = 0.02$).

Observa-se que entre marcadores de violência de ambas as vias de nascimento a VOE apresentou-se com a proporção de 26,48% para ausência de

acompanhante entre [827] nascimentos; 6,88% de deboche entre [826] mulheres; 7,18% de negligência entre [822] mulheres, 11,14% de bebês que nasceram bem e não ficaram em contato pele a pele com a mãe entre [721] nascimentos e 41,54% de ausência de conversa sobre o plano de parto entre [816] mulheres. Todos esses marcadores apresentaram associação ao REVOP com ($p < 0.000$).

A litotomia e ter um bebê que nasceu bem, mas não mamou na primeira hora foram associados com REVOP, no entanto, não foram considerados violência neste estudo uma vez que não há informações sobre a vontade da mulher. Não houve associação entre sedação durante a cirurgia cesariana e REVOP ($p=0.683$) e conversar sobre indução antes da decisão pela cesariana eletiva e REVOP ($p=0.116$) sugere melhores investigações.

Considerando todos os marcadores de violência no parto, a violência obstétrica não percebida pelas mulheres ou violência obstétrica oculta específica (VOCE) variou entre 26,79% e 78,54%.

A violência obstétrica oculta específica (VOCE) foi observada na proporção de 75%, 48 entre 64 procedimentos de episiotomia, 47,06%, oito entre 17 relatos de receber pontos sem anestesia, 66,67%, 10 entre 15 relatos de que não houve assistência de profissional no período expulsivo, 78,90%, 71 entre 93 relatos de puxos dirigidos em mulheres não anestesiadas, 28,57%, dois entre os sete relatos de pernas ou braços amarrados e 48,15%, 13 entre os 27 relatos de Kristeller.

A VOCE observada durante as cirurgias cesarianas apresentou a distribuição de 26 (63,41%) entre 41 relatos de mãos imobilizadas; 16 (69,57%) entre 23 relatos de sentir dor durante a cirurgia; três (42,86%) entre sete relatos da realização de procedimentos sem o pedido de consentimento e 70 (74,47%) entre 94 relatos de conversas paralelas dos profissionais durante a cirurgia cesariana.

Observa-se que para os marcadores de violência obstétrica comuns ao parto vaginal e à cirurgia cesariana, a VOCE se apresenta com a seguinte distribuição, 264 (77,88%) entre 339 mulheres cujo profissional não conversou sobre o plano de parto; 172 (78,54%) entre 219 mulheres que não tiveram acompanhante em todos os momentos, 15 (26,79%) entre 56 mulheres que relataram ter sofrido deboche; 23 (38,98%) entre 59 mulheres que relataram negligência e, por fim, 61 (75,31%) entre 81 mulheres que relataram ter um bebê que nasceu bem e não ficou em contato pele a pele na primeira hora.

A análise da variável violência obstétrica após estímulo, ou seja, com perguntas dirigidas utilizando as sete categorias estruturadas por Bohren *et al.* (2015) de maus tratos no parto, pelas mulheres durante o pré-natal (conforme descrito na metodologia) de acordo com os relatos espontâneos de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN) estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7 - Relato de violência após estímulo, segundo as categorias estruturadas por Bohren *et al.* (2015) por relato espontâneo de violência no pré-natal. Violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Relato estimulada de violência no pré-natal segundo as categorias estruturadas por Bohren <i>et al.</i> (2015) para o parto	Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)								
	Sim	%	Não	%	valor-p	n	%	Total	
Qualquer discriminação no pré-natal	Sim	42	29,58	100	70,42	0.000	142	17,03	834
	Não	47	6,79	645	93,21		692	82,97	
Abuso físico no pré-natal	Sim	5	83,33	1	16,67	0.000	6	0,72	834
	Não	84	10,14	744	89,86		828	99,28	
Abuso sexual no pré-natal	Sim	6	66,67	3	33,33	0.000	9	1,08	834
	Não	83	10,06	742	89,94		825	98,02	
Abuso verbal no pré-natal	Sim	33	55,93	26	44,07	0.000	59	7,10	832
	Não	55	7,12	718	92,88		773	92,90	
Falta de atendimento qualificado no pré-natal	Sim	47	35,88	84	64,12	0.000	131	15,80	829
	Não	42	6,02	656	93,98		698	84,20	
Relação precária com o profissional da assistência no pré-natal	Sim	43	41,75	60	58,25	0.000	103	12,38	832
	Não	46	6,31	683	93,69		729	87,62	
Restrição do Sistema de saúde no pré-natal	Sim	9	20,00	36	80,00	0.000	45	5,43	829
	Não	79	10,08	705	89,92		784	95,57	

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Todas as sete categorias estruturadas por Bohren *et al.* (2015) para descrever maus tratos no parto relatadas durante o pré-natal pelas respondentes foram associadas ao relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal REVOPN

($p \leq 0.000$) e foram consideradas relatos de marcadores associados à violência obstétrica REMAVO.

A análise das categorias de Bohren aplicadas durante o pré-natal possibilitou observar a VOE durante o pré-natal, sendo que 17,03% das mulheres sofreram qualquer discriminação ou estigma, 0,72% das mulheres relataram abuso físico, 1,08% das mulheres relatou abuso sexual; 7,10% relataram abuso verbal, 15,80% relataram falta de atendimento qualificado, 12,38% relataram relação precária com o profissional e 5,43% relataram restrições do sistema de saúde, o n variou entre 829 e 834 e pode ser conferido na Tabela 7.

Observa-se na análise das categorias de Bohren que nem todas as mulheres perceberam violência, portanto nota-se uma violência obstétrica oculta específica (VOCE), entre 142 relatos de discriminação ou estigma, 100 (70,42%) não perceberam violência, entre seis relatos de abuso físico, um (16,67%) não percebeu violência, entre nove relatos de abuso sexual, três (33,33%) não perceberam violência, entre 59 relatos de abuso verbal, 26 (44,07%), entre 131 relatos de falta de atendimento qualificado no pré-natal, 84 (64,12%) não perceberam violência, entre 103 relatos de relação precária com o profissional da assistência, 60 (58,25%) não perceberam violência e por fim, entre 45 relatos de restrição do sistema de saúde, 36 (80%) não perceberam violência.

As análises dos relatos de violência obstétrica após estímulo, segundo as sete categorias estruturadas por Bohren *et al* (2015) para descrever maus tratos no parto, de acordo com o relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP) estão dispostas na Tabela 8.

Todas as sete categorias de abusos estruturadas por Bohren *et al*. (2015) para descrever maus tratos no parto estavam associadas ao relato espontâneo de violência no parto REVOP ($p \leq 0.000$) e foram consideradas relatos de marcadores associados à violência obstétrica REMAVO.

De acordo com as categorias de Bohren *et al*. (2015) foi observada uma VOE de 68 mulheres ou 8,23% sofreram qualquer discriminação ou estigma no parto [827]; 21 mulheres ou 2,55% sofreram abuso físico [826]; quatro mulheres ou 0,05% sofreram abuso sexual [827]; 67 mulheres ou 8,15% sofreram abuso verbal [793]; 91 mulheres ou 11,14% sofreram falta de atendimento qualificado [817]; 88 mulheres ou

10,77% sofreram relação precária com o profissional da assistência [825] e por fim, 87 mulheres ou 10,64% sofreram restrição do sistema de saúde no parto.

Tabela 8 - Relato de violência após estímulo segundo as categorias estruturadas por Bohren *et al.* (2015) por relato espontâneo de violência no parto e violência obstétrica oculta específica e violência obstétrica específica, Belo Horizonte, 2021

Relato estimulado de violência no parto segundo as categorias estruturadas por Bohren <i>et al.</i> (2015) para o parto	Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)								
	Sim	%	Não	%	valor-p	n	%	Total	
Qualquer discriminação no parto	Sim	25	36,76	43	63,24	0.000	68	8,23	827
	Não	82	10,80	677	89,20		759	91,77	
Abuso físico no parto	Sim	17	80,95	4	19,05	0.000	21	2,55	826
	Não	90	11,18	715	88,82		805	97,45	
Abuso sexual no parto	Sim	4	100,00	0	0,00	0.000	4	0,05	827
	Não	103	12,52	720	87,48		823	99,5	
Abuso verbal no parto	Sim	48	71,64	19	28,36	0.000	67	8,15	793
	Não	59	7,80	697	92,20		726	91,85	
Falta de atendimento qualificado no parto	Sim	57	62,64	34	37,36	0.000	91	11,14	817
	Não	47	6,47	679	93,53		726	88,86	
Relação precária com o profissional da assistência no parto	Sim	59	67,05	29	32,95	0.000	88	10,77	825
	Não	47	6,38	690	93,62		737	89,33	
Restrição do Sistema de saúde no parto	Sim	24	27,59	63	72,41	0.000	87	10,64	818
	Não	80	10,94	651	89,06		731	89,36	

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que a violência obstétrica oculta específica (VOCE) se distribuiu da seguinte forma: a violência não foi percebida por 43 mulheres ou 63,24% entre 68 ocorrências de discriminação ou estigma no parto; quatro mulheres ou 19,05% entre 21 ocorrências de abuso físico no parto; 19 mulheres ou 28,36% das 67 mulheres que sofreram abuso verbal; 34 mulheres ou 37,36% das 91 mulheres que sofreram falta de atendimento qualificado no parto, 29 mulheres ou 32,95 das 88 mulheres que

sofreram relação precária com o profissional e por fim, 63 mulheres ou 72,41% das 87 mulheres que sofreram restrições do sistema de saúde. Não foi observada violência obstétrica oculta específica para abuso sexual no parto, todas as quatro mulheres que relataram abuso sexual no parto relataram espontaneamente violência obstétrica no parto (REVOP).

A violência obstétrica no pré-natal (VOPN), a violência obstétrica no parto (VOP) e a violência obstétrica tanto no pré-natal quanto no parto (VOPNP) estão na Tabela 9.

Tabela 9 - Variáveis derivadas - Violência obstétrica no pré-natal e no parto; violência obstétrica simultânea no pré-natal e no parto, Belo Horizonte, 2021

	Violência obstétrica no pré-natal (VOPN)						
		Sim	%	Não	%	n*	%
Violência no Parto (VOP)	Sim	494	58,05	130	15,28	624	73,33
	Não	109	12,81	118	13,86	227	26,67
	n*	603	70,86	248	29,14	851	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando os marcadores utilizados neste estudo (descritos em 5.5 Análise), a violência obstétrica no pré-natal (VOPN) demonstrada por meio da ocorrência de pelo menos um relato de marcador associado a violência obstétrica (REMAVO) entre as mulheres durante o pré-natal neste estudo foi de 603 (70,86%), a violência obstétrica no parto (VOP) demonstrada por meio da ocorrência de pelo menos um REMAVO entre as mulheres durante o parto foi de 624 (73,33%), a violência obstétrica tanto no pré-natal quanto no parto (VOPNP), demonstrada pela ocorrência concomitante de pelo menos um relato de violência durante o pré-natal e durante o parto foi de 494 (58,05%).

A violência obstétrica total (VOT) e as mulheres livres de violência (MLV) estão dispostas na Tabela 10.

Considerando os marcadores utilizados neste estudo (descritos em 5.5 Análise), a violência obstétrica total (VOT) foi de 733 (86,14%) e a proporção das mulheres livres de violência tanto no pré-natal quanto no parto foi de 118 (13,86%). Ambas estão dispostas na Tabela 10.

Tabela 10 - Violência obstétrica total e mulheres livres de violência, Belo Horizonte, 2021

Violência obstétrica total (VOT)	733	86,14%
Mulheres livres de violência (MLV)	118	13,86%

Fonte: Dados da pesquisa.

A violência oculta na assistência pré-natal e a violência oculta na assistência ao parto estão dispostas na Tabela 11.

Tabela 11 - Violência obstétrica oculta no pré-natal e no parto, Belo Horizonte, 2021

Violência Obstétrica no pré-natal (VO _{pnest})	Relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal (REVOPN)					
		Sim	%	Não	%	n*
Sim	83	14,24	500	85,76	583	0.000
Não	6	2,39	245	97,61	251	
Violência Obstétrica no parto (VO _{pest})	Relato espontâneo de violência obstétrica no parto (REVOP)					
		Sim	%	Não	%	n*
Sim	105	17,56	493	82,44	598	
Não	2	0,87	227	99,13	229	0.000

* n varia de acordo com o número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando os marcadores utilizados neste estudo (descritos em 5.5 Análise), a VOCPN observada foi de 85,76%, ou seja, entre 583 mulheres que sofreram alguma violência no pré-natal, 500 (85,76%) mulheres não perceberam ou identificaram violência no pré-natal. E, a VOCP observada foi de 82,44%, sendo que, entre 598 mulheres que sofreram violência no parto, 493 (82,44%) não perceberam ou identificaram violência obstétrica no parto.

6 DISCUSSÃO

Este estudo trabalhou com uma amostra de conveniência de 851 mulheres alcançadas a partir de divulgação nas redes sociais. Este método de coleta é prático e viabiliza amostras maiores, principalmente em pesquisas que não contam com financiamento, entretanto, essa metodologia resultou em seleção amostral dos participantes com características específicas diferentes da população de BH segundo análise dos dados dos nascidos vivos do Sinasc 2018. Naquele ano, houve 29813 nascidos vivos de mulheres residentes em Belo Horizonte e a distribuição segundo raça/cor da mãe foi de 33,70% brancas, 11,80% pretas e 52,50% de pardas, sendo que indígenas e amarelas somaram menos de 1%. Com relação à escolaridade da mãe, os dados do Sinasc apontam que 61,10% possuíam até 12 anos de estudo e 38,90% possuíam acima de 12 anos de estudo. Com relação ao grupo etário, 73,70% possuíam até 34 anos de idade, e 26,30% tinham acima de 35 anos. Por último, 47,2% dos nascimentos ocorreram por cesáreas e 52,7% por partos vaginais.

Percebe-se então o viés de seleção na amostra do presente estudo, caracterizada por uma maior proporção de mulheres brancas (63,06%) do que o esperado na população de BH (33,70%), e uma menor proporção de mulheres pardas (28,40%) e pretas (8,54%) enquanto o esperado seriam (52,50%) e (11,80%) respectivamente. Encontrou-se também uma maior proporção de mulheres com escolaridade superior a 12 anos de estudo (92,12%) versus (38,9%) esperados para amostra probabilística de BH. Houve, também, uma proporção maior de mulheres acima de 35 anos (52,64%) enquanto o esperado seria (26,30%) dessas mulheres, e, além disso, 63% das mulheres pesquisadas tiveram parto vaginal quando o esperado para a população de BH seria 52,70%. Por fim, 26% fizeram o parto pelo SUS, diferente do previsto, que seria 59%. Portanto foram limitações deste estudo, ocorridas devido à metodologia de coleta de dados *on-line*, não ter contemplado uma população de mulheres de outras raças, escolaridades e classes sociais.

Entretanto, apesar da limitação apontada, o estudo contribui com informações sobre a percepção das mulheres acerca das práticas assistenciais no pré-natal e no parto, especificamente a percepção com relação à violência obstétrica no cenário de Belo Horizonte. Em especial, contribui com a análise sobre uma violência que as mulheres não percebem ou reconhecem, a violência obstétrica oculta, que no sentido

figurado, representa a porção submersa de um iceberg. Ademais, o estudo trouxe elementos sobre a violência obstétrica no pré-natal, tema ainda pouco estudado internacionalmente e no contexto brasileiro.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório que utilizou a distribuição de frequência e a análise bivariada para verificar associação entre variáveis. Foi possível quantificar a ocorrência de VO a partir da análise de marcadores associados de forma a discriminar as mulheres que sofreram VO e as que não sofreram. Revelou-se também a existência de uma violência oculta no pré-natal e no parto que indica a subpercepção da violência obstétrica. Com relação às contribuições metodológicas, este trabalho sugere a análise de marcadores assistenciais de violência como forma simples e reprodutível de determinação e mensuração dos eventos estudados. Por conseguinte, com base nesses primeiros achados, estudos analíticos subsequentes mais aprofundados poderão avaliar a associação entre as variáveis utilizando os marcadores assistenciais de violência aqui estudados.

Com relação às características sociodemográficas da mulher e as características da gestação e do parto associadas à maior proporção de relato espontâneo de violência durante o pré-natal destacam-se: ser preta e não heterossexual; gestantes de baixo risco com preferência pelo parto normal; ter doula no parto; e não ter contato pele a pele com o bebê que nasceu bem.

Os resultados de maior proporção de violência obstétrica entre mulheres pretas vão ao encontro dos achados da literatura. Penna e Guedes (2009) realizaram uma pesquisa qualitativa, sobre a percepção de 20 gestantes negras matriculadas no serviço de pré-natal, na cidade do Rio de Janeiro, em 2007 e constataram que houve desrespeito aos direitos humanos, omissão e negligência na assistência pré-natal: “a discriminação é real, a sensação de invisibilidade quase palpável” (PENNA; GUEDES, 2009, p.538)

A partir de uma amostra de 6.652 puérperas do Rio de Janeiro (1999/2001) Menezes *et al.* (2006) encontraram uma maior peregrinação anteparto das mulheres pretas e pardas. Leal *et al.* (2017) descrevem, a partir da Pesquisa Nascer no Brasil, que em comparação às brancas, puérperas de cor preta apresentaram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia. Mulheres pardas também apresentaram maior risco de vivenciar violência do que as

brancas. O estudo encontrou disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto evidenciando um gradiente de cuidado entre mulheres pretas, pardas e brancas. Também na Pesquisa Nascer no Brasil, d'Orsi *et al.* (2014) descrevem que pretas e pardas relataram maior proporção de violência, menor privacidade e menor tempo para tirar dúvidas com o profissional, com consultas de pré-natal mais breves.

Com relação à orientação sexual, enquanto 10% das mulheres heterossexuais relataram espontaneamente ter sofrido VO durante o pré-natal, 20% das mulheres não hetero reportaram tal violência. Esse resultado corrobora com a literatura que aponta diversas discriminações sofridas entre as mulheres que não se enquadram na heteronormatividade social (BRASIL, 2013; MARQUES; MATTOS, 2020; MATTAR; DINIZ, 2012) sendo inclusive invisibilizadas por políticas públicas (BRASIL, 2013; MARQUES; MATTOS, 2020). De acordo com o estudo qualitativo de Carvalho (2018) sobre homoparentalidade e assistência obstétrica, todos os casais homoafetivos entrevistados relataram “ter passado por algum tipo de procedimento ou conduta discriminatória que geraram insegurança, desconforto e até mesmo negação de direitos” (CARVALHO, 2018, p.26). Não foram identificados na literatura outros estudos quantitativos com avaliação do impacto da violência obstétrica para as mulheres não hetero.

