

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS**  
**Talyta Sâmara Batista Ferreira**

**PERCEPÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE BEM-ESTAR MATERNO NO  
PARTO: UM ESTUDO NO NORTE DE MINAS GERAIS**

**Montes Claros – Minas Gerais**  
**2023**

**Talyta Sâmara Batista Ferreira**

**PERCEPÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE BEM-ESTAR MATERNO NO  
PARTO: UM ESTUDO NO NORTE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marise Fagundes Silveira

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sibylle Emily Vogt

**Montes Claros – Minas Gerais**

**2023**

# **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS**

## **Unimontes**

Reitor: Prof. Dr. Wagner de Paulo Santiago

Vice-reitor: Prof. Dr. Dalton Caldeira Rocha

Pró-reitora de Pesquisa: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Das Dores Magalhães Veloso

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Dr. Otávio Cardoso Filho

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. Dr. Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dra. Sara Gonçalves Antunes

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. Marlon Cristian Toledo Pereira

Coordenadoria de Pós-graduação lato sensu: Prof. Dr. Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação stricto sensu: Prof. Dr. Diego Dias Araújo

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cristina Andrade Sampaio

## FICHA CATALOGRÁFICA

F383p

Ferreira, Talyta Sâmara Batista.

Percepções de violência obstétrica e de bem-estar materno no parto [manuscrito]: um estudo no norte de Minas Gerais / Talyta Sâmara Batista Ferreira – Montes Claros (MG), 2023.

95 f. : il.

Inclui bibliografia.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Marise Fagundes Silveira.

Coorientadora: Profa. Dra. Sibylle Emily Vogt.

1. Violência obstétrica. 2. Cuidado pré-natal. 3. Parto obstétrico. 4. Parto humanizado. 5. Mães - Bem-estar. 6. Obstetrícia. 7. Humanização dos serviços de saúde. I. Silveira, Marise Fagundes. II. Vogt, Sibylle Emily. III. Universidade Estadual de Montes. IV. Título. V. Título: um estudo no norte de Minas Gerais.

**ALUNA: TALYTA SÂMARA BATISTA FERREIRA**

**TÍTULO: PERCEPÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE BEM-ESTAR MATERNO NO PARTO: UM ESTUDO NO NORTE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marise Fagundes Silveira

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sibylle Emily Vogt

**Resultado da análise da defesa pela banca examinadora**

**APROVADA**

**REPROVADA**

**Data: 03/08/2023**

**BANCA (MEMBROS TITULARES)**

**ASSINATURAS**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marise Fagundes Silveira – Orientadora

\_\_\_\_\_

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sibylle Emily Vogt – Coorientadora

\_\_\_\_\_

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva – PPGCS

\_\_\_\_\_

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Dejjane de Oliveira Silva - UESC

\_\_\_\_\_

**BANCA (MEMBROS SUPLENTE)**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Desirre Sant'Ana Haikal – PPGCS

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. José Andrade Louzado – UFBA

\_\_\_\_\_

Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF

<http://www.unimontes.br> / [ppgcs@unimontes.br](mailto:ppgcs@unimontes.br)

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil /CEP: 39401-001

Anexo nº FA Dissertação Talyta Sâmara Batista Ferreira/UNIMONTES/PRPG/PPGCS/2023

PROCESSO Nº 2310.01.0002973/2023-10

**FOLHA APROVAÇÃO**

**DATA DA DEFESA:** 03/08/2023 às 15:00 – webconferência

**NOME DO(A) DISCENTE:** Talyta Sâmara Batista Ferreira

( x ) Mestrado Acadêmico em Ciência Da Saúde

( ) Doutorado Acadêmico em Ciências Da Saúde

**TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC):**

*“PERCEPÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE BEM-ESTAR MATERNO NO PARTO: UM ESTUDO NO NORTE DE MINAS GERAIS”*

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:** Saúde Coletiva

**LINHA DE PESQUISA:** Epidemiologia Populacional e Molecular

**BANCA (TITULARES)**

Prof <sup>ª</sup> . Dr <sup>ª</sup> . Marise Fagundes Silveira	ORIENTADOR (participação à distância por videoconferência)
Prof <sup>ª</sup> . Dr <sup>ª</sup> . Sibylle Emilie Vogt	COORIENTADOR (participação à distância por videoconferência)
Prof <sup>ª</sup> . Dr <sup>ª</sup> . Carla Silvana de Oliveira e Silva	(participação à distância por videoconferência)
Prof <sup>ª</sup> . Dr <sup>ª</sup> . Dejeane de Oliveira Silva	(participação à distância por videoconferência)

**BANCA (SUPLENTES)**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Desirée Sant Ana  
HaikalProf. Dr. José Andrade  
Louzado



Documento assinado eletronicamente por **Marise Fagundes Silveira, Professora de Educação Superior**, em 03/08/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Silvana de Oliveira e Silva, Professor(a)**, em 03/08/2023, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Andrade Louzado, Usuário Externo**, em 07/08/2023, às 15:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Sibylle Emilie Vogt, Professora de Educação Superior**, em 21/08/2023, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Dejê registrado(a) civilmente como Dejeane de Oliveira Silva, Usuário Externo**, em 22/08/2023, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.mg.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **69768484** e o código CRC **AA4FC300**.

---

**Referência:** Processo nº 2310.01.0002973/2023-10  
69768484

SEI nº

## Dedicatória

*Eu dedico este trabalho a minha família, que é a base de tudo.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus filhos, que são a prova de amor incondicional que se faz presente em todas as áreas de minha vida, me fortalecendo e me mostrando sempre o melhor caminho a ser seguido.

À minha família, meus pais, meus irmãos, as avós pelo apoio imensurável comigo e com meus meninos.

Às mulheres que doulei nesses últimos quatro anos e todos os profissionais da humanização do parto e nascimento que compartilhamos saberes. Principalmente as pessoas que eu pude ouvir e aprender com seus relatos de Violência Obstétrica, sua dor, superação e ressignificação. A quem eu integro com algumas destas no Coletivo Sagrado Útero, onde integraremos pelo bem viver, pelo parir e maternar.

Ao PPGCS da Unimontes e à Capes, que me propiciaram a oportunidade de aprimoramento profissional e pessoal, enquanto mulher, mãe, docente e pesquisadora.

Minha profunda admiração e gratidão à minha Orientadora Profa. Dra. Marise Fagundes Silveira, uma pessoa excepcional e uma profissional brilhante, que caminhou comigo durante esses anos e tão gentilmente me acolheu nas minhas dificuldades, esclareceu minhas dúvidas sendo fundamental para a conclusão deste trabalho.

À minha Coorientadora Profa. Dra. Syille Emily Vogt, por compartilhou seu tempo e seu conhecimento comigo, pela integração com essa pesquisa e com o “Estudo ALGE – Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil: estudo longitudinal”.

Meus agradecimentos se estendem à equipe de pesquisadores e entrevistadores do Estudo ALGE, que possibilitaram a condução dessa pesquisa que tem gerado frutos tão importantes para a saúde das gestantes de Montes Claros. Às gestantes que participaram deste estudo, pois com a sua valiosa colaboração ele se tornou realidade.

Agradecimentos especiais aos meus colegas de jornada e especialmente ao Cássio tão solícito, que muitas vezes me amparou com seu conhecimento tão aprofundado no campo da pesquisa. Sonhei muito com esse título e sua conquista só foi possível, porque, em meu caminho, havia pessoas que me deram a mão para seguir e a espiritualidade para me fortalecer.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta importante etapa, o meu sincero agradecimento.

*“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”.*  
*(Michel Odent)*

## RESUMO

Desde a década de 90, têm ocorrido avanços nas políticas públicas de saúde materno-infantil no Brasil rumo à humanização da assistência, visando qualificar a atenção ao pré-natal, parto e nascimento. No entanto, ainda há evidências de práticas que violam os direitos reprodutivos e de saúde das mulheres. O objetivo é investigar a violência obstétrica (VO) na assistência ao pré-natal e o bem-estar materno no parto entre gestantes e puérperas. Utilizaram-se dados do Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal, conduzido em três momentos. No 1º momento (*baseline*) foram elegíveis as gestantes assistidas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, em 2018 e 2019. As gestantes que estavam no 1º trimestre gestacional foram convidadas a participarem do 2º momento, quando se encontravam no 3º trimestre de gravidez e do 3º momento quando puérperas, 40 a 70 dias após o parto. O presente estudo refere-se aos 2º e 3º momentos dessa coorte, realizados em 2019 e 2020. Em 2019, os dados foram coletados por meio de entrevistas nas unidades da ESF ou nos domicílios das mulheres; Em 2020, devido à pandemia da COVID19, utilizou-se um formulário *online*. No 2º momento da coorte, foi avaliada a percepção das gestantes quanto à ocorrência de VO no pré-natal, utilizando-se um questionário com 10 itens relativos à VO física, sexual, psicológica e institucional; No 3º momento, foi investigado o bem-estar materno no parto utilizando-se a escala Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2 (BMSP2), composta por 47 itens distribuídos em sete domínios. Foram analisadas características sociodemográficas, variáveis obstétricas e assistenciais do parto. No tratamento estatístico utilizou-se análise descritiva e bivariada e múltipla. Participaram do 1º momento 1279 gestantes, dos quais 341 se encontraram no 1º trimestre gestacional, dessas 300 (88,0%) e 183 (53,7%) participaram do 2º e 3º momentos, respectivamente. A maioria das gestantes estava na faixa etária de 20 a 34 anos, possuía mais de oito anos de escolaridade e vivia com um companheiro. As prevalências estimadas de VO no pré-natal foram: física (21,7%), sexual (7,0%), psicológica (24,3%), e institucional (26,3%). Não foi identificada associação entre os tipos de VO e as características sociodemográficas. O Sistema Único de Saúde foi a fonte de financiamento de 89,6% dos partos e 55,7% foram partos normais. Práticas assistenciais recomendadas foram relatadas: presença de acompanhante (95,1%), recém-nascido (RN) ficou com a mãe depois do parto (85,2%), contato pele a pele com o RN após o nascimento (90,7%), aleitamento materno (AM) na primeira hora (77,6%), apoio e orientação para AM (88,5%). Algumas práticas que podem interferir negativamente foram relatadas: manobra de kristeller (5,5%), toques

vaginais repetitivos (16,4%) e por diferentes pessoas (10,4%) e conversas paralelas entre os profissionais (16,9%). Os escores da escala BMSP2 variaram de 116,0 a 235,0 com média igual a 184,7. Os domínios “Qualidade do relacionamento durante o cuidado”, e “Participação familiar contínua” foram os que apresentaram maiores indicadores de experiência positiva e os domínios “Autocuidado e conforto” e “Cuidado despersonalizado” foram os que apresentaram menores percentuais com experiência positiva. Constatou-se que 45,9% das puérperas experimentaram mal-estar, 27,9% bem-estar adequado e 26,2% ótimo bem-estar durante o parto. O mal-estar no parto apresentou associação com parto cesárea e com a falta de orientações sobre o AM. Em conclusão, foi estimada importante prevalência de VO na assistência ao pré-natal, tanto nos aspectos físico, psicológico, sexual e institucional, independente das características sociodemográficas das gestantes, bem como importante prevalência de mal-estar materno em situação de parto. Esses achados servem de alerta quanto à necessidade de revisar as práticas assistenciais para direcionar o cuidado às recomendações nacionais e internacionais.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Assistência pré-natal; Violência obstétrica; Parto obstétrico; Bem-estar materno.

## ABSTRACT

Since the 1990s, there have been advances in maternal and child health public policies in Brazil towards the humanization of care, aiming to qualify prenatal, delivery, and birth care. However, there is still evidence of practices that violate women's reproductive and health rights. The objective was to investigate obstetric violence (OV) in prenatal care and maternal well-being in childbirth among pregnant and postpartum women. We used data from the ALGE Study - Evaluation of health conditions of pregnant women in Montes Claros-MG: a longitudinal study conducted at three moments. At the first moment (baseline), pregnant women assisted in the municipality's Family Health Strategy (FHS) teams in 2018 and 2019 were eligible. Pregnant women who were in their 1st trimester of pregnancy were invited to participate in the 2nd moment, when they were in the 3rd trimester of pregnancy and in the 3rd moment when they were puerperal women, 40 to 70 days after delivery. The present study refers to the 2nd and 3rd moments of this cohort, carried out in 2019 and 2020. In 2019, data were collected through interviews in the FHS units or in women's homes; In 2020, due to the pandemic of COVID19, an on line form was used. In the 2nd moment of the cohort, the perception of pregnant women regarding the occurrence of OV in prenatal care was evaluated using a questionnaire with 10 items related to physical, sexual, psychological, and institutional OV; In the 3rd moment, maternal well-being in childbirth was investigated using the scale Maternal Well-Being in Childbirth Situation 2 (BMSP2), composed of 47 items distributed in seven domains. Sociodemographic characteristics, obstetric variables, and delivery assistance were analyzed. The statistical treatment used descriptive and bivariate and multiple analysis. A total of 1279 pregnant women participated in the first moment, of which 341 were in their first trimester of pregnancy. Of these, 300 (88.0%) and 183 (53.7%) participated in the second and third moments, respectively. Most of the pregnant women were between 20 and 34 years old, had more than eight years of schooling, and lived with a partner. The estimated prevalences of prenatal OV were: physical (21.7%), sexual (7.0%), psychological (24.3%), and institutional (26.3%). No association was identified between types of OV and sociodemographic characteristics. The Unified Health System was the funding source for 89.6% of deliveries and 55.7% were normal deliveries. Recommended care practices were reported: presence of a companion (95.1%), newborn (NB) stayed with the mother after delivery (85.2%), skin-to-skin contact with the NB after birth (90.7%), breastfeeding (BF) in the first hour (77.6%), support and guidance for BF (88.5%). Some

practices that may negatively interfere were reported: Kristeller maneuver (5.5%), repetitive vaginal touches (16.4%) and by different people (10.4%) and parallel conversations among professionals (16.9%). BMSP2 scale scores ranged from 116.0 to 235.0 with a mean equal to 184.7. The domains "Quality of relationship during care", and "Continuous family participation" were the ones that presented the highest indicators of positive experience and the domains "Self-care and comfort" and "Depersonalized care" were the ones that presented the lowest percentages with positive experience. It was found that 45.9% of puerperae experienced malaise, 27.9% experienced adequate wellbeing, and 26.2% experienced optimal wellbeing during labor. Malaise at delivery was associated with cesarean delivery and with the lack of guidance on breastfeeding. In conclusion, an important prevalence of OV in prenatal care was estimated, both in the physical, psychological, sexual, and institutional aspects, regardless of the sociodemographic characteristics of pregnant women, as well as an important prevalence of maternal malaise during delivery. These findings serve as an alert as to the need to review care practices to direct care to national and international recommendations.

**Keywords:** Humanization of Assistance; Prenatal Care; Obstetric Violence; Childbirth; Maternal Well-Being.

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	15
1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	A assistência da humanização no cenário de Violência Obstétrica.....	17
1.2	Violência Obstétrica.....	19
1.3	Bem-Estar Materno em Situação do Parto.....	23
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	Objetivo Geral.....	26
2.2	Objetivos Específicos.....	26
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Contextualização do Estudo.....	27
3.2	População e Amostra.....	27
3.3	Procedimentos de Coletas de Dados.....	28
3.4	Variáveis do Estudo.....	29
3.5	Aspectos Éticos.....	29
4	PRODUTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS GERADOS .....	30
4.1	Artigo 1: Manifestações de violência obstétrica percebidas por gestantes na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde	32
4.2.	Artigo 2: Percepção de puérperas acerca do bem-estar materno na assistência ao parto	53
5	CONCLUSÕES.....	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	ANEXOS.....	80

## APRESENTAÇÃO

Meu nome é Talyta Sâmara Batista Ferreira, sou bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Atuei como assistente social no Sistema Único de Saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2014, tenho três filhos e, desde a minha primeira gravidez, em 2010, quando sofri em meu corpo a experiência da violência obstétrica, estudo e sou ativista pelo empoderamento feminino em suas mais diversas expressões. É desse lugar de fala, portanto, que elegi o direito à assistência humanizada ao parto como importante conquista no amplo espectro das questões que constituem o movimento feminista, direito esse que tenho o prazer de converter em Pesquisa que ora apresento ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Em função da experiência do meu primeiro parto, e tendo compartilhado essa experiência com muitas outras mulheres que também sofreram violência obstétrica, em diferentes níveis, optei pelo parto humanizado nos meus dois partos subsequentes, o que consolidou a minha compreensão da necessidade da discussão e ampliação dos direitos reprodutivos das mulheres. A tomada de consciência dessa necessidade me levou a participar ativamente de cursos e vivências com outras mulheres, tendo o parto e outras formas de ressignificação do feminino como temas propulsores de novas práticas de respeito e acolhimento das necessidades das mulheres, nas diferentes fases de suas vidas. Portanto, é na confluência dos meus caminhos como mulher, mãe e profissional que essa proposta de pesquisa ganha sentido e força, resultando de quase 10 anos de trabalho como terapeuta, doula, orientadora de terapias integrativas, materializado em diversas oficinas, atendimentos e vivências com outras mulheres.

Em 2018, criei o Coletivo Sagrado Útero, integrado por mulheres de diferentes faixas etárias. O objetivo do grupo é compartilhar nossas preocupações sobre a assistência obstétrica, organizar atos, oferecer apoio e suporte às mulheres para fortalecer a humanização da assistência ao parto em Montes Claros/MG e combater à violência obstétrica. Inspiradas em Michel Odent, obstetra, professor e escritor, acreditamos que “*para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer*”, pois entendemos o parto como um fenômeno capaz de estabelecer um vínculo saudável e afetivo entre mãe e filho, potencializando esta relação e



seus desdobramentos durante toda a educação integral da criança, bem como na descoberta da maternidade por parte da mulher.

Desde 2019 atuo como doula, ocupação que, embora seja uma profissão que está sendo recém-regulamentado por lei, consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) – 322135. A doula, contratada pela gestante, atua durante a gestação, trabalho de parto e parto, dando apoio psicoemocional, conforto físico e, de acordo com a necessidade, assegurando que a mulher e sua família recebam as informações de que necessitam para tomar decisões informadas e conscientes acerca da sua gestação e parto.

