

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ADÉLIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE DORNELAS

Abuso, desrespeito e maltrato no parto: contribuição das coortes de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO

2019

ADÉLIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE DORNELAS

Abuso, desrespeito e maltrato no parto: contribuição das coortes de Ribeirão Preto

Pesquisa apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para realização de Exame de Defesa no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, nível Mestrado.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Cunha Cardoso

RIBEIRÃO PRETO

2019

DORNELAS, A.C.V.R.; **Abuso, desrespeito e maltrato no parto: contribuição das coortes de Ribeirão Preto 2019.** 71 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Dornelas, Adélia Cristina Vieira de Rezende

Abuso, desrespeito e maltrato no parto: contribuição das coortes de Ribeirão Preto

Dornelas, Adélia Cristina Vieira de Rezende; orientadora: Viviane Cunha Cardoso 2019, 73 fls.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, nível Mestrado.

Versão original

DORNELAS, A.C.V.R.; **Abuso, desrespeito e maltrato no parto: contribuição das coortes de Ribeirão Preto 2019**. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Ao meu marido e filhas com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Viviane Cunha Cardoso, que nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico, intelectual e pessoal.

A Profa. Dra. Adriana Tavera por acreditar na realização de um sonho e assim tornar o meu possível e por sua atenção e apoio durante o processo construção.

A Profa. Heloísa Bettiol por toda atenção dedicadas a essa parceria como também a todo apoio a nós alunos do MINTER.

A Secretária Vera sempre solícita, competente e precisa em seu apoio e atenção à nós alunos.

A Estela pelo carinho e cuidado na sua dedicada tarefa de organizar nossas demandas.

A Dra. Livia por todo apoio fornecido com seu vasto conhecimento.

À todos os professores e funcionários que direta ou indiretamente tornaram possível a realização do programa MINTER entre a UEA e USPRP.

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na qual possuo imenso orgulho de me sentir parte.

A Universidade do Estado do Amazonas por todas oportunidades à mim presenteadas.

RESUMO

DORNELAS, A.C.V.R.; **Abuso, desrespeito e maltrato no parto: contribuição das coortes de Ribeirão Preto 2019**. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução: Abuso, desrespeito e maltrato (ADM) no parto são formas específicas de violência contra as mulheres que violam direitos de saúde reprodutiva, e resultam em danos físicos ou psicológicos durante a gravidez, parto ou puerpério. Apesar da notoriedade atual do tema, ainda são poucos os achados quantitativos a esse respeito. **Objetivos:** Descrever a experiência de ADM durante trabalho de parto e parto, relatada por participantes das coortes de nascimentos de Ribeirão Preto (RP) de 1978/79 e 1994; estimar a frequência de queixa de maltrato pelas mulheres das coortes; comparar a experiência de ADM sofrida no trabalho de parto e parto entre as as mulheres que queixaram ou não esta situação. **Método:** Foram avaliados 1547 indivíduos pertencentes às coortes de nascimentos de RP que já tinham filhos (1355 da coorte de 1978/79 e 192 da coorte de 1994). A este grupo foram aplicados questionários sigilosos que versavam sobre a experiência do parto da participante ou da companheira do participante, contendo uma questão sobre sentimento de maltrato no parto e outros 13 tópicos voltados para ADM propriamente ditos. ADM foi definido como presente se houvesse resposta positiva para um dos seguintes itens: *“não pude ficar com acompanhante de minha escolha; não me deixaram comer nem beber nada; gritaram comigo; ameaçaram não cuidar mais de mim; recebi vários exames de toque vaginal sem ser consultada; a equipe que cuidava de mim não me explicava o que estava acontecendo; fui forçada a ter parto normal contra minha vontade; fui forçada a ter parto cesária contra minha vontade; apertaram minha barriga para ajudar o nenê nascer; não me deixaram caminhar quando eu quis; fizeram pique em mim por baixo sem me consultar/contra minha vontade; fizeram pique por baixo em mim sem fazer anestesia; demoraram para me deixar ver ou pegar o nenê; não recebi qualquer forma de alívio para as dores do parto”*. Para comparar as mulheres que queixaram ou não maltrato foi aplicado teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata, versão 13.0. **Resultados:** Houve queixa de maltrato durante o parto em 8,7% (87,1% da coorte de 1978/79 e 12,9% da coorte de 1994) da amostra que respondeu sobre o assunto; A média de idade materna das 70 participantes que referiram maltrato/desrespeito foi de 25 anos (DP 5,08); com

peso médio dos recém-nascidos de 3007,9 kg (DP 228,97) e idade gestacional média de 37 semanas (DP 1,87). A maior parte destes partos ocorreu em hospital/maternidade pública (82,8%) e foi assistido por profissional do sexo feminino (51,7%). O relato de maltrato ocorreu na maioria dos casos no parto do 1º filho (64,3%) e o tipo de parto mais associado a lembranças de desrespeito foi o vaginal (60,7%). Foi relatado que 35 (54,4%) destas gestações não foram planejadas e, somente 12 dos partos (25,5%) foram induzidos. Mulheres que queixaram maltrato apresentaram maiores frequências de percepção para quase todos os tópicos de experiência de ADM, exceto para “*Não me deixaram comer ou beber nada*” e “*Fui forçada a ter parto cesárea contra minha vontade*”. As queixas mais frequentes em ambos os grupos (queixou e não queixou maltrato) foram “*Não ter podido ficar com o acompanhante de sua escolha*” (38,1% e 24,8%, respectivamente) e “*A barriga ter sido apertada para ajudar no parto*” (42,9% e 26%, respectivamente). Entre as mulheres que queixaram maltrato o relato mais frequente foi “*Equipe não me explicava o que estava acontecendo*” (60,3%); por outro lado, a maior queixa entre o grupo que não queixou maltrato foi “*Não ter podido comer nem beber nada*” (30,5%). Entre os relatos dos homens destacam-se “*Não ter acompanhante*” (34,5%), “*Não pode comer nem beber nada*” (21,1%) e “*A equipe não explicava nada*” (18,4%). **Conclusões:** Apenas 8,7% da amostra feminina das coortes sentiu-se maltratada durante trabalho de parto/parto, apesar das altas frequências de respostas positivas para as questões sobre ADM. Não ter o acompanhante de escolha durante o parto é o relato mais evidente em todos os grupos avaliados.