A preferência pelo parto vaginal, em contraponto com a cultura de cesarianas, é sem dúvidas um ponto de tensão na assistência obstétrica brasileira. Apesar de trabalhos que demonstram associação entre desejo da via de parto e violência no pré-natal não terem sido identificados, há consonância com o estudo de Leite *et al.* (2020, b), que a partir dos dados do estudo nacional Nascer no Brasil (2011-2012), encontrou que no setor privado, não ter a via de parto desejada, tanto para partos vaginais quanto para as cirurgias cesarianas, é uma característica associada ao abuso e desrespeito no parto.

As doulas são mulheres que prestam um importante apoio de informações e também acolhimento emocional da mulher, desempenhando um suporte contínuo durante todo o ciclo gravídico puerperal, incluindo o parto ou apenas no momento do parto (BOHREN *et al.* 2017); encontrar que ter doula no parto foi associado a uma maior proporção de relato espontâneo de violência obstétrica no pré-natal parece contra intuitivo, mas, provavelmente, essas mulheres tinham melhor noção das práticas recomendadas e das estratégias dos profissionais que acabam por

patologizar a gestação e minar a confiança da mulher no processo fisiológico e, por isso, essas mulheres perceberam uma maior proporção de violência no pré-natal do que as mulheres que não tiveram doula no parto.

Por fim, a ausência de contato pele a pele do bebê com a mãe esteve associada a uma maior proporção de violência obstétrica no pré-natal, mas também no parto, o que provavelmente é um reflexo do conjunto da assistência recebida. A associação da ausência do contato pele a pele a uma maior proporção de violência no parto corrobora com estudos prévios sobre VO publicados no Brasil como Lansky *et al.* (2019), Palma e Donelli (2017).

Considerando as características da gestação e do parto associadas à uma maior proporção de relato espontâneo de violência durante o parto destacam-se: ser primípara; ter nenhuma ou duas cesáreas anteriores; ter tido o pré-natal financiado exclusivamente pela Saúde Suplementar ou pelo SUS somado a investimento particular; não ter tido enfermeira obstétrica no pré-natal; ter tido o parto financiado exclusivamente pelo SUS ou exclusivamente pela Saúde Suplementar; ter tido o parto em instituição de saúde; não ter tido doula no parto e não ter tido contato pele a pele ou amamentação com o bebê que nasceu bem.

Os estudos brasileiros sobre violência obstétrica possuem a limitação ao considerar o financiamento do parto apenas como público ou privado. O inquérito nacional Nascer no Brasil (2011/2012) descreve que 80% dos partos tiveram financiamento público em maternidades públicas e mistas e 20% restantes ocorreram no setor privado com financiamento por plano de saúde ou desembolso direto (LEAL *et al.*, 2014), a pesquisa Sentidos do Nascer também considerou partos no setor público e partos no setor privado (LANSKY *et al.*, 2019). Entretanto, o presente estudo desmembrou as diferentes formas de financiamento e investigou o pagamento de extras, possibilitando observar que os sistemas de saúde, tanto o SUS quanto a SS, não estão suprindo as necessidades das mulheres e essas têm que investir a mais em exames, contratação de profissionais ou equipes, pagamento de taxas de disponibilidade para obstetras credenciados ou ainda, pagando por suítes hospitalares com ambiência adequada para vivenciarem as boas práticas, o que deveria estar disponível para todas.

Como descrito nos resultados, 17% das mulheres que fizeram o pré-natal pelo SUS e também realizaram pagamento adicional reportaram maior proporção de

violência no parto. Essa proporção foi de 15,80% entre as mulheres que fizeram o pré-natal exclusivamente pelo SS, enquanto entre as mulheres que fizeram o pré-natal de forma exclusiva pelo SUS, exclusivamente particular ou pela SS com investimento adicional, aproximadamente 9% reportaram violência no parto. Aparentemente, as mulheres que dependiam do SUS, mas sentiram necessidade de pagar por algo no pré-natal tiveram refletida uma maior proporção de violência no parto, enquanto as mulheres que tiveram necessidades exclusivamente atendidas pelo SUS apresentaram uma dinâmica diferente. No futuro, análises qualitativas e análises multivariadas que controlem os efeitos do nível socioeconômico e características do serviço pré-natal nas unidades básicas de saúde, permitirão explorar como a forma de financiamento dos serviços e a contratação de serviços pré-natal adicionais influencia na qualidade da assistência e percepção das mulheres sobre a violência no parto.

A maior proporção de relatos de violência no parto para as usuárias exclusivas de SS no pré-natal dialoga com a literatura que indica que hospitais privados utilizam menos as práticas recomendadas (FERNANDES *et al.* 2021). No presente estudo, as mulheres que tiveram o parto exclusivamente financiado pela SS foram as que relataram a maior proporção de violência no parto.

A necessidade de complementação financeira ou da contratação extra de equipes de assistência humanizada para a atenção ao parto é realidade de quem busca uma experiência respeitosa no parto em Belo Horizonte. Essa afirmação vai de encontro ao resultado de que partos financiados exclusivamente pela SS ou pelo SUS reportam respectivamente 18,05% e 11,82% de violência no parto, enquanto mulheres assistidas a partir de financiamentos que envolvem pagamento ou contratações particulares apresentam uma proporção menor de relato de violência, chegando a 8% para mulheres que fizeram o parto pela SS com obstetra credenciado acrescido de pagamento de taxa de disponibilidade, e atingindo 6,25% e 6,41% respectivamente, para parto com pagamento inteiramente particular e hospital pela SS aliado a pagamento de equipe multiprofissional. Mena-Tudela *et al.* (2021) pesquisaram a violência obstétrica entre 17.541 mulheres espanholas e encontraram que 58,4% das mulheres que relataram receber procedimentos dolorosos e desnecessários no parto foram assistidas pelo sistema de saúde privado. Fernandes *et al.* (2021), a partir dos dados da Pesquisa Sentidos do Nascer, descrevem que custos financeiros podem ser

uma barreira ao acesso a práticas baseadas em evidências (PBE). Estudando mulheres do sistema privado, as autoras encontraram que PBE, como plano de parto e assistência de enfermeiras obstetras, foi associado a mulheres com maior renda e alta escolaridade e o suporte de doulas associado a gestantes brancas. Por sua vez, a falta de acesso às práticas baseadas em evidências está associada à maior proporção de violência. Ainda segundo Fernandes *et al.* (2021), a análise qualitativa das 555 mulheres da Pesquisa Sentidos do Nascer, demonstrou que frequentemente mulheres sem plano de parto relataram ausência de acompanhante e não puderam escolher a posição no parto. Esse resultado aponta a lógica capitalista interferindo na igualdade e na equidade do acesso a uma assistência obstétrica de qualidade (D'ORSI, 2014). A persistência de estruturas e práticas inadequadas demanda maior investimento financeiro das mulheres para que elas tenham seus direitos humanos garantidos e estejam livres de violência.

Considerando as proporções de violência percebidas espontaneamente no pré-natal e no parto, no presente estudo, a proporção de violência percebida espontaneamente no pré-natal (10,67%) é muito maior que a proporção de 3% de maus tratos relatados espontaneamente no pré-natal descrito na pesquisa de Venturi (2010). Já a violência percebida espontaneamente no parto (12,90%) corrobora com o resultado de 12,6% encontrado pelo estudo Sentidos do Nascer (LANSKY *et al.* 2019) e também que os 11% de relatos espontâneos de maus tratos no parto encontrados por Venturi (2010), se aproxima também, da violência obstétrica no parto percebida espontaneamente na Polônia, de 15,5% (BARANOWSKA *et al.*, 2019), e foi maior do que a registrada no estudo “Nascer no Brasil” em que a violência relatada espontaneamente no parto (violência verbal, psicológica ou física) variou entre 2,50 e 7,80% (D'ORSI *et al.*, 2014).

Conclui-se que apesar da presente pesquisa ter sido amplamente divulgada em grupos de parto humanizado e que isso tenha contribuído para um viés de seleção de mulheres com elevada escolaridade e nível socioeconômico resultando em melhores condições para reconhecer práticas de violência, a proporção de violência relatada espontaneamente no parto foi semelhante aos resultados dos outros estudos. Destaca-se a diferença encontrada entre as proporções de violência espontânea percebida no pré-natal entre o presente estudo (10,67%) e o estudo de Venturi (2010) (3%) que pode ser decorrente da diferença de tempo entre as duas pesquisas e ou do

próprio viés de seleção da amostra. Percebe-se que mesmo em contextos de elevado conhecimento, grande parte da violência obstétrica permanece oculta ou não identificada.

Com relação aos resultados referentes à prevalência de violência obstétrica no pré-natal, Pereira *et al.* (2014) entrevistaram 50 gestantes no sistema público de saúde de Niterói-RJ e verificaram quatorze gestantes (28%) que tiveram dificuldades para a realização dos exames de acompanhamento pré-natal, no presente estudo, em BH, 4,96% das mulheres atendidas pelo SUS tiveram que fazer algum investimento adicional durante o pré-natal. Dentre as entrevistadas em Niterói, vinte e nove (58%) não tiveram a presença de um acompanhante durante a consulta pré-natal, em BH foram 6,39%. Em Niterói, houve uma proporção de demora/espera (50%), seguida de acomodações inadequadas (12%) e péssimo atendimento (8%) como motivos de insatisfação quanto ao processo de atendimento/consulta de pré-natal, neste recorte da pesquisa em BH, esses dados não foram analisados. Larson *et al.* (2020) fizeram uma revisão sistemática dos métodos de medição das experiências dos cuidados institucionais de saúde para as mulheres durante o ciclo perinatal e constataram lacunas alarmantes na medição da experiência da mulher para cuidados pré-natais. Foi, portanto, percebida uma lacuna na literatura a respeito da quantificação da violência obstétrica exclusivamente no pré-natal, e a contribuição deste estudo pode ser interessante neste sentido.

Estiveram associados a uma maior proporção de violência espontânea no pré-natal ($p < 0,05$) os exames de toque vaginal em todas ou quase todas as consultas, o incentivo à cirurgia cesariana, o deboche no atendimento e a negligência no atendimento. Conversar sobre o plano de parto é uma prática recomendada durante o pré-natal e sua negativa (ou seja, não ter conversado) se associou de forma marginal ($p = 0,078$) à violência no pré-natal e de forma significativa ($p = 0,000$) à violência no parto.

Os resultados também demonstraram que muitas das mulheres que relataram a ocorrência desses marcadores não perceberam que se tratavam de violência obstétrica. Por exemplo, 84% das 238 mulheres que receberam toque em todas ou quase todas as consultas não relataram violência espontaneamente, 86,96% das 345 mulheres que não tiveram acesso a uma conversa sobre o plano de parto não perceberam que estavam sofrendo violência obstétrica e 78,90% das 128 mulheres

que foram incentivadas a uma cesariana também não perceberam que estavam sofrendo violência obstétrica.

Uma das estratégias dos profissionais da Saúde Suplementar descritas na literatura (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) é justamente não conversar sobre o parto e até mesmo incentivar uma cirurgia cesariana, inclusive amedrontando as mulheres para que agendem uma cirurgia cesariana no caso de uma possível indisponibilidade do profissional. As perguntas sobre o plano de parto e sobre o incentivo à cesariana coletam de forma pragmática o discurso dos profissionais não comprometidos com as práticas baseadas em evidência e que agem de acordo com sua conveniência. Domingues *et al.* (2014) relatam que, no Brasil, o fato de 80% das mulheres do setor privado serem acompanhadas tanto no pré-natal quanto no parto pelo mesmo profissional, sugere um aconselhamento favorável à cesariana durante a escolha da via de parto.

A análise da violência obstétrica no pré-natal, segundo as categorias de Bohren *et al.* (2015), respondida diretamente pelas mulheres, variou entre 0,72% de abuso físico e 17,03% para qualquer discriminação ou estigma. Não foram identificados outros estudos que abordassem essa tipologia no pré-natal para que fosse possível comparação.

Houve uma elevada proporção de violência obstétrica oculta específica VOCE quando as perguntas se referiam às categorias de violência segundo Bohren *et al.* (2015) com destaque para o percentual de 70,42% entre 142 mulheres discriminadas e ou estigmatizadas durante o pré-natal e que não perceberam ter sofrido violência obstétrica e 64,12% entre 131 mulheres que reportaram falta de atendimento qualificado no pré-natal e não perceberam ter sofrido violência obstétrica.

A análise dos marcadores assistenciais, associados ao relato de violência espontânea, demonstrou que 70,86% das 851 mulheres pesquisadas sofreram pelo menos uma ocorrência de violência obstétrica durante o pré-natal (VOPN), valor que ultrapassa em muito os 10,67% relatados espontaneamente. Ainda, o estudo mostra que 85,76% de 583 mulheres que relataram pelo menos um marcador associado à violência no pré-natal não perceberam violência espontaneamente, ou seja, 85,76% de toda a violência obstétrica ocorrida no pré-natal é oculta e não é identificada como violência pelas mulheres (VOCPN).

A identificação da violência obstétrica oculta possibilita quantificar qual é a violência obstétrica subestimada, e com isso, obter pistas sobre quais práticas estão mais normalizadas na assistência ou na cultura do contexto estudado. Para determinar se o marcador não foi percebido, basta compará-lo à pergunta genérica “Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu em sua gestação? (sim/não)”. Se a mulher não percebeu nenhuma violência e respondeu sim ao marcador assistencial de violência, ela seguramente não o reconheceu como violência obstétrica. Entretanto, se ela percebe ter vivenciado alguma violência, e responde sim ao marcador assistencial de violência, de acordo com a metodologia descrita, não há como afirmar quais marcadores percebe como violência, pois podem ter ocorrido mais de um. Diante desse raciocínio, a violência obstétrica oculta, comparada ao relato espontâneo de violência, parece ser uma forma segura e simplificada de se demonstrar a violência obstétrica subestimada ou não percebida (VOCE e VOCPN).

Com relação aos resultados sobre violência obstétrica durante o trabalho de parto, marcadores considerados violência obstétrica na literatura, como jejum durante o trabalho de parto, tricotomia e recusa de anestesia solicitada não estiveram associados ao relato espontâneo de violência obstétrica no parto. Com relação ao jejum durante o trabalho de parto e tricotomia, uma explicação possível para a não associação é sua baixa ocorrência entre as pesquisadas. Com relação à anestesia, é necessário um aprofundamento qualitativo nos dados para entender o contexto em que essas negativas de acesso ocorreram.

Marcadores como exame de toque por diferentes pessoas, aplicação de ocitocina sem consentimento livre e esclarecido (CLE), rompimento de bolsa sem CLE, recusa de liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, falta de privacidade e falta de conforto na instalação foram associados com violência obstétrica e utilizados para estimar a ocorrência de VO ($p=0.000$).

Considerando os resultados de violência obstétrica no parto, todos os marcadores utilizados no parto vaginal e todos os marcadores utilizados para ambas vias de nascimento se apresentaram associados a uma maior proporção de relato de violência ($p\leq 0.009$). Entre os marcadores utilizados exclusivamente na cirurgia cesariana, apenas a sedação não esteve associada a uma maior proporção de violência ($p=0,683$). Para o único marcador sugerido para a cirurgia cesariana eletiva,

não conversar sobre a possibilidade de indução antes de decidir pela cirurgia, não esteve associado com maior proporção de violência ($p=0.116$). Entretanto, a cesárea eletiva, quando desnecessária, pode representar a violência perfeita, conceito de Marilena Chauí (1985), caracterizada pela interiorização da vontade e da ação do agressor pela vontade e ação da pessoa agredida, dessa forma, a perda de autonomia não é percebida, a mulher não percebe que foi manipulada psicologicamente para marcar uma cirurgia. Essa situação vai de encontro aos resultados deste estudo, em que as mulheres submetidas à cesariana eletiva tiveram a menor proporção de relato de violência espontânea (7,80% entre 141 mulheres) e ao estudo de d'Orsi *et al.* (2014), no qual mulheres que fizeram cesarianas eletivas foram as que mais relataram que a assistência ao parto havia sido excelente, portanto, mais estudos em torno de um indicador durante a cesariana eletiva são necessários.

Quanto à ocorrência da violência obstétrica no parto, a literatura apresenta diversos trabalhos comparáveis em relação aos marcadores assistenciais de violência. Uma pesquisa da OMS, multinacional (Gana, Guiné e Nigéria), coordenada por Bohren *et al.* (2019) encontrou, sob a ótica das mulheres, que 3,40% dos partos em Gana, 0,40% na Guiné e 3% na Nigéria ocorreram na ausência de profissional habilitado no momento do parto enquanto, em BH essa ocorrência foi de 2,92%; 58,10% dos partos em Gana, 52,20% na Guiné e 66,50% na Nigéria ocorreram sem que a mulher tivesse um acompanhante, em BH isso ocorreu em 26,48% dos partos; 7,80% dos partos em Gana, 52,60% na Guiné e 83,40% na Nigéria aconteceram sem privacidade para a mulher, em BH, isso ocorreu em 9,25% dos trabalhos de parto; e a episiotomia foi feita em 12,8% dos partos em Gana, em 9,2% na Guiné e em 24,5% dos partos na Nigéria, em BH, a episiotomia ocorreu em 12,38% dos partos vaginais e no estudo de Palma e Donelli (2017) no Brasil, ocorreu em 20,07% dos partos vaginais.

Palma e Donelli (2017), com um método similar, pesquisaram mais de 1.600 mulheres e estimaram 12,80% de procedimentos sem consentimento, em BH, durante as cesarianas houve 2,31% de procedimentos sem consentimento e durante o trabalho de parto, 17,09% das infusões de ocitocina foram sem consentimento. Palma e Donelli (2017) encontraram 2,50% de conversas paralelas dos profissionais durante a cirurgia, entre as cirurgias em BH foi de 43,82%, as autoras encontraram 17,10% de restrição à movimentação, em BH isso ocorreu em 9,27% dos trabalhos de parto,

20,6% de puxo dirigido, em BH foi 15,63%, 23,80% de toques realizados por diferentes pessoas, em BH foi 30,97%, 16,4% de jejum, em BH foi 14,94%, 14% de Kristeller, e BH foi 3,21%, 18,6% de mãos amarradas, em BH, durante as cesarianas foi de 13,90%. As autoras Palma e Donelli utilizaram uma metodologia muito parecida com a de BH e os diferentes resultados demonstram que a violência encontrada depende muito do contexto.

A pesquisa Sentidos do Nascer (LANSKY *et al.* 2019) também estimou marcadores assistenciais de VO e os comparou à percepção espontânea de violência e encontrou que apenas 21,70% das mulheres que sofreram Kristeller perceberam violência obstétrica. Considerando a violência obstétrica oculta, Lansky *et al.* (2019) encontrou que 78,30% das mulheres que tiveram Kristeller não relataram violência obstétrica, em comparação, em BH 48,15% das mulheres que sofreram Kristeller não relataram violência. Essa diferença pode ser explicada pelo aumento do acesso das mulheres à informações qualificadas e pelo perfil de mulheres que responderam à pesquisa (maioria de brancas, com mais de 12 anos de estudo, elevado nível econômico). Já para episiotomia, enquanto o estudo de Lansky *et al.* (2019) identificou 71% de VOCE, em BH ocorreu 75%, 76,50% para as mulheres que ficaram sem acompanhante, em BH 78,54% e por fim, 83,30% para as mulheres que não ficaram em contato pele a pele com o bebê na primeira hora, enquanto este estudo em BH encontrou 75,31%.