Essa experiência ímpar e rico processo de formação me trouxe até o Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UNIMONTES, ao propor o projeto de pesquisa “Violência obstétrica em gestantes e puérperas assistidas na Atenção Primária e Especializada à Saúde”, reuniu dados para ampliar a discussão local e fortalecer a humanização da assistência ao pré-natal e parto.

O contato com tantos pesquisadores experientes me trouxe a clara convicção de que o estudo seria ainda, uma possibilidade de aprimorar minha prática profissional e expandir o conhecimento acerca da temática da violência obstétrica, que requer tantos aprofundamentos. Também, é uma forma de fazer reverberar as vozes femininas que me contaram suas dores e traumas com experiências obstétricas que negligenciam nossa autonomia e impedem que o parto seja o momento único, exclusivo e irrepetível de profunda conexão com o ser que geramos e alimentamos dentro de nós. Ao dar tratamento científico a essas questões, pretendo conferir legitimidade acadêmica a essas vozes, possibilitando que o estudo chegue a outras mulheres e fortaleça a luta por seus direitos reprodutivos, dos quais a gestação e o parto se configuram como eventos cruciais para a ressignificação do feminino, trabalho ao qual tenho dedicado todos os meus esforços.

Esta dissertação está formatada segundo as normas do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS). Sendo assim, foi estruturada nas seguintes seções: Introdução, Objetivos, Métodos, Produtos Científicos – em que estão apresentados os artigos resultantes da presente investigação. Por fim, constam as Conclusões, Referências e Anexos.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Assistência da humanização do cenário da Violência Obstétrica

A humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto é um conceito e uma abordagem que busca respeitar a individualidade, autonomia e domínio da mulher durante o processo de gestação, nascimento e puerpério<sup>1</sup>. Essa abordagem tem como objetivo garantir os direitos da mulher, bem como sanar suas necessidades, para que todo o processo reprodutivo seja uma experiência digna, positiva e saudável para ela e para o recém-nascido (RN)<sup>2</sup>.

No pré-natal, a humanização se manifesta através do estabelecimento de uma relação de confiança entre a gestante e a equipe de saúde. A mulher participa das decisões sobre o seu próprio cuidado, recebe informações sobre a sua saúde e o desenvolvimento do bebê. Além disso, os exames e procedimentos são realizados de forma individualizada, considerando as necessidades e desejos da mulher<sup>3</sup>. No momento do parto, a humanização busca oferecer um ambiente acolhedor e seguro, no qual a mulher possa se sentir respeitada e apoiada. Ela é encorajada a adotar posições de conforto durante o trabalho de parto e a participar da decisão da forma de parir. Já no pós-parto, a humanização da assistência busca oferecer suporte físico, emocional e psicológico à mulher e ao RN. A puérpera deve receber orientações sobre aleitamento materno e cuidados com o RN, tendo o direito de estar com o bebê, a fim de se estabelecer o vínculo afetivo, desde os primeiros momentos se as condições de ambos assim permitirem<sup>4</sup>.

Desde a década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>5</sup> passou a nortear as práticas em evidências científicas, com promoção ao parto normal. Foi publicado um documento com as recomendações para o atendimento à parturiente e ao RN. As recomendações foram embasadas em dados oriundos das evidências científicas, com os procedimentos de rotina sendo classificados em quatro categorias: condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas frequentemente utilizadas de forma inadequada; e condutas frequentemente inadequadas.

No Brasil, o movimento de humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto iniciou-se na década de 70, com práticas isoladas de alguns profissionais<sup>1</sup>. Em 1993, a partir da

criação da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), ocorreu uma gradativa inclusão do conteúdo nas políticas públicas federais, estaduais e municipais<sup>6</sup>.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização da assistência à gestante, desde o pré-natal, se consolidou a partir do ano 2000, com a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>3</sup>. Esse programa se fundamenta no preceito de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primordial para garantir qualidade no acompanhamento do parto e do puerpério. O PHPN redefiniu as bases conceituais e as práticas assistenciais, estabelecendo o direito, a toda gestante, ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao RN.

A humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto se fortaleceu com a implantação de políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2000<sup>3</sup>; a Estratégia Rede Cegonha, em 2011<sup>7</sup>; e as novas Orientações Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, em 2017<sup>8</sup>. Essas ações governamentais visaram garantir acessibilidade, expansão dos cuidados obstétricos, inclusão de equipe multidisciplinar, redução das intervenções obstétricas, incentivo ao parto normal, construção e reforma de maternidades, além da valorização da individualidade e da subjetividade da parturiente.

Apesar dos avanços do movimento de humanização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, na contramão, o modelo intervencionista, caracterizado pela medicalização da assistência, transformou um conjunto de práticas obstétricas em condutas rotineiras e desnecessárias, que deveriam ser utilizadas somente com indicações precisas<sup>9</sup>. Existem evidências da ocorrência de práticas desrespeitosas e violentas experimentadas por mulheres em instalações de atendimento obstétrico<sup>10</sup>, as quais violam os direitos reprodutivos e de saúde das mulheres, afetando, tanto a sua integridade física, como a emocional. Não há consenso sobre as terminologias para nomear esse fenômeno<sup>11</sup>; na literatura, destacam-se os termos “maus-tratos à mulher no parto”, “violência institucional de gênero no parto”, “assistência desumana/desumanizada” e “violência obstétrica”<sup>9,11,12,13</sup>, que será adotado neste estudo.

## 1.2 Violência Obstétrica

Violência obstétrica (VO) é toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia<sup>14</sup>. Consiste, ainda, na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamento desumanizado, maus-tratos, abuso da medicalização sem o consentimento explícito da mulher e a patologização dos processos naturais. Responsável pela perda da autonomia e da capacidade de decidir, livremente, sobre seu corpo e sexualidade, tendo impacto negativo em sua qualidade de vida<sup>15</sup>. Embora a OMS reconheça a questão como um grave problema de saúde pública, que viola os direitos das mulheres, adota o termo “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde”, em substituição ao termo “violência obstétrica”<sup>2</sup>.

Segundo o dossiê “Parirás com dor”<sup>14</sup>, a VO abrange condutas e/ou omissões praticadas pelos profissionais da saúde, no controle do corpo e da sexualidade das mulheres, caracterizando tipologias no contexto da VO institucional são ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços em instituições privadas e públicas; a VO física configuram ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas; a VO psicológica é toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio; e a VO sexual é toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso, ou não, aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

A VO, que pode ocorrer durante o processo de gestação, nascimento, abortamento e puerpério, tem sido caracterizada por práticas como: procedimentos sem consentimento ou informação; negar acesso à analgesia; impedimento à presença do acompanhante de escolha da parturiente; negar direito à privacidade durante o trabalho de parto; abusos verbais exercidos com gritos; violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, autoritário ou grosseiro); realização de cesariana ou episiotomia sem consentimento; uso de ocitocina sem indicação médica; toques vaginais repetitivos; manobra de Kristeller; proibição de acesso

à alimentação ou hidratação; restrição da liberdade de movimentação<sup>9</sup>.

A prevalência de VO no Brasil é uma questão complexa, devido à ausência de instrumentos válidos e confiáveis para avaliá-la, aliado à falta de um termo padronizado<sup>11</sup>. Ademais, a escassez de estudos sobre o tema e a subnotificação desse tipo de violência são obstáculos para se estimar a prevalência, fatores de risco e consequências da VO<sup>16</sup>. Embora seja difícil fornecer uma estimativa precisa da prevalência no Brasil, estudos indicam que a VO é um problema significativo no país.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados”, realizada em 25 estados do País, com 2.365 mulheres, estimou que 25,0% das mulheres sofreram algum tipo de violência durante no pré-natal e/ou parto<sup>17</sup>. Outra pesquisa, realizada com 4.000 mulheres em Pelotas (Rio Grande do Sul), estimou que 18,5% delas relataram algum tipo de desrespeito e abuso durante o parto, sendo 10% abuso verbal e 5% abuso físico<sup>18</sup>.

No estudo multicêntrico “Sentidos do Nascer”, pesquisa de grande abrangência, realizada em cinco municípios brasileiros, com 1290 mulheres, entre os anos de 2015 e 2016, buscou compreender e analisar as experiências e ocorrências entre mulheres brasileiras em relação ao parto e ao nascimento. Nesse estudo, a experiência de VO foi reportada por 12,6% das mulheres e associada ao parto em posição litotômica, à realização da manobra de Kristeller e à separação precoce do bebê após o parto<sup>19</sup>. Outra pesquisa, realizada no município de Joao Pessoa (PB), investigou o conhecimento das mulheres acerca da VO e revelou que todas as oito mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência e que a falta de humanização no parto foi decorrente da estrutura e de materiais insuficientes, negligência em relação à dor sentida, tratamento hostil, xingamentos, realização de procedimentos contra a sua vontade e o descumprimento da lei do acompanhante<sup>20</sup>.

O estudo multicêntrico “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, realizado em 2011 e 2012, avaliou os exames de pré-natal de mais de 20.000 puérperas, em hospitais de 191 municípios de todas as macrorregiões do país, e entrevistou 15.688 delas por telefone. O estudo estimou que a prevalência de violência física, verbal ou psicológica durante o parto foi de 25%<sup>21</sup>, incluindo a falta de respeito, tratamento grosseiro e procedimentos invasivos desnecessários<sup>22</sup>. Esse estudo estimou que 40% das mulheres foram submetidas à ruptura artificial da membrana amniótica, visando a aceleração do trabalho de parto; cerca de

92,0% ficou em posição de litotomia; 37% foram submetidas à manobra de Kristeller; 56,0% das mulheres tiveram episiotomia; e 40% das mulheres foram submetidas ao uso de ocitocina. O estudo evidenciou, ainda, que menos da metade (46%) tiveram liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, apenas 18% contaram com a presença contínua de um acompanhante e 70% foram privadas de alimentação no trabalho de parto<sup>22,23</sup>.

Apesar de a VO ser uma grave violação dos direitos humanos, ela afeta mulheres no mundo todo<sup>2</sup>. Na América Latina, uma revisão sistemática, realizada com 18 estudos, estimou prevalência de 43,0% de desrespeito e abuso durante o parto<sup>24</sup>. Na Argentina, um estudo<sup>25</sup> de coorte prospectiva, realizado com 112 gestantes atendidas em duas instituições de saúde, apontou que 21,4% das gestantes relataram abuso durante o parto e 35,7% não tiveram acompanhante no parto. Na Rússia, estudo transversal realizado com mais de 2000 mulheres, identificou que 2,6% delas relataram, pelo menos, um tipo de violência obstétrica, sendo que os tipos mais comuns foram agressão verbal e bullying (11,3%) e intervenções médicas sem consentimento (6,2%)<sup>26</sup>. Outro estudo transversal, realizado na Espanha, com 782 mulheres que tiveram parto nos últimos 12 meses, estimou que 66,1% delas perceberam que sofreram VO; destas, 24,4% e 51,2% relataram violência verbal e psicológica, respectivamente<sup>27</sup>.

É importante destacar que a VO não afeta todas as mulheres da mesma forma; ela está, intrinsecamente, relacionada às desigualdades sociais e raciais, tendo sido observada, prevalentemente, em mulheres que se autodeclararam negras (preta/parda) e de menor renda<sup>28,19</sup>. A VO se relaciona, também, com estereótipos de gênero, presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços, assim como o racismo e o sexismo<sup>29</sup>. Estudos relatam que as mulheres são escolhidas para o treinamento de procedimentos como a episiotomia, para o menor uso de analgesia ou, até mesmo, para cesarianas<sup>9,30</sup>.

No estudo “Sentidos do Nascer”, a prevalência de VO foi maior entre as mulheres com menor renda familiar e que não possuíam um companheiro<sup>19</sup>. O inquérito nacional “Nascer no Brasil” evidenciou maiores percentuais de VO entre mulheres negras, com menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto vaginal e que não tiveram acompanhantes durante a internação. Além disso, o inquérito mostrou que somente 27% das mulheres negras gestantes obtiveram acompanhamento durante a gestação e que 62,8% das mortes maternas foram entre essas mulheres<sup>21</sup>.

As experiências de VO no pré-natal, parto e puerpério, ou mesmo durante o abortamento, geram inúmeras consequências psicológicas, físicas e sociais nas mulheres afetadas<sup>31,32,,33,27</sup>. A VO está associada com mortalidade materna e infantil, risco de prematuridade, internamentos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e UTI neonatal, ocorrência de hemorragias e infecções maternas e agravos de questões imunológicas<sup>34,35,19</sup>. Além disso, as consequências da VO interferem no contato precoce entre o RN e sua família, afeta o vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, contribui para a diminuição do envolvimento familiar e da humanização da assistência<sup>36</sup>. As práticas violentas durante o parto também aumentam o risco de transtornos de saúde mental, como ansiedade, estresse pós-traumático e depressão pós-parto<sup>37</sup>. Uma recente revisão de escopo, que buscou investigar a associação entre o desrespeito e abuso no parto e a depressão pós-parto, indicou que as mulheres que tiveram experiências de desrespeito e abuso no parto foram mais propensas a apresentar sintomas de depressão pós-parto<sup>37</sup>.

Nas instituições de saúde, usuárias e profissionais não identificam os maus-tratos na assistência ao pré-natal, parto ou puerpério como formas de violência e muitas práticas cotidianas dos profissionais e/ou serviços são banalizadas<sup>38,39</sup>. No modelo intervencionista, o parto passou a ser tratado como um evento médico e a mulher foi retirada do lugar de protagonista do momento do parto, tornando-se o parto muitas vezes como um evento medicalizado, e com a centralização no profissional<sup>34</sup>. A ocorrência de VO demonstra que os princípios da humanização da assistência ao parto e nascimento precisam ser absorvidos no cotidiano dos profissionais e das instituições, para uma ampliação da assistência na visão humanista do processo gravídico-puerperal<sup>40</sup>.

Práticas para um pré-natal, parto e pós-parto seguros são essenciais para a realização de um atendimento humanizado e livre de adversidades provenientes da assistência. Ademais, devem beneficiar condutas como o monitoramento de bem-estar físico e emocional da mulher e atentar, tanto para aspectos estruturais, relativos ao ambiente dos serviços, como relacionais, que envolvem profissionais e usuárias no exercício do cuidado<sup>41</sup>. A adoção de boas práticas é apontada como potencializadora da autonomia da mulher, sendo elas: oferta oral de fluidos durante o trabalho de parto e parto; técnicas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor (bola suíça, massagem, banho, cavalinho e emprego da aromaterapia); contato pele-a-pele com o bebê na 1ª hora após o parto; liberdade de posição

no trabalho de parto e parto, bem como o encorajamento à adoção de posturas verticais<sup>42,43,44</sup>. Além disso, a presença das doulas, mulheres que auxiliam durante o período gestacional e parto, tem sido evidenciada como uma estratégia de prevenção, que facilita o processo de comunicação com a equipe de saúde<sup>45</sup>.

A OMS<sup>2</sup> se manifestou sobre essa questão, assumindo a violência obstétrica como ofensa aos direitos humanos, na declaração sobre “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, ainda que não utilize o termo específico, ao evidenciar que a nas instituições de saúde as mulheres tem direito a uma assistência digna e livre de violência, que por consequência, usufruam do mais alto padrão de saúde física, mental inerentes a saúde sexual e reprodutiva.

### 1.3 Bem Estar Materno em Situação do Parto

O parto é um evento único na vida da mulher. É um momento de intensidade física, emocional e psicológica, no qual a parturiente experimenta uma série de mudanças em seu corpo e enfrenta diversos desafios. Garantir que ela tenha um ambiente seguro, suporte adequado e cuidados de qualidade é essencial para promover uma experiência positiva e saudável<sup>46</sup>.

Entende-se por experiência positiva o atendimento às expectativas e crenças pessoais e socioculturais, abrangendo o nascimento de um bebê saudável, em um local clinicamente e psicologicamente seguro, com a presença de acompanhante e equipe de saúde gentil e tecnicamente capacitada<sup>46</sup>. Uma assistência de acordo com o paradigma da humanização engloba tanto o uso de intervenções necessárias e fundamentadas em evidências científicas, quanto o comportamento dos profissionais, devendo ser centrado nas demandas das mulheres<sup>47,48</sup>.

Promover um trabalho de parto centrado na mulher é essencial, visto que a maioria delas deseja um evento fisiológico e de realização pessoal, mesmo quando intervenções sejam desejadas ou necessárias<sup>46</sup>. Sentir-se acolhida e respeitada em suas opiniões, valores e crenças, bem como ser envolvida no processo decisório da assistência, contribui para que a parturiente tenha uma vivência positiva, aumentando o bem-estar<sup>47,48</sup>.



Por outro lado, ser submetida a maus-tratos, a um atendimento desrespeitoso e ao mal-estar no momento do parto, transforma o processo de parturição em uma vivência negativa, o que pode ter consequências danosas na vida da mulher e/ou seus conceitos. As consequências negativas podem se refletir, diretamente, na saúde mental das mulheres, por meses, incluindo depressão pós-parto. Além disso, podem interferir na relação entre mãe e filho e entre os cônjuges, influenciar os comportamentos maternos na amamentação, bem como nas decisões posteriores sobre a reprodução<sup>49,50,51</sup>. Mulheres satisfeitas com a assistência apresentam sentimentos positivos de realização e autoestima, o que gera expectativas positivas em relação a partos futuros e melhor adaptação ao papel de mãe<sup>52</sup>. Por outro lado, as mulheres insatisfeitas recordam o nascimento de seus filhos com dor, raiva, medo ou tristeza, podendo resultar em depressão pós-parto e na preferência por cesárias<sup>53</sup>. Além disso, uma experiência hospitalar traumática no momento do parto pode causar danos à saúde do RN, por atrasar a busca por assistência institucionalizada<sup>54</sup>.

Nessa perspectiva, o conceito de bem-estar materno no parto se refere à percepção, pela mulher, de atitudes e comportamentos dos profissionais e de práticas utilizadas na assistência ao parto<sup>55</sup>. O bem-estar materno no parto abrange uma série de aspectos, incluindo a saúde física, mental e emocional da parturiente durante todo o processo. Envolve, ainda, a criação de um ambiente seguro e acolhedor, a promoção da autonomia da mulher, o alívio da dor e o apoio emocional e psicológico, visando proporcionar uma experiência de parto positiva, que promova a saúde e o bem-estar, tanto da mãe, quanto do RN<sup>47,48</sup>.