Palavras-chaves: Abuso. Desrespeito. Maltrato. Parto. Saúde Materna.

ABSTRACT

DORNELAS, A.C.V.R. .; **Abuse, disrespect and abuse in childbirth: contribution of the Ribeirão Preto cohorts 2019.** 71 f. Dissertation (Master) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: Child abuse, disrespect and abuse are specific forms of violence against women who violate reproductive health rights, and result in physical or psychological harm during pregnancy, childbirth or the postpartum period. Despite the current notoriety of the subject, there are still few quantitative findings in this regard. **Objectives:** Describe the experience of ROM during labor and delivery, reported by participants from the 1978/79 and 1994 Ribeirão Preto (RP) birth cohorts; estimate the frequency of maltreatment by cohort women; To compare the experience of ROM in labor and delivery among women who complained or not. **Method:** A total of 1,547 individuals from the PR birth cohorts who already had children were evaluated (1355 from the 1978/79 cohort and 192 from the 1994 cohort). This group was given confidential questionnaires that dealt with the participant's or the companion's partner's experience of childbirth, containing a question about feelings of childbirth abuse and 13 other ADM topics themselves. ADM was defined as present if there was a positive response to one of the following items: “I could not stay with a companion of my choice; They did not let me eat or drink anything. they shouted at me; threatened not to take care of me anymore; I received several vaginal touch exams without being consulted; the staff taking care of me didn't explain to me what was going on; I was forced to have normal birth against my will; I was forced to have a cesarean section against my will; they squeezed my belly to help the baby be born; They wouldn't let me walk when I wanted to; they stung me underneath without consulting me / against my will; they poked underneath me without anesthesia; they took a long time to let me see or catch the baby; I did not receive any form of relief from the pains of childbirth. ” To compare the women who complained or not, the chi-square test was applied, with a significance level of 5%. The analyzes were performed using the Stata statistical package, version 13.0. **Conclusions:** Only 8.7% of the female cohort sample felt maltreated during labor, despite the high frequency of positive answers to ADM questions. Not having the companion of choice during childbirth is the most evident report in all groups evaluated.

Keywords: Abuse. Disrespect. Mistreatment. Childbirth Maternal Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas, segundo a coorte de nascimento.....	41
Tabela 2 - Relato de abuso, desrespeito e maltrato durante o trabalho de parto e parto, segundo as características reprodutivas e assistenciais das participantes da coortes.....	42
Tabela 3 - Características sociodemográficas das mulheres das coortes de 1978/79 e 1994 segundo ocorrência de abuso, desrespeito e maltrato em seus partos.....	43
Tabela 4 - Relatos de abuso, desrespeito e maltrato por mulheres, segundo ocorrência.....	44
Tabela 5 - Relato de abuso, desrespeito, e maltrato pelas mulheres, segundo as coortes de 1978/79 e 1994.....	46
Tabela 6 - Relato de abuso, desrespeito e maltrato vivenciado pela companheira durante trabalho de parto e parto.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABEP-** Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- ADM** - Abuso, desrespeito e maltrato
- CRFB** – Constituição da República Federativa do Brasil
- FMRP** – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
- HCFMRP** – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
- NESCA** – Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PHPN** – Programa de Humanização do Parto e do Nascimento
- RedCap** - Research Electronic Data Capture
- RN** – Recém-Nascido
- RP** – Ribeirão Preto
- SP** – São Paulo
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TEPT** – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- TV** – Televisão
- UPC** – Unidade de Pesquisa Clínica
- USP** – Universidade de São Paulo
- VO** – Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Definições associadas ao abuso, desrespeito e maltrato no parto.....	15
1.2 Breve histórico das ações contra o abuso, desrespeito e maltrato no Parto.....	19
1.3 Aspectos Revelantes.....	24
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 JUSTIFICATIVA	31
4 MÉTODO	32
4.1 Breve histórico sobre as coortes de 1978 e 1994 de Ribeirão Preto/SP.....	32
4.2 Tipo de estudo	34
4.3 Local do estudo.....	34
4.4 Amostra	35
4.5 Critérios de inclusão	346
4.6 Critérios de exclusão	346
4.7 Processo de obtenção da amostra.....	36
4.8 Coleta de dados.....	37
4.9 Instrumentos utilizados.....	38
4.10 Organização do banco de dados.....	39
4.11 Variáveis estudadas.....	39
4.12 Análise estatística.....	40
4.13 Aspectos éticos	41
5 RESULTADOS	42
6 DISCUSSÃO	479
7 CONCLUSÃO	557

REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	62

1. INTRODUÇÃO

A violência é um importante e crescente problema de saúde pública no mundo. Infelizmente ela segue presente e constante no universo feminino. Desde o início da década de 80, o campo da saúde pública vem desempenhando um papel importante na luta contra a violência, mas apesar de muitos profissionais, pesquisadores e gestores do sistema de saúde tomaram para si a tarefa de entender suas raízes e buscar meios de evita-la, esse problema permanece sem solução e suas consequências são devastadoras. Leva ao consumo inadequado de bebidas alcoólicas e de drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a recorrentes dificuldades de relacionamento, com impacto negativo na saúde da população (KRUG et al., 2002).