Considerando as categorias de maus tratos no parto estruturadas por Bohren *et al.* (2015), Baranowska *et al.* (2019) pesquisaram 8378 mulheres na Polônia, por meio de questionário on-line com a participação de mulheres que tiveram partos entre 2017 e 2018, com uma seleção similar de participantes, na sua maioria mulheres brancas, de alta escolaridade e proporção maior de partos vaginais do que o esperado para a população geral. O trabalho polonês pesquisou marcadores de violência e os organizou de acordo com as categorias de Bohren *et al.* (2015). Em BH, as categorias de violência de Bohren foram perguntadas diretamente às mulheres, conforme descrito no Quadro 2, na seção 4.4 Variáveis analisadas. As situações categorizadas como violência verbal no estudo polonês variaram de 6,80% a 24,40%, enquanto esta proporção foi de 8,15% em BH; as situações de abuso físico variaram de 0,50% a 2,80%, similar à de BH que foi 2,55%; a falta de atendimento qualificado variou entre 13% a 32,60%, em BH foi 11,14%; a relação precária com o profissional de saúde

variou de 14,20% a 35,30%, em BH foi de 10,77%; a discriminação ou estigma foi semelhante, 8,80% e, em BH, 8,20%. A diferença de proporções entre os resultados pode ser atribuída à diferença metodológica, uma vez que a utilização de marcadores de violência independe da percepção espontânea de VO pelas mulheres, e se constitui como uma forma mais precisa para mensurar a VO.

A análise sobre violência obstétrica no parto (VOP) demonstrou que 73,33% das 851 mulheres de BH sofreram pelo menos um marcador de violência no trabalho de parto e parto, já o estudo polonês encontrou que 81,10% das mulheres tiveram pelo menos um marcador de violência no trabalho de parto e parto. Em 58% das mulheres sofreram violência obstétrica tanto no pré-natal quanto no parto (VOPNP). A violência obstétrica total (VOT) considerando pré-natal e parto foi de 86,14% entre as 851 mulheres. Apenas 13,86% das mulheres do estudo estiveram livres de violência (MLV) na assistência obstétrica pré-natal e parto.

Estudos internacionais que utilizam marcadores assistenciais de VO para determinar quantas mulheres sofreram VO também encontraram prevalência elevada de VO. Adinew *et al.* (2021) encontraram que 100% das mulheres tiveram pelo menos um tipo de abuso e desrespeito durante o parto e Ukke *et al.* (2019) encontraram 98,8%, ambos utilizaram questionários respondidos pelas mulheres com marcadores de VO baseados nas categorias de Bowser e Hill (2010).

A alta prevalência de violência obstétrica demonstra a necessidade da educação perinatal, mas mais do que isso, essa manutenção de práticas inadequadas comprova o quanto a violência obstétrica possui raízes estruturais e é normalizada e aceita na sociedade. Justamente por ser estrutural, são necessárias ações políticas, educacionais, jurídicas e econômicas, nos sistemas de saúde e nas instituições universitárias e de saúde, com vistas a promover uma reforma do sistema obstétrico como descrito no trabalho de Tesser *et al.* (2015) que possibilite compreender a mulher como autônoma e detentora de direitos humanos, sexuais e reprodutivos, com inserção de obstetras no acompanhamento de gestações e partos de risco habitual, estratégia reconhecida mundialmente por seus benefícios em reduzir intervenções desnecessárias e número de cesarianas.

Com relação às contribuições metodológicas, diversas pesquisas caminharam no sentido de categorizar as violências (BOHREN *et al.*, 2015; BOWSER, HILL, 2010; TESSER *et al.*, 2015). Diante de diversos contextos internacionais a categorização da

violência obstétrica é importante para a compreensão das situações em que as mulheres têm seus direitos violados e a identificação dos marcadores que devem ser pesquisados para assegurar que todas as situações estejam sendo estimadas e possam ser monitoradas. A partir da revisão sistemática e meta-análise acerca da violência obstétrica na América Latina, Tobasía-Hege *et al.* (2019) relatam que a elevada heterogeneidade entre as metodologias utilizadas impossibilitou a geração de medidas agregadas por categorias, mas que é possível agrupar as frequências específicas de abuso em tipologias. O presente estudo também considerou, ser mais factível comparar marcadores assistenciais de VO em relação à comparação de prevalências por categorias, uma vez que a violência obstétrica é multidimensional e as categorias podem se sobrepor, somando-se em função das diferenças metodológicas, dificultando a comparação entre os diferentes cenários.

O estudo da OMS (BOHREN *et al.*, 2019) não utilizou todas as sete categorias de abusos da tipologia baseada na revisão sistemática de BOHREN *et al.* (2015) para mensurar os maus tratos no parto. As categorias abuso físico, verbal e discriminação ou estigma foram agregadas e 41,6% das mulheres que participaram do estudo de observação da assistência ao parto para identificação de maus tratos e 35,4% das mulheres que responderam à pesquisa na comunidade após o parto sofreram ao menos um tipo de abuso físico, verbal, estigma ou discriminação. Apesar de não utilizarem todas as categorias, diversos marcadores de violência foram contemplados nas demais categorias e descritos na pesquisa, como, por exemplo, procedimentos sem consentimento ou ausência de acompanhante. O trabalho de Leslie *et al.* (2021) para avaliar a validade e a confiabilidade da ferramenta que a OMS (2019) usou na comunidade, atestou a boa sensibilidade de marcadores específicos que detectem os maus tratos em cinco categorias, e que possam ser reproduzidos em pesquisas em diferentes países, porém mais estudos são necessários, persiste o desafio epidemiológico descrito por Leite *et al.* (2020) e Sando *et al.* (2017), de que é difícil estabelecer pesquisas ou ações globais que venham a atender todos os desafios e equacionar a mensuração de uma questão tão complexa.

As diferentes manifestações da VO, ocorridas em cenários culturais diversos, demandam uma abordagem particular ao contexto, dificultando sua análise. Os estudos de Bohren *et al.* (2018, 2019) ocorreram em Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria, muito diferentes se comparados ao cenário brasileiro, no Brasil, o sistema único de

saúde (SUS) juntamente com a saúde suplementar garantem 98,70% de cobertura de assistência obstétrica pré-natal (VIELLAS *et al.*, 2014) e 98% de partos hospitalares com assistência profissional qualificada (BRASIL, 2006), enquanto na África, 31% das mulheres não têm acesso a nenhuma consulta pré-natal e 42% possuem assistência por profissional qualificado durante o parto (OMS, 2008). Na Etiópia, por exemplo, em 2019, apenas 48% das mulheres tiveram seus filhos em instituições e não têm acesso a intervenções oportunas (ADINEW *et al.*, 2021). No Brasil a violência obstétrica é expressão da baixa qualidade da assistência com excesso de intervenções desnecessárias trazendo complicações evitáveis. Ao mesmo tempo, mulheres vulnerabilizadas, apesar de terem acesso às instituições de saúde, nem sempre recebem a intervenção necessária, e nesses casos, a assistência não evita oportunamente as complicações. Esses diferentes contextos vão demandar a utilização de marcadores de violência distintos, mas é importante observar, que pelo menos as sete dimensões de violência categorizadas pela OMS sejam tomadas como referencial nas pesquisas, de modo a possibilitar a comparabilidade em diferentes localidades.

Neste estudo foram analisados marcadores assistenciais de violência considerando o contexto cultural, em consonância, mas não restritos, às categorias de maus tratos no parto estabelecidas pela OMS (BOHREN *et al.*, 2015). A violência obstétrica foi medida a partir dos marcadores assistenciais de violência em conjunto com as prevalências das categorias de Bohren relatadas pelas mulheres, observando-se a violência obstétrica específica (VOE), a percepção espontânea de violência obstétrica e a violência obstétrica oculta específica (VOCE). Posteriormente foi identificada a proporção de mulheres que sofreram pelo menos um evento de violência obstétrica (VOT) e de mulheres livres de violência durante toda a assistência obstétrica (MLV).

É possível monitorar e comparar a violência obstétrica utilizando marcadores específicos, assim como analisar a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica a partir da violência obstétrica oculta, ou seja, não identificada ou relatada espontaneamente, por meio de marcadores específicos mesmo que em diferentes cenários.

Quanto à falta de consenso com relação a conceitos e definições sobre a violência obstétrica, a partir da literatura estudada, o presente estudo entende que os

termos maus tratos no parto, utilizado pela OMS e abusos e desrespeitos no parto, utilizado por Bowser e Hill (2010) são muito restritos para nomear o fenômeno da violência obstétrica. Essa expressão é considerada polêmica entre a comunidade médica (KATZ *et al.*, 2020) e não é utilizada pela OMS para não prejudicar o envolvimento dos profissionais da assistência com a causa (BOHREN *et al.*, 2015, 2018, 2019) e porque muitas vezes não há a intenção de causar dano. Entretanto, este estudo concorda com Katz *et al.* (2020), a intenção não é de causar dano e sim de usar o poder sobre a mulher, defende-se então que a expressão “violência obstétrica” deve ser utilizada pois, além de representar a voz das mulheres, é o termo que consegue traduzir essa violação em toda a sua magnitude.

Por fim, compreende-se que a violência obstétrica é um fenômeno complexo e representa uma violência de gênero, multidimensional, interpessoal ou coletiva, geralmente institucional, com caráter interseccional, sustentada pelos sistemas estruturais da nossa sociedade, que resiste contra as mulheres com o objetivo de manter a ordem hegemônica pré-estabelecida, que ocorre durante a assistência obstétrica e é caracterizada pela objetificação do sujeito mulher a partir dos distanciamentos da assistência obstétrica baseada em evidências científicas e do respeito à autonomia da mulher. Portanto, para acabar com a VO são necessárias ações e políticas estruturais de combate às desigualdades sociais, de gênero e do racismo estrutural.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo entende, a partir da revisão da literatura, a violência obstétrica como um fenômeno complexo e com raízes estruturais.

Considerando pelo menos uma ocorrência de violência no pré-natal ou no parto, apenas 13,86% das mulheres deste estudo estiveram livres de violência obstétrica.

A pesquisa contou com uma amostra de mulheres majoritariamente usuárias do sistema de saúde suplementar e demonstrou que a VO no município de Belo Horizonte é uma ocorrência indesejável e com prevalência elevada, mesmo entre mulheres brancas e com alta escolaridade, estima-se, devido ao caráter interseccional, que entre as mulheres negras a VO deve ser ainda maior.

Essa pesquisa deve ser estendida às mulheres usuárias das UBS do SUS-BH para que os achados possam ser ampliados e essa população contemplada.

Em Belo Horizonte, a proporção de violência obstétrica percebida no parto foi maior entre as mulheres assistidas exclusivamente pela saúde suplementar (18%) seguida por mulheres assistidas exclusivamente pelo SUS (11,82%) e substancialmente menor entre as mulheres que fizeram contratação exclusivamente particular de equipe (6,25%), seguida pelo uso da SS com contratação adicional de equipe particular (6,41%) e depois pelo uso da SS com adição da taxa de disponibilidade para profissional credenciado ao plano de saúde (8%). Essa situação se configura como uma barreira à assistência obstétrica de qualidade livre de violência. Possivelmente contribui para a resistência do setor de saúde suplementar / privado às mudanças estruturais necessárias e avanço na redução das cesarianas desnecessárias e qualificação da atenção ao parto vaginal, o que demanda melhoria da ambiência das maternidades e formação de equipes multiprofissionais com a inserção das doulas e enfermeiras obstétricas para assegurar o cuidado um para um como é recomendado pelas evidências científicas e demandado pelos movimentos sociais de Belo Horizonte.

Este estudo mensurou a VO a partir de marcadores assistenciais de violência que respeitam e se enquadram na tipologia de maus tratos na assistência ao parto estruturada por Bohren *et al.* (2015, 2019) e estão adaptados ao contexto assistencial da cidade, utilizando perguntas objetivas sobre a assistência recebida.

O incentivo à cesariana e a não utilização do plano de parto durante a gestação são marcadores assistenciais, sugeridos por este estudo, para detectar a violência no pré-natal e no parto e auxiliar na mensuração de eventos complexos e difíceis de se detectar na relação com o profissional do pré-natal como a manipulação emocional da mulher, prejudicando sua autonomia para escolha do parto.

O estudo estimou uma elevada proporção de violência obstétrica oculta, mesmo entre mulheres de alta escolaridade. Informar mais as mulheres pode reduzir a proporção de violência obstétrica oculta, entretanto, como estratégia de redução da violência obstétrica, pode interferir pouco no cenário. Neste sentido, são necessárias ações para mudanças estruturais que objetivem uma verdadeira reforma no sistema de atenção obstétrica, com a mudança na formação educacional de universitários e residentes, inserção de enfermeiras obstétricas, obstetrizas e doulas na assistência, ambiência adequada, otimização da atuação do médico especialista obstetra em situações de risco não habitual e como retaguarda acionada em caso de necessidade como apontado por autores especialistas e ativistas do movimento de humanização da atenção ao parto e nascimento.

Estudos subsequentes com aprofundamento das análises quantitativas e qualitativas, assim como testes de confiabilidade do questionário, devem ser incentivados para aprimorar a compreensão sobre a violência obstétrica em Belo Horizonte, conferindo maior visibilidade ao problema e subsidiando as ações de controle para a melhoria na saúde das mulheres e das crianças no município e no Brasil.

REFERÊNCIAS⁹

- ABUYA, T.; WARREN, C. E.; MILLER, N.; *et al.* Explorando a prevalência de desrespeito e abuso durante o parto no Quênia. **PLoS One**, v.10, n.4, p.e0123606, 2015.
- ADINEW, Y. M.; HALL, H.; MARSHALL, A.; KELLY, J. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in central Ethiopia. **Global Health Action**, v.14, n.1, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1923327>. Acesso em: 20 out. 2021.
- AGUILAR, R. G.; SOSA, M. N.; REYES, I. El entre mujeres como negación de las formas de interdependencia impuestas por el patriarcado capitalista y colonial. Reflexiones en torno a la violencia y la mediación patriarcal. **Heterotopías**, v.1, n.1, 2018. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/20007>. Acesso em: 7 out. 2021.
- ALMEIDA, T. M. C. As raízes da violência na sociedade patriarcal. **Sociedade e Estado**, 2004, v.19, n.1, p.235–243. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/5080>. Acesso em: 09 abr. 2021.
- AMORIM, M. M. Relato em rede social: **A violência obstétrica está aqui**. 2021. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CQW69XQBXR>. Acesso em: 11 out. 2021.
- AMORIM, M. M.; COUTINHO, I. C.; MELO, I.; KATZ, L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reprod. Health**, v.14, n.1, p.55, Apr. 2017. Erratum in: *Reprod. Health*, v.14, n.1, p.135, Oct. 2017.
- AMORIM, M. M.; DELGADO, A.; KATZ, L. Letter to the editor: Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). **Int. Urogynecol. J.**, v.31, n.11 p.2451, Nov. 2020. Disponível em: doi: 10.1007/s00192-020-04421-2. Acesso em: 11 out. 2021.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: A dor que cala. *In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS*, 3, 2014, Londrina. **Anais [...]**. Universidade Estadual de Londrina, 2014, p.1-7. Disponível em: www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.
- ANJOS, C. S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R. E. Cesárea desnecessária no Brasil: **Revisão Integrativa**. Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.86-94, set/dez 2014. Disponível em: www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/viewFile/21/19. Acesso em: 14 mar. 2020
- ANS - Agência Nacional De Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, 2008, Disponível em: www.ans.gov.br/images/stories/Materiais

⁹ Formatadas de acordo com a ABNT, NBR 6023, 2018.

_para_pesquisa/ Materiais_por_assunto /ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Painel de indicadores do projeto parto adequado**. 2021. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNDYyZmU5MjktMGQyNS00MmY2LWEwNDQtZjQ5N2ZkYzQxYmMwliwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ARANDA, G. Prefeitura apresenta proposta de intervenção no Hospital Sofia Feldman. **Jornalistas Livres**. Belo Horizonte. 27 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://jornalistaslivres.org/prefeitura-apresenta-proposta-de-intervencao-do-hospital-sofia-feldman/>. Acesso em 20 dez de 2021

ARAÚJO, A. C. A.; NERY, I. S.; BRITO, M. P. M.; MESQUITA, M. K. R.; SANTOS, J. D. M. Manobra de Kristeller: há benefício nesta técnica?. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [Online], v.13, p.276-281, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2c02/3c5faa07f45e24f974083ae758b03936e6be.pdf>. Acesso em: 7 out. 2021.

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.133, p. 547-565, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>. Acesso em: 24 set. 2021.

AYERS, R.; BOND, R.; BERTULLIES, S.; WIJMA, K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. **Psychological Medicine**, v.46, n.6, p.1121-1134, 2016. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/aetiology-of-posttraumatic-stress-following-childbirth-a-metaanalysis-and-theoretical-framework/10D8B61EB50E47820CEF4053800D0BE3>. Acesso em: 4 out. 2021.

BARANOWSKA, B.; DOROSZEWSKA, A.; KUBICKA-KRASZYŃSKA, U.; *et al.* Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.19, p.520, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2675-y>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BELO HORIZONTE. Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. **Apresentação pública realizada sobre a necessidade da abertura do Centro de Parto Normal Leonina Leonor Ribeiro em Venda Nova para o Conselho Distrital de Venda Nova**. Belo Horizonte. Ago. 2017.

BELO HORIZONTE. **Relatório final da 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Conselheiro José Carlos Machado. 2017. 15p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/cms/conferencias>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BETRÁN, A. P.; TEMMERMAN, M.; KINGDON, C.; et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. **The Lancet**, v. 392, n.10155, p.1358-1368, Oct. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31927-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31927-5/fulltext). Acesso em: 15 jun. 2020

BETRON, M. L.; MCLAIR, T. L.; CURRIE, S.; BANERJEE, J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. **Reproductive Health**, v.15, n.1, p.1-13, 2018. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0584-6>. Acesso em: 7 out. 2021.

BIOCOR INSTITUTO. **Ginecologia**. 2021. Disponível em: <http://www.biocor.com.br/ginecologia>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D. Y.; et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v.392, n.10155, p.1341-1348, Oct. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext). Acesso em: 15 jun. 2021.

BOHREN, M. A.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K; CUTHBERT, A. Apoio contínuo para mulheres durante o parto. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.7, n.CD003766, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/abstract>. Acesso em: 29 out. 2021.