As experiências relacionadas ao parto são diversas e marcadas pela subjetividade; no entanto, podem ser mensuradas objetivamente, o que tem sido objeto de inúmeras propostas de avaliação. Uma revisão sistemática identificou diversos instrumentos, com ampla variedade de propósitos, conteúdos, qualidade e propriedades psicométricas<sup>56</sup>. Um dos instrumentos que permite avaliar esses aspectos é a Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2 (BMSP2)<sup>57</sup>, adaptada culturalmente e validada para o português do Brasil<sup>57,58</sup>.

Esse instrumento possui 47 itens com opções de respostas, em escala do tipo Likert, variando de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em sete domínios: qualidade do relacionamento durante o cuidado; autocuidado e conforto; condições que propiciam o contato entre mãe e filho; cuidado despersonalizado; participação familiar

contínua; cuidado oportuno e respeitoso; e ambiente físico confortável. O escore total do instrumento estabelece três níveis de bem-estar materno: ótimo, adequado e mal-estar<sup>57,58</sup>.

Utilizando-se essa escala, um estudo<sup>55</sup> realizado em um hospital universitário de Cuiabá (MT), demonstrou que 76,9% das entrevistadas relataram um bem-estar adequado/ótimo, decorrente da assistência recebida durante o parto. Nesse estudo, a prevalência de mal-estar no parto foi maior entre aquelas que relataram posição horizontalizada, uso de tecnologias invasivas, amniotomia, ausência de contato pele a pele com o RN e que não amamentaram o RN. Em outro estudo, conduzido em um alojamento conjunto de uma maternidade no município de São Paulo, 87,2% das puérperas perceberam como adequado/ótimo bem-estar a assistência recebida no parto<sup>59</sup>. Um estudo desenvolvido com puérperas atendidas na maternidade de um município na região Norte do Brasil, adequado bem-estar/ótimo bem-estar no parto foi percebido por 68,0% das mulheres e o mal-estar por 32,0%<sup>60</sup>. Em outro estudo, conduzido com 120 puérperas, assistidas em um hospital universitário de um município da Espanha, a prevalência de adequado/ótimo bem-estar no parto foi estimada em 83,8%<sup>61</sup>.

Considerando que a gestação e o parto são momentos singulares e marcados por fortes emoções, que colocam as mulheres em situações de extrema vulnerabilidade, e que as vivências negativas, abusos e VO durante a assistência interferem na saúde e na qualidade de vida das mulheres e na sua capacidade de cuidar de si e do RN. Considerando que a VO é um importante problema de saúde pública e que compreender como a mulher se sente em relação à assistência recebida durante o parto é fundamental para corrigir inadequações e melhorar a qualidade da assistência ao parto; Considerando, também, que são relativamente escassos estudos<sup>62</sup> que investigaram esse tema no Brasil, especialmente no estado de Minas Gerais, o presente estudo se propõe a investigar esses dois aspectos da saúde e direitos da mulher: violência obstétrica e bem-estar materno em situação de parto, em uma população de gestantes e puérperas assistidas em um município no norte do estado de Minas Gerais.

Dessa forma, esta investigação poderá fornecer informações epidemiológicas para os gestores, pesquisadores e profissionais envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Além disso, espera-se que os resultados desse estudo possam trazer contribuições ao debate sobre a humanização na assistência à saúde no município de Montes Claros/MG, particularmente no que se refere às políticas de humanização do pré-natal, parto e nascimento, assim como a discussão mais aprofundada dessa temática nos diversos espaços de formação em saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral:

- Investigar a percepção de gestantes e puérperas acerca da violência obstétrica na assistência ao pré-natal e de bem-estar materno em situação de parto.

### 2.2 Objetivos Específicos:

- Estimar a prevalência de violência obstétrica na assistência ao pré-natal;
- Avaliar a associação entre violência obstétrica no pré-natal e as características sociodemográficas de gestantes;
- Descrever as práticas assistenciais durante o parto;
- Estimar a prevalência do bem-estar materno em situação de parto;
- Avaliar a associação entre o bem-estar materno em situação de parto e as práticas assistenciais durante o parto.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Contextualização do estudo

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”. O Estudo ALGE constitui uma ampla pesquisa sobre as condições de saúde da população de gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana do município de Montes Claros. Foi desenvolvido por pesquisadores do Programa de pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde (PPGCPS) e do Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil, é um município polo da região com população estimada para o ano de 2021 de 417.478 habitantes<sup>62</sup>. Os serviços da ESF de Montes Claros foram implantados na década de 1990 e continham 135 equipes de saúde da família, distribuídas em 15 polos, à época da pesquisa (2018-2019), perfazendo uma cobertura de 100% da população.

#### 3.2 População e amostra

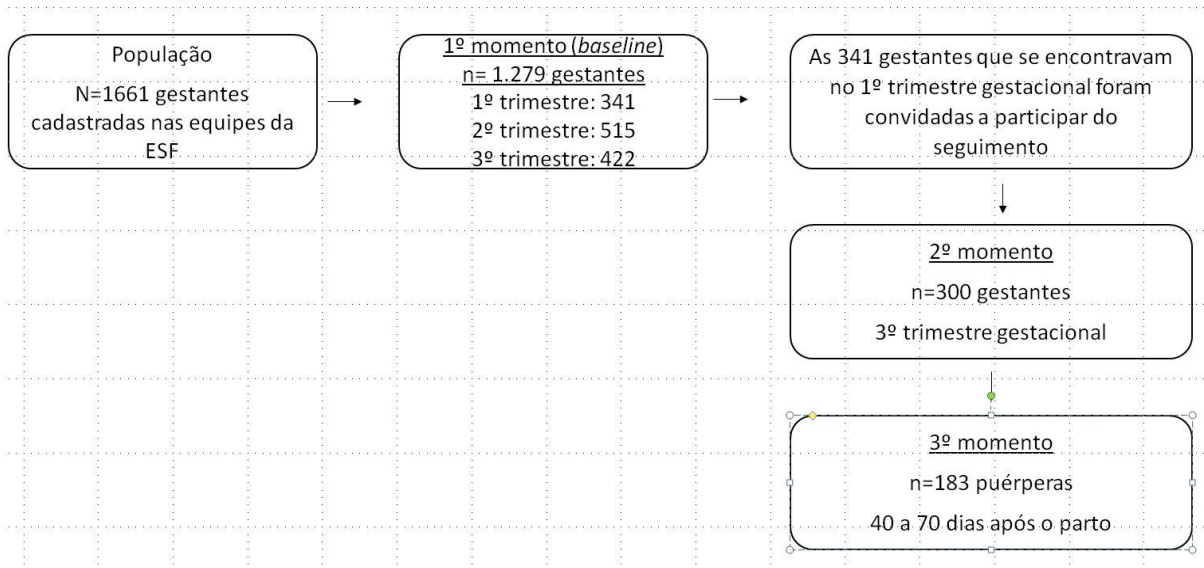
O Estudo ALGE foi realizado em três momentos. No 1º momento (*baseline*) foram elegíveis todas as gestantes cadastradas nas equipes da ESF, da zona urbana do município de Montes Claros, em 2018 e 2019. As gestantes que estavam no 1º trimestre gestacional foram convidadas a participarem do 2º momento do estudo, quando se encontravam no 3º trimestre de gravidez e do 3º momento quando puérperas, 40 a 70 dias após o parto (Figura 1).

O tamanho amostral do 1º momento (*baseline*) do Estudo ALGE foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (devido ao projeto contemplar diversos desfechos entre as gestantes), nível de 95% de confiança e erro tolerável de 2,0%. Fez-se correção para população finita (N=1661) e se estabeleceu um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes.

O número de gestantes selecionadas em cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas. Foram incluídas as gestantes assistidas na ESF da Atenção Primária à Saúde (APS), em qualquer idade gestacional. Foram excluídas

as mulheres que estavam grávidas de gemelares.

Figura 1: Fluxograma do Estudo ALGE, Montes Claros, MG, Brasil 2018-2020.



### 3.3 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente foi feito o contato com os gestores da coordenação da APS do município para sensibilização e explicação sobre a pesquisa. Após a sua aquiescência, realizou-se uma visita às equipes de saúde da família pelos pesquisadores para explicações acerca da pesquisa. Foi disponibilizada uma lista das gestantes da área de abrangência, com os nomes, telefones e endereços das mesmas pelos profissionais responsáveis pelo pré-natal. Os entrevistadores realizaram o contato telefônico com todas as gestantes cadastradas para convidá-las e informá-las sobre o estudo. A partir do aceite, a coleta de dados foi agendada.

Previamente à coleta de dados, foram realizados capacitação dos entrevistadores e estudo piloto com 36 gestantes cadastradas em uma das unidades da ESF com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa e testar o instrumento de coleta dos dados. A coleta dos dados do *baseline* foi realizada por meio de entrevista, face a face, entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das gestantes, em horário previamente definido com as mesmas. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe composta por profissionais das áreas de enfermagem, medicina, nutrição, educação física e estudantes de graduação vinculados à iniciação científica.

### 3.4 Variáveis do estudo

Foi aplicado um questionário estruturado que incluiu variáveis sociodemográficas, características gineco-obstétricas, condições gerais de saúde-doença, dados antropométricos, bioquímicos e clínicos. O questionário incluiu também instrumentos para avaliar: funcionalidade familiar, apoio social, qualidade de vida, apego materno-fetal, autoestima, sintomas depressivos, de ansiedade e estresse, imagem corporal e sexualidade, violência obstétrica no pré-natal, bem-estar materno no parto, nível de atividade física e consumo alimentar.

### 3.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros por meio dos pareceres consubstanciados n.º. 2.483.623/2018 e 3.724.531/2019 (ANEXO A). Obteve-se a autorização para a realização da pesquisa nas equipes de ESF, através do Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa e Ofício, assinado pela Coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (ANEXO B). As participantes com idade acima de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C); as com idade menor ou igual a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO D) e o TCLE.

O presente estudo refere-se aos 2º e 3º momentos do Estudo ALGE, cujos detalhes metodológicos serão apresentados nos produtos técnico-científicos gerados durante o desenvolvimento dessa dissertação.

## 4 PRODUTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS GERADOS

4.1 Produto 1: Artigo intitulado “Manifestações de violência obstétrica percebidas por gestantes na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde” formatado segundo as normas para publicação do periódico Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil (Qualis B1 na área interdisciplinar), submetido.

4.2 Produto 2: Artigo intitulado “Percepção de puérperas acerca do bem-estar materno na assistência ao parto” formatado segundo as normas para publicação do periódico Revista Brasileira de Enfermagem (Qualis A4 na área interdisciplinar), submetido.

4.3 Outros produtos:

### 4.3.1 Artigo publicado

- Lopes BCS, Lima CA, **Ferreira TSB**, Freitas WML, Ferreira TB, Pinho L, Brito, MFSF, Silveira MF. Estresse percebido e fatores associados em gestantes: estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 2023: e20220169.

### 4.3.2 Resumos publicados em anais

- **Ferreira, TSB**, Nunes MSS, Freitas WMMLL, Lima CA, Vogt SE, Silveira MF. Maternal well-being in birthing situation among puerperal women cared in the primary health care. V Congresso Internacional em Ciências da Saúde (V CICS), 2022.
- Lima CA; Brito MFSF, Pinho L, **Ferreira TSB**, Silveira MF, Andrade JS, Freitas IGC. A situação socioeconômica está associada ao apego materno-fetal em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. 16 Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG), 2022.
- Lima CA, Brito MFSF, Pinho L, **Ferreira TSB**, Andrade JS, Freitas IGC, Santos VM, Silveira MF. Escala de apego materno-fetal: a versão brasileira apresenta validade divergente. 2o Congresso de Nutrição e Saúde, 2022.

- Lima CA, **Ferreira TSB**, Santos VM, Brito MFSF, Pinho L, Silveira MF. Apego materno-fetal em gestantes: influência do apoio social, apgar familiar, estresse e sintomas depressivos. Anais do X Fórum Nacional de Metodologias-Ativas de Ensino-aprendizagem na Formação em Saúde I Seminário Brasileiro de Curricularização da Extensão, 2021. v. 1. p. 1-2.
- Lima CA, **Ferreira TSB**, Santos VM, Brito MFSF, Pinho L, Silveira MF. Apego materno-fetal em gestantes: influência do apoio social, apgar familiar, estresse e sintomas depressivos. X Fórum Nacional de Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem na Formação em Saúde, 2021.
- **Ferreira TSB**, Oliveira AJS, Lima CA, Vogt SE, Silveira MF. Prevalence of obstetric violence in prenatal care: alge study. IV Congresso Internacional em Ciências da Saúde, 2021.

#### 4.3.3 Podcast, audiência e palestra

- PodCast: Saber para Nascer - Tema “Violência Obstétrica: precisamos falar disso” – Plataforma: Spotify (Projeto de Extensão PPGCP e PPGCS) 25/11/2022- Link de acesso:  
[https://open.spotify.com/episode/398ELfNs6NHQ2CAz6aOwgP?si=8z8IUfTPSUu-S-Ut8FO2NQ&utm\\_source=whatsapp&fbclid=IwAR0MHh86fy8XgQV7SBV7HL12CZrgjiHei6pn23Dw8xGrjNBoX4Dyg5OeOtU&nd=1](https://open.spotify.com/episode/398ELfNs6NHQ2CAz6aOwgP?si=8z8IUfTPSUu-S-Ut8FO2NQ&utm_source=whatsapp&fbclid=IwAR0MHh86fy8XgQV7SBV7HL12CZrgjiHei6pn23Dw8xGrjNBoX4Dyg5OeOtU&nd=1)
- Audiência Pública: Semana Estadual de Combate à Violência Obstétrica (Câmara Municipal de Montes Claros/MG) - 09/03/2022
- Palestra Ministério Público – Tema: Violência Obstétrica e informações sobre o grupo de pesquisa ALGE - 05/11/2022



#### 4.1 Artigo 1

### **Manifestações de violência obstétrica percebidas por gestantes na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde**

Manifestations of obstetric violence perceived by pregnant women during prenatal care in Primary Health Care

#### **Resumo**

**Objetivo:** estimar a prevalência de manifestações de violência obstétrica percebidas por gestantes no pré-natal na atenção primária à saúde e sua associação com fatores sociodemográficos.

**Métodos:** estudo epidemiológico de base populacional, transversal e analítico realizado com gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2018/2020. Avaliaram-se as características sociodemográficas das gestantes e as manifestações de VO percebidas. As variáveis foram descritas por distribuição de frequências e foram estimadas as prevalências dos tipos de VO, com intervalos de 95% de confiança. Adotou-se o teste Qui-quadrado para avaliar as associações.

**Resultados:** participaram do estudo 300 gestantes, no 3º trimestre gestacional, cuja maioria (64,7%) estava na faixa etária de 20 a 34 anos, possuía mais de oito anos de escolaridade (84,5%) e vivia com companheiro (74,5%). Foram estimadas as seguintes prevalências de manifestações de VO no pré-natal: física (21,7%), sexual (7,0%), psicológica (24,3%), e institucional (26,3%). Não foi identificada associação entre os tipos de VO e as características sociodemográficas das participantes.

**Conclusão:** os achados desse estudo sugerem a ocorrência dos diferentes tipos de VO na assistência ao pré-natal da população investigada e apontam para a necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais às gestantes na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Gestante; Assistência pré-natal; Atenção primária à saúde; Violência obstétrica.

**Abstract**

**Objective:** to estimate the prevalence of manifestations of obstetric violence perceived by pregnant women during prenatal care and its association with sociodemographic factors.

**Methods:** population-based epidemiological, cross-sectional and analytical study conducted with pregnant women assisted in the Family Health Strategy in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, 2018/2020. A team of health professionals conducted data collection through interviews, face to face. The sociodemographic characteristics of pregnant women and the obstetric violence manifestations perceived by pregnant women were assessed. The variables were described by frequency distribution and the prevalence of the types of obstetric violence was estimated, with 95% confidence intervals. The Chi-square test was used to evaluate the associations. **Results:** the study included 300 pregnant women in their third trimester of pregnancy, most of whom (64.7%) were between 20 and 34 years old, had more than 8 years of schooling (84.5%) and lived with a partner (74.5%). The following prevalences of obstetric violence manifestations were estimated in prenatal care: physical (21.7%), sexual (7.0%), psychological (24.3%), and institutional (26.3%). No association was identified between the types of VO and the participants' sociodemographic characteristics.

**Conclusion:** the findings of this study suggest the occurrence of different types of obstetric violence in prenatal care in the population investigated and point to the need to improve care practices for pregnant women in Primary Health Care.

**Keywords:** Pregnant women; Prenatal care; Primary health care; Obstetric violence.

## **Introdução**

A violência obstétrica (VO) foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma questão de saúde pública que impacta negativamente à saúde da mulher e do seu bebê<sup>1</sup>. A VO pode ser caracterizada como uma ação que ignora a autonomia e autoridade das mulheres sobre seus corpos na sua experiência de gestação, parto, abortamento e pós-parto. Pode ser praticada por qualquer profissional do cenário obstétrico que realiza procedimentos sem evidências científicas, causando consequências danosas na qualidade de vida das mulheres. As tipologias mais comuns mencionadas na literatura de VO são de caráter físico, psicológico, sexual e institucional, podendo ocorrer durante o pré-natal, parto, puerpério ou nos casos de aborto<sup>2</sup>. A ocorrência de VO tem sido associada a diversos fatores como paridade, histórico de aborto, tipo de parto, estado civil, vínculo empregatício, idade, raça, nível socioeconômico e educacional, gênero e a categoria profissional da pessoa que assiste ao nascimento<sup>3</sup>.