Em 1996, a resolução WHA49.25 foi adotada pela 49ª Assembleia Mundial de Saúde onde declarou-se a importância da violência como um problema crescente de saúde pública no mundo. Esta atitude endossa as recomendações feitas na *International Conference on Population and Development* [Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento] (Cairo, 1994) e na *Fourth World Conference on Women* [Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres] (Beijing, 1995) para que se ataque urgentemente o problema da violência contra mulheres e meninas e se compreenda suas consequências na saúde (KRUG et al., 2002). Além de ferimentos físicos, os efeitos da violência para a saúde incluem incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, tabagismo, comportamento sexual de alto risco e consumo abusivo de álcool e drogas – comportamentos que associam experiências de violência a doenças cardíacas, acidentes vasculares, câncer, HIV/aids e uma série de outras doenças crônicas e infecciosas, assim como morte prematura (OMS, 2014).

A mulher conhece a violência de várias formas. Violência doméstica, sexual, física, psicológica, moral; e seu ato fisiológico de parir a expôs a mais uma forma de violência: a violência no parto. O nascimento de um filho, considerado como um dos eventos mais marcantes na vida da mulher, pode se tornar uma experiência dolorosa e inesquecivelmente negativa, na qual as parturientes sentem-se agredidas, desrespeitadas e violentadas por aqueles que deveriam prestar assistência e cuida-las (SOARES, 2017). Ela corresponde a uma forma específica da violência de gênero, em que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes.

“Violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto”. (KRONBAUER; MENEGHEL, 2014, p. 01)

Somente na segunda década deste século, a violência no parto tornou-se visível, sendo objeto de numerosos estudos: mostras de arte, documentários, ações judiciais, investigações parlamentares, iniciativas do Ministério Público para defender as mulheres, bem como um novo conjunto de intervenções para apontar sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública. Essas ações inovadoras buscam tornar visível essa forma de violência nas práticas de saúde, tanto nos setores público e privado, encorajando governos e instituições a investirem em pesquisas, treinamento de profissionais e intervenções (DINIZ et al., 2015).

O abuso de mulheres e meninas durante o parto está ganhando reconhecimento como um problema mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o maltrato às mulheres durante o parto e às violações associadas aos direitos humanos são um “problema global”. A violência obstétrica é uma forma específica de violência contra as mulheres que viola direitos de saúde reprodutiva, e resulta em danos físicos ou psicológicos durante a gravidez, parto ou puerpério (MURRAY DE LOPEZ, 2018).

1.1 DEFINIÇÕES ASSOCIADAS AO ABUSO, DESRESPEITO E MALTRATO NO PARTO

A construção do conceito de violência no parto está atrelada a diversas percepções auto referidas e vivenciadas, diretamente relacionadas à história do parto, e se fez presente, sobretudo, após a inserção da prática obstétrica na medicina em que o parto deixou de ser um episódio natural, compartilhado apenas no seio familiar, para se tornar uma espécie de evento no ambiente hospitalar, prática dominada pela medicina e institucionalizada nos hospitais (SILVA; SERRA, 2017). O advento da Segunda Guerra Mundial teve grande contribuição nesse processo de institucionalização do parto, tendo em vista os altos índices de mortalidade materna da época e as condições precárias em que muitas mulheres viviam. A partir de então, a obstetrícia deixa de ser uma prática restrita ao ambiente doméstico e passa a ser exercida em hospitais e maternidades (PIRES; SOUZA e CUTRIM, 2016).

Várias expressões já foram usadas para designar o fenômeno da violência no parto, mas não é tarefa fácil defini-lo. Mais importante do que o termo utilizado para definir a violência no parto é sua constância e o que esta sendo construído para inibi-la. Diversas são as falas de homens e mulheres que vivenciam suas experiências de parto violentos, expressas pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Outras pesquisas também apontam, como uma forma específica ilustrativa deste tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (AGUIAR, 2010; SILVA; SERRA, 2017). Dessa forma, esse desrespeito é considerado uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (ZANARDO et al., 2017).

Argentina e Venezuela são os países mais envolvidos com essa temática. Respondendo a compromissos internacionais a Venezuela criou uma Constituição, com leis e normas que fortalecem a luta pelo cumprimento dos direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Esses instrumentos foram consolidados devido, entre outros motivos, à pressão dos movimentos de mulheres e de alguns homens comprometidos, pertencentes a organizações governamentais e não-governamentais, bem como o trabalho de mulheres acadêmicas. Na Venezuela também se utiliza o termo violência obstétrica e essa foi definida como “[...] apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa como tratamento desumanizado, abuso de medicação, e converter os processos naturais em processos patológicos, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (PÉREZ D’GREGORIO, 2010).

A Venezuela foi uma das primeiras jurisdições a garantir o direito de ações judiciais contra a violência obstétrica ao criar a lei nacional 3.8668 de 2007, intitulada “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, em defesa dos direitos das mulheres que estabelece o artigo 51: Violência Obstétrica; uma entre as 19 formas

de violência contra a mulher. Ela cita 5 intervenções realizadas por profissionais de saúde que são consideradas violência obstétrica dentro desta lei.

“Violencia obstétrica: Artículo 51. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”(VENEZUELA, 2007)

A Argentina e dez estados mexicanos também reconhecem a violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher. Os estados de Chiapas, Guerrero e Veracruz aplicam penalidades criminais para infratores. Essas leis oferecem uma série de soluções, como denúncias administrativas, tribunais especializados de arbitragem médica e denúncias junto a tribunais federais e comissões de direitos humanos (PORTELLA; DINIZ, 2017).