BOHREN, M. A.; HUNTER, E. C.; MUNTHE-KKAAS, H. M.; SOUZA, J. P.; VOGEL, J P.; GÜLMEZOGLU, M. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive Health**, v.11, n.71, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-7>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BOHREN, M. A.; MEHRTASH, H.; FAWOLE, B.; et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys, **The Lancet**, v. 394, n.10210, p.1750-1763, 2019, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619319920>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; FAWOLE, B.; et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observations and community survey. **BMC Medical Research Methodology**, 2018, v.18, n.1, p.1-15. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0603-x>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; HUNTER, E. C.; et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLOS Medicine**, v. 12, n. 6, p.1001847, June 2015. Disponível em: journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.100184. Acesso em: 13 mar. 2020.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; TUNÇALP, Ö.; *et al.* By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. **SSM Population Health**, v.2, p.640-655, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.07.003>. Acesso em: 7 out. 2021.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. Boston: Harvard School of Public Health. University Research Co., LLC, 2010. Disponível em: <https://www.harpnet.org/wp-content/uploads/2018/02/10.-Exploring-Evidence-for-Disrespect-and-Abuse-Landscape-Analysis.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 569**, de 1/6/2000. Estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 737**, de 16/05/2001. Política Nacional de Redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>. Acesso em: 10/12/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRASIL. **Relatório da CPI da mortalidade materna**. Câmara dos Deputados. Brasília, ago. 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto**: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n.32, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório final da CPI violência contra a mulher**. Relatora: Senadora Ana Rita. Brasília, julho 2013. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres_Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil e na infância**. 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-mortalidade-materna-e-infantil-CIT-MESA-Ana-Nogales.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. **Objetivos do desenvolvimento sustentável**. Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 31 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho sobre o termo violência obstétrica**. Maio 2019. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Boletim Epidemiológico**, v.52, n.29, ago. p.1-32, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/9/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 14 mar. 2021.

CARVALHO, P. G. C. **Homoparentalidade feminina**: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto. 2018. 35f. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-12042018-143259/publico/PaulaGaldinoCardindeCarvalhoSIMPLIFICADA.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CARVALHO, V. F.; DA COSTA KERBER, N. P.; *et al.* Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev. Rene**, v.11, p.92-98, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027973010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

CECATTI, J. G. Crenças e credences sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.30,

Suppl. 1, p. S33-S35, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO01S114>. Acesso em: 12 out. 2021.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **DIU: Ministério da Saúde revoga NT que autorizava enfermeiros a praticar ato privativo dos médicos.** 2019 [online]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/diu-ministerio-da-saude-revoga-nt-que-autorizava-enfermeiros-a-praticar-ato-privativo-dos-medicos/>. Acesso em: 8 out. 2021.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Nota à imprensa e população sobre violência obstétrica.** Maio 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf?fbclid=IwAR0KJt-_0WFJKGeBG04eN_8xHk1FsCKvK6XNBdjQ5nnQANFoCwcDMt3mh24. Acesso em: 11 out. 2021.

CHAI, C. G.; DOS SANTOS, J. P.; CHAVES, D. G. Violência institucional contra a mulher: o Poder Judiciário, de pretensão protetor a efetivo agressor. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, [online], v.13, n.2, p.640-665, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/29538/pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. *In*: FRANCHETTO, Bruna, CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. (org.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. São Paulo: Zahar, 1985, p. 23-62.

CHEN, I.; OPIYO, N.; TAVENDER, E.; *et al.* Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2018, n.9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264405/>. Acesso em: 4 out. 2021.

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, v.18, n.1, p.138-154, 2015. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588/17726>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CNJ - Conselho Nacional de Justiça. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero.** 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/10/protocolo-18-10-2021-final.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Comissão Nº 004/2019/CNSM/COFEN. **Inserção de dispositivo intrauterino (DIU TCU 380a) com cobre por enfermeiros na rede de atenção especializada.** 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-comissao-no-004-2019-cnsm-cofen_86641.html. Acesso em: 15 jun. 2020.

COTTINGHAM, J.; KISMODI, E.; HILBER, A. M.; *et al.* Usando os direitos humanos para a saúde sexual e reprodutiva: melhorando as estruturas legais e regulamentares. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**, v.88, p.551-555, 2010. Disponível em https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v88n7/a15v88n7.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

CREENSHAW, J. T. Prática de parto saudável nº 6: Mantenha a mãe e o bebê juntos - é o melhor para a mãe, o bebê e a amamentação. **The Journal of Perinatal Education**, v.23, n.4, p.211-217, 2014. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1891/1058-1243.23.4.211>. Acesso em: 10 out. 2021.

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. **MS se posiciona contra o termo violência obstétrica**. 2019. Disponível em: https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4270_Acesso em: 10 abr. 2021.

CUNHA, Barbara Madruga. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: **perspectivas de combate à violência de gênero**. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DE DIREITO Da UFPR, XVI (1-2 out. 2014). Disponível em: <http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%20C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O. M.; DINIZ, C. S. G.; *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Rio de Janeiro: 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdhpcdw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2021.

DAVIS, D. A. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. **Medical Anthropology**, v.38, n.7, p.560-573, 2018. DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2018.1549389>. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

DIAZ-TELLO, F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. **Reproductive Health Matters**, v.24, n.47, p.56-64, 2016.

DINIZ, C. S. G. D.; RATTNER, D.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, 2018, vol.26, p.19-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZZO, H. F. A.; *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.20, p.253-259, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/Tw8sGw_jMqQFft7_wgcR9mPq/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, p.377-384, 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2021.

DOGAN, M. **Elite configurations at the apex of power**. Series: International Studies in Sociology and Social Anthropology. Boston: Brill, v. 85, 2003.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.30, n.Suppl 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>. Acesso em: 26 out. 2021.

DOULA BRASIL. **Lei das doulas**. Entenda por que é importante permitir a entrada dessas profissionais em hospitais e maternidades. 2021. Disponível em: <https://doulabrasil.com.br/blog/lei-das-doulas-a-importancia-de-legalizar-a-atuacao-dessas-profissionais/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ESTEVES-PEREIRA, A. P.; DENEUX-THARAUX, C.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; *et al.* Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **Plos One**, v.11, n.4, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153396>. Acesso em: 4 out. 2021.

ESTUMANO, V. K. C.; MELO, L. G. S.; RODRIGUES, P. B. R.; COELHO, A. C. R. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.7, n.19, p.83-91, 2017. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/185>. Acesso em: 22 set. 2021.

FARIAS, G. M.; LIMA, V. L. A.; SILVA, A. F.; *et al.* Os cuidados do enfermeiro às lésbicas. **Revista de Enfermagem**. UFPE, Recife, [online], v.12, n.10, p.2825-2835, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-996996>. Acesso em: 21 set. 2021.

FATORELLI, M. Mortalidade Materna: precariedade e invisibilidade. In: CASTRO, T. D. V. **Violência obstétrica em debate**; diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2020. p.41-60.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, 1991, v.7, n.2, p.150-173. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>. Acesso em: 14 maio 2020.

FEREY, M.P.; PELEGRI, A. Brasil é o segundo país com maior taxa de cesárias do mundo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 out. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/10/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-taxa-de-cesareas-do-mundo.shtml>. Acesso em: 31 jul. 2021.

FERNANDES, L. M. M.; LANSKY, S.; PASSOS, H. R.; BOZLAK, C. T.; SHAW, B. A. Brazilian women's use of evidence-based practices in childbirth after participating in the Senses of Birth intervention: a mixed-methods study. **Plos One**, v.16, n.4, 2021.

Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0248740>. Acesso em: 19 out. 2021.

FERREIRA, M. S.; GONÇALVES, E. “Parirás com dor”: a violência obstétrica revisitada. **Revista Sociedade e Cultura** [online], v.23, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/60230>. Acesso em: 19 out. 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Partido dos Trabalhadores. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. São Paulo, 2013. Disponível em: fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/. Acesso em: 11 mar. 2020.

GRUSKIN, S.; BOGECHO, D.; FERGUSON, L. Abordagens baseadas em direitos' para políticas e programas de saúde: Articulações, ambiguidades e avaliação. **J. Public Health Pol.**, v.31, p.129–145, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.7>. Acesso em: 10 abr. 2020.

HOPKINS, K.; AMARAL, E. F. L.; MOURAO, A. M. N. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. **Birth Issues in Perinatal Care** [online], v.41, n.2. June 2014. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426198/. Acesso em: 20 mar. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil: 1949-1971** [online]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE. 1971. Disponível em: http://seculoxx.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf/saude.shtm. Acesso em: 14 mar. 2020.

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO. **Sumário executivo temático nascer no Brasil**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

JEWKES, R.; PENN-KEKANA, L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this importante dimension of violence against women. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 12, n. 6, p. e1001849, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001849>. Acesso em: 7 out. 2021.

JIANG H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Uso seletivo versus rotineiro de episiotomia para parto vaginal. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.2, n.CD000081, 2017. Disponível em: DOI: 10.1002 / 14651858. CD000081.pub3. Acesso em: 11 out. 2021.

KATZ, L.; AMORIM, M. M.; GIORDANO, J. C.; BASTOS, M. H.; BRILHANTE, A. V. M. Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v.20, n.2, p.623-626, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>. Acesso em: 05 ago. 2020.

KRUK, M. E.; KUJAWSKI, S.; MBARUKU, G.; RAMSEY, K.; MOYO, W. FREEDMAN, L. P. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. **Health and Policy Planning**, v.33, n.1, p.26-33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>. Acesso em: 10 out. 2021.

LABOSSIERE, P. **Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil**. Agência Brasil. Brasília, 10 mar. 2017. Disponível em: agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil. Acesso em: 09 abr. 2020.

LAGES, A. M.S. **Parto por cesariana: consequências a curto e longo-prazo**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP. Porto, mar.2012. Disponível em: repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71829/2/29303.pdf.. Acesso em: 14 mar. 2020.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.4, n.4, p.191-199, 2010. Disponível em: www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/846/809. Acesso em: 11 mar. 2020.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública** [online]., v. 30, Suppl. 1, p.S192-S207, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 5 nov. 2021.

LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, p.2811-2824, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em: 11 mar. 2020.

LARSON, E.; SHARMA, J.; NASIRI, K.; DRILL, M. A.; TUNCALP, O. Medindo experiências de cuidados baseados em instalações para mulheres grávidas e recém-nascidos: uma revisão do escopo. **BMJ Global Health**, v.5, p.e003368, 2020. Disponível em <https://gh.bmj.com/content/5/11/e003368>. Acesso em: 10 abr. 2021.

LEAL, M. C.; SILVA, A. A. M.; DIAS, M. A.B *et al.* Nascimento no Brasil: pesquisa nacional sobre trabalho de parto e nascimento. **Saúde reprodutiva**, v. 9, n.1, p.1-8, 2012.

LEAL, M. C. (Coord.); TORRES, J. A.; DOMINGUES, R. M. S. M.; *et al.* **Nascer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa**. Rio de Janeiro, 2014 [online]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.33, Sup 1, p.e00078816, 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/161/a-cor-da-dor-iniquidades-raciais-na-atencao-pre-natal-e-ao-parto-no-brasil>_. Acesso de: 10 set. 2021.

LEÃO, M. R. C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v.18, n.8, p.2395-2400, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6KtN36jWhqrBr5pQcKN3BwF/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2020.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.166-174, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2020.

LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NUCCI, M. F.; SANTOS, Y. R. P.; LEAL, M. C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para epidemiologia e para a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], dez. 2020a. Disponível em: [.http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desrespeitos-e-abusos-maus-tratos-e-violencia-obstetrica-um-desafio-para-epidemiologia-e-para-a-saude-publica-no-brasil/17865?id=17865&id=17865](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desrespeitos-e-abusos-maus-tratos-e-violencia-obstetrica-um-desafio-para-epidemiologia-e-para-a-saude-publica-no-brasil/17865?id=17865&id=17865). Acesso em: 24 ago. 2021.

LEITE, T. H.; PEREIRA, A. P. E.; DO CARMO LEAL, M.; DA SILVA, A. A. M. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from birth in Brazil study. **Journal of Affective Disorders**, v.273, p.391-401, 2020b. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272030865X>. Acesso em: 14 mar. 2021.

LEITE, T. H.; CARVALHO, T. D. G.; MARQUES, E. S.; *et al.* A associação entre maus-tratos à mulher durante o parto e atenção à saúde materno-infantil pós-natal: Achados do “Nascimento no Brasil”. **Mulheres e Nascimento**, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221000354>. Acesso em: 10 set. 2021.

LESLIE, H. H.; SHARMA, J.; MEHRTASH, H.; *et al.* Women’s report of mistreatment during facility-based childbirth: validity and reliability of community survey measures. **BMJ Global Health** [online], Aug. 2021. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/Suppl_2/e004822.full.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

LIMA, R. **Violência obstétrica**: Você já ouviu falar em birth rape?. 2020 [online], Disponível em: https://www.instagram.com/p/CBwM_t2HV5z/?utm_source=ig_web_copy_link. Acesso em: 24 set. 2021.

LUKASSE, M.; SCHROLL, A. M.; KARRO, H.; *et al.* Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v.94, n.5, p.508-517, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12593> Acesso em: 20 set. 2021.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Sciences**, v.40, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/735> Acesso em: 10 abr. 2021.

MAIA, J. S.; SANT'ANNA, G. S.; MENEGOSI, F. S.; ZANNINNI, J.S. A mulher diante da violência obstétrica: consequências psicossociais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.07, n.11, p.54-68, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/consequencias-psicossociais>. Acesso em: 22 set. 2021.

MARIANI, A. C.; NETO, J.O. N. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: Breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *In*: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO AUTÔNOMO DO BRASIL, XI (UNIBRASIL), 2016, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba, v.2, n.25, p.48-60, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/viewFile/865/822>. Acesso em: 11 mar. 2018.

MARQUES, M. C. D.; MATTOS, A. R. Políticas públicas de saúde da mulher e o dispositivo de heterossexualidade: silenciamento e apagamento da diversidade sexual das mulheres. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v.3, n.11, p.62-88, 2020. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/11134>. Acesso em: 21 set. 2021.

MATEI, E. M.; CARVALHO, G. M.; SILVA, M. B.H.; MERIGHI, M. A. B. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. **Cadernos**: Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.9, n.2, p.16-26, 2003.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v.16, n.40, p.107-120, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Acesso em: 25 set. 2021.

MEDINA, G. Violência obstétrica. **Revista de Derecho y Familia de las Personas**, Buenos Aires, n.4, 2009.

MENA-TUDELA, D.; IGLESIAS-CASÁS, S.; GONZÁLEZ-CHORDÁ, V, M.; et al. Violência obstétrica na Espanha (parte II): intervencionismo e medicalização durante o parto. **Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v.18, n.1, p.199, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/199/htm>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MENEZES, D. C. S.; LEITE, I. C.; SCHRAMM, J. M. A.; LEAL, M. C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 22, n. 3, p.553-559, mar. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300010>. Acesso em: 26 out. 2021.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa. **Lei nº 23.175/18**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. 2018. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018>. Acesso em: 10 abr. 2020.

MINAYO, M.C.S. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Coleção Temas em Saúde. 132 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em 10 dez. 2021

MITTELBACH, J. C. Silva. **A cor da violência obstétrica**: uma revisão integrativa. *In*: Congresso de Saúde Coletiva da UFPR, II. Curitiba, 2020. Disponível em: <https://eventos.ufpr.br/csc/csc20/paper/view/3840>. Acesso em: 24 set. 2021.

MOREIRA, D. Abordagem universalista e de ação afirmativa: a convergência para a promoção de equidade social. *In*. RIOS-NETO E. L. G. (org.). **A população nas políticas públicas**: gênero, geração e raça. Brasília: CNPD: UNFPA, 2006. 180 p. p. 46-50. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_cnpd.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

MOREIRA, M. E. L.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.30, n. Supl. 1, p.S128-S139, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>. Acesso em: 5 nov. 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivos do desenvolvimento sustentável**: saúde e bem-estar. Brasília. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 31 maio 2021.

NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M. M. R.; PACAGNELLA, R. C.; *et al.* COVID-19 and maternal death in Brazil: an invisible tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online], v.42, n.8, p.445-447, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>. Acesso em: 25 set. 2020.

NASCIMENTO, L. C.; SANTOS, K. F.O.; ANDRADE, C. G.; *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Revista de Enfermagem UFPE** [online]. Recife, v.11, Supl. 5, maio 2017. Disponível em: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23355/18974. Acesso em: 11 mar. 2020.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v.326, n.8452, p.436-437, 1985. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Acesso em: 09 abr. 2020.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial de saúde**. Genebra, 2005. Disponível em: www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1. Acesso em: 14 mar. 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1. Acesso em: 14 mar. 2021.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da qualidade do atendimento para complicações graves na gravidez**; uma abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Uruguai: OMS, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=470569C8D1ED9165914D25DBC1963AC1?sequence=3. Acesso em: 09 abr. 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 09 abr. 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva**. Genebra, Suíça: OMS, 2016. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancy-experience-summary/pt/> Acesso em: 10 out. 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Violencia contra la mujer**: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>. Acesso em: 11 mar. 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Acompanhante de escolha durante o trabalho de parto e parto para melhorar a qualidade do atendimento**. Resumo de evidências para ação. 2020. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/companion-during-labour-childbirth/en/. Acesso em: 10 out. 2021.

ONU - Organização Das Nações Unidas. Assembleia Geral da ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**. Paris, 1948. Disponível em: http://www.verklaringwarenatuur.org/Downloads_files/Universal%20Declaration%20of%20Human%20Rights.pdf. Acesso em: 09 abr. 2021.

ONU - Organização Das Nações Unidas. **Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais**. 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

ONU - Organização Das Nações Unidas. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres**. 1979. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139389.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

ONU - Organização Das Nações Unidas. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Viena, 1993. Disponível em: <file:///C:/Users/M%C3%B4nica/Desktop/TESTE/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20FABIANA/Declara%C3%A>

7%C3%A3o%20Sobre%20A%20Elimina%C3%A7%C3%A3o%20Da%20Viol%C3%Aancia%20Contra%20As%20Mulheres.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

ONU – Organização das Nações Unidas. Assembleia General. Septuagésimo **cuarto período de sesiones Tema 26 a de la lista preliminar. Adelanto** de la mujer: adelanto de la mujer. 11 de julio de 2019. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Disponível em: <https://undocs.org/es/A/74/137>. Acesso em: 14 mar. 2021.

PAIXÃO, E. S.; BOTTOMLEY, C.; PESCARINI, J. M.; et al. Associations between cesarean delivery and child mortality: a national record linkage longitudinal study of 17.8 million births in Brazil. *Plos Medicine*, v.18, n.10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003791>. Acesso em: 09 abr. 2021.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/25161> Acesso em: 15 jun. 2020.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Denúncia da Parto do Princípio motiva ação do Ministério Público Federal**. Todas unidas pela proteção dos direitos, da vida e da integridade física e emocional das usuárias de plano de saúde. 2015. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/denuncia--altas-taxas-de-ces-reas>. Acesso em: dez 2021.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 2012. Brasil. Disponível em: www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf. Acesso em 11 mar. 2021.