No Brasil, não foram identificados estudos que investigaram a ocorrência de VO na assistência ao pré-natal, a maioria avaliou a ocorrência de VO no parto. Dentre eles, o inquérito Nacional Nascer no Brasil<sup>4</sup> identificou que as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres. No estudo multicêntrico Sentidos do Nascer<sup>5</sup>, realizado em cinco municípios brasileiros, a VO foi reportada por 12,6% das mulheres e associada à menor renda, à ausência de companheiro, ao parto em posição litotômica, à realização da manobra de Kristeller e à separação precoce do bebê após o parto.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o acesso preferencial das gestantes ao sistema de saúde brasileiro por meio da consulta pré-natal<sup>6</sup>. Na Atenção Primária em Saúde (APS), preconiza-se assistência de qualidade às gestantes, parturientes e puérperas normatizada pela OMS e por

portarias ministeriais que instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>. A VO ocorre quando as instituições de saúde não utilizam recursos humanos ou materiais suficientes para garantir uma atenção segura durante a gestação e o parto, assim é imprescindível uma boa prática clínica e assistencial durante a gestação e o parto, tendo como base as estratégias e políticas, para garantir o respeito e a humanização necessários à assistência obstétrica<sup>3,8</sup>.

Considerando que a VO é uma questão de saúde pública, com impactos negativos na saúde da mulher e do recém-nascido e que são raras as pesquisas realizadas no Brasil sobre esse tema na fase do pré-natal, este estudo objetivou investigar a percepção das gestantes sobre as manifestações de VO durante a assistência ao pré-natal na APS e sua associação com as características sociodemográficas.

## **Métodos**

Foram utilizados dados de uma pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal, da zona urbana do município de Montes Claros, MG, Brasil em 2018 e 2019<sup>9,10</sup>”.

O “Estudo ALGE” foi realizado em três momentos. No 1º momento (*baseline*), foram incluídas todas as gestantes (N=1661) cadastradas em ESF e que não estavam grávidas de gemelares, entre 2018 e 2019. As gestantes que estavam no 1º trimestre gestacional (N= 448) foram convidadas a participarem do 2º momento do estudo, quando se encontravam no 3º trimestre de gravidez e do 3º momento quando puérperas, 40 a 70 dias após o parto. O presente estudo refere-se ao 2º momento dessa coorte.

Para o 2º momento do “Estudo ALGE”, o tamanho amostral mínimo foi estabelecido considerando os seguintes parâmetros: prevalência estimada de VO no pré-natal de 0,50, nível de 95% de confiança, erro tolerável de 5,0%, correção para população finita (N= 448) e acréscimo de 20% para compensar as possíveis não-respostas e perdas. Foi estimado um tamanho amostral mínimo de 250 gestantes.

Após a anuência da coordenação da Atenção Primária em Saúde (APS) do município para realização do estudo, foi realizado contato telefônico com as gestantes usuárias da ESF, quando houve uma abordagem com o convite e a sensibilização sobre o estudo, para que em seguida fosse agendada e efetuada a coleta de dados. Por questões logísticas e de dificuldades de acesso, não foi possível incluir as gestantes residentes na área rural.

Previamente à coleta de dados, foram realizados capacitação dos entrevistadores e estudo piloto com 36 gestantes cadastradas em uma das unidades da ESF com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa e testar o instrumento de coleta dos dados. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, face a face, entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das gestantes, em horário previamente definido com as mesmas. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe composta por profissionais das áreas de enfermagem, medicina, nutrição, educação física e estudantes de graduação vinculados à iniciação científica.

Nessa etapa do estudo foram analisadas as seguintes características sociodemográficas das gestantes: faixa etária (abaixo de 20 anos, 20 a 34 anos, acima de 34 anos), escolaridade (até 8 anos de estudo, mais de 8 de estudo), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), ocupação (trabalho formal/informal, do lar/ desempregada), nº de filhos

(nenhum, 1 a 2 filhos, mais de 2 filhos) e renda familiar (abaixo de 2 salários mínimo, 2 ou mais salários mínimos)

Para analisar a percepção das gestantes quanto às manifestações de VO na assistência pré-natal na APS, foi adotado um instrumento, elaborado por duas das pesquisadoras responsáveis por este estudo, a partir das suas experiências profissionais nos cuidados primários de saúde e na saúde da mulher, bem como com fundamento na literatura sobre a temática<sup>11-13</sup>. O instrumento é constituído por 10 itens estruturados em escala do tipo *likert* com cinco opções de resposta: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). Os itens estão distribuídos em dois domínios: aspectos objetivos e subjetivos da VO, sendo que os cinco itens que compõem o domínio objetivo refletem a ocorrência de VO física ou VO sexual, enquanto que as cinco questões do domínio subjetivo refletem a VO psicológica ou institucional.

O instrumento foi submetido ao exame da validade de conteúdo, de construto e à análise de confiabilidade. No tocante à validade de conteúdo, realizada por 14 profissionais com experiência na APS e/ou no cuidado à saúde da mulher, foram observados valores adequados do Índice de Validade de Conteúdo (IVC)<sup>14</sup> para os 10 itens e os dois domínios (IVC > 80%). A validade de construto foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória (AFE) e da análise fatorial confirmatória (AFC). O modelo com dois fatores (domínios) do instrumento apresentou índice de qualidade de ajuste (GFI) superior a 0,95 e os pesos fatoriais de todos os itens foram superiores a 0,50 - resultados considerados adequados<sup>15</sup>. Quanto à confiabilidade, estimada pelo coeficiente *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ), constatou-se que os dois domínios e a escala total apresentaram valores superiores 0,70, o que indica consistência interna adequada<sup>15</sup>.

Todas as variáveis investigadas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências. As respostas aos 10 itens do instrumento foram dicotomizadas em presença ou ausência de situações que caracterizam a VO. Nos itens 1, 2, 3,7 e 9 a ocorrência de VO foi considerada quando a gestante respondeu “às vezes, quase sempre e sempre”, por outro lado, nas questões 4, 5, 6, 8, e 10 a ocorrência de VO foi considerada quando a resposta foi ‘nunca, quase nunca, às vezes’, uma vez que a escala de respostas desses itens estava invertida.

Foram estimadas as prevalências das manifestações dos tipos de VO (física, psicológica, sexual e institucional) no pré-natal, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Para isso, a ocorrência do tipo de VO foi considerada quando a gestante a percebeu em pelo menos um dos itens que refletem cada tipo. Para avaliar a associação entre os tipos de VO e as variáveis sociodemográficas foi conduzido o teste Qui-quadrado, ao nível de 0,05. Os dados foram analisados utilizando-se o *software* IBM SPSS *Statistics* versão 23.0 para *Windows*®.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros por meio dos pareceres consubstanciados nº. 2.483.623/2018 e 3.724.531/2019 de 25 de novembro de 2019 (CAAE 80957817.5.0000.5146). As participantes com idade acima de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); as com idade menor ou igual a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE.

## **Resultados**

Participaram dessa etapa do estudo 300 gestantes que se encontravam no 3º trimestre de gravidez. A idade das gestantes variou de 15 a 46 anos com média igual a 26,5 ( $\pm 6,4$ ) anos. A maioria (64,7%) estava na faixa etária de 20 a 34 anos, possuía mais de oito anos de

escolaridade (84,3%) e vivia com um companheiro (74,5%). Até a data da entrevista, 60,4% relatou ter realizado seis ou mais consultas de pré-natal. As demais características sociodemográficas das gestantes estão apresentadas na Tabela 1.

*Inserir Tabela 1*

Na Tabela 2 estão apresentadas as frequências das respostas aos itens do instrumento que avaliou a percepção das gestantes quanto à ocorrência de VO na assistência ao pré-natal. As frequências das opções de respostas “nunca” e “quase nunca” foram agrupadas, assim como das opções “sempre” e “quase sempre”.

*Inserir Tabela 2*

Na Tabela 3 estão apresentadas as prevalências das manifestações de VO percebidas pelas gestantes, distribuídas nos domínios objetivo e subjetivo do instrumento. Nos itens do domínio objetivo (1, 2,3,7 e 9), a ocorrência de VO foi considerada quando as respostas foram “às vezes, quase sempre ou sempre”, por outro lado, no domínio subjetivo (4,5,6, 8 e 10) a percepção de VO foi considerada quando as respostas foram “nunca, quase nunca ou às vezes”. No domínio objetivo, os itens 1, 2, 3 e 9 refletem a ocorrência de VO física, enquanto o item 7, a ocorrência de VO sexual. No domínio subjetivo, os itens 4 e 5 expressam a percepção de VO psicológica e os itens 6, 8 e 9 refletem a VO institucional.

*Inserir Tabela 3*

Na Figura 1 estão apresentadas as prevalências dos tipos de VO verificadas quando a gestante percebeu das manifestações que caracterizam a VO em pelo menos um dos itens de cada tipo do questionário. As maiores prevalências foram: VO institucional (26,3%; IC<sub>95%</sub>:21,6%; 31,5%) e VO psicológica (24,3%; IC<sub>95%</sub>: 19,7% ; 29,4%) , seguidas das prevalências de VO física (21,7%; IC<sub>95%</sub>: 17,3% ; 26,6%) e VO sexual (7,0%; IC<sub>95%</sub>: 4,5,0% ; 10,35%).

*Inserir Figura 1*

Na Tabela 4 estão apresentadas as prevalências das manifestações dos tipos de VO percebidas pelas gestantes na assistência ao pré-natal, segundo características sociodemográficas. Apesar de não terem sido verificadas associações significativas (valor-p < 0,05), observaram-se maiores prevalências de VO física, sexual e psicológica entre as gestantes com idade abaixo de 20 anos. Os resultados revelaram também que as manifestações dos quatro tipos de VO



foram mais prevalentes entre as gestantes que possuíam maior nível de escolaridade, que não estavam inseridas no mercado de trabalho e que possuíam mais de dois filhos. As mulheres que viviam sem companheiro perceberam com maior frequência as manifestações de VO física, psicológica e institucional. Aquelas com renda familiar inferior a dois salários mínimo perceberam com maior frequência a ocorrência de VO psicológica e institucional.

*Inserir Tabela 4*

**Discussão**

Este estudo investigou a percepção das gestantes sobre as manifestações de VO durante a assistência ao pré-natal na ESF de um município do norte de Minas Gerais. Foram identificadas importantes prevalências de situações que caracterizam a ocorrência de VO, variando de 7,0% (VO sexual) a 26,3% (VO institucional).

A VO constitui-se também um problema significativo ao se considerar os direitos humanos e o combate à violência de gênero, por se dirigir especificamente a mulheres e permear relações de poder desiguais na sociedade<sup>2</sup>. A violência de gênero é consequência de uma organização social, o patriarcado, que privilegia o masculino. Nela as mulheres estão subjugadas em um contexto social de dominação em função de sua condição feminina e dos seus papéis socialmente designados, ficando suscetíveis às submissões pelas relações de poder do patriarcado<sup>16</sup>.

Embora o Brasil possua regras que versam sobre violência de gênero<sup>17</sup> e humanização do pré-natal e parto<sup>7</sup>, no ordenamento jurídico não há lei específica que criminalize a violência obstétrica. Alguns estados e municípios possuem normas de combate à violência obstétrica como a Lei 23.175/18 em Minas Gerais/MG, que garante atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento<sup>18</sup> e a Lei 23.243/19 que instituiu a “Semana Estadual de Combate à Violência Obstétrica”<sup>19</sup>.

A violência física relaciona-se com a provocação de dor, desconforto ou lesões corporais, que causam dano de grau leve a intenso, mediante realização de procedimentos sem recomendação baseada em evidências científicas<sup>2</sup>. Neste estudo foi estimado que 21,7% das mulheres perceberam pelo menos uma das situações que caracterizam ocorrência de VO física durante o pré-natal. Um estudo<sup>20</sup> realizado com gestantes mexicanas estimou que 23,6% sofreram VO física e outro estudo<sup>3</sup> na Espanha estimou uma prevalência de 54,5% de VO física, sendo ambas durante o parto. Importante destacar que cerca de 13,8% das gestantes deste estudo relataram que tiveram o atendimento negado em algum momento do pré-natal. A negligência que ocorre quando o atendimento é negado durante o pré-natal é entendida como abandono físico e falta de assistência para com a paciente e seu bebê<sup>21</sup>.

Ademais 11,4% das gestantes relataram o uso de alguma medicação sem que a necessidade fosse explicada pelo profissional que lhe atendeu. A utilização de medicamentos durante a gravidez é um problema na saúde pública, visto que os efeitos dos fármacos no feto podem ocorrer em qualquer momento da gravidez<sup>22</sup>, por isso é importante que as mulheres tenham conhecimento dos riscos e benefícios que eles podem gerar na saúde materno-infantil. Um estudo no Ceará<sup>22</sup> demonstrou que 38% das mulheres não receberam orientações sobre o uso de medicamentos na gestação.

A violência sexual envolve o desrespeito à intimidade da mulher, pela manipulação desnecessária de partes íntimas através de toques vaginais invasivos, constantes e agressivos, episiotomia rotineira, realização de enema, imposição de posição supina ou litotomia<sup>1</sup>. Esse estudo identificou que 7,0% das gestantes afirmaram que durante o atendimento com profissional de saúde tiveram que expor qualquer parte do seu corpo ou passaram por

intervenções no seu corpo sem explicação do motivo ou da finalidade. A VO sexual no parto tem sido investigada com maior frequência em estudos prévios, ao contrário, ainda são raros os estudos nacionais que a avaliaram durante o pré-natal. Estudo realizado em Araguari-MG, identificou que 38,9% das mulheres sofreram VO sexual em decorrência de toque vaginal doloroso e repetitivo<sup>23</sup>.

Em outra pesquisa realizada na ESF no Rio de Janeiro-RJ foi observada que 59% das mulheres sofreram violência íntima, tendo consequências consideráveis na sua saúde e no uso dos serviços<sup>24</sup>. Práticas que configuram VO sexual frequentemente realizadas de modo inadequado são claramente prejudiciais ou ineficazes, podendo iniciar nas unidades de saúde e maternidades, desde a ausência de informações a permissão da paciente. Nesses casos há um desrespeito da autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo e ao momento de parir<sup>25</sup>.

A violência psicológica engloba humilhação intencional, maus tratos, negligência nos cuidados assistenciais e tratamento grosseiro, desrespeito e ofensa pessoal<sup>2</sup>. É entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação<sup>17</sup>. Aproximadamente 24,0% das participantes relataram pelo menos um dos episódios de VO psicológica avaliados nesse estudo. Estudo realizado com puérperas em um município do sudoeste baiano<sup>26</sup> apontou que a VO psicológica ocorreu em menor escala, sendo observado que 7,1% sofreram ofensa pessoal, 7,1% vivenciaram algum constrangimento, 4,8% sentiram-se desrespeitadas e 4,8%

foram humilhadas.

As experiências negativas tanto na gestação, parto ou mesmo durante o abortamento geram inúmeras consequências psicológicas, físicas e sociais. Segundo a OMS, por volta de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental, sendo que a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas<sup>27</sup>. Outro estudo<sup>13</sup> demonstrou que 64% das participantes não recebeu as devidas informações pertinentes ao pré-natal para que se sentissem preparadas para o parto. É imprescindível que as decisões da gestante sejam respeitadas pela equipe da ESF, pois o diálogo entre a equipe multiprofissional e a parturiente é esclarecedor para auxiliar nas orientações de uma gestação, parto e pós-parto de qualidade<sup>28</sup>.

A violência institucional relaciona-se com a assimetria de poder entre a paciente e o profissional de saúde, por meio de omissão de informações e/ou cuidado, condutas impróprias ou desnecessárias, imposição de normas institucionais injustificadas<sup>2</sup>. Neste estudo, 26,3% das gestantes perceberam a ocorrência desse tipo de VO durante as consultas no pré-natal, sendo que 15,0% não foram ouvidas e informadas de maneira satisfatória, 17,4% não receberam informações suficientes para que participassem ativamente das decisões que envolviam a própria gestação e o parto. A Pesquisa Nascer no Brasil<sup>4</sup>, uma ampla pesquisa nacional em 2014, estimou que 25% de mulheres sofreram VO institucional, sendo 74% em hospitais públicos, o que corrobora a necessidade da educação em saúde durante o pré-natal com vistas à prevenção de tais práticas.

Todavia 9,4% das mulheres declararam que nunca, ou quase nunca ou às vezes sentiram que sua privacidade foi respeitada durante o atendimento. Na resolução 36/2008<sup>29</sup>, que regulamenta o funcionamento nacional dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, consta a

garantia de privacidade às gestantes, pois as informações dadas pela equipe de profissionais devem ser transferidas com segurança à parturiente.

Este estudo não identificou associação significativa entre os tipos de VO e as características sociodemográficas das participantes. Esse achado pode ser devido a amostra ter sido constituída por mulheres com perfil socioeconômico parecido, ou seja, predominantemente por mulheres com nível médio de escolaridade, que viviam com companheiro e possuíam baixa renda familiar. Dados como da pesquisa Raça e Violência Obstétrica no Brasil, evidenciaram que os piores indicadores frente à violência obstétrica podem ser observados entre as mulheres pardas e negras quando comparadas às gestantes/parturientes de raça branca e constatou que a maioria das mulheres que sofreu violência obstétrica possuía baixa escolaridade<sup>30</sup>.

Essa investigação apresenta algumas limitações. Na coleta de dados do “Estudo ALGE” foi adotado um questionário excessivamente longo, o que pode ter provocado cansaço e desconforto nas gestantes. Outra limitação refere-se ao fato do instrumento adotado para aferir a VO não ter sido submetido à validade concorrente, isto é, não foi correlacionado com outro instrumento validado que mensure o mesmo construto. No entanto, vale destacar que o instrumento apresentou indicadores de validade de conteúdo, de construto e confiabilidade satisfatórios.

No desenvolvimento desse estudo, foram identificadas lacunas de evidências epidemiológicas sobre a VO no pré-natal, cujas pesquisas são praticamente inexistentes na literatura nacional. Essas lacunas dificultam a atualização de informações acerca do aprimoramento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que traça os princípios gerais e

condições para o adequado acompanhamento do pré-natal e para a adequada assistência ao parto<sup>7</sup>. Assim, este estudo ressalta as contribuições na aquisição de novos conhecimentos relativos à epidemiologia da VO no pré-natal, tendo em vista a escassez de produções científicas nessa temática, e, deste modo, oferece aporte para futuras investigações.

Conclui-se que foi estimada importante prevalência de manifestações de VO percebidas na assistência ao pré-natal na APS do município investigado, tanto nos aspectos físico, psicológico, sexual e institucional, independente das características sociodemográficas das gestantes. Os achados desse estudo corroboram a realidade descrita na literatura e apontam para a necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais às gestantes na APS. Sugere-se que políticas públicas sejam desenvolvidas para mitigar a VO das instituições de saúde, a fim de garantir às mulheres cuidados baseados em evidências científicas, respeitando seus direitos inerentes.