A Argentina possui a “LEY NACIONAL N° 25.929 do PARTO HUMANIZADO”. A articulação jurídica em torno dessa temática foi iniciada em 2009 quando a legislação do país criou a Lei 26.485/2009, que define violência obstétrica como: “aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais”. A decisão legislativa da Argentina de enquadrar abuso e maltrato de mulheres sob a rubrica de violência de gênero permite a identificação de falhas tanto no sistema de saúde quanto na participação das mulheres na sociedade (VACAFLOR, 2016).

Salienta-se que o termo violência obstétrica pode, às vezes, repassar uma impressão equivocada de violência somente no que tange as violações de caráter físico contra a parturiente, mas não, violência pode se referir tanto à intervenções danosas que envolvam à integridade física, sexual, psíquica da mulher ou até mesmo que desrespeite sua autonomia (SILVA; SERRA, 2017). A violência obstétrica pode ocorrer antes, durante e depois do parto;

ela acontece quando o corpo da mulher e os processos reprodutivos são apropriados pelos profissionais da saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando na perda da autonomia e competência de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, gerando um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. As manifestações de violência contra as gestantes/parturientes são produzidas, sobretudo, pelos profissionais da saúde que as acompanham (CARDOSO et al., 2017).

Muitas das vezes os profissionais de saúde que deveriam garantir os direitos reprodutivos das mulheres não os conhecem e utilizam seus conhecimentos de forma arbitrária e utilizam sua autoridade profissional para assumirem o controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, chamada por AGUIAR, 2010 de violência institucional a que as mulheres são submetidas dentro dos serviços de saúde. A maior parte desses estudos se concentra no campo da assistência à sexualidade e reprodução feminina. Os maltratos a mulheres advindos da assistência à saúde vem sendo cada vez mais presentes, não somente na autoridade da figura médica, como de toda a equipe que presta assistência à mulher em processo de parturição. Esses avaliam a mulher como um sujeito em situação de fragilidade, incapaz de tomada de decisões e reconhecimento de suas necessidades, e esse fato a expõe ao risco de sofrer violência obstétrica (RODRIGUES et al., 2014). Desde 1996 a OMS vem divulgando informações sobre a assistência ao parto normal, recomendando condutas consideradas adequadas, indicando aquelas que devem ser realizadas com cautela, devido à falta de comprovação de seus benefícios e apontando as práticas inadequadas, que devem ser abolidas por serem danosas e prejudiciais (ANDRADE et al., 2016).

Apesar da notoriedade atual do tema, abuso, desrespeito e maltrato (ADM) no trabalho de parto e parto ainda é desconhecido por muitos, mesmo presente há décadas em relatos de mulheres que compartilham suas experiências não compreendidas e sofridas no nascimento de seus filhos. No final da década de 1950, a violência já estava presente nas narrativas de nascimento de mulheres americanas divulgadas no periódico *Ladies Home Journal*, revista americana voltada para donas de casa da época, que publicou o artigo "*Cruelty in Maternity Wards*" que relatava tratamento de tortura recebido por mulheres grávidas praticados por prestadores de cuidados de saúde que costumavam colocar algemas e grilhões nos pés e nas mãos dos pacientes para que não caíssem da cama (DINIZ et al., 2015).

A OMS (2014), aborda a temática com um artigo intitulado “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, o que sinaliza uma nova forma de abordagem sobre esse tema, terminologia essa adotada nesse trabalho.

1.2 BREVE HISTÓRICO DAS AÇÕES CONTRA O DESRESPEITO E OS MAUS-TRATOS NO PARTO

A OMS declarou que os maltrato às mulheres durante o parto e às violações associadas aos direitos humanos são um “problema global”. A questão foi ainda mais destacada em 2015, quando as Nações Unidas e especialistas regionais em direitos humanos emitiram uma declaração conjunta pedindo explicitamente aos estados que abordassem “atos de violência obstétrica e institucional” (LOPEZ, 2018).

A América Latina, onde muitos países têm constituições baseadas nos direitos humanos e um conjunto de leis relativamente recente, está na vanguarda na criação de estruturas jurídicas que abordam essa questão. Como já citado, Argentina e Venezuela destacam-se como os primeiros países a possuírem jurisdições que garantem o direito de ações judiciais contra a violência obstétrica (PORTELLA; DINIZ, 2017).

A Argentina ao criar a lei nacional 25.929 do Parto Humanizado, em 25 de agosto de 2004, ressaltou a importância de garantir os direitos da mulher em relação à gravidez, ao trabalho de parto, o nascimento do filho e o pós-parto; tais como: estar acompanhada por pessoa de sua confiança durante o todo o trabalho pré e pós parto; ter o seu filho ao seu lado durante o período em que permanecer no ambiente hospitalar; direito a informação sobre quais intervenção médica que possa ser realizada durante a gestação ou no trabalho de parto, e assim escolher entre as opções disponíveis de acordo com sua própria deliberação; direito de ser tratada com o devido respeito individualizado, respeitando as suas características pessoais como religião e cultura dentre outros, ficam garantidos por lei (ARGENTINA, 2004). Porém, somente com a Lei 26.485, criada em 11 de março de 2009, “LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES” define-se a violência obstétrica em seu artigo 6º, e), como:

“e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (ARGENTINA, 2009).

Na Argentina, apesar da aprovação dessas duas leis: em 2004 garantindo os direitos de mulheres durante o parto e outra em 2009 condenando a violência obstétrica, ainda é comum que as reparações judiciais sejam analisadas mais pela ótica da negligência médica do que considerando as leis do parto humanizado e da vida livre de violência (PORTELLA; DINIZ, 2017).