PENNA, L. H. G.; GUEDES, C. R. **Violência Institucional no atendimento pré-natal**: percepção de gestantes negras. *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE*, II. Recife, 2009. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id40r0.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

PEREIRA, E. A. **Atenção ao pré-natal**: a violência institucional expressa na voz das gestantes. 2014. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem e Licenciatura) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/3192/TCC%20Evelin%20de%20Ara%FAjo%20Pereira.pdf;jsessionid=5B31480A5691C22AC83231EFA61B54EC?sequence=1> Acesso em: 10 out. 2021.

PEREIRA, G. M. V.; HOSOUME, R. S.; DE CASTRO MONTEIRO, M. V.; et al. Episiotomia seletiva versus não episiotomia para trauma perineal grave: uma revisão sistemática com meta-análise. *Int. Urogynecol. J.*, v.31, p.2291–2299, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04308-2>. Acesso em: 11 out. 2021.

PEREIRA, M. S. S.; ALBUQUERQUE, M. V. **Análise das taxas de cesáreas entre as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. *In: CONGRESSO*

BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8, 2019, João Pessoa. **Anais [...]** João Pessoa: ABRASCO, 2019. 2p.

PERGIALIOTIS, V.; VLACHOS, D.; PROTAPAPAS, A.; PAPPAS, K.; VLACHOS, G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v.125, n.1, p.6-14, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24529800/>. Acesso em: 11 out. 2021.

RAMOS, R. **Racismo obstétrico**: violência na gestação, parto e puerpério atinge mulheres negras de forma particular. 2020 [online]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-obstetrico-violencia-na-gestacao-parto-e-puerperio-atinge-mulheres-negras-de-forma-particular/>. Acesso em: 24 set. 2021.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Femininos Plurais).

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.30, Supl. 1, p.S35-S36, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114>. Acesso em: 12 out. 2021.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 449-459, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4dGkdZJG748VJXXKQDksfPJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 out 2021.

ROCHA, M. J.; GRISI, E. P. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Id on Line - Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, São Paulo, v.11, n.38, p623-635, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/931/1304>. Acesso em: 22 set. 2021.

RODRIGUES, A.; LACERDA, L.; FRANCISCO, R. P.V. **Brazilian Obstetric Observatory**. ArXiv preprint, Article 2105.06534. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 31 maio 2021.

RODRIGUEZ, M. J. H.; *et al.* Consequência da violência obstétrica no puerpério para a mulher e recém nascido. In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. **Anais [...]**. Campo Grande(MS) CCARGC, 2018. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/cobeon/61281-CONSEQUENCIA-DA-VIOLENCIA-OBSTETRICA-NO-PUERPERIO--PARA-A-MULHER-E-RECEM-NASCIDO>. Acesso em: 22 set. 2021.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciência e Cultura** [online], São Paulo, v.71, n.1, p.33-39, jan. 2019. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em: 09 abr. 2021.

SADLER, M.; SANTOS, M. J.D.S.; RUIZ-BERDÚN, D.; *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence, **Reproductive Health Matters**, v.24, n.47, p.47-55, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>. Acesso em: 5 mar. 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil atual. **Estudos Feministas**, v.2, n.esp., p. 443-461, 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16177>. Acesso em: 3 out. 2021.

SAGI-DAIN, L.; KREININ-BLEICHER, I.; BAHOUS, R.; *et al.* Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). **International Urogynecology Journal**, v.31, n.11, p.2377-2385, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32448935/>. Acesso em: 11 out. 2021.

SAGI-DAIN, L.; KREININ-BLEICHER, I.; BAHOUS, R.; *et al.* Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). **Int. Urogynecol. J.**, v.31, n.11, p.2377-2385, Nov. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32448935/> Acesso em: 10 jul. 2021.

SANDALL, J.; SOLTANI, H.; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.4, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>. Acesso em: 08 out. 2021.

SANDALL, J.; TRIBE, R. M.; AVERY, L.; *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, v. 392, n.10155, p. 1349-1357, Oct., 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31930-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31930-5/fulltext). Acesso em: 15 jun. 2020.

SANDO, D.; ABUYA, T.; ASEFA, A.; *et al.* Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. **Reproductive Health**, v.14, n.1, p.1-18, 1017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z>. Acesso em: 09 abr. 2021.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2017. Disponível em: leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 11 mar. 2020.

SANTANA, D. S.; GUIDA, J. P. S.; PACAGNELLA, R. C.; CECATTI, J. G. Near miss materno; entendendo e aplicando o conceito. **Rev. Med.**, v.97, n.2, p.187-194, mar.-abr 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143212/140793>. Acesso em: 15 jun. 2020

SANTIAGO, D.C.; SOUZA, W.K. S. Violência obstétrica: uma análise das consequências. **Revista Científica da FASETE**, n.2, p.148-164, 2017. Disponível

em: www.fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

SANTOS, K. L. A.; FARIAS, C. R. B. L.; CAVALCANTE, J. S.; SANTOS, E. A.; SILVA, J. M.; DUARTE, A. P. R. Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. **Diversitas Journal**, v.5, n.3, p.1787-1804, 2020. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/946/1050. Acesso em: 10 out. 2021.

SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, v.13, n.2, mar. 2015. Disponível em: periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838/pdf_1. Acesso em: 11 mar. 2020.

SANTOS, R. C.S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v.5, n.1, p.57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592/rafaelv5n1.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

SÃO PAULO. Justiça Federal da 3ª Região. 24ª Vara Cível Federal de São Paulo. Decisão nº 17648600, de 23 mai. 2019. **Cumprimento de sentença contra a Fazenda Pública**. São Paulo, 23 maio 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/Decisa%CC%83o-24%C2%AA-Vara-C%C3%ADvel-Federal-de-SP.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2021.

SÃO PAULO. Ministério Público Federal. **Recomendação 29/2019 sobre o uso do termo violência obstétrica**. 2019. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

SÃO PAULO. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo, out. 2015. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/404636_ff691d43c5f2420aab062d883e0a8cba.pdf. Acesso em: 11 mar. 2021.

SAVAGE, V.; CASTRO, A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. **Reproductive Health**, v.14, n.1, p.1-27 2017.

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C.; WHO WORKING GROUP ON MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY CLASSIFICATIONS. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practices & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v.23, n.3, p.287-96, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>. Acesso em: 27 set. 2021.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.21, n.60, p.209-220, jan./mar. 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 17 mar. 2021.

- SILVA, A. C. L.; FÉLIX, H. C. R.; FERREIRA, M. B. G.; *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p.441-449, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/44139>. Acesso em: 22 ago. 2021.
- SILVA, B. A. Lugar de mulher: patriarcado, capitalismo, violência contra a mulher e educação. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, XVI. **Anais [...]**, v.16, n.1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22691>. Acesso em: 04 out. 2021.
- SILVA, J. M. P.; *et al.* Concepts, prevalence and characteristics of severe maternal morbidity and near miss in Brazil: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v.18, n.1, p 7-35, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100002>. Acesso em: 5 nov. 2021.
- SILVEIRA, H.; MIHESSEN, V.; PANTOJA, I. O monitoramento dos ADS no Rio e a Agenda 2030: jornada rumo às Cidades Sustentáveis. **Casa Fluminense**, Rio de Janeiro, 2016 [online]. Disponível em: <https://casafluminense.org.br/o-monitoramento-dos-ods-no-rio-e-a-agenda-2030-jornada-rumo-as-cidades-sustentaveis/>. Acesso em: 28 set. 2021.
- SIMAS, R.; MENDONÇA, S. S. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. **Vivência: Revista de Antropologia**, v.1, n.48, p.89-103, 2016.
- SOARES, G. C. F.; ANDRETTO, D. A.; DINIZ, C. S. G.; NARCHI, N. Z. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. **Online Brazilian Journal Of Nursing** [online], v.11, n.3, p.907-922, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361441679026.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.
- SODRÉ, H. S.; SANTOS, D. V.; ROCHA, M. N. S.; KLEIN, S. O. T. Problemas éticos vivenciados por profissionais de saúde na assistência à gestante: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.9, p.1-9, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8638/5319>. Acesso em: 21 set. 2021.
- SOGESP - Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo. **Acompanhamento pré-natal por enfermeiro obstetra ou obstetriz e sua cobertura obrigatória pelos planos de saúde**. Notícias, 2021. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/acompanhamento-pre-natal-por-enfermeiro-obstetra-ou-obstetriz-e-sua-cobertura-obrigatoria-pelos-planos-de-saude/>. Acesso em: 14 mar. 2021.
- SOUZA, A. Q.; MARCHIORI, M. R. C.T.; AMBRÓS, E. L. et al. A Violência obstétrica e a abordagem no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 2178, p. 2091, 2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS399.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.
- SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. Recife, v.21, Supl. 1, p.253-

256, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl. p.S1-S3, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9mJ58Vz8LsTBFQP9Q4BSZGq/?format=pdf&lang=en> Acesso em 15 de mar. 2020.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiradeSouza.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

TAKEMOTO, M. L.S.; MENEZES, M. O.; ANDREUCCI, C. B.; *et al.* A tragédia de COVID-19 no Brasil: 124 mortes maternas e contando. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.151, p.154-156, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 09 abr. 2021.

TAVARES, L. A.; DE CAMPOS, C. H. A Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará”, e a Lei Maria da Penha. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Rio de Janeiro, v.10, n.35, p.1-12, 2018. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 15 abr. 2018.

TEMPESTA, G. A.; ENEILE, M. Tradução comentada de Davis D. A. (2018). Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 12, n. 2, p. 751-778, 2021.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [online], v.10, n.35, p.1-12, 2015. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 28 out. 2021.

TOBASÍA-HEGE, C.; PINART, M.; MADEIRA, S.; *et al.* Desrespeito e abuso durante o parto e o aborto na América Latina: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.43, p. e36. 2019. Disponível em: DOI: 10.26633 / rpsp.2019.36. PMID: 31093260; PMCID. Acesso em: 10 abr. 2020.

UKKE, G. G.; GURARA, M. K.; BOYNITO, W. G. Disrespect and abuse of women during childbirth in public health facilities in Arba Minch town, South Ethiopia: a cross-sectional study. **Plos One**, v.14, n.4, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205545>. Acesso em: 20 out. 2021.

VENTURI, G. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços**. Fundação Perseu Abramo e SESC, ago. 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B. D.; *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.30, Suppl 1, p.S85-S100,

2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 14 out. 2021.

VITAL, A. Três projetos de lei sobre violência obstétrica tramitam em conjunto na Câmara. **Rádio Câmara**. Brasília, 6 set. 2017. Disponível em: www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/542432-TRES-PROJETOS-DE-LEI-SOBRE-VIOLENCIA-OBSTETRICA-TRAMITAM-EM-CONJUNTO-NA-CAMARA.html. Acesso em: 11 mar. 2020.

VOGT, S. E.; DINIZ, S. G.; TAVARES, C. M.; *et al.* Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v.27, n.9, p.1789-1800, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>. Acesso em: 12 out. 2021.

VOLOCHKO, A.; LOPES, C. O. L.; ANDRADE, D. C. J.; *et al.* Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Carta de Campinas**. Ato de Fundação. Movimento pela humanização do parto. 1993 [online]. Disponível em: <https://rehuna.org.br/acervo/artigos/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

WENZEL, K. Governo publica decreto que regulamenta lei contra violência obstétrica em Santa Catarina. **Diário Catarinense**. Florianópolis, 30 ago. 2017. Disponível em: <https://www.scc.sc.gov.br/index.php/noticias/608-governo-do-estado-regulamenta-lei-contra-a-violencia-obstetrica-em-santa-catarina>. Acesso em: 11 mar. 2021.

WERNECK, G. Sofia Feldman, maior maternidade do país, pede socorro para não fechar as portas. **Estado de Minas**. Belo Horizonte, 19 mar. 2017. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2017/03/19/interna_gerais,855450/sofia-feldman-maior-maternidade-pais-pede-socorro-nao-fechar-portas.shtml. Acesso em: 11 mar. 2020.

WHO – World Health Organization. **The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year**: overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report (2010), Background Paper 30. Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

WHO - World Health Organization. United Nations International. **Children's emergency fund**. Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF, 1990.

WHO – World Health Organization. **WHO Global consultation on violence and health**. Violence: a public health priority. Geneva, 1996. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em: 09 abr. 2021.

WHO – World Health Organization. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09 abr. 2021.

WHO – World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Tradução de Mirian Rego. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/>

mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf

WILLIAMSON, K. E. The iatrogenesis of obstetric racismo in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropology & Medicine**, Saint Louis, v.28, n.2, p.172-187, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1932416>. Acesso em: 24 set. 2021.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade** [online], v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>. Acesso em: 22 out. 2021.

APÊNDICE A – Questionário e TCLE

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Bem vinda à pesquisa: Percepção das mulheres sobre assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte.
Muito obrigada por participar.

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG em parceria com o Departamento de Demografia e o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG



Para Elas

por elas, por eles, por nós

• **MPS** •

Departamento de
Medicina Preventiva
e Social



FACE
FACULDADE DE CIÊNCIAS
ECONÔMICAS

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica



Existe(m) 247 questão(ões) neste questionário.

Você recebeu assistência obstétrica (seja por aborto, ou parto de bebê nascido vivo, ou parto de bebê nascido morto) em Belo Horizonte, entre 01 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

Para participar aceite o termo de consentimento disponível abaixo:**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: *Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte*. Vamos lhe explicar o que pretendemos fazer, para que você possa decidir se gostaria de participar. **Por favor, leia as informações abaixo para depois decidir se aceita participar deste estudo ou não.**

Este trabalho tem como objetivo principal conhecer a assistência obstétrica de pré-natal, parto, pós-parto e situações de abortamento na cidade de Belo Horizonte, assim como as suas consequências para a saúde da mulher e da criança. Caso você opte por responder ao questionário online anônimo e autoaplicável a seguir, você estará colaborando para entendermos a assistência obstétrica prestada em Belo Horizonte. A percepção das mulheres como você nos auxiliará a traçar metas e planos para sugerir formas de melhorar a assistência. A sua decisão de participar ou não deste estudo é livre e autônoma, e você poderá escolher continuar ou não o questionário a qualquer momento, sem qualquer ônus pessoal.

Para participar da pesquisa, basta responder ao questionário que se abrirá automaticamente após a leitura e aceite deste Termo. **Por favor, só responda ao questionário caso você tenha recebido assistência obstétrica (seja por aborto, ou parto de bebê nascido vivo, ou parto de bebê nascido morto) em Belo Horizonte, entre 1 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021 e tenha entre 18 e 55 anos de idade.** O tempo de preenchimento é de aproximadamente 20 minutos. O questionário será dividido em seções e uma vez completada a seção, não será possível retornar na resposta anterior. Ao fim haverá uma pergunta aberta sobre comentários gerais onde você poderá inserir informações sobre algo que tenha mudado de ideia ou queira deixar algum comentário.

A pesquisa é sigilosa em todas as suas etapas, o questionário é anônimo e as informações prestadas na pesquisa são confidenciais. Nenhum tipo de identificação será colhida, sendo portanto, impossível a reconstituição das identidades pessoais ou qualquer associação das mesmas com as respostas.

Asseguramos o seu direito de omissão de dados que possam comprometer você ou a terceiros. Os dados coletados junto a todas as participantes se destinam à elaboração de artigos, dissertações, teses e capítulos de livros, ficando os mesmos sob a guarda do CEDEPLAR/FACE/UFMG – Sala 3093 | Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha | 31270-901 Belo Horizonte/MG | Telefone: (31)3409-7279, sob a responsabilidade da professora e pesquisadora responsável Raquel Zanatta Coutinho por 5 anos.

A pesquisa não apresenta riscos físicos, morais, intelectuais, sociais ou culturais, uma vez que é um questionário online anônimo e autoaplicável. Durante o preenchimento, você poderá se lembrar da sua experiência de parto, o que pode influenciar seu estado emocional, representando eventual dano psíquico, imediato ou tardio. Diante do exposto, ao final forneceremos o contato de grupos de apoio à gestação e parto, gratuitos, na cidade de Belo Horizonte. A pesquisa trará diversos benefícios indiretos à comunidade, uma vez que coletará dados a respeito da assistência obstétrica em Belo Horizonte e possibilitará gerar, a partir dos resultados, um diagnóstico sobre o panorama assistencial da cidade.

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

A sua participação é totalmente voluntária e não haverá problema caso você não queira participar ou desistir de participar durante o preenchimento do questionário. Se estiver utilizando um computador compartilhado, sugerimos que ao deixar a pesquisa ou finalizá-la, feche completamente o seu navegador para que suas informações não fiquem visíveis ao próximo usuário.

Se houver algum dano provocado pela sua participação na presente pesquisa, você terá direito a solicitar indenização, através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 19), mas está garantida a assistência integral, imediata e pelo tempo que for necessário para danos decorrentes de sua participação. Participar dessa pesquisa online requer uma conexão ativa e segura à internet, como a mesma utilizada para troca de e-mails e navegação em redes sociais. Assim, o preenchimento do questionário poderá acarretar despesas com internet e dados de celular. Você não receberá remuneração por sua participação, nem qualquer privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Como a pesquisa é virtual, sugerimos que imprima ou salve uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, que também pode ser enviado ao seu email caso queira cadastrá-lo em link específico.

A coordenadora da pesquisa, a professora Raquel, está à disposição para em qualquer momento esclarecer qualquer pergunta ou preocupação que você possa ter sobre esse projeto, ou registrar qualquer reclamação que você possa ter sobre o preenchimento deste questionário:

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha | 31270-901 Belo Horizonte/MG | Telefone: (31)3409-7279. quelzanatta@cedeplar.ufmg.br

O COEP poderá ser contatado em caso de dúvidas éticas sobre essa pesquisa:

Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG - Brasil 31270-901 – Telefax: (31) 3409-4592.

VOCÊ ACEITA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DESTE ESTUDO?

★

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '1 [CT1]' (Você recebeu assistência obstétrica (seja por aborto, ou parto de bebê nascido vivo, ou parto de bebê nascido morto) em Belo Horizonte, entre 01 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

Sim

Não

Queremos saber, nesta pesquisa, como foi a sua última (mais recente) experiência de assistência obstétrica, desde que ocorrida entre 01 de janeiro de 2018 a 30 de abril de 2021. Qual sua experiência mais recente?