### **Agradecimentos**

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

### **Contribuições dos autores**

Ferreira TSB, Lopes BCS, Lima CA e Oliveira AJS: concepção e desenho do estudo, coleta de dados, elaboração do manuscrito. Pinho L, Brito MFSF e Vogt SE: concepção e desenho do estudo, supervisão coleta de dados, análise e interpretação de dados, revisão crítica do manuscrito. Silveira MF: concepção e desenho do estudo, análise estatística e interpretação de dados, revisão crítica do manuscrito. Os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram

não haver conflito de interesse.

### **Financiamento**

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – bolsas de Doutorado e Mestrado. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – bolsa de produtividade em pesquisa nível 2 (processo 316674/2021-4).

### **Referências**

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). 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.
2. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF. 2012. [acesso em 2023 Fev 13]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>
3. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021; 34(5): e526-e536.
4. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Publica*. 2014;30 Supl 1: S49-58.
5. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(8):2811-2823.
6. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018;42( Spec 1).
7. Ministério da Saúde(BR). Portaria GM/MS nº 569/GM, de 01 de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. [acesso em 2023 Fev 13]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)
8. Garcia LM. A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nurs Forum*. 2020; 55(4): 654-663.
9. Leão GMMS, Crivellenti LC, Brito MFSF, Silveira MF, Pinho L. Quality of the diet of pregnant women in the scope of Primary Health Care. *Rev Nutr*. 2022; 35: e210256.

10. Freitas IGC, Lima CA, Santos VM, Silva FT, Rocha JSB, Dias OV, et al. Nível de atividade física e fatores associados entre gestantes: estudo epidemiológico de base populacional. *Ciência saúde coletiva*. 2022; 27(11): 4315-4328.
11. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero (tese). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
12. Palma CC, Donelli TMS.. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*. 2017; 48(3): 216–230.
13. Teixeira PC, Antunes LS, Duamarde LTL, Velloso V, Faria GPG, Oliveira TS. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. *Revista Nursing*. São Paulo. 2020; 23(261): 3607-3615.
14. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2015; 20(3): 925-36.
15. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
16. Balbinotti I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Rev ESMESC* 2018; 25(31): 239-264.
17. Brasil. Lei 11.340/2006. Lei Maria da Penha. Brasília. DF: Senado Federal. 2006.
18. Brasil. Lei 23.175/2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Governo do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte. 2018.
19. Brasil. Lei 23.243/2019. Institui a Semana Estadual do Combate à Violência Obstétrica a ser realizada, anualmente, de 8 a 14 de março. Governo do Estado de Minas Gerais: Belo Horizonte. 2018.
20. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. *Violence against women*. 2019, 26(6-7): 555–572.
21. Almeida NMO, Ramos BEM. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020; 9(4): 12-27.
22. Aguiar MIB, Alves JMF, Lima JP, Torres KBN. Utilização de medicamentos na gravidez: risco e benefício. *Revista Cereus*. 2020; 12(3): 162-174.
23. Carvalho MHJ, Vaz MBS, Silva MAM, Rodrigues MT, Martins NQB, Alamy AHB, Pacheco LM. A violência obstétrica em gestantes, parturientes e puérperas: um estudo de prevalência. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021; 4(6): 26299-26320.
24. Esperandio EG, Moura, ATMS, Favoreto CAO. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface*. 2020; 24 (supl 1).



25. Santiago DC, Souza WKS, Nascimento RF. Violência Obstétrica: uma análise das consequências. *Revista Científica da FASETE*. 2017; 148(13): 148-164.
26. Rodrigues RL, Merces MC. Prevalência de violência obstétricas em um município do sudoeste da Bahia: um estudo piloto. *Enfermagem Brasil*. 2017; 16(4): 210-217.
27. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan. 2013-2030.
28. Melo BLPL, Moreira FTS, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR, Maia ER, Albuquerque GA. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. *Revista Cuidarte*. 2022;13(1): e1536.
29. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008.2008. [acesso em 2022 Fev 13]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)
30. Lima KD. Raça e Violência Obstétrica no Brasil (monografia). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2016. 25p.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde de Montes Claros, MG, 2018/2019 (n=300).

<b>Características</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
Abaixo de 20 anos	59	19,6
20 a 34 anos	194	64,7
Acima de 34 anos	47	15,7
<b>Escolaridade</b>		
Oito anos ou menos de estudo	47	15,7
Mais de oito anos de estudo	253	84,3
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	222	74,5
Sem companheiro	76	25,5
<b>Ocupação</b>		
Trabalho formal/ Informal	147	49,1
Do lar/Desempregada	152	50,9
<b>Nº de filhos</b>		

Nenhum	115	40,4
1 a 2 filhos	133	46,6
3 ou mais filhos	37	13,0
<b>Renda familiar</b>		
< 2 S.M	205	71,7
≥ 2 S.M	81	28,3

\*Os totais variam devido às perdas de informações; S.M= salário mínimo (R\$ 954,0 em 2018 e R\$ 9998,0 em 2019).

**Tabela 2.** Distribuição de frequência dos itens do instrumento de avaliação das manifestações de violência obstétrica na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde, Montes Claros, MG, 2018-2019 (n=300).

No pré-natal, durante consultas, atendimentos em acolhimento ou em sala de espera ou em outro ambiente da ESF:	Nunca/ Quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre/ Sempre n (%)	Total n (%)
1. Algum profissional de saúde a empurrou, puxou, gritou, bateu ou a segurou à força?	272 (90,7)	10 (3,3)	18 (6,0)	300(100,0)
2. Você já fez uso de alguma medicação (remédio) sem que a necessidade fosse explicada pelo profissional que lhe atendeu?	265 (88,6)	14 (4,7)	20 (6,7)	299(100,0)
3. Durante o atendimento do pré-natal você acha que foi vítima de alguma violência física?	278 (93,0)	6(2,0)	15(5,0)	299(100,0)
4. Você se sentiu à vontade para expressar suas preocupações, medos, angústias e opiniões aos profissionais de saúde durante o pré-natal?	24(8,0)	26(8,7)	250(83,3)	300(100,0)
5. Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) durante os atendimentos do pré-natal?	29(9,7)	14(4,7)	256(85,6)	299(100,0)
6. Você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o atendimento?	15(5,0)	13(4,4)	270(90,6)	298(100,0)
7. Algum profissional de saúde durante o pré-natal pediu a você para expor qualquer parte do seu corpo ou fez alguma intervenção no seu corpo sem	278(93,0)	9(3,0)	12(4,0)	299(100,0)

explicar o motivo ou a finalidade?

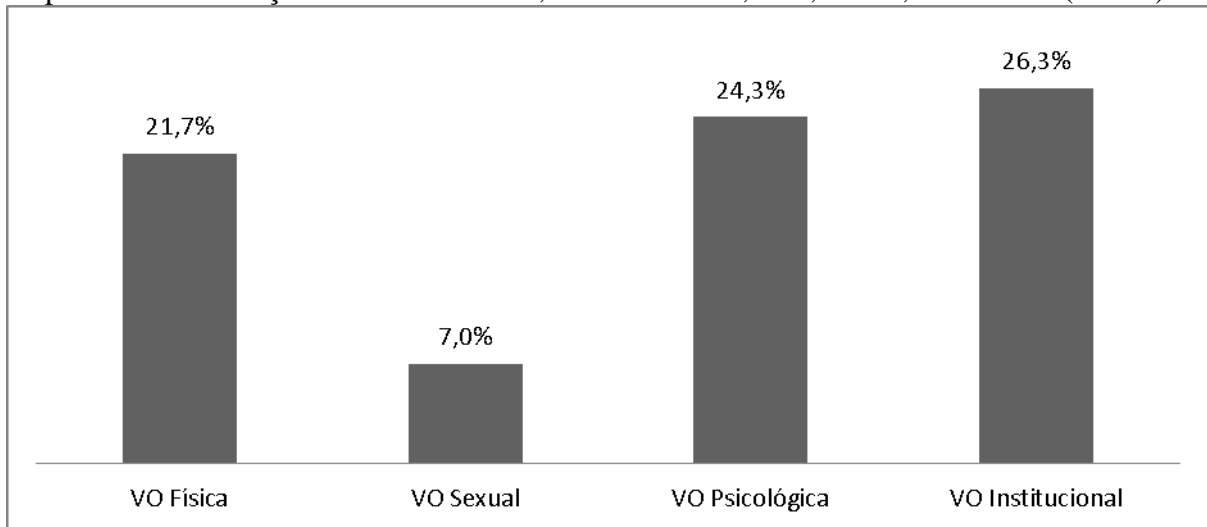
8. Durante as consultas de pré-natal você foi ouvida, as informações solicitadas foram respondidas de maneira satisfatória?	15(5,0)	30(10,0)	255(85,0)	300(100,0)
9. Você teve atendimento negado durante algum momento do pré-natal?	257(86,3)	15(5,0)	26(8,7)	298(100,0)
10. Em geral, você considera que durante o pré-natal você teve acesso às informações suficientes para que tomasse as decisões sobre a gestação e o parto?	18(6,0)	34(11,4)	246(82,6)	298(100,0)

\*Os totais variam devido às perdas de informações.

**Tabela 3.** Prevalência das manifestações de violência obstétrica percebidas pelas gestantes no pré-natal na Atenção Primária à Saúde, Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019 (n=300).

Domínio		Itens	n (%)
Domínio Objetivo	Física	1. Às vezes, quase sempre ou sempre algum profissional de saúde a empurrou, puxou, gritou, bateu ou a segurou à força?	28 (9,3)
		2. Às vezes, quase sempre ou sempre você já fez uso de alguma medicação (remédio) sem que a necessidade fosse explicada pelo profissional que lhe atendeu?	34 (11,4)
		3. Às vezes, quase sempre ou sempre durante o atendimento do pré-natal você acha que foi vítima de alguma violência física?	21 (7,0)
		9. Às vezes, quase sempre ou sempre você teve atendimento negado durante algum momento do pré-natal?	41 (13,8)
	Sexual	7. Às vezes, quase sempre ou sempre algum profissional de saúde durante o pré-natal pediu a você para expor qualquer parte do seu corpo ou fez alguma intervenção no seu corpo sem explicar o motivo ou a finalidade?	21 (7,0)
Domínio Subjetivo	Psicológica	4. Nunca, quase nunca ou às vezes você se sentiu à vontade para expressar as suas preocupações, medos, angústias e opiniões aos profissionais de saúde durante o pré-natal?	50 (16,7)
		5. Nunca, quase nunca ou às vezes você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) durante os atendimentos do pré-natal?	43 (14,4)
	Institucional	6. Nunca, quase nunca ou às vezes você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o atendimento?	28 (9,4)
		8. Nunca, quase nunca ou às vezes durante as consultas de pré-natal você foi ouvida, as informações solicitadas foram respondidas de maneira satisfatória?	45 (15,0)
		10. Nunca, quase nunca ou às vezes durante o pré-natal você teve acesso às informações suficientes para que tomasse as decisões sobre a gestação e o parto?	52 (17,4)

**Figura 1.** Prevalência dos tipos de violência obstétrica percebidas por gestantes na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde, Montes Claros, MG, Brasil, 2018/2019 (n=300).



**Tabela 4.** Prevalência dos tipos de violência obstétrica na assistência ao pré-natal segundo características sociodemográficas das gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019 (n=300).

Características sociodemográficas	VO	VO	VO	VO
	Física %	Sexual %	Psicológica %	Institucional %
<b>Faixa etária</b>				
Abaixo de 20 anos	24,6	10,5	28,1	26,3
20 a 34 anos	22,3	6,4	23,4	28,7
Acima de 34 anos	17,4	6,5	26,1	17,4
<b>Valor-p*</b>	0,670	0,560	0,754	0,295
<b>Escolaridade</b>				
Oito anos ou menos de estudo	17,0	4,3	19,1	21,3
Mais de oito anos de estudo	22,5	7,5	25,3	27,3
<b>Valor-p*</b>	0,400	0,422	0,367	0,391
<b>Situação conjugal</b>				
Com companheiro	22,5	8,1	23,9	24,3
Sem companheiro	18,4	3,9	25,0	30,3
<b>Valor-p*</b>	0,452	0,302	0,843	0,307
<b>Ocupação</b>				
Trabalho formal ou informal	19,0	6,8	20,4	24,5
Do lar ou desempregada	24,3	7,2	28,3	28,4
<b>Valor-p*</b>	0,267	0,883	0,252	0,456
<b>Nº de filhos</b>				
Nenhum	20,9	7,0	18,3	24,3
1 a 2 filhos	24,1	6,0	30,8	27,8
Mais de 2 filhos	24,3	13,5	24,3	24,3
<b>Valor-p*</b>	0,814	0,296	0,074	0,800
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>				
< 2 S.M	21,0	6,2	26,8	28,8

$\geq 2$ S.M	21,5	6,3	17,3	18,5
<b>Valor-p*</b>	0,929	0,958	0,089	0,074

VO:violência obstétrica; S.M = salário mínimo (R\$ 954,0 em 2018 e R\$ 9998,0 em 2019); \*  
Teste Qui-quadrado.

## 4.2 Artigo 2

### **Percepção de puérperas acerca do bem-estar materno na assistência ao parto**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** descrever o bem-estar materno no parto e sua associação com práticas assistenciais obstétricas entre puérperas. **Métodos:** Estudo transversal, aninhado a uma coorte, realizado com puérperas em um município mineiro. O bem-estar materno foi avaliado pela escala Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2. No tratamento estatístico, foram conduzidas análises descritiva, bivariada e múltipla. Adotou-se o modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência (RP). Foram estimadas as prevalências das três categorias do bem-estar materno em situação de parto. **Resultados:** respectivamente 26,2%, 27,9% e 45,9% das puérperas relataram ótimo, adequado e mal-estar na assistência ao parto. O mal-estar no parto foi associado ao parto cesárea (RP=1,80;  $p<0,005$ ) e à falta de informações sobre amamentação (RP=1,54;  $p<0,005$ ). **Conclusões:** A elevada prevalência de mal-estar no parto, associada à realização de cesáreas e à falta de informações sobre amamentação, indica a necessidade de melhorias na assistência materna durante o processo de parto.

**Descritores:** Bem-estar materno; Parto obstétrico; Assistência ao parto; Humanização da assistência; Mulheres.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe maternal well-being during childbirth and its association with obstetric care practices among puerperal women. **Methods:** cross-sectional study, related to a cohort, carried out with postpartum women in a municipality in Minas Gerais. Maternal well-being was assessed by the Maternal Well-Being in Childbirth 2 Scale. Descriptive, bivariate, and multiple analyses were performed for statistical treatment. The Poisson regression model was adopted to estimate prevalence ratios (PR). The prevalences of the three categories of maternal well-being in labor situation were estimated. **Results:** respectively, 26.2%, 27.9% and 45.9% of puerperae reported optimal, adequate and inadequate well-being in childbirth care. Inadequate well-being was associated with cesarean delivery (RR=1.80;p<0.005) and lack of information on breastfeeding (RR=1.54;p<0.005). **Conclusions:** The high prevalence of malaise at delivery, associated with cesarean sections and lack of information on breastfeeding, indicates the need for improvements in maternal care during the delivery process.

**Descriptors:** Maternal welfare; Delivery, Obstetric; Midwifery; Humanization of assistance; Women

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 90, foram registrados avanços importantes nas políticas públicas de saúde materno-infantil no Brasil rumo à humanização da assistência, com o intuito de qualificar a atenção ao pré-natal, parto e nascimento, garantir acesso e acolhimento às gestantes e reduzir a mortalidade infantil e materna. O modelo assistencial almejado tem como pilares: o respeito com as demandas das mulheres e com a fisiologia do trabalho de parto e parto, a oferta a informações objetivas, relações interpessoais entre parturiente e profissional empáticas e não autoritárias, a inclusão das mulheres na tomada de decisões e o trabalho em equipe com reconhecimento e valorização de Enfermeiros(as) Obstétricos(as) e obstetrizas, além do uso de práticas e condutas assistenciais baseadas em evidências<sup>(1-2)</sup>.

Ainda assim, condutas inapropriadas são recorrentes na realidade assistencial obstétrica e neonatal. Mulheres e recém-nascidos são submetidos a intervenções nem sempre necessárias, como o uso de ocitocina rotineira, da episiotomia, da cesariana, da aspiração nasofaríngea do neonato, dentre outras. Além disso, o relato de desrespeito pelos profissionais nas interações e relações com as parturientes é frequente<sup>(1-2)</sup>.

Para além de um parto seguro, com condutas baseadas em evidências científicas, é preciso garantir uma experiência positiva para as parturientes e suas famílias<sup>(1,3)</sup>. O bem-estar na situação do parto e a satisfação com a vivência se refere à percepção, pela mulher, de atitudes e comportamentos e de condutas assistenciais assumidas pelos profissionais. A satisfação com a vivência do parto também é influenciada pelo atendimento das expectativas, nível de informação das mulheres e pelo resultado do parto, isto é, se o parto resultou num recém-nascido saudável e não houve complicações maternas ou neonatais<sup>(4)</sup>. Se sentir acolhida e compreendida nas suas demandas pelos profissionais com respeito da sua privacidade e a possibilidade de exercer a autonomia no processo assistencial, junto com uma estrutura de qualidade, são as demandas das mulheres e geram bem-estar e satisfação<sup>(5)</sup>.

A gestação e parto são momentos singulares e marcados por fortes emoções que colocam as mulheres em situações de extrema vulnerabilidade. Vivências negativas, abusos e violência obstétrica sofridos durante a assistência são associados a transtornos depressivos influenciando de forma negativo a qualidade de vida das mulheres e sua capacidade de cuidar de si e do recém-nascido<sup>(6-7)</sup>. As experiências relacionadas ao parto são marcadas pela subjetividade, no entanto, podem ser mensuradas objetivamente, o que tem sido objeto de inúmeras propostas de avaliação<sup>(8)</sup>. Um dos instrumentos validados para a realidade cultural



brasileira é a Escala de Bem-Estar em Situação de Parto 2 (BMSP2)<sup>(9)</sup>, que tem sido adotada em estudos nacionais para estimar a prevalência do bem-estar no parto<sup>(10-11)</sup>.