A Venezuela, por meio de sua legislação específica, também veio contribuir com os direitos das mulheres a uma vida sem violência. Essa legislação foi aprovada no dia 25 de novembro de 2006, em comemoração ao Dia Internacional de Não Violência Contra a Mulher, da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, e publicada no Diário Oficial nº 38.647 da Venezuela, de 19 de março de 2007. O documento estipula dezenove tipos de violência contra a mulher, dentre elas, a violência obstétrica, motivo desse termo legal constituir-se em nova nomenclatura de violência, sendo visto como um importante mecanismo para a garantia de uma assistência obstétrica livre de violência e promovendo uma estratégia para o enfrentamento da violência obstétrica por parte dos profissionais de obstetrícia e serviços de saúde (RODRIGUES et al., 2014).

A Lei do Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência aborda a alta incidência de violência contra as mulheres na Venezuela - um problema significativo que é perpetrado em todo o mundo. De acordo com o Artigo 1 da lei: “Esta Lei tem como objetivo assegurar e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência e criar condições para prevenir, tratar, punir e erradicar a violência contra as mulheres em suas formas e campos, realizando mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder nas mulheres, para promover a construção de uma sociedade justa, sociedade democrática, participativa, solidária e autossuficiente” (D’GREGORIO, 2010).

Dados derivados desse país são encontrados em um estudo sobre a percepção das usuárias do serviço obstétrico, onde foi demonstrado que 49,4% das mulheres manifestaram algum tipo de trato desumano por parte dos profissionais de saúde, com práticas de descuido para a mulher expressando condutas de violência obstétrica, com 66,8% de mulheres submetidas a procedimentos médicos sem seu consentimento; 36,7% perceberam que sofreram abuso, violência e maus-tratos e 20,5% não reportaram ter sofrido algum tipo de prática violenta durante a sua assistência. Com relação tipo de trato desumano, 23,8% relataram que foram impedidas de ter contato com o recém-nascido e 21,6% receberam críticas por chorar e gritar durante o trabalho de parto; 19,5% sentiram que era impossível

manifestar suas ansiedades e inquietações com medo de represálias (RODRIGUES et al., 2014).

No México, a Lei Vera Cruz e a norma 007- SSA do Ministério da Saúde Mexicano discutiram questões importantes sobre saúde reprodutiva. Contudo, queixas relacionadas com as condutas médicas junto às mulheres eram evidências de práticas desumanas e discriminatórias comprovadas pela Comissão de Direitos Humanos. A partir deste cenário, considerou-se necessário definir e especificar a violência obstétrica para a criação de estratégias e programas para reduzi-la ou eliminá-la. Deve-se destacar que, apesar do México ter discutido muito a respeito da violência obstétrica, todavia, há carência no país tanto de definição, como de legislação específica a respeito (RODRIGUES et al., 2014).

No Brasil, em 1993, a revolucionária e influente Rede para a Humanização do Trabalho de Parto e do Nascimento (Rehuna), em sua carta de fundação, parte do reconhecimento das “circunstâncias de violência e assédio nas quais o cuidado acontece”. No entanto, deliberadamente, decidiu não abordar o termo violência, utilizou os termos como “humanizar o parto” e “promover os direitos humanos das mulheres” para tratar esse tema (RATTNER, 2009). Já em 2000, a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), teve o propósito de atender às reivindicações sociais pela melhor qualidade da assistência ao parto e nascimento, tema que tem sido objeto de atenção em várias regiões do país. O intuito era o de promover uma ampla discussão a respeito. Nesse sentido, o referido programa é resultado de um movimento internacional iniciado há cerca de 30 anos contra a utilização, considerada irracional e danosa, de tecnologias invasivas durante o parto, com objetivo de priorizar a qualidade da interação mulher/usuária do serviço e profissional de saúde (RODRIGUES et al., 2018).

Práticas como possibilitar que a mulher tenha um acompanhante, de sua livre escolha, no trabalho de parto, parto e pós-parto, são consideradas uma prática benéfica que deve ser encorajada e está amparada pelas evidências científicas, e devem ser incentivadas e apoiadas. As mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto, quando comparadas com as que não possuem um provedor de apoio, têm mais chances de não serem submetidas à cesariana e de terem um parto normal sem uso de analgesia, além de tempo de trabalho de parto reduzido e menor insatisfação com a experiência do processo de nascimento (OLIVEIRA et al., 2017).

A OMS recomenda, desde 1985, que a mulher tenha um acompanhante, tendo em vista os benefícios que esta prática oferece à mulher e ao bebê. Nesse contexto, pesquisa realizada em 2010, constatou que 24,5% das mulheres entrevistadas não puderam usufruir desse direito. Esta porcentagem significou que 55,6% das mulheres tiveram indícios de transtornos de adaptação no pós-parto, decorrentes deste, e mostra a importância do acompanhante no evento do trabalho de parto e nascimento, garantindo suporte emocional contínuo à parturiente, sensação de segurança e proporcionando uma experiência de parto com maior satisfação (RODRIGUES et al., 2014).