★

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '2 [CT2]' (Para participar aceite o termo de consentimento disponível abaixo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Você está sendo convidada a participar da pesquisa: Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte. Vamos lhe explicar o que pretendemos fazer, para que você possa decidir se gostaria de participar. Por favor, leia as informações abaixo para depois decidir se aceita participar deste estudo ou não. Este trabalho tem como objetivo principal conhecer a assistência obstétrica de pré-natal, parto, pós-parto e situações de abortamento na cidade de Belo Horizonte, assim como as suas consequências para a saúde da mulher e da criança. Caso você opte por responder ao questionário online anônimo e autoaplicável a seguir, você estará colaborando para entendermos a assistência obstétrica prestada em Belo Horizonte. A percepção das mulheres como você nos auxiliará a traçar metas e planos para sugerir formas de melhorar a assistência. A sua decisão de participar ou não deste estudo é livre e autônoma, e você poderá escolher continuar ou não o questionário a qualquer momento, sem qualquer ônus pessoal. Para participar da pesquisa, basta responder ao questionário que se abrirá automaticamente após a leitura e aceite deste Termo. Por favor, só responda ao questionário caso você tenha recebido assistência obstétrica (seja por aborto, ou parto de bebê nascido vivo, ou parto de bebê nascido morto) em Belo Horizonte, entre 1 de janeiro de 2018 e 30 de abril de 2021 e tenha entre 18 e 55 anos de idade. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 20 minutos. O questionário será dividido em seções e uma vez completada a seção, não será possível retornar na resposta anterior. Ao fim haverá uma pergunta aberta sobre comentários gerais onde você poderá inserir informações sobre algo que tenha mudado de ideia ou queira deixar algum comentário. A pesquisa é sigilosa em todas as suas etapas, o questionário é anônimo e as informações prestadas na pesquisa são confidenciais. Nenhum tipo de identificação será colhida, sendo portanto, impossível a reconstituição das identidades pessoais ou qualquer associação das mesmas com as respostas. Asseguramos o seu direito de omissão de dados que possam comprometer você ou a terceiros. Os dados coletados junto a todas as participantes se destinam à elaboração de artigos, dissertações, teses e capítulos de livros, ficando os mesmos sob a guarda do CEDEPLAR/FACE/UFMG – Sala 3093 | Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha | 31270-901 Belo Horizonte/MG | Telefone: (31)3409-7279, sob a responsabilidade da professora e pesquisadora responsável Raquel Zanatta Coutinho por 5 anos. A pesquisa não apresenta riscos físicos, morais, intelectuais, sociais ou culturais, uma vez que é um questionário online anônimo e autoaplicável. Durante o preenchimento, você poderá se lembrar da sua experiência de parto, o que pode influenciar seu estado emocional, representando eventual dano psíquico, imediato ou tardio. Diante do exposto, ao final forneceremos o contato de grupos de apoio à gestação e parto, gratuitos, na cidade de Belo Horizonte. A pesquisa trará diversos benefícios indiretos à comunidade, uma vez que coletará dados a respeito da assistência obstétrica em Belo Horizonte e possibilitará gerar, a partir dos resultados, um diagnóstico sobre o panorama assistencial da cidade. A sua participação é totalmente

28/05/2021

• Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

voluntária e não haverá problema caso você não queira participar ou desistir de participar durante o preenchimento do questionário. Se estiver utilizando um computador compartilhado, sugerimos que ao deixar a pesquisa ou finalizá-la, feche completamente o seu navegador para que suas informações não fiquem visíveis ao próximo usuário. Se houver algum dano provocado pela sua participação na presente pesquisa, você terá direito a solicitar indenização, através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 19), mas está garantida a assistência integral, imediata e pelo tempo que for necessário para danos decorrentes de sua participação. Participar dessa pesquisa online requer uma conexão ativa e segura à internet, como a mesma utilizada para troca de e-mails e navegação em redes sociais. Assim, o preenchimento do questionário poderá acarretar despesas com internet e dados de celular. Você não receberá remuneração por sua participação, nem qualquer privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Como a pesquisa é virtual, sugerimos que imprima ou salve uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, que também pode ser enviado ao seu email caso queira cadastrá-lo em link específico. A coordenadora da pesquisa, a professora Raquel, está à disposição para em qualquer momento esclarecer qualquer pergunta ou preocupação que você possa ter sobre esse projeto, ou registrar qualquer reclamação que você possa ter sobre o preenchimento deste questionário: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha | 31270-901 Belo Horizonte/MG | Telefone: (31)3409-7279. quelzanatta@cedeplar.ufmg.br O COEP poderá ser contatado em caso de dúvidas éticas sobre essa pesquisa: Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG - Brasil 31270-901 – Telefax: (31) 3409-4592. **VOCÊ ACEITA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DESTE ESTUDO?)**

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Gestação e parto com bebê que nasceu **após** 22 semanas (seja o bebê nascido vivo ou nascido morto)
- Gestação e aborto (**antes** das 22 semanas ou com menos de 500 gramas)

Qual a sua raça ou cor? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei

28/05/2021

• Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Pode nos informar sua idade? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual sua idade? *

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '5 [DD2P0]' (Pode nos informar sua idade?)

- ❗ A sua resposta deve ser entre 18 e 55
- ❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

anos

Pode nos informar sua data de nascimento? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual a data do seu nascimento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '7 [DD2P1P0]' (Pode nos informar sua data de nascimento?)

- ❗ Por favor, complete todas as partes da data.
- ❗ Resposta deve estar entre 01.01.1966 e 31.12.2003

Favor informar uma data:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você nasceu no Brasil? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Em qual país você nasceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '9 [DD2P2]' (Você nasceu no Brasil?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Contando com você, quantas pessoas moram no mesmo domicílio (casa ou apartamento) que você? (Inclua bebês e crianças) ***!** Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

pessoas

Você é/está? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Solteira
 Casada
 Em uma união estável/ mora com parceiro
 Viúva
 Separada ou Divorciada
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Há quantos anos está assim? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Em uma união estável/ mora com parceiro' ou 'Casada' ou 'Viúva' ou 'Separada ou Divorciada' na questão '12 [DD4]' (Você é/está?)

❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

anos

Você está namorando alguém sem morar junto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Separada ou Divorciada' ou 'Viúva' ou 'Solteira' na questão '12 [DD4]' (Você é/está?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual a sua orientação sexual? *

❗ Se você escolher 'Outro. Qual?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Heterossexual
 Homossexual
 Bissexual
 Outro
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Outro' na questão '15 [DD4P4]' (Qual a sua orientação sexual?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Qual é sua ocupação? Pode marcar mais de um *

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Do lar
- Estudante
- Trabalhadora assalariada
- Trabalhadora autônoma
- Aposentada/Pensionista
- Desempregada
- Empregadora/Empresária
- Funcionária pública
- Empregada doméstica
- Outro
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '17 [DD5]' (Qual é sua ocupação? Pode marcar mais de um)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Em que você está trabalhando nesse momento ou em que ramo trabalha atualmente?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Funcionária pública' ou 'Empregadora/Empresária' ou 'Trabalhadora autônoma' ou 'Trabalhadora assalariada' na questão '17 [DD5]' (Qual é sua ocupação? Pode marcar mais de um)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você possui alguma deficiência? *

❶ Se você escolher 'Sim. Qual?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '20 [DD6]' (Você possui alguma deficiência?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Até quando você estudou? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Analfabeto/Fundamental I incompleto (não completou o 5º ano)
- Fundamental I completo/Fundamental II incompleto (não completou o 9º ano)
- Fundamental II completo/Médio ou Técnico incompleto
- Médio ou Técnico completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós graduação
- Não sei

Você é a pessoa responsável pelo domicílio? (considere responsável a pessoa que colabora com a maior parte da renda, caso a colaboração seja equivalente, considere que você é responsável) *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

• Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual é sua relação de parentesco ou de convivência com a pessoa responsável pelo domicílio? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '23 [DD7P1]' (Você é a pessoa responsável pelo domicílio? (considere responsável a pessoa que colabora com a maior parte da renda, caso a colaboração seja equivalente, considere que você é responsável))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Cônjuge ou companheira
- Filha ou enteada
- Nora
- Mãe, Madrasta ou Avó
- Sogra
- Neta ou bisneta
- Irmã
- Outro parente
- Outro não familiar
- Não sei

Qual o grau de instrução da pessoa responsável pelo domicílio? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '23 [DD7P1]' (Você é a pessoa responsável pelo domicílio? (considere responsável a pessoa que colabora com a maior parte da renda, caso a colaboração seja equivalente, considere que você é responsável))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Analfabeto/Fundamental I incompleto (não completou o 5º ano)
- Fundamental I completo/Fundamental II incompleto (não completou o 9º ano)
- Fundamental II completo/Médio ou Técnico incompleto
- Médio ou Técnico completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós graduação
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Marque quantos dos bens e serviços listados abaixo você possui em seu domicílio. Essa escala vai nos ajudar a estimar o seu nível socioeconômico. *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0	1	2	3	4 ou mais	Não sei
Televisão em cores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rádio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banheiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Automóveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empregados domésticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava roupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DVD ou Blue Ray	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geladeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freezer (aparelho independente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microcomputador (com acesso à internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Celular ou tablet (com acesso à internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava louça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microondas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motocicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

	0	1	2	3	4 ou mais	Não sei
Secadora de roupas ou Lava e seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você possui os seguintes serviços básicos em seu domicílio?

*

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Água encanada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rua pavimentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Alguém em seu domicílio recebe algum benefício do governo, qual(is)? Pode marcar mais de um *

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Bolsa-família
- Aposentadoria Previdência Social
- Pensão
- Seguro-Desemprego
- Salário-Família
- Salário-Maternidade
- Auxílio Estudantil
- Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- Auxílio-Doença
- Auxílio Emergencial Pandemia Covid-19
- Cesta Básica
- Não
- Não sabe/Não respondeu
- Outros:

Pode nos informar seu bairro e cidade? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Onde você mora? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '29 [DD11P0]' (Pode nos informar seu bairro e cidade?)

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quantos filhos nascidos vivos você teve ao longo de sua vida? *

- ❗ A sua resposta deve ser entre 0 e 20
- ❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Destes, quantos você teve desde 01 de janeiro de 2018? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO '0' na questão '31 [DO12]' (Quantos filhos nascidos vivos você teve ao longo de sua vida?)

- ❗ A sua resposta deve ser entre 0 e 9
- ❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Quantas perdas gestacionais/abortos você teve ao longo de sua vida? *

- ❗ A sua resposta deve ser entre 0 e 20
- ❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Dessas, quantas aconteceram desde 01 de janeiro de 2018? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO '0' na questão '33 [DO14]' (Quantas perdas gestacionais/abortos você teve ao longo de sua vida?)

❗ A sua resposta deve ser entre 0 e 9

❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Além do(a)s filho(a)s que você já tem, você *pretende* ter mais filhos(as)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO '0' na questão '31 [DO12]' (Quanto filhos nascidos vivos você teve ao longo de sua vida?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Quantos? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '35 [DO15P3]' (Além do(a)s filho(a)s que você já tem, você pretende ter mais filhos(as)?)

❗ A sua resposta deve ser no mínimo 1

❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

filhos(as)

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Além do(a)s filho(a)s que você já tem, você *gostaria* de ter mais filho(a)s)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO '0' na questão '31 [DO12]' (Quantos filhos nascidos vivos você teve ao longo de sua vida?) e A resposta foi NÃO 'Sim' na questão '35 [DO15P3]' (Além do(a)s filho(a)s que você já tem, você pretende ter mais filhos(as)?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Quantos? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [DO15P4]' (Além do(a)s filho(a)s que você já tem, você gostaria de ter mais filho(a)s?)

- ❗ A sua pergunta deve ser no mínimo 1
- ❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

filhos(as)

Se você pudesse voltar para o tempo em que não tinha nenhum filho(a)s, você diria que *gostaria* de ter filho(a)s)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO '0' na questão '31 [DO12]' (Quantos filhos nascidos vivos você teve ao longo de sua vida?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quantos filho(a)(s) você gostaria de ter? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '39 [DO15P5]' (Se você pudesse voltar para o tempo em que não tinha nenhum filho(a)(s), você diria que gostaria de ter filho(a)(s)?)

❗ A sua pergunta deve ser no mínimo 1

❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Eu gostaria de ter

filho(a)(s)

Você está grávida no momento? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

De 0 a 10, sendo:

0 - Nada planejada

10 - Extremamente planejada *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '41 [DO15P6]' (Você está grávida no momento?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não sei
o quanto essa gravidez foi planejada:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você está fazendo uso de algum método contraceptivo no momento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '41 [DO15P6]' (Você está grávida no momento?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual método você está utilizando? Pode marcar mais de um *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '43 [DO15P6R2]' (Você está fazendo uso de algum método contraceptivo no momento?)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- DIU de cobre
- DIU de hormonal
- Implante contraceptivo
- Pílula oral
- Pílula do dia seguinte
- Anticoncepcional injetável
- Anel vaginal
- Diafragma
- Adesivo anticoncepcional
- Preservativo masculino (camisinha)
- Preservativo feminino (camisinha feminina)
- Método sintotérmico
- Coito interrompido
- Tabela
- Outro. Qual?:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Está vivo
- Natimorto (nasceu morto)
- Nasceu vivo e depois faleceu

Faleceu quanto tempo após o nascimento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Nasceu vivo e depois faleceu' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Seu bebê apresentou alguma alteração congênita? *

❗ Se você escolher 'Sim. Qual' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '47 [DO16P1]' (Seu bebê apresentou alguma alteração congênita?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Esse relato é de sua primeira gestação e parto? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Você teve alguma cirurgia cesariana anterior a essa gestação e parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '49 [DO16P2]' (Esse relato é de sua primeira gestação e parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Outra cirurgia uterina
 Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Outra cirurgia uterina' na questão '50 [DO16P2R2]' (Você teve alguma cirurgia cesariana anterior a essa gestação e parto?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quantas cirurgias cesarianas você teve anterior a essa gestação e parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [DO16P2R2]' (Você teve alguma cirurgia cesariana anterior a essa gestação e parto?)

❗ A sua resposta deve ser entre 1 e 20

❗ Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

cirurgias cesarianas

Precisamos saber seu índice de massa corporal

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Pode nos informar seu peso antes da última gestação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pode nos informar seu peso ao final da última gestação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pode nos informar sua altura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual seu peso **antes** da última gestação, em quilos?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '53 [DO16P3P0]' (Precisamos saber seu índice de massa corporal (Pode nos informar seu peso **antes** da última gestação?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

kg

Exemplo: tenho 72 quilos e 600 gramas = 72,6 kg

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual seu peso **depois** da última gestação, em quilos?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '53 [DO16P3P0]' (Precisamos saber seu índice de massa corporal (Pode nos informar seu peso **ao final** da última gestação?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

kg

Exemplo: tenho 72 quilos e 600 gramas = 72,6 kg

Qual sua altura, em metros?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '53 [DO16P3P0]' (Precisamos saber seu índice de massa corporal (Pode nos informar sua altura?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

m

Exemplo: Tenho 162 centímetros = 1,62 m

De 0 a 10, sendo:

0 - Nada planejada

10 - Extremamente planejada *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não sei
A gestação que você vai nos relatar foi planejada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Considerando uma nota de 1 a 5, sendo:

- 1 - péssimo
- 2 - ruim
- 3 - indiferente
- 4 - bom
- 5 - excelente

De 1 a 5: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	1	2	3	4	5	Não sei
Qual o nível de satisfação com a assistência recebida no seu PRÉ-NATAL?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por quê?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi menor que '4' na questão '59 [DO17P1]' (De 1 a 5: (Qual o nível de satisfação com a assistência recebida no seu PRÉ-NATAL?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

De 1 a 5: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	1	2	3	4	5	Não sei
Qual o nível de satisfação com a assistência recebida no seu PARTO?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por quê?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi menor que '4' na questão '61 [DO17P2]' (De 1 a 5: (Qual o nível de satisfação com a assistência recebida no seu PARTO?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

De 1 a 5: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	1	2	3	4	5	Não sei
Qual o nível de satisfação com a assistência recebida no seu PÓS-PARTO?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por quê?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi menor que '4' na questão '63 [DO17P3]' (De 1 a 5: (Qual o nível de satisfação com a assistência recebida no seu PÓS-PARTO?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você considera que a assistência obstétrica que você recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto foi adequada (correta)? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar por que não foi adequada? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Não' na questão '65 [DO17P4]' (Você considera que a assistência obstétrica que você recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto foi adequada (correta)? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Não' na questão '65 [DO17P4]' (Você considera que a assistência obstétrica que você recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto foi adequada (correta)? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Não' na questão '65 [DO17P4]' (Você considera que a assistência obstétrica que você recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto foi adequada (correta)? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Por que a assistência não foi adequada? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '66 [DO17P4R2]' (Você pode nos relatar por que não foi adequada?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '68 [DO17P5]' (Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '68 [DO17P5]' (Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '68 [DO17P5]' (Você considera que vivenciou alguma situação de violência durante a assistência obstétrica que recebeu em sua gestação, ou parto, ou pós-parto? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual ou quais foram as situações de violência? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '69 [DO17P5R2]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Raça: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raça: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raça: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Religião: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Religião: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Religião: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etnia: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etnia: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etnia: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idade: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idade: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idade: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condição social: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condição social: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condição social: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Características físicas: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Características físicas: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://questionarios.ufmg.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/147149>

32/118

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

	Sim	Não	Não sei
Características físicas: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de saúde: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de saúde: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de saúde: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preferência sexual: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preferência sexual: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preferência sexual: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade: Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade: Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade: Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecções sexualmente transmissíveis (IST): Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecções sexualmente transmissíveis (IST): Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecções sexualmente transmissíveis (IST): Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Raça: **Gestação**))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Raça: **Parto**))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Raça: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 4 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Religião: **Gestação**))

----- ou Scenario 5 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Religião: **Parto**))

----- ou Scenario 6 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Religião: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 7 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Etnia: **Gestação**))

----- ou Scenario 8 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Etnia: **Parto**))

----- ou Scenario 9 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Etnia: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 10 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Idade: **Gestação**))

----- ou Scenario 11 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Idade: **Parto**))

----- ou Scenario 12 -----

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Idade: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 13 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Condição social: **Gestação**))

----- ou Scenario 14 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Condição social: **Parto**))

----- ou Scenario 15 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Condição social: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 16 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Características físicas: **Gestação**))

----- ou Scenario 17 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Características físicas: **Parto**))

----- ou Scenario 18 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Características físicas: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 19 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Condições de saúde: **Gestação**))

----- ou Scenario 20 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Condições de saúde: **Parto**))

----- ou Scenario 21 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Condições de saúde: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 22 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Preferência sexual: **Gestação**))

----- ou Scenario 23 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Preferência sexual: **Parto**))

----- ou Scenario 24 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

de estigma ou discriminação relacionada à: (Preferência sexual: **Pós-parto**)

----- ou Scenario 25 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Obesidade: **Gestação**))

----- ou Scenario 26 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Obesidade: **Parto**))

----- ou Scenario 27 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Obesidade: **Pós-parto**))

----- ou Scenario 28 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Infecções sexualmente transmissíveis (IST): **Gestação**))

----- ou Scenario 29 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Infecções sexualmente transmissíveis (IST): **Parto**))