É importante avaliar o bem-estar materno como marcador de qualidade assistencial. Poucos trabalhos investigam esse resultado do cuidado e predominam estudos qualitativos. Além disso, a maioria das pesquisas quantitativas não utiliza instrumentos validados para a avaliação do bem-estar durante a após o parto<sup>(8)</sup>.

## OBJETIVO

Descrever o bem-estar materno em situação de parto e sua associação com as práticas assistenciais obstétricas em mulheres de um município do norte de Minas Gerais.

## MÉTODOS

Estudo transversal e analítico que utilizou dados do “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”, conduzida com gestantes assistidas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Montes Claros, em 2018 a 2020.

Foram incluídas todas as puérperas que no *baseline* do Estudo ALGE se encontravam no 1º trimestre de gravidez (N=448) e mantiveram seguimento até o puerpério. Foram elegíveis para o estudo puérperas cadastradas em equipes da ESF da zona urbana de Montes Claros cujo parto ocorreu durante o período avaliado. Foram excluídas puérperas que tiveram gravidez gemelar e aquelas que não receberam assistência imediata ao parto (parto domiciliar).

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2019 a julho de 2020. As participantes foram identificadas e contatadas a partir dos endereços e telefones obtidos durante a primeira etapa (*baseline*) do Estudo ALGE, possibilitando o convite e agendamento das entrevistas, conforme disponibilidade das mulheres. Em 2019, os dados foram coletados por meio de entrevistas, face a face, realizadas nos domicílios das mulheres em horário previamente definido com as mesmas. Em 2020, devido à pandemia da COVID19, os dados foram coletados através de um formulário *online* (formulário *Google Forms*) cujo *link* foi enviado para o e-mail ou whatsapp das puérperas. A equipe de entrevistadores, constituída por profissionais da saúde e acadêmicos vinculados à iniciação científica, receberam treinamento para padronizar o procedimento.

Foram analisadas as seguintes variáveis: (1) características sociodemográficas das puérperas (idade, escolaridade, estado civil e fonte de pagamento para o parto); (2) variáveis

assistenciais do parto (profissional assistente do parto, tipo de parto, presença de acompanhante, posição durante o parto, manobra de Kristeller, toques repetitivos ou realizados por pessoas diferentes, conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos durante o parto, destino do recém-nascido depois do parto, contato pele a pele com o recém-nascido, aleitamento materno na primeira hora, recebeu orientações sobre o aleitamento materno e recebeu apoio para o aleitamento materno), e (4) bem-estar materno no parto.

Para avaliar o bem-estar materno no parto, foi utilizado o instrumento Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2 (BMSP2), adaptado culturalmente e validado para o português do Brasil<sup>(9)</sup>. Este instrumento possui 47 itens com opções de respostas em escala do tipo Likert variando de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em sete domínios: qualidade do relacionamento durante o cuidado (13 itens), autocuidado e conforto (9 itens), condições que propiciam o contato entre mãe e filho (4 itens), cuidado despersonalizado (6 itens), participação familiar contínua (4 itens), cuidado oportuno e respeitoso (6 itens) e ambiente físico confortável (5 itens). O escore total do instrumento estabelece três níveis de bem-estar materno: ótimo (pontuação > 200), adequado (pontuação > 183 e < 200) e mal-estar (pontuação < 183)<sup>(9)</sup>.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências absoluta e relativa. A pontuação dos domínios da escala BMSP2 foi obtida pela soma das respostas aos seus respectivos itens e a pontuação total da escala pela soma das respostas dadas a todos os itens. Ressalta-se que a pontuação dos itens 5, 32, 33, 35 e 43, referentes ao domínio “cuidado despersonalizado”, foi invertida antes da somatória.

Foram calculadas as medidas descritivas (média, desvio-padrão, valores máximo e mínimo) da pontuação total e dos sete domínios da escala, bem como os valores dos pontos de corte que correspondeu a 77,8% do valor máximo possível de cada domínio e do escore total<sup>(10)</sup>. Foram também estimadas as proporções de mulheres que apresentaram pontuação nos domínios e no escore total da escala superior aos respectivos pontos de corte, demonstrando experiência positiva na assistência ao parto<sup>(10)</sup>. Foram estimadas as prevalências, com intervalos de 95% de confiança, para as três categorias do bem-estar materno no parto (ótimo, adequado e mal-estar) e construído histograma e gráfico de coluna para apresentação dos escores obtidos.

Para avaliar a associação entre bem-estar materno no parto (variável dependente) e as características sociodemográficas, idade gestacional e variáveis relativas à assistência ao parto (variáveis independentes), as categorias da variável dependente “ótimo” e “adequado” foram

agrupadas, pois representam resultados positivos. Foi conduzida a análise bivariada por meio do teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. As variáveis independentes que apresentaram associação significativa com o bem-estar materno no parto, ao nível de 0,25, foram selecionadas para a análise múltipla.

Na análise múltipla, foi adotado o modelo de regressão de Poisson, com variância robusta. Foram estimadas as razões de prevalência (RP), com intervalos de 95% de confiança. Foi utilizado o método backward (para trás) para a entrada das variáveis no modelo múltiplo. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis com associação significativa com a variável dependente (valor-p <0,05). Foi utilizado o Teste de *Deviance* para avaliar a qualidade de ajuste do modelo final. Os dados foram analisados utilizando-se o software IBM SPSS Statistics versão 23.0 para Windows®.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (parecer nº. 2.483.623/2018 e 3.724.531/2019) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. As participantes com idade acima de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); as com idade menor ou igual a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 183 puérperas, cuja idade variou de 15 a 46 anos, com média de 26,3 anos. A maioria (49,2%) estava na faixa etária entre 20 e 29 anos e mais de um terço (67,6 %) possuía o ensino médio incompleto ou completo. As demais características sociodemográficas e relacionadas à assistência ao das puérperas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das puérperas segundo variáveis sociodemográficas e de assistência ao parto. Montes Claros, MG, Brasil, 2019-2020.

Variável	n*	%
<b>Variáveis sociodemográficas</b>		
Faixa etária (anos)		
15 a 19 anos	29	15,8
20 a 29 anos	90	49,2
30 anos ou mais	64	35,0

Escolaridade		
Fundamental incompleto ou completo	23	12,6
Médio incompleto ou completo	123	67,6
Superior incompleto ou completo	36	19,8
Situação Conjugal		
Casada ou União consensual	139	75,9
Solteira/ Separada/Desquitada/Divorciada/Viúva	44	24,1
Fonte de pagamento para o parto		
Público (SUS)	164	89,6
Privado (convênio ou particular)	19	10,4
<b>Variáveis de assistência ao parto</b>		
Tipo de parto		
Normal	102	55,7
Cesárea	81	44,3
Profissional assistente		
Médico(a) obstetra	164	92,1
Enfermeiro(a) obstetra	14	7,4
Presença de acompanhante	174	95,1
Posição horizontalizada durante o parto <sup>1</sup>	88	86,3
Manobra de Kristeller	10	5,5
Toques vaginais repetitivos	30	16,4
Toques vaginais realizados por diferentes pessoas	19	10,4
Conversas paralelas entre os profissionais	31	16,9
RN ficou com a mãe depois do parto	156	85,2
Contato pele a pele com o RN após o nascimento	166	90,7
AM na primeira hora	142	77,6
Recebeu orientações sobre o AM	162	88,5

Recebeu apoio para AM	150	88,5
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

\*Os totais variam devido aos dados perdidos;<sup>1</sup>Amostra de mulheres que tiveram parto normal;RN:recém-nascido; AM:aleitamento materno.

Quanto ao bem-estar materno em situação de parto, na Tabela 2 estão apresentados os valores obtidos para os domínios e para o escore total da BMSP2, sendo que quanto maior o valor alcançado mais positiva será a avaliação do bem-estar. Os valores do escore total da escala variaram de 116,0 a 235,0 com média igual a 184,7 e percentis 25 e 75, respectivamente iguais 168,0 e 201,0 (Figura 1A). Com exceção dos domínios “Autocuidado e conforto” e “Cuidado despersonalizado”, todos os demais apresentaram valores médios acima do ponto de corte, que correspondeu a 77,8% do valor total possível. Quanto ao escore total, observa-se que 54,1% das mulheres experimentaram positivamente a assistência ao parto, isto é, apresentaram valores superiores ao ponto de corte. A proporção das três categorias do bem-estar de acordo com a escala BMSP2 está apresentada na Figura o 1B.

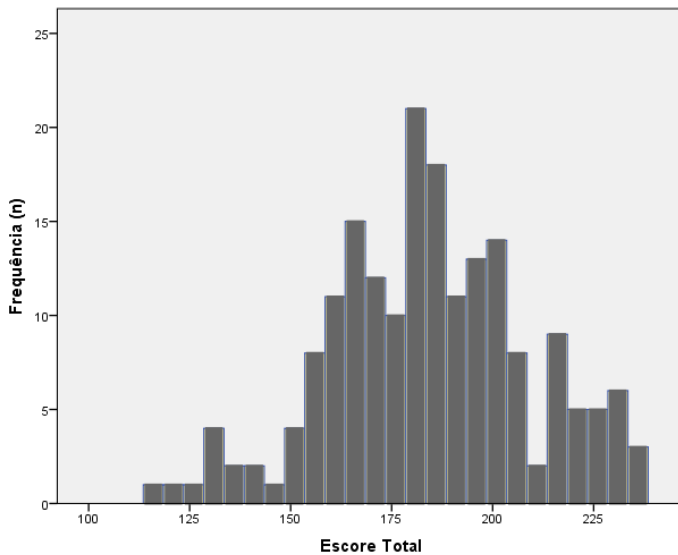
Tabela 2 : Medidas descritivas da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2 e classificação das puérperas de acordo com os escores da escala. Montes Claros, MG, Brasil, 2019-2020.

Domínios da escala BMSP 2	Nº de itens	Intervalo possível	Intervalo obtido	Média (d.p)	Ponto de corte* de 77,8%	% acima do ponto de corte**
I- Qualidade do relacionamento durante o cuidado	13	13 - 65	28 - 65	54,4 (8,4)	50,6	80,3
II- Autocuidado e conforto	9	9 - 45	9 - 45	28,4 (8,8)	35,0	21,3
III- Condições que propiciam o contato entre mãe e filho	4	4 - 20	4 - 20	16,5 (3,0)	15,6	74,9
IV- Cuidado despersonalizado	6	6 - 30	8 - 30	22,5 (4,1)	23,4	45,9
V- Participação familiar contínua	4	4 - 20	11 - 20	17,3 (2,1)	15,6	85,2
VI- Cuidado oportuno e respeitoso	6	6 - 30	13 - 30	24,6 (3,5)	23,4	67,8
VII- Ambiente físico confortável	5	5 - 25	11 - 25	20,1 (3,0)	19,5	75,4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>47 - 235</b>	<b>116 -</b>	<b>184,7 (25,0)</b>	<b>183,0</b>	<b>54,1</b>

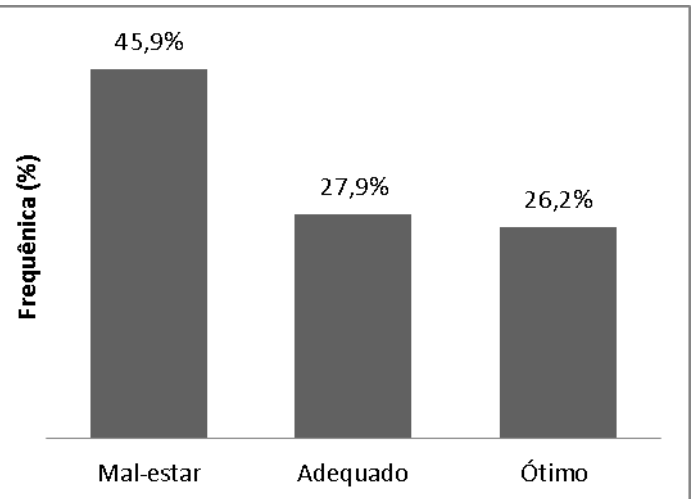
235			
Classificação do BMSP 2	Pontuação	n	% [IC95%]
Mal-estar	< 183	84	45,9 [38,5 - 52,9]
Adequado	$183 \geq x \geq 200$	51	27,9 [22,0 - 35,9]
Ótimo	> 200	48	26,2 [20,5 - 33,2]
Total	-	183	100,0

BMSP: Bem-estar materno em situação de parto; d.p: desvio-padrão \* Ponto de corte:77,8% do valor máximo possível;\*\*Percentual de mulheres com escores acima do ponto de corte; IC:intervalo de confiança.

**Figura 1A**



**Figura 1B**



**Figura 1:** Distribuição do escore total da escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (Figura 1A) e classificação das puérperas de acordo com a pontuação da escala (Figura 1B). Montes Claros, MG, Brasil, 2019-2020.

As seguintes variáveis relativas à assistência ao parto tiveram associação significativa, ao nível de 0,25, com o bem-estar materno no parto: profissional assistente do parto, tipo de parto, conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos durante o parto e recebimento de orientações sobre o aleitamento materno. Essas variáveis foram selecionadas para a análise múltipla (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre o Bem-estar Materno em Situação de Parto e as variáveis sociodemográficas e de assistência ao parto. Montes Claros, MG, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Classificação da escala BMSP2		Valor-p*
	Adequado/Ótimo	Mal-estar	
	n (%)	n (%)	
<b>Variáveis sociodemográficas</b>			
Idade materna			0,956
15 a 19 anos	16 (56,7)	13(43,3)	
20 a 29 anos	49 (53,9)	41(46,1)	
30 anos ou mais	34 (53,4)	30 (46,1)	
Escolaridade			0,444
Fundamental incompleto ou completo	10 (42,9)	13 (57,1)	
Médio incompleto ou completo	66 (53,7)	57 (46,3)	
Superior incompleto ou completo	22 (60,6)	14 (46,3)	
Situação Conjugal			0,446
Casada/União consensual	73 (52,5)	66 (47,5)	
Solteira/Separada/Divorciada/Viúva	26 (59,1)	18 (40,9)	
Fonte de pagamento para o parto			0,892
Público (SUS)	89 (54,3)	75 (45,7)	
Privado (convênio ou particular)	10 (52,6)	9 (47,4)	
<b>Variáveis de assistência ao parto</b>			

Profissional assistente			<b>0,013</b>
Médico(a) obstetra	84 (51,2)	80 (48,8)	
Enfermeiro(a) obstetra	12 (85,7)	2 (14,3)	
Tipo de parto			<b>&lt;0,001</b>
Normal	68 (66,7)	34 (33,3)	
Cesárea	31 (38,3)	50 (61,7)	
Presença de acompanhante	95 (54,6)	79 (45,4)	0,551
Posição horizontalizada do parto <sup>1</sup>	59 (65,9)	29 (34,1)	0,861
Manobra de Kristeller	7 (70,0)	3 (30,0)	0,299
Toques vaginais repetitivos	14 (46,7)	16 (53,3)	0,372
Toques vaginais realizados por diferentes pessoas	9 (47,4)	10 (52,6)	0,534
Conversas paralelas entre os profissionais	12 (38,7)	19 (61,3)	<b>0,059</b>
RN ficou com a mãe depois do parto	86 (55,1)	70 (44,9)	0,401
Contato pele a pele com o RN após o nascimento	91 (54,8)	75 (45,2)	0,541
AM na primeira hora	78 (54,9)	64 (45,1)	0,675
Recebeu orientações sobre o AM	93 (57,4)	69 (42,6)	<b>0,013</b>
Recebeu apoio para AM	83 (55,3)	67 (44,7)	0,475
<b>Total</b>	<b>99 (54,1)</b>	<b>84 (45,9)</b>	

BEMSP: bem-estar materno em situação de parto; \*Teste Qui-quadrado; <sup>1</sup>Amostra de mulheres que tiveram parto normal ; RN: Recém-nascido; AM: Aleitamento materno.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise múltipla. Observa-se que a prevalência de mal-estar no parto foi 80,0% maior entre as mulheres cujo parto foi cesáreo comparadas



com aquelas que tiveram parto normal (RP=1,80). Entre as mulheres que não receberam orientações sobre o aleitamento materno, a prevalência de mal-estar no parto foi 54,0% maior que aquelas que receberam as orientações. As demais variáveis analisadas não apresentaram associação significativa com o mal-estar no parto após ajuste do modelo. O modelo final apresentou qualidade de ajuste (teste de *Deviance* valor-p = 0,725).

Tabela 4: Modelo de regressão de Poisson ajustado das variáveis relativas à assistência ao parto associadas ao Mal-estar no parto. Montes Claros, MG, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	RP [IC95%]	Valor-p*
Tipo de parto		
Normal	1,00	
Cesárea	1,80 [1,30-2,48]	<0,001
Recebeu orientações sobre o aleitamento materno		
Sim	1,00	
Não	1,54 [1,10-2,16]	0,011

RP: Razão de prevalência; IC: intervalo de confiança \*Teste de *wald*. Teste *deviance* (valor-p=0,725).

## DISCUSSÃO

Este estudo estimou que mais da metade das puérperas entrevistadas experimentou adequado/ótimo bem-estar no parto, no entanto, importante proporção de participantes relataram mal-estar, desfecho que esteve associado ao parto cesáreo e à falta de orientações sobre o aleitamento materno (AM). Outros estudos que usaram a BMSP2 encontraram prevalências mais elevadas de adequado/ótimo bem-estar: 91,4%<sup>(11)</sup>; 87,2%<sup>(12)</sup>; 83,81%<sup>(13)</sup>; e 68%<sup>(14)</sup>. Esse achado, quando comparado com outros estudos, indica a necessidade de investimentos na melhoria do cuidado. O município onde foi conduzido o estudo, é um polo formador de profissionais para a região e possui iniciativas com potencial de contribuir com esse objetivo, como a presença de duas instituições com título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e de programas de residência médica em obstetrícia e em enfermagem obstétrica.