A prevalência de violações corporais e comportamento coercitivo nas práticas de saúde materna em todos os países latino-americanos é bem reconhecida e tem sido contestada por instituições estatais, pesquisadores e ativistas (LOPEZ, 2018). O termo violência obstétrica é relativamente novo, embora há muito tempo as mulheres sejam desrespeitadas quando procuram atendimento à sua saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, o desconhecimento e o desrespeito, aos direitos sexuais e reprodutivos, além dos direitos humanos da mulher, possibilitam a imposição de normas e valores morais depreciativos levados a efeito por alguns profissionais de saúde. Tais normas e valores também são apontados como importantes fatores de formação da complexa trama de relações que envolvem as atitudes de violência com as mulheres. Majoritariamente, esse maltrato relaciona-se com uma assistência discriminatória quanto ao gênero, estando entrelaçado com questões de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social e reprodutora da mulher com seu destino biológico (OLIVEIRA et al., 2017).

A violência na assistência ao processo parturitivo se constitui em um grave problema para a saúde da mulher. Evidencia-se que 25% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência durante o seu trabalho de parto e parto. Essa violência é resultado da própria precariedade do sistema de saúde, que também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos (OLIVEIRA et al., 2017). Essas práticas estão em desacordo com o Movimento de Humanização da Assistência e as Evidências Científicas no campo obstétrico. Desse modo, apesar de o conceito de humanização do parto e nascimento ser reconhecido e preconizado por entidades como a OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e conselhos e associações da classe médica e de enfermagem, o processo parturitivo é passível de ser constituído por iniciativas violentas e desumanas que desrespeitam os direitos humanos e reprodutivos da mulher no parto. Esses fatos caracterizam violência obstétrica, expressão utilizada pelo

movimento de humanização para designar todo ato e/ou conduta violenta contra a mulher na perspectiva reprodutiva (RODRIGUES et al., 2014).

Em 2012, uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, chamada “Parto do Princípio”, entregou para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher um documento sobre a violência obstétrica intitulado, Dossiê “Parirás com dor”. Nele foram reunidas informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, por mais de 300 mulheres em 22 estados brasileiros e que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da OMS. Diariamente, muitas mulheres e suas famílias são física e emocionalmente desrespeitadas, embora diversos protocolos, comportamentos e intervenções violentos sejam encarados como naturais. A “Parto do Princípio” é uma das organizações femininas do Brasil que luta pelo fim desse tipo de violência e exige políticas públicas efetivas para promover uma assistência respeitosa a todas as mulheres durante a sua idade reprodutiva (AMORIM, 2015).

O sistema jurídico brasileiro não possui legislação específica sobre a temática “violência obstétrica”, apenas abordagem genérica. A lei brasileira 11.340/06 de combate a violência contra a mulher (Lei Maria da Penha) limita-se ao âmbito doméstico e familiar, de modo distinto dos outros países da América Latina cujas legislações específicas versam sobre diversas modalidades de violência cometidas contra as mulheres por sua condição de gênero. Porém, desde 2014, tramita no senado, o Projeto de Lei 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, entre elas a condenação civil e criminal dos profissionais de saúde que pratiquem atos de violência obstétrica, notificando-se ainda, os Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos, conforme expresso no art. 17, §§ 1º e 2º do respectivo projeto. A situação atual do projeto é “aguardando parecer do Relator na Comissão de Educação (CE)” (SILVA; SERRA, 2017).

1.3 ASPECTOS RELEVANTES

Estudo nacional desenvolvido com 23.894 gestantes cinco macrorregiões do país, indicou que a frequência das intervenções obstétricas foi maior entre aquelas com risco considerado habitual, ou seja, mulheres com risco reduzido de complicações durante a gestação e o parto, demonstrando que as intervenções foram, na maioria das vezes, desnecessárias e realizadas de forma rotineira sem levar a consideração as características clínicas, nem as evidências científicas (ANDRADE et al., 2016).

DINIZ; CHACHAM, 2006, apresentam em sua pesquisa importantes falas de mulheres que citam abuso, desrespeito e maltrato. O estudo apresenta a fala de um profissional médico referindo a sua incapacidade não realizar a episiotomia mesmo sem indicação: *“Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha”*. Médico, S. Paulo. Contrastando com a fala de uma paciente, também participante da pesquisa, que demonstra a importância de não realizar tal procedimento: *“Se eu fosse dar à luz hoje, tudo seria diferente... o mais importante: nada de episiotomia. Não faz mal se eu tivesse alguma laceração, não seria tão desconfortável para ficar sentada depois – ou agora que estou com 50 anos, para ter relações sexuais. Agora mais do que nunca, quando as taxas de estrogênio diminuem, dói muito durante a penetração. Tenho falado disso com muitas médicas como eu, e muitas outras mulheres sentem a mesma coisa”*. Essas mulheres brasileiras falam sobre alternativas para o parto, muitas dizem que escolheram a cesárea para fugir da episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática anterior que deixou seqüelas duradouras.

A intervenção obstétrica é agora comum durante o parto, mas pode ser um fator de impacto no bem-estar psicológico da mulher (MCGARRY et al., 2017). O processo parturitivo deixa de ser um fenômeno de essência individual e fisiológico e passa a ser um momento de experiências, muitas vezes negativas, perdendo assim as características de individualidade feminina e de naturalidade, sendo que os trabalhadores da saúde encaram o parto como um evento patológico e propício para as intervenções, tornando esse momento uma experiência sofrida e fria, no qual a mulher é considerada como um objeto (CARDOSO et al., 2017).

A violência perpetrada nos corpos femininos fere categorias universais de direitos humanos, infringindo uma série de prerrogativas asseguradas pelo Estado brasileiro, tais

como: a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88) como fundamento do Estado Democrático de Direito; o direito à vida (art. 5º, CRFB/88), a igualdade (art. 5º, I, CRFB/88) que a protege de todas as formas de discriminação; à saúde (art. 6º; art. 196 CRFB/88); o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88) que assegura autonomia à mulher; e ainda a proteção à maternidade e à infância (Princípio da Beneficência - art. 6º; art. 203, I, CRFB/88) (SILVA; SERRA, 2017).