----- ou Scenario 30 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '71 [DO57E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de estigma ou discriminação relacionada à: (Infecções sexualmente transmissíveis (IST): **Pós-parto**))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '72 [DO57R1]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de maus tratos físicos ou abusos físicos como agressões físicas (tapas, chutes, beliscões, empurrões, ser arrastada ou carregada contra sua vontade entre outras situações similares), ou imobilizações físicas (ser amarrada, ou amordaçada, ou contida com uso de força física ou situações similares)? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '74 [DO57P1]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de maus tratos físicos ou abusos físicos como agressões físicas (tapas, chutes, beliscões, empurrões, ser arrastada ou carregada contra sua vontade entre outras situações similares), ou imobilizações físicas (ser amarrada, ou amordaçada, ou contida com uso de força física ou situações similares)? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '74 [DO57P1]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de maus tratos físicos ou abusos físicos como agressões físicas (tapas, chutes, beliscões, empurrões, ser arrastada ou carregada contra sua vontade entre outras situações similares), ou imobilizações físicas (ser amarrada, ou amordaçada, ou contida com uso de força física ou situações similares)? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '74 [DO57P1]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de maus tratos físicos ou abusos físicos como agressões físicas (tapas, chutes, beliscões, empurrões, ser arrastada ou carregada contra sua vontade entre outras situações similares), ou imobilizações físicas (ser amarrada, ou amordaçada, ou contida com uso de força física ou situações similares)? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '75 [DO57P1R1E]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de violência sexual ou abuso sexual? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '77 [DO57P2]' (Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de violência sexual ou abuso sexual? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '77 [DO57P2]' (Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de violência sexual ou abuso sexual? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '77 [DO57P2]' (Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que passou por alguma situação de violência sexual ou abuso sexual? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '78 [DO57P2R1E]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de violência verbal ou mau trato verbal como linguagem ríspida, ou xingamentos, ou piadas de mau gosto, ou ameaças de maus resultados para você ou seu bebê, ou ameaças de negar atendimento, ou culpa por maus resultados para você ou seu bebê? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '80 [DO57P3]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de violência verbal ou mau trato verbal como linguagem ríspida, ou xingamentos, ou piadas de mau gosto, ou ameaças de maus resultados para você ou seu bebê, ou ameaças de negar atendimento, ou culpa por maus resultados para você ou seu bebê? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '80 [DO57P3]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de violência verbal ou mau trato verbal como linguagem ríspida, ou xingamentos, ou piadas de mau gosto, ou ameaças de maus resultados para você ou seu bebê, ou ameaças de negar atendimento, ou culpa por maus resultados para você ou seu bebê? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '80 [DO57P3]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de violência verbal ou mau trato verbal como linguagem ríspida, ou xingamentos, ou piadas de mau gosto, ou ameaças de maus resultados para você ou seu bebê, ou ameaças de negar atendimento, ou culpa por maus resultados para você ou seu bebê? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '81 [DO57P3R1E]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de falha na assistência de saúde em prestar um atendimento qualificado, como a realização de procedimentos e exames não explicados ou consentidos, ou agir com falta de confidencialidade, ou atuar de maneira negligente (ausência ou falta de atenção ou cuidado, ou atuação não baseada em evidências científicas)?

*

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '83 [DO57P4]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de falha na assistência de saúde em prestar um atendimento qualificado, como a realização de procedimentos e exames não explicados ou consentidos, ou agir com falta de confidencialidade, ou atuar de maneira negligente (ausência ou falta de atenção ou cuidado, ou atuação não baseada em evidências científicas)? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '83 [DO57P4]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de falha na assistência de saúde em prestar um atendimento qualificado, como a realização de procedimentos e exames não explicados ou consentidos, ou agir com falta de confidencialidade, ou atuar de maneira negligente (ausência ou falta de atenção ou cuidado, ou atuação não baseada em evidências científicas)? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '83 [DO57P4]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto, você considera que passou por alguma situação de falha na assistência de saúde em prestar um atendimento qualificado, como a realização de procedimentos e exames não explicados ou consentidos, ou agir com falta de confidencialidade, ou atuar de maneira negligente (ausência ou falta de atenção ou cuidado, ou atuação não baseada em evidências científicas)? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '84 [DO57P4R1]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que a relação entre você e algum profissional de saúde foi ruim, ou precária, com problemas de comunicação, falta de respeito ou falta de apoio, ou negando água ou comida, ou desrespeitando sua autonomia? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '86 [DO57P5E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que a relação entre você e algum profissional de saúde foi ruim, ou precária, com problemas de comunicação, falta de respeito ou falta de apoio, ou negando água ou comida, ou desrespeitando sua autonomia? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '86 [DO57P5E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que a relação entre você e algum profissional de saúde foi ruim, ou precária, com problemas de comunicação, falta de respeito ou falta de apoio, ou negando água ou comida, ou desrespeitando sua autonomia? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '86 [DO57P5E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que a relação entre você e algum profissional de saúde foi ruim, ou precária, com problemas de comunicação, falta de respeito ou falta de apoio, ou negando água ou comida, ou desrespeitando sua autonomia? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '87 [DO57P5R1E]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve restrições do Sistema de Saúde que poderiam demonstrar falta de recursos como estrutura ou ambiente inadequado, ou sem privacidade, ou número insuficiente de profissionais, ou falta de espaço, ou falta de medicamentos, ou de vagas? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '89 [DO57P6E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve restrições do Sistema de Saúde que poderiam demonstrar falta de recursos como estrutura ou ambiente inadequado, ou sem privacidade, ou número insuficiente de profissionais, ou falta de espaço, ou falta de medicamentos, ou de vagas? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '89 [DO57P6E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve restrições do Sistema de Saúde que poderiam demonstrar falta de recursos como estrutura ou ambiente inadequado, ou sem privacidade, ou número insuficiente de profissionais, ou falta de espaço, ou falta de medicamentos, ou de vagas? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim ' na questão '89 [DO57P6E]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve restrições do Sistema de Saúde que poderiam demonstrar falta de recursos como estrutura ou ambiente inadequado, ou sem privacidade, ou número insuficiente de profissionais, ou falta de espaço, ou falta de medicamentos, ou de vagas? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '90 [DO57P6R1E]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Tinha preferência pelo tipo de parto no início da gestação? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Parto normal
- Cesárea
- Não tinha preferência
- Não sei

Possui plano de saúde? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual o plano de saúde? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '93 [DO19]' (Possui plano de saúde?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal? *

❶ Se você escolher 'Não fiz pré-natal. Por quê não fez?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- Mais que 13
- Não fiz pré-natal
- Não sei

Por que não fez pré-natal? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Com quantos meses de gestação começou o pré-natal? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 7 meses
- 8 meses
- 9 meses
- Não sei

Você teve fácil acesso ao pré-natal? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

❗ Se você escolher 'Não. Por quê?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por que não teve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '98 [DO20P2]' (Você teve fácil acesso ao pré-natal?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você fez o PRÉ-NATAL em qual rede? Marque TODAS que se enquadrem em seu atendimento *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- SUS
- Plano de saúde
- Pagamento particular das consultas de pré-natal
- Pagamento particular de exames e outros
- Plano ou pacote específico da maternidade
- Outro
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '100 [DO21P0]' (Você fez o PRÉ-NATAL em qual rede? Marque TODAS que se enquadrem em seu atendimento)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Aproximadamente, quantos exames de ultrassom fez durante o pré-natal? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Nenhum
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12 ou mais
- Não me lembro
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Nas consultas de pré-natal foi realizado toque vaginal? (o exame de toque consiste na inserção dos dedos na vagina para sentir o colo do útero) *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Nunca
- Apenas na primeira consulta
- Poucas vezes
- Na maioria das consultas
- Toda consulta
- Não sei

Qual a razão do profissional fazer os exames de toque? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Na maioria das consultas' ou 'Poucas vezes' ou 'Toda consulta' na questão '103 [DO23]' (Nas consultas de pré-natal foi realizado toque vaginal? (o exame de toque consiste na inserção dos dedos na vagina para sentir o colo do útero))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual profissional fez o seu pré-natal? Marque todos que te atenderam no pré-natal *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Enfermeiro(a)
- Médico(a) ginecologista/obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra ou Obstetiz
- Parteira tradicional (da comunidade)
- Médico(a) de família
- Outro
- Não sei

Qual outro profissional? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Outro' na questão '105 [DO24]' (Qual profissional fez o seu pré-natal? Marque todos que te atenderam no pré-natal)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

O seu pré-natal era: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

i Se você escolher 'de alto risco. Por quê?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- de alto risco
- de baixo risco ou risco habitual
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por que o seu pré-natal era de alto risco? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'de alto risco' na questão '107 [DO25]' (O seu pré-natal era:)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você conheceu a maternidade antes do parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

Você foi encaminhada pelo profissional que fez seu pré-natal para grupos de apoio a gestantes ou rodas de conversa sobre gestação? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você foi a algum grupo de apoio a gestantes ou rodas de conversa sobre gestação? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Você fez algum curso sobre gestação ou parto ou amamentação ou cuidados com o bebê? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amamentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados com o bebê	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Durante o pré-natal, algum dos profissionais que te atendeu conversou com você sobre: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não fiz pré-natal' na questão '95 [DO20]' (Fez aproximadamente quantas consultas de pré-natal?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Os riscos do parto normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os benefícios do parto normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os riscos da cirurgia cesariana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As indicações da cirurgia cesariana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho de parto e suas fases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A importância da amamentação na primeira hora de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os riscos e benefícios do uso de ocitocina (soro/medicação para estimular as contrações) no trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os riscos e benefícios do uso de anestesia no trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os riscos e benefícios do uso de episiotomia (corte no perineo) no trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os métodos não-medicamentosos para o alívio da dor no parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O direito ao acompanhante durante toda sua internação (trabalho de parto, parto e pós-parto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A maternidade de referência e seus recursos (ambiente, quarto privativo, disponibilidade de métodos de alívio não farmacológicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O plano de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://questionarios.ufmg.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/147149>

57/118

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve incentivo, por parte do profissional, ao parto normal? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Quer nos relatar por que o(a) profissional **não** incentivou o parto normal?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '114 [DO28P1]' (Houve incentivo, por parte do profissional, ao parto normal?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Houve incentivo, por parte do profissional, ao procedimento de cirurgia cesariana? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quer nos relatar por que o(a) profissional incentivou a cesariana?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '116 [DO28P2]' (Houve incentivo, por parte do profissional, ao procedimento de cirurgia cesariana?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você fez o PARTO em qual rede? Marque TODAS que se enquandrem em seu atendimento *

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- SUS
- Plano de saúde
- Meu plano de saúde reembolsou o SUS
- Pagamento totalmente particular da assistência obstétrica
- Pagamento totalmente particular do hospital/maternidade
- Taxa de disponibilidade do(a) obstetra (pagamento à parte feito ao(à) obstetra que atende pelo seu convênio)
- Plano ou pacote específico da maternidade
- Outro
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '118 [DO21P1]' (Você fez o PARTO em qual rede? Marque TODAS que se enquandrem em seu atendimento)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Em qual posição estava seu bebê no momento do parto?
Considerar a posição do primeiro bebê em caso de gemelar *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Cefálico (cabeça para baixo)
- Sentado ou pélvico
- Transverso ou atravessado
- Podálico ou de pé
- Não sei

Pode nos informar a data do parto? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Data do parto: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '121 [DO30P0]' (Pode nos informar a data do parto?)

- ❗ Por favor, complete todas as partes da data.
- ❗ Resposta deve estar entre 01.01.2018 e 30.04.2021

Favor informar uma data:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Pode nos informar a idade gestacional no momento do parto? *

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual a idade gestacional no momento do parto? Pode escolher em meses, em semanas ou os dois. *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '123 [DO30P1P0]' (Pode nos informar a idade gestacional no momento do parto?)

❗ Comentar apenas quando você selecionar uma resposta.

Por favor, escolha as opções que se aplicam e faça um comentário:

Semanas:

Meses:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Onde foi o parto? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Maternidade Octaviano Neves
- Hospital Maternidade Sofia Feldman
- Casa de Parto do Hospital Maternidade Sofia Feldman
- Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa de Misericórdia)
- Hospital Metropolitan Odilon Behrens
- Hospital Risoleta Tolentino Neves
- Neocenter Maternidade
- Maternidade Odete Valadares
- Hospital da Mulher e Maternidade Santa Fé
- Rede Mater Dei de Saúde - Maternidade
- Maternidade Unimed BH Unidade Grajaú
- Hospital Belo Horizonte
- Hospital Semper
- Hospital Júlia Kubitscheck
- Hospital Vila da Serra
- Hospital das Clínicas
- Domicilio
- Outro local
- Não sei

Qual o nome da equipe? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Domicilio' na questão '125 [DO31]' (Onde foi o parto?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Outro local' na questão '125 [DO31]' (Onde foi o parto?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, algum profissional da instituição de saúde desrespeitou você? (Gritou, debochou, ameaçou ou coagiu) *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Pré-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você pode nos relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '128 [DO32]' (Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, algum profissional da instituição de saúde desrespeitou você? (Gritou, debochou, ameaçou ou coagiu) (Pré-natal))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '128 [DO32]' (Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, algum profissional da instituição de saúde desrespeitou você? (Gritou, debochou, ameaçou ou coagiu) (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '128 [DO32]' (Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, algum profissional da instituição de saúde desrespeitou você? (Gritou, debochou, ameaçou ou coagiu) (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '129 [DO32P1]' (Você pode nos relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, alguém a ignorou, ou negou atendimento ou atuou de forma negligente? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Pré-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você pode relatar o que aconteceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '131 [DO33]' (Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, alguém a ignorou, ou negou atendimento ou atuou de forma negligente? (Pré-natal))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '131 [DO33]' (Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, alguém a ignorou, ou negou atendimento ou atuou de forma negligente? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '131 [DO33]' (Na assistência ao seu pré-natal, ou parto ou pós-parto, alguém a ignorou, ou negou atendimento ou atuou de forma negligente? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '132 [DO33P1]' (Você pode relatar o que aconteceu?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Considerando seus sentimentos durante a assistência ao parto, em algum momento você se sentiu: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Se sentiu inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu ofendida ou desrespeitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu ameaçada, coagida ou forçada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu sozinha ou solitária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com frio ou desconfortável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu abandonada ou desamparada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu vulnerável ou insegura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu envergonhada ou constrangida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu desconsiderada ou menosprezada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Em consultas de pré-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No trabalho de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante parto vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes da cirurgia cesariana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante a anestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante a cirurgia cesariana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imediatamente após a cirurgia cesariana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante a internação pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por que não teve acompanhante? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Em consultas de pré-natal))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (No trabalho de parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Durante parto vaginal))

----- ou Scenario 4 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Antes da cirurgia cesariana))

----- ou Scenario 5 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Durante a anestesia))

----- ou Scenario 6 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Durante a cirurgia cesariana))

----- ou Scenario 7 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Imediatamente após a cirurgia cesariana))

----- ou Scenario 8 -----

A resposta foi 'Não' na questão '135 [DO35]' (Considerando pré-natal, parto e pós-parto, você teve acompanhante da sua escolha? (Durante a internação pós-parto))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido) *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Você foi admitida/internada no hospital ou maternidade já em trabalho de parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei
 Não se aplica

Durante o seu trabalho de parto, foi realizada lavagem intestinal?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para lavagem intestinal (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '139 [DO37P1]' (Durante o seu trabalho de parto, foi realizada lavagem intestinal?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante o seu trabalho de parto, foi realizado jejum ou restrição de alimentos e bebidas? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para o jejum ou restrição de alimentos e bebidas (explicação sobre a situação e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '141 [DO37P2]' (Durante o seu trabalho de parto, foi realizado jejum ou restrição de alimentos e bebidas?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre a situação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com a situação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante o seu trabalho de parto, foi realizada raspagem de pelos pubianos?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para a raspagem dos pelos (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '143 [DO37P3]' (Durante o seu trabalho de parto, foi realizada raspagem de pelos pubianos?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante o seu trabalho de parto, foram realizados toques vaginais com intervalo inferior a 4 horas entre cada toque?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para os toques vaginais (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '145 [DO37P4]' (Durante o seu trabalho de parto, foram realizados toques vaginais com intervalo inferior a 4 horas entre cada toque?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante o seu trabalho de parto, foram realizados toques vaginais por diferentes pessoas?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para os toques vaginais (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '147 [DO37P5]' (Durante o seu trabalho de parto, foram realizados toques vaginais por diferentes pessoas?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante o seu trabalho de parto, foi utilizado soro com ocitocina para acelerar o parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para o uso do soro (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '149 [DO37P6]' (Durante o seu trabalho de parto, foi utilizado soro com ocitocina para acelerar o parto?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante o seu trabalho de parto, foi realizado rompimento artificial da bolsa? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Houve consentimento livre e esclarecido para o rompimento artificial da bolsa (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '151 [DO37P7]' (Durante o seu trabalho de parto, foi realizado rompimento artificial da bolsa?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Explicação sobre o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi consentido, você concordou com o procedimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante seu trabalho de parto, você teve livre movimentação (pode se movimentar ou escolher posições que lhe agradassem ou andar ou dançar, entre outros movimentos)?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Durante seu trabalho de parto, você pediu anestesia/analgesia?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'NÃO' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Você recebeu a anestesia/analgesia?