O bem-estar no parto está estreitamente relacionado com a satisfação da parturiente e envolve múltiplos fatores, como: as intervenções e condutas clínicas; os comportamentos e atitudes dos profissionais; a infraestrutura institucional; e as diferenças regionais e globais. Também, aspectos Antenatais como conhecimento prévio e preparação para o parto no pré-natal são decisórios para a qualidade da vivência. Em geral, as intervenções e práticas profissionais não fundamentadas em evidências científicas para a assistência ao trabalho de

parto e parto, como negar o acesso aos métodos para o alívio da dor, atitudes de desrespeito, comunicação deficiente e condutas deficitárias no pré-natal interferem negativamente no nível de satisfação<sup>(15-16)</sup>. O bem-estar materno também depende do desfecho positivo, ou seja, um recém-nascido saudável, a ausência de complicações além da adequação do processo parturitivo às expectativas da mulher<sup>(17)</sup>.

Os domínios “Participação familiar contínua” e “Qualidade do relacionamento durante o cuidado” da BMSP2 apresentaram maiores porcentagens de participantes com experiência positiva. Mulheres que vivenciam relações respeitosas de cuidado, recebem apoio emocional e informações claras relatam maior satisfação global com a assistência ao parto<sup>(16,18)</sup>. O acolhimento e respeito às opiniões, valores e crenças, bem como o envolvimento nas decisões assistenciais contribui para uma vivência positiva e aumenta o bem-estar percebido<sup>(11,19)</sup>. O acompanhante facilita a criação de um ambiente acolhedor, com respeito à privacidade e apoio emocional durante o trabalho de parto, contribuindo para uma experiência positiva e redução da ansiedade da parturiente<sup>(20)</sup>. Estudo nacional sobre a implementação das diretrizes da humanização na assistência envolvendo 606 maternidades, observou inadequação para a presença do acompanhante em 8,4% delas. Somente 56,9% das instituições dispunham de uma poltrona adequada e apenas em 75,6% o acesso às refeições para o acompanhante foi classificado como adequado<sup>(21)</sup>.

Em contraste, os domínios “Autocuidado e conforto” e “Cuidado despersonalizado” registraram a pior avaliação segundo as entrevistadas. O “Autocuidado e conforto” avalia o relacionamento entre parturiente e equipe, a comunicação sobre o estado de saúde do binômio mãe-bebê, o respeito à privacidade e a promoção do alojamento conjunto<sup>(9)</sup>. O domínio “Cuidado despersonalizado” afere as percepções sobre o uso de equipamentos seguros, o respeito aos valores e crenças religiosas, a alimentação durante o trabalho de parto, o atendimento oportuno pela equipe, os exercícios e atividades para alívio da dor e a submissão a procedimentos que não correspondem a um parto natural<sup>(9)</sup>.

Observou-se predomínio na amostra de boas práticas de cuidado, como a presença de acompanhante, o alojamento conjunto, o contato pele a pele com o RN após o nascimento e o apoio para AM. A presença do acompanhante está associada a melhores desfechos materno-infantis, à qualidade adequada da assistência, e promove proteção contra a ocorrência de violência verbal, psicológica e física<sup>(22-23)</sup>. A amamentação na primeira hora de vida e o alojamento conjunto fortalece o vínculo mãe-filho e protege contra o desmame precoce<sup>(24)</sup>. A prevalência identificada do AM na primeira hora de vida é maior que o estimado para o contexto nacional que é menor que 50%<sup>(25)</sup>. O contato precoce e contínuo com o bebê e o

início da amamentação são fatores associados à satisfação materna<sup>(26)</sup>. Pequena porcentagem das puérperas experienciaram práticas que podem interferir negativamente na vivência do processo parturitivo, como a manobra de kristeller, os toques vaginais repetitivos ou por diferentes pessoas e as conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos. A manobra de Kristeller, prática sem fundamento científico, deve ser abolida na assistência ao parto, embora ainda esteja presente segundo prevalências de 37,3% e 23,1% encontradas na literatura<sup>(27-28)</sup>. Condutas não fundamentadas em evidências científicas são consideradas violência obstétrica e ocorrem em cerca de 60% dos partos no Brasil<sup>(29)</sup>. O exame vaginal quando é realizado de forma frequente e sem consentimento, também se enquadra nesse tipo de violência<sup>(29-31)</sup>. Outras condutas que interferem no processo da parturição como o uso desnecessário da ocitocina, a amniotomia, a epísiotomia, a adoção obrigatória da posição litotômica, bem como a cesárea sem indicação clínica também são consideradas violência obstétrica<sup>(29,31)</sup>.

Segundo MARTINS et al., (2021)<sup>(16)</sup> o nível de satisfação não depende do tipo de parto, mas sim da percepção sobre os cuidados dispensados à mulher durante a parturição. Porém, outros estudos encontraram associação entre cesareanas e partos instrumentalizados e níveis menores de bem-estar<sup>(32-33)</sup>. Após ajuste do modelo múltiplo, este estudo também evidencia associação entre o mal-estar e o parto cesáreo. O resultado deve ser interpretado com ponderação, pois é necessário separar as cesarianas eletivas das não programadas, visto que essas últimas provocam menos sentimentos positivos. Deve-se considerar que as parturientes investigadas foram majoritariamente atendidas em instituições inseridas no SUS (89,4%) onde a realização da cesárea, somente justificada pelo desejo da mulher, não é possível. Quando realizada intraparto, as mulheres experimentam as dores, os medos, as tensões e as ansiedades próprias do parto vaginal e, também, os desconfortos e dores no pós-cirúrgico. Além da quebra da expectativa por um parto vaginal, o contato pele a pele com o bebê ainda na sala de parto, fator importante para o bem-estar, não é realizado na maioria dos dos partos cesáreos ou quando realizado não mantém a qualidade que é possível no parto vaginal. Esta condição pode justificar a associação encontrada neste estudo.

Embora de prevalência elevada, a taxa de cesárea encontrada é inferior aos de dados de 2019 em Minas Gerais de 58,08% e em âmbito nacional de 56,3%, segundo o Departamento de Informática do SUS<sup>(34)</sup>. Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde considera que as cesáreas devem corresponder de 10 a 15% do total de partos. Apesar disso e dos múltiplos esforços globais para sua redução, as taxas de cesariana no mundo vêm aumentando nas últimas três décadas. Nas projeções, até 2030, o nascimento via cesariana vai

se consolidar como o modo de nascer predominante na Ásia e América Latina, sendo associado à medicalização do parto, envolvendo fatores como valores e crenças das mulheres e dos profissionais<sup>(35)</sup>. Estes fatores vão influenciar as preferências das mulheres pela via do parto e, indiretamente, o bem-estar e a vivência das parturientes.

No modelo ajustado, não receber orientações sobre AM esteve associado ao mal-estar, indicando a importância desse domínio para a experiência de nascimento. Evidências científicas robustas demonstram redução da morbimortalidade materna e infantil, com a implementação de ações que favoreçam a amamentação. Diante disso, foi criada a IHAC com a finalidade de implementar uma diretriz que envolve o treinamento dos profissionais em habilidades técnicas e de comunicação para a promoção e proteção do aleitamento materno<sup>(36)</sup>. No cenário estudado, dois hospitais possuem o título da IHAC o que pode explicar a elevada prevalência de ações voltadas para o AM. Em contraste, um estudo<sup>(37)</sup> avaliou 175 binômios mãe-bebê no município de Montes Claros e encontrou que apenas 45,7% das mulheres receberam orientações sobre AM ainda na maternidade. O AM é um evento desafiador pois requer habilidades, motivação, informação e apoio para as mães. O suporte recebido ainda na maternidade é importante para a mãe se sentir segura no enfrentamento das dificuldades que surgirão em domicílio e que podem levar a interrupção da amamentação<sup>(38)</sup>. Intervenções educativas sobre AM podem favorecer a autoconfiança e impactar positivamente o bem-estar materno<sup>(39)</sup>.

Uma assistência humanizada engloba tanto o uso de intervenções necessárias e fundamentadas cientificamente quanto o comportamento dos profissionais centrados nas demandas das mulheres. Proporcionar um trabalho de parto vivenciado de forma positiva e com satisfação é importante na promoção da saúde da saúde materna e infantil. Quando a experiência de parto é atormentadora, podem surgir traumas psicológicos danosos para a saúde mental das mulheres ao longo da vida, que interferem nas relações com a prole e cônjuges e nas decisões reprodutivas posteriores<sup>(40)</sup>. Além disso, uma experiência hospitalar traumática no momento do parto pode causar danos à saúde do recém-nascido por atrasar a busca por assistência institucionalizada<sup>(41)</sup>.

A ocorrência do mal-estar no parto, retira das mulheres a oportunidade de vivenciar a alegria, a satisfação e o empoderamento, transformando este momento em tormento inescapável que não pode ser substituído por uma nova vivência. A atuação dos profissionais ao negar uma assistência humanizada e causar mal-estar no parto é uma forma de violação dos direitos humanos, que devem ser assegurados pelas instituições<sup>(42)</sup>.

Uma estratégia adotada de forma crescente nos últimos anos no país é a inclusão da

assistência ao parto prestada por enfermeiros obstétricos. Estes profissionais, em geral, recebem uma formação no paradigma da assistência humanizada e, uma vez fazendo parte da equipe, podem provocar mudanças rumo a um cuidado mais empático e solidário com a singularidade de cada parturiente. Sua presença contínua com a parturiente alivia a ansiedade, o medo e reduz as intervenções na assistência<sup>(43)</sup>.

### **Limitações do estudo**

As entrevistas aconteceram em contato prospectivo ao trabalho de parto, período repleto de mudanças relacionadas ao puerpério e assim sujeito ao viés da memória. A amostragem não probabilística impede a generalização dos resultados. Não foi possível distinguir as cesáreas intraparto das eletivas, o que pode impactar a análise de alguns itens da BMSP2.

### **Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

Os achados são úteis aos profissionais e gestores para a discussão e aprimoramento dos cuidados dispensados às mulheres no trabalho de parto. Existem poucos estudos publicados no Brasil com o uso da BMSP2 e nenhum deles avaliou o bem-estar materno em mulheres submetidas a cesariana. Esse instrumento é válido e confiável para avaliar o bem-estar materno em território nacional e permite comparar diferentes cenários, servindo como norteador para o desenho de políticas públicas promotoras do protagonismo da parturiente.

### **CONCLUSÕES**

Diante dos possíveis danos, uma vivência insatisfatória do parto se torna uma preocupação de saúde pública e deve ser tratada como tal. Aspectos da assistência que dizem respeito à qualidade do relacionamento entre parturiente e profissional, a um cuidado respeitoso e empático, à presença do acompanhante e às condições que favorecem o contato entre mãe e filho e à amamentação são essenciais para uma vivência de bem-estar no parto. Entretanto, sua complexidade desafia a articulação entre a prática e as políticas públicas já existentes de enfrentamento. Os resultados apresentados servem de alerta as instituições envolvidas no estudo quanto à necessidade de revisar as práticas assistenciais para melhorar a satisfação e direcionar o cuidado às recomendações nacionais e internacionais

### **FOMENTO**

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - bolsa de

Mestrado. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - bolsa de produtividade em pesquisa nível 2 (processo 316674/2021-4).

## REFERÊNCIAS

1. Keunecke AL, Polido CA, Rabello Neto DL, Rattner D, Silva JA, Horta JCA, et al. Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21. Brasília: Unicef, ReHuNa; 2021.
2. Zveiter M, Mouta RJO, Medina ET, Almeida LP, Silva SCSB, Martins EL. O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro? *Rev enferm UERJ*. 2022; 30:e66736: 1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736>.
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. 200 p.
4. Ramos TM, Carmona EV, Balaminit T, Sanfelice CFO. Avaliação da satisfação de mulheres com trabalho de parto e parto em hospital de ensino. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43:e20210286: 1-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210286.pt>.
5. Gonçalves DS, Moura MAV, Pereira ALF, Queiroz ABA, Santos CA, Torquato HDM. Satisfação e insatisfação no parto normal sob o enfoque dos atributos da qualidade da assistência. *Rev enferm UERJ*. 2021; 29:e59021: 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.59021>.
6. Conceição HN, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Madeiro AP. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. *Cad. Saúde Pública*. 2023; 39(5):e00236922: 1-10. doi: 10.1590/0102-311XPT236922.
7. Paiz JC, Castro SMJ, Giugliani ERJ, Ahne SMS, Dall’Aqua CB, Giugliani C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22:664: 2-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4>.
8. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women’s childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1): 2-17. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>.
9. Jamas MT, Ferretti-Rebustini REL, Rebustini F, Gonçalves IR, Gouveia LMR, Hoga LAK. Evidências de validade da escala de Bienestar Materno en Situación de Parto. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE02843: 1-8. doi: <https://doi.org/10.37689/actape/2021AO02843>
10. JAMAS MT. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da “Escala de bienestar Materno em Situacion de Parto (BMSP 2)”. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2013; 152p.
11. Alvares AS, Corrêa ÁCP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Rev Bras*

- Enferm [Internet]. 2018 [cited 2023 jun 23]; 71(suppl 6): 2620-2627. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.
12. Silva RCF, Westphal F, Assalin ACB, Silva MIM, Goldman RE. Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. Rev Enferm UFPE online [Internet] 2020. [cited 2023 jun 23];14:e245827:1-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245851/36310>.
  13. Martínez MBa, Chicano MTR, Tello JR, Pérez AG, Hernández MGS. Bienestar de la mujer durante el proceso de parto: comparación de dos herramientas de evaluación. *Matronas Prof.* 2020; 20 (8): 4-12.
  14. Oliveira O, Reges RC, Capiche S. (2022). Bem-estar da puérpera no atendimento ao parto em uma maternidade municipal no norte do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2022; 15(2): e9452: 1-8. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e9452.2022>
  15. Santos YRP, Carvalho TDG, Leal NP, Leal MC. Satisfaction with childbirth care in Brazilian maternity hospitals participating in the Stork Network program: women's opinions. *Cad Saúde Pública.* 2023; 39(5): e00154522: 2-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN154522>.
  16. Martins ACM, Giugliani, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Mulheres e Nascimento.* 2021; 34(4):e337-e345: 337-345. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.003>.
  17. Arrebola NR, Mahía LP, López SB, Castiñeira NL, Pillado TS, Díaz SP. Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Rev Esc Enferm USP.* 2021; 55e:03720: 1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020006603720>.
  18. Lee N, Kildea S, Kruske S, Gao Y. Relationship between women-centred care and women's birth experiences: A systematic review. *Women and Birth*[Internet]2019. [cited 2023 Jun 23]; 32(5), 401-411.
  19. Miyauchi A, Shishido E, Horiuchi S. Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. *Japan Journal of Nursing Science.* 2022; 19(3):e12475. doi: <https://doi.org/10.1111/jjns.12475>.
  20. Melo EC, Oliveira SM, Santos DC, Silva JM, Ferreira FV, Sousa MA. Humanized childbirth care: Fulfillment of parturients' expectations. *Rev Bras de Enferm* [Internet]2018. [cited 2023 Jun 23]; 71(3), 1395-1401.
  21. Bittencourt S, Vilela ME, Marques MC, Santos AM, Silva CK, Domingues RM, et al. Labor and childbirth care in maternities participating in the “Rede Cegonha/Brazil”: an evaluation of the degree of implementation of the activities. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 25]; 26(2): 801-821. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znmjkKxrXBFdrMM/abstract/?lang=em>

22. Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019 . Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 24];30(1):e2020383. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>;
23. Almeida NMO; Ramos EMB. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 23]; 9(4):12-27. Available from: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.643>
24. Jorge LS. Fisiologia da Lactação e amamentação. Editora Senac São Paulo,; 2023.
25. Campos PM, Gouveia HG, Strada, JK, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. Revista Gaúcha De Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 23]; 41(spe):e20190154. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
26. Brubaker LH, Paul IM, Repke JT, Kjerulff KH. Early maternal-newborn contact and positive birth experience. Birth[Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 23]; 46(1): 42-50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12378>
27. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. Cad Saude Publica [Internet]. 2014[cited 2023 Jun 23];30 Supl 1: S49-58. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S49-S58/pt/>
28. Alves MS, Braga AR. "Investigação de marcadores de percepção de violência obstétrica por gestantes." Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento[Internet]. 2022[cited 2023 Jun 22]; 11 (14): e563111436677. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36677>
29. Marrero L, Brüggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: Integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018[cited 2023 Jun 23];71(3):1152-1161. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QG37BFxdvgr6dvj5JtXvRtq/?lang=en&format=html>
30. Castro ATB, Rocha SP. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. Enferm. Foco[Internet]. 2020[cited 2023 jun 23];11(1):176-81. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798>
31. Menezes FR, Reis GM, Sales AAS, Jardim DMB, Lopes TC. O olhar de residentes em enfermagem obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. Interface - Comuni-cação, Saúde, Educação[Internet]. 2020[cited 2023 Jun 23];24:e180664. Available from: <https://www.scielosp.org/article/icse/2020.v24/e180664/>



32. Alderdice F, Henderson J, Opondo C, Lobel M, Quigley M, Redshaw M. Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustment: findings from a population-based survey. *BMC Womens Health* [Internet] 2019. [cited 2023 Jun 23];19(1):42. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0738-x>
33. Arrrebola R. N. et al. Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Rev. Esc. Enferm* [Internet] 2021. [cited 2023 Jun 2023]; 55(e:03720). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020006603720>
34. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 13 mar. 2022.
35. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671. PMID: 34130991; PMCID: PMC8208001
36. Lamounier JL, Chaves RG, Rego MA, Bouzada MC. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr*[Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 23];37 (4), 486-493. 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>
37. Barbosa GE, Pereira JM, Soares MS, Pereira LB, Pinho L, Caldeira AP. Initial difficulties with breastfeeding technique and the impact on duration of exclusive breastfeeding. *Rev Bras de Saúde Matern Infant* [Internet].2018 [cited 2023 Jun 23]; 18, 517-526. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FvCwDtXSystv9nYhx8NrC3w/abstract/?lang=en>
38. Bicalho CV, Martins CD, Friche AA de L, Motta AR. Dificuldade no aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto: revisão integrativa. *Audiol, Commun Res* [Internet]. 2021[cited 2023 Jun 23];26:e2471. Available from: <https://www.scielo.br/j/acr/a/R3m7sm8wnBJvfGRdBDWzk5R/>
39. Gallardo MD, Soberado MP, María EG, Muñoz LA, Martínez MD, Acevedo, FD, Morales EP. Satisfacción de madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y adherencia de los profesionales a las recomendaciones: Estudio multicéntrico. *Revista española de salud pública* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 23]; (94), 51. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721424>
40. Sun X, Fan X, Cong S, Wang R, Sha L, Xie H, Han J, Zhu Z, Zhang A. Psychological birth trauma: A concept analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 23]; 13(13):1065612. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1065612/full>

41. Minckas N, Gram , Smith C, Mannell J. (2021). Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. *BMJ global health*[Internet]. 2021[cited 2023 Jun 23]; 6(4), e004698. Available from: <https://gh.bmj.com/content/6/4/e004698.abstract>
42. Belizán JM, Williams C, Pingray V. Every woman in the world must have respectful care during childbirth: a reflection. *Reprod health* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 23];17(1):7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-020-0855-x>
43. Gimenes JS, Silva CH, Silva CHA, Oliveira DM. Bem-estar e qualidade de vida: importância da assistência de enfermagem humanizada no parto. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 23]; 4(2):6242-6250. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26883>

## 5 CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou prevalências de VO no pré-natal, manifestadas por ações que caracterizam tipologias como VO física (21,7%), VO sexual (7,0%), VO psicológica (24,3%), e VO institucional (26,3%). Destaca-se que 15,0% das gestantes relataram que durante as consultas do pré-natal não foram ouvidas e não receberam informações solicitadas de maneira satisfatória; 16,7% não se sentiram à vontade para expressar as suas preocupações, medos, angústias, e opiniões aos profissionais de saúde durante o pré-natal e 17,4% não receberam informações suficientes para que participassem ativamente das decisões que envolviam a própria gestação e o parto. Não foi identificada associação entre os tipos de VO e as características sociodemográficas.

O estudo identificou elevada prevalência de práticas assistenciais adequadas durante o parto como: presença de acompanhante (95,1%), recém-nascido ficou com a mãe depois do parto (85,2%), contato pele a pele com o RN após o nascimento (90,7%), aleitamento materno (AM) na primeira hora (77,6%), apoio e orientação para AM (88,5%). Algumas práticas que podem interferir negativamente no bem-estar durante o parto também foram percebidas, porém em menores proporções, como: a manobra de kristeller (5,5%), toques vaginais repetitivos (16,4%) e por diferentes pessoas (10,4%) e conversas paralelas entre os profissionais (16,9%).

Os domínios “Qualidade do relacionamento durante o cuidado”, e “Participação familiar contínua” foram os que apresentaram maiores indicadores de experiência positiva e os domínios “Autocuidado e conforto” e “Cuidado despersonalizado” foram os que apresentaram menores percentuais com experiência positiva. Constatou-se que 45,9% das puérperas experimentaram mal-estar, 27,9% bem-estar adequado e 26,2% ótimo bem-estar durante o parto. O mal-estar no parto apresentou associação com parto cesárea e com a falta de orientações sobre o AM.

Espera-se que os achados deste estudo possam contribuir para que os profissionais de saúde, instituições formadoras, órgãos de saúde e políticas públicas ampliem o debate acerca da humanização da assistência à gestação, parto e pós-parto, com vistas a melhorar a qualidade da atenção nas instituições de saúde e promover a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

## REFERÊNCIAS

1. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(3): 627-637.
2. OMS (Organização Mundial da 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. [acesso 10 Maio 2023]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [acesso em Jun 2023] [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
5. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: WHO; 1996.
6. Rattner D; et al. ReHuNa: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2010; 4(4): 215-228.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Brasil. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
9. Tesser C, Knobel R, Andrezzo H, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
10. Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG*. 2018; 125: 1208-1211.
11. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2022; 27:483-489.
12. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters* 2016; 24:47-55

13. Katz L, Amorim MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Quem tem medo da violência obstétrica?. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2020; 20:627-631.
14. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF. 2012. [acesso Jun 23]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>
15. D’Gregorio, RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 111(3): 201-202.
16. Do Amaral KP, Ribeiro JP. Violência obstétrica e neonatal e suas interfaces com a prevenção quaternária: uma revisão integrativa. *Revista saúde (sta. Maria).* 2021; 47 (1).
17. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP; 2013: 504.
18. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob SS, Ponce LR, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health.* 2018; 15(1): 1-8.
19. Lansks S, Souza KVD, Peixoto ERDM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, Cunha RO, Friche AALD. Violência Obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019; 24(8): 2811-2824.
20. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VS, Monteiro ACC, Moura RMA. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. *Rev enferm UFPE.* 2016; 10(12): 4474-4480.
21. d’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz SCG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S154-168.
22. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Publica.* 2014;30 Supl 1: S49-58.
23. Leal MDC, Pereira APE., Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, BastosMH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública.* 2014; 30sup: S17-S32.
24. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y meta análisis. *Rev Panam Salud Publica.* 2019; 43: e36.
25. Puppo S, Cormick G, Gibbons L, Rodríguez R, Correa M, Smith J, et al. The peripartum period involvement in the development of postpartum depression: a prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2022; 155:1107480.

26. Yakupova V, Suarez A, Karchenko A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(1): 335.
27. Martinez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: an observational study. *Midwifery* 2022; 108:103297.
28. Leal MDC., Gama SGND, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CND, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33Sup1: e00078816.
29. Santos ISB; Santos DS; Santos V. Violência institucional contra a mulher negra em Situação de abortamento. *Caderno Sisterhood*, Salvador- BA. 2019; 3(3): 74-85
30. Alves, Guilherme, et al. Os relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago* .2023; 9: 1-19.
31. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord*. 2019; 256: 441-447.
32. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, Silva AM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord* 2020; 273: 391-401.
33. Paiz JC, Castro SMJ, Giugliani ERJ, Ahne SMS, Dall'Aqua CB, Giugliani C. Association between mistreatment of women during child - birth and symptoms of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1): 664.
34. Salgado, HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública. 2012; 157p.
35. Nascimento LC, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Brito FM. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços Públicos. *Rev. De Enf UFPE*.2017, 11(5): 2014-2023.
36. Do Amaral, Kelly P, Ribeiro JP. Violência obstétrica e neonatal e suas interfaces com a prevenção quaternária: uma revisão integrativa. *Revista Saúde (Sta. Maria)*. 2021; 47 (1).
37. Conceição HND, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, & Madeiro AP. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2023; 39(5): e00236922.
38. Zanardo GLDP, Uribe MC, Nadal AHRD, & Habigzang LF. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.* 2017; 29: e155043.

39. Lima MF, Sereno VG, de Oliveira LP, Corrêa RS, Fernandes A H, Pimenta PML, Neves VCL. Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. *HU Rev.* 2019; 45(4): 415-420.
40. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2015; 25(3): 377-376.
41. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG.* 2014;121(supl 1):1-4.
42. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2016; 16(1): 29-37.
43. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazi. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2017 ; 21(1): e20170015.
44. Pedrozo CNLS, Lopez LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis.* 2017; 27(4): 1163-84.
45. Anunciação OS, Lamy ZC, Pereira MUL, Madeira HGR, Loyola CD, Gonçalves LLM et al. Revés de um parto: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. *Cad. saúde coletiva.* 2018; 34(12): e00190517.
46. Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva . Genebra: WHO; 2018.
47. Gimenes JS, Silva CHA, Silva CHA, & de Oliveira DMC. Bem-estar e qualidade de vida: importância da assistência de enfermagem humanizada no parto. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021; 4(2): 6242-6249.
48. Miyauchi A, Shishido E, & Horiuchi S. Experiências e percepções das mulheres sobre cuidados centrados na mulher e cuidados respeitosos durante o parto em instalações: uma meta-síntese. *Japan Journal of Nursing Science.* 2022; 19(3): e12475.
49. Conceição HN, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Madeiro AP. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39 (5): e00236922.
50. Gonçalves DS, Moura MAV, Pereira ALF, Queiroz ABA, Santos CA, Torquato HDM. Satisfação e insatisfação no parto normal sob o enfoque dos atributos da qualidade da assistência. *Rev enferm UERJ.* 2021; 29: e59021.
51. Sun X, Fan X, Cong S, Wang R, Sha L, Xie H, Han J, Zhu Z, Zhang A. Psychological birth trauma: A concept analysis. *Front Psychol.* 2023; 13: 1065612.

52. Brüggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, & Gayeski ME. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto Contexto Enfer.* 2011; 20 (4): 658-668.
53. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e depois: experiências de mãe sobre o parto. *Psicol Reflex Crit.* 2005; 18 (2): 247-254.
54. Minckas N e cols. Desrespeito e abuso como preditores de utilização de cuidados pós-natais e bem-estar materno-recém-nascido: uma revisão sistemática de métodos mistos. *BMJ global health.* 2021 6(4): e004698.
55. Alvares AS, Corrêa ÁCDP, Nakagawa JTT, Valim MD, Jamas MT, & Medeiros RMK. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2020.54: e03606.
56. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017; 17 (1): 1-19.
57. Uribe C, Contreras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Rev Chile Obstet Ginecol.* 2014; 79(3): 154-60.
58. Jamas,MT. Ferretti-Rebustini REDL, Rebustini F, Gonçalves IR, Gouveia LMR, & Hoga LAK. Evidências de validade da escala de Bienestar Materno em Situación de Parto. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2021; 34: eAPE02843.
59. Silva RCF, Westphal F, Assalin ACB, Silva MIM, Goldman RE. Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. *Rev. enferm. UFPE.* 2020; 14: 1-9.
60. De Oliveira O, Reges RC, & Capiche S. (2022). Bem-estar da puérpera no atendimento ao parto em uma maternidade municipal no norte do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2022; 15(2): e9452-e9452.
61. Atienzar-Martinez B, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, Perez AG. Bienestar de la mujer durante el proceso de parto: comparacion de dos herramientas de evaluacion. *Matronas Prof.* 2020; 21(1): 4-12.
62. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101678>> Acesso em: 29 abr. 2023.



## ANEXOS

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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

**Pesquisador:** JANETTE CALDEIRA FONSECA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80957817.5.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.483.623

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa e com delineamento longitudinal.

O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana do referido município. Os questionários serão aplicados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em variáveis: características socioeconômicas e demográficas; caracterização ginecológica e obstétrica; condições gerais de saúde; exames laboratoriais; imunização; suplementação de ferro e ácido fólico; alimentação e nutrição; aspectos odontológicos; absenteísmo às consultas e ao trabalho; alterações no sono; atividade física; qualidade de vida; aspectos emocionais e de saúde mental; sexualidade; violência. Além da aplicação dos questionários, serão aferidas a pressão arterial e as medidas antropométricas. Será utilizado o esfigmomanômetro, estetoscópio, balança digital e fita métrica.

**Endereço:** Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib

**Bairro:** Vila Mauricéa **CEP:** 39.401-089

**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS

**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

**Objetivo da Pesquisa:**

Avallar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações

coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**Benefícios:**

O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no

âmbito dos cuidados primários de saúde

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Proposta da pesquisa é relevante e atual visto que as violências sofridas nesse contexto torna-se necessário para garantir que a parturiente seja bem assistida durante o pré-parto, atribuindo à promoção dos seus direitos nas ações de saúde.

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

Apresenta todos os termos necessários.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéa CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.483.623

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

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1048272.pdf	07/12/2017 20:19:11		Acelto
Outros	ESTEQUESTIONARIOCOMINSTRUMENTOS.pdf	07/12/2017 20:17:48	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINALESTEPROJETOGESTANTES.pdf	07/12/2017 20:17:01	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Folha de Rosto	GFOLHADEROSTO.pdf	07/12/2017 20:16:39	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Outros	TERMOINSTITUICAOGESTANTES.pdf	05/12/2017 20:11:35	JANETTE CALDEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOGestantes.pdf	05/12/2017 20:10:40	JANETTE CALDEIRA FONSECA	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Rib.  
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 33.401-088  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

MONTES CLAROS, 02 de Fevereiro de 2018

---

Assinado por:  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

**Pesquisador:** JANETTE CALDEIRA FONSECA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80957817.5.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.724.531

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de emenda em projeto que já conta com aprovação, Número do Parecer: 2.483.623.

Justificativa dos pesquisadores: "Ementa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista que os autores do estudo, ao longo de sua realização, concluíram ser imprescindível a inclusão das participantes quando estas estiverem também no momento do puerpério (após o parto). Sendo assim, todas as gestantes que participarem da investigação serão novamente pesquisadas quando estiverem na fase puerperal (entre 30 e 45 dias), o que gerou alterações no cálculo amostral, a inclusão de novo instrumento de coleta de dados específico do puerpério e, desse modo, a futura realização de mais uma etapa correspondente ao puerpério. Também serão incluídas gestantes adolescentes (menores de idade), após aprovação do CEP".

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

"Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil".

**Objetivos Secundários:**

"Analisar as condições de saúde das mulheres participantes no período da gestação e do puerpério.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéa CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 3.724.631

- Acompanhar especificamente as gestantes do 1º trimestre nos momentos: 1º e 3º trimestres, bem como na fase do puerpério.
- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e puérperas participantes do estudo;
- Verificar as características gerais de saúde e gineco-obstétricas das participantes;
- Averiguar a realização de exames laboratoriais, imunização, suplementação de ferro e ácido fólico;
- Identificar aspectos relacionados à alimentação e nutrição, atividade física, saúde bucal;
- Mensurar a adesão às consultas de pré-natal e o absentismo ao trabalho;
- Investigar alterações no sono; na imagem corporal; na qualidade de vida; nos aspectos emocionais e de saúde mental; na sexualidade e na violência obstétrica.
- Verificar condições de saúde específicas destas mulheres quando da fase puerperal, relativas ao parto, à humanização da assistência, aos aspectos de sua saúde física, emocional e mental”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**Benefícios:**

O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro  
 Bairro: Via Mauricéla CEP: 39.401-089  
 UF: MG Município: MONTES CLAROS  
 Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 3.724.531

de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda de pesquisa anteriormente aprovada por este CEP.

A emenda se refere a inclusão de puérperas, com alterações no cálculo amostral, inclusão de novo instrumento de coleta de dados específico do puerpério e, desse modo, acrescentou mais uma etapa de coleta correspondente ao puerpério. Também, serão incluídas gestantes adolescentes (menores de idade). O novo instrumento e o TALE foi apresentado.

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

Adequados.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

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

Emenda aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1396117_É1.pdf	12/09/2019 23:47:03		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ADOLESCENTEALGETERMO.pdf	12/09/2019 23:46:37	Cássio de Almeida Lima	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	OFICIALTCLECORRIGIDO.pdf	20/08/2019 00:57:29	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	OFICIALCEPNOVOPROJETOESTUDOALGE.pdf	10/08/2019 00:28:51	Cássio de Almeida Lima	Acelto

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 3.724.631

Outros	PUERPERIOINSTRUMENTOFINAL.pdf	10/07/2019 22:39:41	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Outros	ESTEQUESTIONARIOCOMINSTRUMENTOS.pdf	07/12/2017 20:17:48	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Folha de Rosto	GFOLHADEROSTO.pdf	07/12/2017 20:16:39	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Outros	TERMOINSTITUICAOGESTANTES.pdf	05/12/2017 20:11:35	JANETTE CALDEIRA	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MONTES CLAROS, 25 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:  
SIMONE DE MELO COSTA  
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Dr. Raul Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro  
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com



## ANEXO B - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



### TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

**Instituição onde será realizada a pesquisa:** Universidade Estadual de Montes Claros.

**Pesquisador responsável:** Professora Janette Caldeira Fonseca

**Endereço e telefone:** Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG. Telefone: (038) 9 9941 9895.

**Atenção:** Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1-Objetivo:** Avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**2-Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS *Statistics* versão 22.0 para *Windows*®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**3-Justificativa:** A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

**4-Benefícios:** O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

**5-Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**6-Danos:** Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

**7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8-Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**9-Compensação/indenização:** Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.

**10-Outras informações pertinentes:** Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

**11-Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este

formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde  
Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Daniella  
Daniella C. M. Dias Veloso  
CREM.MG 140034 - Em

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

05/12/17  
Data

Janette Caldeira Fonseca - MASP 09512161

Pesquisador/Coordenador da Pesquisa  
Professora Janette Caldeira Fonseca

Janette Caldeira Fonseca  
Assinatura

05/13/17  
Data

## ANEXO C - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal **Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros.

**Patrocinador:** Não se aplica.

**Coordenador(a):** Professora Janette Caldeira Fonseca.

#### Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1. Objetivo:** Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**2. Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 1.500 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 500 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação e ao puerpério. Os dados coletados serão organizados e analisados no *software* IBM SPSS *Statistics* versão 22.0 para *Windows*®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**3. Justificativa:** A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes e puérperas que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do

cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

**4. Benefícios:** O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

**5. Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade da paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das participantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as participantes, em ambientes reservados e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**6. Danos:** Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral. Todavia, há a possibilidade dos riscos e desconfortos descritos no item anterior.

**7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8. Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**9. Compensação/indenização:** Todos os recursos são de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo, não sendo previsto nenhum tipo de despesa para as participantes desta pesquisa. Porém, é garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Não será exigida da participante, sob qualquer argumento, a renúncia ao direito à indenização por algum dano. As participantes que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

**10. Outras informações pertinentes:** Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

**11. Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



Janette Caldeira Fonseca

Data

Coordenadora da pesquisa

**ENDEREÇO DO PESQUISADOR:** Prof<sup>ª</sup>. Janette Caldeira Fonseca Avenida. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N - Vila Mauricéia, Montes Claros - MG, 39401-089 Sala 14B, segundo andar, prédio 3, Montes Claros/MG.

**TELEFONE:** (38) 99104 8011.

#### ANEXO D - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros.

**Coordenador(a):** Professora Janette Caldeira Fonseca.

#### **Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1. Objetivo:** Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**2. Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 1.500 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 500 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames

laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação e ao puerpério. Os dados coletados serão organizados e analisados no *software* IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**3. Justificativa:** A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes e puérperas que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

**4. Benefícios:** O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

**5. Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade da paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das participantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as participantes, em ambientes reservados e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**6. Danos:** Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral. Todavia, há a possibilidade dos riscos e desconfortos descritos no item anterior.

**7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8. Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**9. Compensação/indenização:** Todos os recursos são de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo, não sendo previsto nenhum tipo de despesa para as participantes desta pesquisa. Porém, é garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Não será exigida da participante, sob qualquer argumento, a renúncia ao direito à indenização por algum dano. As participantes que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

**10. Outras informações pertinentes:** Não se aplica.

**Assentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta