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '154 [DO37P9]' (Durante seu trabalho de parto, você pediu anestesia/analgesia?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Você pode nos informar por que não recebeu anestesia/analgesia? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '155 [DO37P9R1]' (Você recebeu a anestesia/analgesia?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por que não recebeu anestesia/analgesia? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '156 [DO37P9R2]' (Você pode nos informar por que não recebeu anestesia/analgesia?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Algum outro procedimento foi realizado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

❗ Se você escolher 'Sim. Qual?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Você pode nos informar qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '158 [DO37P10]' (Algum outro procedimento foi realizado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '159 [DO37P10R1E]' (Você pode nos informar qual?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você teve privacidade durante o trabalho de parto e parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Como se deu essa falta de privacidade? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '161 [DO38]' (Você teve privacidade durante o trabalho de parto e parto?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Os ambientes onde aconteceram trabalho de parto ou parto eram confortáveis para você? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

O que poderia melhorar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '163 [DO38P1]' (Os ambientes onde aconteceram trabalho de parto ou parto eram confortáveis para você?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quais métodos para alívio da dor você utilizou? Marque todos que você utilizou *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO 'Não' na questão '137 [DO36]' (Você entrou em trabalho de parto? (Entrar em trabalho de parto é iniciar as contrações de forma ritmada de forma a produzir dilatação, seja espontâneo ou induzido))

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Bola
- Massagem
- Chuveiro
- Banheira
- Analgesia/Peridural (anestesia)
- Livre escolha de posição
- Livre movimentação (dançar, caminhar, agachar, rebozo (tecido), etc)
- Inalação de gás para alívio de dor
- Doula
- Outro método
- Nenhum método
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '165 [DO39]' (Quais métodos para alívio da dor você utilizou? Marque todos que você utilizou)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você teve o acompanhamento da doula? (Doula é a pessoa que apoia emocionalmente outra mulher na gestação e ou no parto e ou no pós-parto) *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Doula na gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doula no parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doula no pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como foi seu parto? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Cesariana após entrar em trabalho de parto espontâneo
- Cesariana após indução
- Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto
- Parto normal/vaginal
- Parto normal/vaginal após indução
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Atenção: para prosseguir, precisamos saber seu tipo de parto

*

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não sei' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Cesariana após entrar em trabalho de parto espontâneo
- Cesariana após indução
- Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto
- Parto normal/vaginal
- Parto normal/vaginal após indução
- Não sei

O profissional de saúde conversou com você sobre a possibilidade de indução do parto antes de definir ou marcar a cesariana? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por que você teve uma cesariana? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto' ou 'Cesariana após indução' ou 'Cesariana após entrar em trabalho de parto espontâneo' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Eu quis
- A cesariana foi indicada por um profissional
- Não sei

Por que você quis uma cesariana? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Eu quis' na questão '171 [DO41]' (Por que você teve uma cesariana?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Por que foi indicada uma cesariana? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'A cesariana foi indicada por um profissional' na questão '171 [DO41]' (Por que você teve uma cesariana?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Durante a cesariana ocorreu uma dessas situações? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Cesariana após entrar em trabalho de parto espontâneo' ou 'Cesariana após indução' ou 'Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Sedação sem consciência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãos imobilizadas ou amarradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiram ou apertaram sua barriga para "ajudar" o neném a nascer? (manobra de kristeller)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversas paralelas dos profissionais sobre outros assuntos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante a cesariana ocorreu a realização de procedimentos **sem** o consentimento livre e esclarecido (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Cesariana após entrar em trabalho de parto espontâneo' ou 'Cesariana após indução' ou 'Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '175 [DO42P6]' (Durante a cesariana ocorreu a realização de procedimentos sem o consentimento livre e esclarecido (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Outra situação não listada que você queira nos relatar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Cesariana após entrar em trabalho de parto espontâneo' ou 'Cesariana após indução' ou 'Cesariana marcada, sem passar pelo trabalho de parto' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

i Se você escolher 'Sim. Qual?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto. Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '177 [DO42P7]' (Outra situação não listada que você queira nos relatar?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Na assistência ao parto normal/vaginal ocorreu uma das situações? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Parto normal/vaginal ' ou 'Parto normal/vaginal após indução' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Puxos dirigidos (um profissional disse para fazer força)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livre movimentação/escolha de movimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episiotomia (corte no períneo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laceração no períneo ou vagina com necessidade de pontos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou deitada em posição ginecológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subiram ou apertaram sua barriga para "ajudar" o neném a nascer (manobra de kristeller)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fôrceps (instrumento para auxiliar no nascimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vácuo extrator (instrumento para auxiliar no nascimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenções como episiotomia ou pontos sem anestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Havia assistência profissional no período expulsivo (profissional de saúde, assistindo a mulher, no momento do nascimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pernas ou braços amarrados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Na assistência ao parto normal/vaginal, foi realizado algum procedimento **sem** consentimento livre e esclarecido (explicação sobre o procedimento E pedido de consentimento)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Parto normal/vaginal ' ou 'Parto normal/vaginal após indução' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '180 [DO43P9]' (Na assistência ao parto normal/vaginal, foi realizado algum procedimento sem consentimento livre e esclarecido (explicação sobre o procedimento E pedido de consentimento)?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Outro procedimento não listado que você queira nos relatar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Parto normal/vaginal ' ou 'Parto normal/vaginal após indução' na questão '168 [DO40]' (Como foi seu parto?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '182 [DO43P0]' (Outro procedimento não listado que você queira nos relatar?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Como foi a recuperação pós-parto? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sem nenhuma complicação
- Com alguma complicação
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual complicação? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Com alguma complicação' na questão '184 [DO44]' (Como foi a recuperação pós-parto?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Hemorragia com transfusão de sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internação por motivo de complicações no parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomia (retirada total do útero)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção da cirurgia (episiotomia ou cesariana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complicações graves no períneo (laceração tipos III ou IV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complicações da anestesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precisou fazer outra cirurgia devido a complicações do parto cesáreo (necessidade de reoperação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve parto vaginal e precisou de uma cirurgia de emergência devido a alguma complicação do parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necessitou reinternação após alta hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

A internação foi: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '185 [DO44P1R2]' (Qual complicação? (Internação por motivo de complicações no parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Internação comum
- Internação em unidade intensiva (UTI ou CTI)
- Não sei

Outra complicação não listada que queira nos relatar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Com alguma complicação' na questão '184 [DO44]' (Como foi a recuperação pós-parto?)

! Se você escolher 'Sim. Qual?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '187 [DO44P1P0]' (Outra complicação não listada que queira nos relatar?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Teve depressão pós-parto (tristeza diagnosticada como depressão)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Teve uma tristeza que passou em alguns dias (baby blues: durou poucos dias e melhorou sem medicamentos)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Com relação à dor que sentiu na primeira semana após o parto, em uma escala de 0 a 10, sendo:

0 = nenhuma

10 = dor extrema, insuportável *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não sei
Como você classifica a sua dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Pode nos informar quantos dias você ficou internada no pós-parto? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não se aplica
- Não sei

Quantos dias você ficou internada no pós-parto? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '192 [DO46P0]' (Pode nos informar quantos dias você ficou internada no pós-parto?)

i Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

dias

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Como foi a hora de ouro? (a primeira hora após o nascimento)

★

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
O bebê nasceu bem (respirou facilmente)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê ficou em contato pele a pele com você durante a primeira hora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amamentou na primeira hora de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê ficou em ambiente diferente do seu na primeira hora de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O bebê necessitou de intervenções? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

❗ Se você escolher 'Sim. Quais?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto. Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quais? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '195 [DO48P1]' (O bebê necessitou de intervenções?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

O bebê recebeu algum estímulo para chorar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

! Se você escolher 'Sim. Outro' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '197 [DO48P2]' (O bebê recebeu algum estímulo para chorar?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

O corte do cordão umbilical foi: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Foi imediato após o nascimento
- Entre 1 a 3 minutos ou até parar de pulsar
- Não sei

Sobre a assistência prestada ao bebê: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
O bebê teve as vias aéreas aspiradas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê necessitou de oxigênio inalatório?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê teve o conteúdo gástrico aspirado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê foi direto para o colo da mãe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A mãe pôde presenciar os primeiros cuidados? (pesar, medir, colírio, vitamina K)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê foi colocado em berço aquecido na primeira hora de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê foi alimentado com fórmula ou soro glicosado antes de mamar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi dado banho no bebê antes das primeiras seis horas de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Algum procedimento com o bebê foi realizado **sem o consentimento livre e esclarecido (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)? ***

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '201 [DO48P12]' (Algum procedimento com o bebê foi realizado sem o consentimento livre e esclarecido (explicação sobre o procedimento e pedido de consentimento)?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Outros procedimentos com o bebê que queira nos relatar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

❗ Se você escolher 'Sim. Quais?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quais? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '203 [DO48P13]' (Outros procedimentos com o bebê que queira nos relatar?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Seu bebê precisou ficar internado após o nascimento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Por quê? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '205 [DO49]' (Seu bebê precisou ficar internado após o nascimento?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

A internação do bebê foi em UTI? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '205 [DO49]' (Seu bebê precisou ficar internado após o nascimento?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Durante a internação você amamentou ou ofereceu leite materno por outras vias? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '205 [DO49]' (Seu bebê precisou ficar internado após o nascimento?)

❗ Se você escolher 'Não. Por quê?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Por quê? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '208 [DO49P2]' (Durante a internação você amamentou ou ofereceu leite materno por outras vias?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Pode nos informar qual foi o APGAR do bebê? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

Qual foi o APGAR do bebê? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '210 [DO50P0]' (Pode nos informar qual foi o APGAR do bebê?)

❗ Cada resposta deve ser entre 0 e 10

❗ Somente valores inteiros podem ser informados nestes campos.

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

1º minuto

5º minuto

Pode nos informar o peso do bebê? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual o peso do bebê ao nascimento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '212 [DO51P0]' (Pode nos informar o peso do bebê?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

kg

Exemplo: o bebê nasceu com 3 quilos e 400 gramas = 3,400 kg

Ocorreu alguma dessas situações com o bebê? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
"Respirou mecônio". Síndrome da respiração meconial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Sofrimento fetal". Falta de oxigênio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Ficou amarelo". Icterícia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebê foi transferido para outro hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Outra situação não listada que queira nos relatar? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

❗ Se você escolher 'Sim. Qual?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto. Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '215 [DO52P6]' (Outra situação não listada que queira nos relatar?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Você amamentou? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim (qualquer tempo de amamentação)
- Não (nenhum tempo de amamentação)
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por quê não amamentou? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não (nenhum tempo de amamentação) ' na questão '217 [DO53]' (Você amamentou?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Sobre a assistência à amamentação ainda no hospital ou no pós-parto imediato ao parto domiciliar: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?) e A resposta foi NÃO 'Não (nenhum tempo de amamentação)' na questão '217 [DO53]' (Você amamentou?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Orientaram como o bebê faz a pega (abocanhar a mama)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientaram a posição do bebê no colo (cabeça e tronco alinhados e apoiados)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientaram o que é livre demanda (dar mamar para o bebê sempre ele solicitar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientaram a ordenha da mama (como retirar o leite da mama para amaciar a mama, ou para evitar ingurgitamentos, ou para oferecer na necessidade de ausência de mãe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientaram como é a apoiadura (descida do leite)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O bebê recebeu leite artificial na maternidade/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientaram como oferecer leite no copinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Por quê o bebê recebeu leite artificial na maternidade/hospital? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '219 [DO53P1]' (Sobre a assistência à amamentação ainda no hospital ou no pós-parto imediato ao parto domiciliar: (O bebê recebeu leite artificial na maternidade/hospital?))

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Teve dificuldades na amamentação? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?) e A resposta foi NÃO 'Não (nenhum tempo de amamentação)' na questão '217 [DO53]' (Você amamentou?)

❗ Se você escolher 'Sim. Quais?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto. Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quais dificuldades? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '221 [DO54]' (Teve dificuldades na amamentação?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Procurou alguma assistência para auxiliar nas dificuldades? Pode escolher mais de um *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '221 [DO54]' (Teve dificuldades na amamentação?)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Sim, centro de saúde
- Sim, profissional do plano de saúde
- Sim, Banco de Leite
- Sim, consultora de amamentação
- Não
- Não sei

Algum profissional de saúde avaliou a linguinha do bebê para saber se ela estava interferindo na amamentação? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim, Banco de Leite' ou 'Sim, profissional do plano de saúde' ou 'Sim, centro de saúde' ou 'Sim, consultora de amamentação' na questão '223 [DO54P1]' (Procurou alguma assistência para auxiliar nas dificuldades? Pode escolher mais de um)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Amamentou exclusivamente por 6 meses (APENAS leite materno)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?) e A resposta foi NÃO 'Não (nenhum tempo de amamentação) ' na questão '217 [DO53]' (Você amamentou?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Ainda estou amamentando exclusivamente
- Não sei

Introduziu fórmula infantil em algum momento após os seis meses de amamentação exclusiva? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '225 [DO55]' (Amamentou exclusivamente por 6 meses (APENAS leite materno)?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Introduziu fórmula infantil? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não ' na questão '225 [DO55]' (Amamentou exclusivamente por 6 meses (APENAS leite materno)?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Quando inseriu a fórmula infantil? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '226 [DO55P0R1]' (Introduziu fórmula infantil em algum momento após os seis meses de amamentação exclusiva?)

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '227 [DO55P0R2]' (Introduziu fórmula infantil?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Desde o nascimento
- No primeiro mês
- No segundo mês
- No terceiro mês
- No quarto mês
- No quinto mês
- No sexto mês
- No sétimo mês
- No oitavo mês
- No nono mês
- No décimo mês
- No décimo primeiro mês
- No décimo segundo mês
- Após os 12 meses
- Não sei

O bebê já desmamou do peito? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?) e A resposta foi NÃO 'Não (nenhum tempo de amamentação)' na questão '217 [DO53]' (Você amamentou?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Com qual idade o bebê desmamou do peito? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '229 [DO55P1]' (O bebê já desmamou do peito?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 7 meses
- 8 meses
- 9 meses
- 10 meses
- 11 meses
- 12 meses
- Outro
- Não sei

Qual mês? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Outro' na questão '230 [DO55P1R1]' (Com qual idade o bebê desmamou do peito?)

! Apenas números podem ser usados nesse campo.**!** A sua resposta deve ser entre 13 e 40

Por favor, coloque sua resposta aqui:

meses

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Alguma outra coisa que queira nos relatar sobre o aleitamento materno?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?) e A resposta foi NÃO 'Não (nenhum tempo de amamentação)' na questão '217 [DO53]' (Você amamentou?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Usou algum acessório durante os dois primeiros anos de vida do bebê? Marque TODOS que utilizou *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Está vivo' na questão '45 [DO16]' (Com relação à última (mais recente) experiência de parto, como está o bebê?)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Bico de silicone/ protetor de mamilo/ intermediário de silicone
- Absorvente de mamilo
- Concha
- Chupeta
- Mamadeira ou chuquinha
- Sondinha para relactação
- Copo de transição de bico duro
- Copo de transição de bico mole ou flexível
- Copinho aberto
- Colher dosadora
- Não utilizou nenhum desses acessórios acima
- Outro acessório
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '233 [DO56]' (Usou algum acessório durante os dois primeiros anos de vida do bebê? Marque TODOS que utilizou)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Ao relembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve impacto da pandemia de COVID-19 na forma como você viveu essas experiências? *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	Sim	Não	Não sei
Gestação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você poderia nos contar como? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '235 [DO57P8]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve impacto da pandemia de COVID-19 na forma como você viveu essas experiências? (Gestação))

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '235 [DO57P8]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve impacto da pandemia de COVID-19 na forma como você viveu essas experiências? (Parto))

----- ou Scenario 3 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '235 [DO57P8]' (Ao lembrar a assistência que você recebeu durante a gestação, ou parto, ou pós-parto você considera que houve impacto da pandemia de COVID-19 na forma como você viveu essas experiências? (Pós-parto))

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não
 Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '236 [DO57P8R1]' (Você poderia nos contar como?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Você foi diagnosticada com COVID-19 (exame laboratorial RT-PCR ou exames de sangue positivos* e/ou diagnóstico por critério clínico feito por profissional da saúde)?

*Exceto testes rápidos

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Você pode nos informar qual a data aproximada que você foi diagnosticada com COVID-19? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '238 [DO57P9]' (Você foi diagnosticada com COVID-19 (exame laboratorial RT-PCR ou exames de sangue positivos* e/ou diagnóstico por critério clínico feito por profissional da saúde)? *Exceto testes rápidos)

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Não sei' na questão '238 [DO57P9]' (Você foi diagnosticada com COVID-19 (exame laboratorial RT-PCR ou exames de sangue positivos* e/ou diagnóstico por critério clínico feito por profissional da saúde)? *Exceto testes rápidos)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual a data aproximada que você foi diagnosticada com COVID-19? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

----- Scenario 1 -----

A resposta foi 'Sim' na questão '239 [DO57P9R1]' (Você pode nos informar qual a data aproximada que você foi diagnosticada com COVID-19?)

----- ou Scenario 2 -----

A resposta foi 'Não sei' na questão '239 [DO57P9R1]' (Você pode nos informar qual a data aproximada que você foi diagnosticada com COVID-19?)

❗ Por favor, complete todas as partes da data.

❗ Resposta deve estar entre 01.01.2020 e 30.04.2021

Favor informar uma data:

Você foi diagnosticada com COVID-19 mais de uma vez? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '238 [DO57P9]' (Você foi diagnosticada com COVID-19 (exame laboratorial RT-PCR ou exames de sangue positivos* e/ou diagnóstico por critério clínico feito por profissional da saúde)? *Exceto testes rápidos)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

Você pode nos informar qual a data aproximada que você foi diagnosticada pela **segunda vez** com COVID-19? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '241 [DO57P9P1]' (Você foi diagnosticada com COVID-19 mais de uma vez?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Qual a data aproximada que você foi diagnosticada com COVID-19 pela **segunda vez? ***

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '242 [DO57P9P1R1]' (Você pode nos informar qual a data aproximada que você foi diagnosticada pela segunda vez com COVID-19?)

❗ Por favor, complete todas as partes da data.

❗ Resposta deve estar entre 01.01.2020 e 30.04.2021

Favor informar uma data:

Na sua percepção existem consequências da assistência do seu parto, para você ou seu bebê, que queira nos relatar aqui? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

O que houve? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '244 [DO59]' (Na sua percepção existem consequências da assistência do seu parto, para você ou seu bebê, que queira nos relatar aqui?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

28/05/2021

- Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica

Deseja escrever um recado para a equipe de pesquisa? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

 Sim Não**Escreva seu recado 😊 ***

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '246 [PF1]' (Deseja escrever um recado para a equipe de pesquisa?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Pesquisador responsável: Raquel Zanatta Coutinho**Contato:** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) / Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha | 31270-901 Belo Horizonte/MG | Telefone:(31)3409-7279**Comitê de Ética em Pesquisa – COEP**

Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha

Belo Horizonte, MG - Brasil 31270-901 – Telefax: (31) 3409-4592

Para conhecer os grupos de apoio gratuitos em Belo Horizonte, clique aqui

[\(https://docentes.face.ufmg.br/quelzanatta/percepcao-das-mulheres-sobre-a-assistencia-obstetrica-e-suas-consequencias-para-a-saude-da-mulher-e-da-crianca-em-belo-horizonte/\)](https://docentes.face.ufmg.br/quelzanatta/percepcao-das-mulheres-sobre-a-assistencia-obstetrica-e-suas-consequencias-para-a-saude-da-mulher-e-da-crianca-em-belo-horizonte/)

Para receber os resultados dessa pesquisa quando publicados, inscreva o seu e-mail no site de hospedagem da pesquisa. Dessa forma, o seu e-mail fica completamente desassociado das suas respostas! Clique aqui

[\(https://docentes.face.ufmg.br/quelzanatta/percepcao-das-mulheres-sobre-a-assistencia-obstetrica-e-suas-consequencias-para-a-saude-da-mulher-e-da-crianca-em-belo-horizonte/\)](https://docentes.face.ufmg.br/quelzanatta/percepcao-das-mulheres-sobre-a-assistencia-obstetrica-e-suas-consequencias-para-a-saude-da-mulher-e-da-crianca-em-belo-horizonte/)

Por favor, compartilhe o link do questionário e nos ajude a levar essa pesquisa a mais mulheres!

Agradecemos pela sua participação!

Enviar questionário

Obrigado por ter preenchido o questionário.

<https://questionarios.ufmg.br/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/147149>

117/118