FERNANDEZ, (2013) traz em seu estudo dados evidências de que o parto pode se tornar um evento traumático para muitas mulheres e ressalta que é alta prevalência de sintomas de trauma após o parto. Ele traz em seu estudo dados de diferentes regiões, que confirmam esse trauma. Um terço de todas as mulheres Britânicas relataram que o trabalho de parto foi traumático e que temiam que elas ou seus bebês morressem ou ficassem gravemente feridos, já a população feminina da Austrália e do Reino Unido indicam que entre 1% e 6% das mulheres desenvolvem transtorno de estresse pós-traumático completo (TEPT) após o. E nos EUA, e 18% das mulheres estavam experimentando níveis elevados de sintomas de TEPT. Aproximadamente 35% das mulheres apresentam algum grau de sintomas de TEPT no pós-parto. Esse evento pode ter um impacto severo sobre as mulheres e suas famílias.

No Brasil, 96,5% dos nascimentos acontecem em hospitais e é importante ressaltar a epidemia de cesárea com seus inúmeros desfechos negativos para saúde pública. Por exemplo a falta de leitos, um parto vaginal sem complicações significa uma estadia de 24 horas no hospital, enquanto uma cesárea sem complicações acarreta 72 horas de internação. Além disso, aumenta a demanda de leitos de cuidado intensivo neonatal para bebês com prematuridade iatrogênica, uma complicação comum da cesárea eletiva (DINIZ E CHACHAM, 2006).

No Rio Grande do Sul, mulheres mais velhas alegam que a indução e a dor aumentada pela ocitocina muitas vezes ajudam na obtenção de uma cesárea, já que servem como “prova” de que o trabalho de parto não terá resultados. Esse tipo de intervenção, a chamada “obstetrícia de linha de montagem” faz parte da rotina de saúde brasileira (DINIZ; CHACHAM, 2006). Apesar do crescente reconhecimento do tratamento negligente, abusivo e desrespeitoso das mulheres durante o parto nas unidades de saúde, não há consenso em nível global sobre como essas ocorrências são definidas e mensuradas (BOHREN et al., 2015). A OMS frente a um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador e utiliza os termos:

abuso, desrespeito e maltrato para referir-se as práticas que podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança (OMS, 2014). Esses relatos demonstram a extrema necessidade de realização de mais pesquisas sobre essa temática e que também forneçam informações necessárias sobre os direitos reprodutivos das mulheres, as empoderando por meio de conhecimento a respeito da violência obstétrica: suas definições, leis, formas de denúncia e, ainda, a respeito das boas práticas para o trabalho de parto e nascimento tendo como finalidade não só oferecer-lhes o poder de escolha, mas garantir-lhes os direitos legais. Vale ainda ressaltar que, tanto as usuárias, quanto os profissionais apontaram para a ineficiência dos hospitais, cuja estrutura física não fornece às mulheres um ambiente propício, acolhedor, seguro para que elas tenham seus filhos de forma digna e onde sejam desenvolvidas as boas práticas para o trabalho de parto e nascimento. Torna-se necessária uma capacitação dos profissionais de saúde para promover uma assistência humanizada e adequada para o cuidado à saúde da mulher (RODRIGUES et al., 2014).

Nesse sentido, para compreensão dessa violência, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças entre os sexos e como componente primordial das relações de poder. O conceito de poder também é norteador para análise deste fenômeno, uma vez que a violência obstétrica se dá no seio das relações desiguais de poder, a saber, as relações de gênero e a relação profissional entre médico/paciente (SILVA; SERRA, 2017).

Para Foucault, como cita TAVIRA (2014), o discurso daquele que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber.

“Na posição de doutores de um saber, sobre um outro que é objeto, médicos destronam a posição terapêutica para ocupar um lugar que nos ensina como devemos viver. Aqui, constata-se de maneira inteligível, o quanto o saber médico se articula ao poder disciplinar e normalizador. A ordem médica, assim compreendida articulada à microfísica do saber e poder, com seu olhar focado na doença e não na pessoa do doente, implica uma recusa e desqualificação da subjetividade e singularidade de cada fato clínico” (TAVIRA, 2014, p. 1).

Tal citação clama aos profissionais médicos e outros que atuam em obstetrícia, a atenção quanto a assistência fornecida as mulheres no seu ciclo gravídico puerperal, para que se prevaleça uma assistência empoderada e respeitosa a todas as mulheres e seus familiares. Há necessidade de os profissionais da saúde manterem uma relação horizontal com a parturiente, incentivando-a e permitindo a autonomia no momento do parto para atuar como

protagonista de sua gravidez e parto e tomando decisões que dizem respeito ao seu cuidado (CARDOSO et al., 2017).

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas. No mesmo sentido, Venturini e colaboradores (2010), através da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, mostraram que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos serviços de saúde durante a atenção ao parto, tanto públicos quanto privados (ZANARDO et al., 2017).

As questões de classe social e etnia também são apontadas como um importante fator no uso de intervenções desnecessárias no Brasil antes e durante o parto. Vários estudos apontam para um maior número de cesáreas entre mulheres brancas de classe média que são atendidas no setor privado, enquanto que nas mulheres negras, de classe baixa, atendidas no serviço público, o predomínio é de partos vaginais com episiotomia (AGUIAR, 2010)

Apesar da criação do PHPN (instituído pelo MS em 2000), que afirma entender que a não percepção da mulher como sujeito e que o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, muito se requer na prática dessa assistência. Incentivos financeiros também foram assim estabelecidos, como os valores de R\$ 10,00 para o registro da gestante no PHPN e R\$ 40,00 para cada gestante na conclusão do pré-natal; desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo PHPN. A criação de um sistema informatizado de dados para acompanhamento do PHPN, o SISPRENATAL, foi considerada como medida fundamental do programa; o qual deveria controlar o pagamento dos incentivos financeiros e constituir-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito nacional. Mas essas ações também não foram suficientes (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A precariedade do sistema de saúde restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos durante a assistência ao parto, e resulta em práticas desrespeitosas e desumanas na

atenção ao cuidado da mulher durante o nascimento. A cada quatro mulheres brasileiras, uma sofre tratamento desumano e discriminatório. Práticas no cuidado obstétrico, tais como episiotomia; manobra de Kristeller; proibição de movimento; imposição da posição ginecológica ou litotômica; proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto e pós-parto; toda e qualquer ação ou procedimento que seja realizado sem o consentimento da mulher e que não seja baseado em evidências científicas atuais, sejam de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material, são consideradas violência obstétrica (RODRIGUES et al., 2014).

Estudos sobre a abuso, desrespeito e maltrato no parto afirmam que as mulheres, que dão entrada nos serviços obstétricos hospitalares, são avaliadas a partir de uma concepção biologicista, privilegiando apenas os sinais e sintomas estritamente orgânicos. Com base nisso, são classificadas como pacientes de alto ou baixo risco; entretanto, os padrões médicos exigem que elas sejam submetidas a procedimentos e/ou tratamentos de rotina, que, na maioria das vezes, não discriminam ou individualizam as necessidades psicossociais dessas mulheres, causando efeitos secundários, que não são mensurados ou avaliados pelos profissionais da obstetrícia (CAMACARO et al., 2015).

A mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos (CIELLO et al., 2012).

Com o intuito de fornecer dados mais consistentes e informações menos subjetivas sobre o abuso, desrespeito e maltrato no parto, este trabalho pretende descrever experiências vivenciadas no trabalho de parto e parto dos participantes das coortes de nascimentos de 1978/79 e 1994 do município de Ribeirão Preto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a experiência de abuso, desrespeito e maltrato durante o trabalho de parto e parto relatada por participantes das coortes de nascimentos de 1978/79 e 1994 do município de Ribeirão Preto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Estimar a frequência de queixa de maltrato no trabalho de parto e parto por mulheres pertencentes às coortes de 1978/79 e 1994;
- 2 Descrever a experiência de abuso, desrespeito e maltrato durante trabalho de parto e parto, relatado por mulheres pertencentes às coortes de 1978/79 e 1994;
- 3 Descrever o relato de abuso, desrespeito e maltrato durante trabalho de parto e parto presenciado por homens das referidas coortes;
- 4 Comparar a experiência de abuso, desrespeito e maltrato sofridos no trabalho de parto e parto entre as as mulheres que queixaram ou não esta situação.

3. JUSTIFICATIVA

Este estudo pretende quantificar a ocorrência de abuso, desrespeito e maltrato no trabalho de parto e parto e apresentar evidências que caracterizem a população mais exposta a vivenciar esse tipo de violência. As informações disponíveis na literatura mostram em sua grande maioria, dados qualitativos, que apesar de essenciais para a discussão do tema, não são suficientes para a compreensão do estado da arte. Essa precariedade de dados dificulta o trabalho de prevenção de ADM no parto e a tomada de decisões que possam contribuir com a qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, buscando assim o tão almejado parto de qualidade.

Esse trabalho tem a pretensão de contribuir com dados que caracterizem esse cenário e ajudem os profissionais que atuam nesta área, seja na assistência ou na pesquisa. De forma oportuna as coortes de Ribeirão Preto foram estudadas devido a sua grande importância e a certeza da rigorosidade da seleção e acompanhamento dos participantes, atingindo assim o objetivo de fornecer informações confiáveis quanto a essa temática.

4. MÉTODO

Esse estudo utilizou dados do estudo das coorte de 1978 e de 1994 acompanhadas pelo Núcleo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP); e a coleta foi realizada em loco, após autorização e planejamento de acesso pelos responsáveis.

4.1 Breve histórico sobre as coortes de 1978 e 1994 de Ribeirão Preto – SP.

Coorte de Nascimentos de Ribeirão Preto 1978/79

Entre 1º de junho de 1978 e 31 de maio de 1979 foi iniciado o primeiro acompanhamento longitudinal no país que incluiu todos os recém-nascidos (RN) do município de RP, quando foi realizado o “Estudo epidemiológico-social da saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP” (BARBIERI et al., 1989), que visava analisar o comportamento de alguns indicadores da saúde perinatal nas classes sociais e suas associações com variáveis maternas, biológicas e sócio-econômicas (BARBIERI et al., 1989; GOMES et al., 1990; SILVA et al., 1991; ALMEIDA et al., 1992). A segunda fase desta coorte permitiu a avaliação de parâmetros da saúde dessas crianças na idade escolar, entre 1987 e 1989 (BETTIOL, 1995; TOMÉ et al., 2007), em função das condições sociais e biológicas ao nascer. Quando os indivíduos da coorte completaram 18 anos, em 1996/97, uma terceira avaliação foi realizada objetivando o estudo das condições de vida e saúde, inclusive seu crescimento, em função de variáveis estudadas ao nascer e aos 18 anos (HAEFFNER et al., 2002; BETTIOL et al., 2007). Por ter sido realizada no momento da inscrição no serviço militar, as conclusões desta fase da pesquisa restringiram-se, portanto, aos meninos. A quarta fase do estudo, realizada entre 2002 e 2004, quando os sujeitos tinham entre 23 e 25 anos de idade, visava avaliar a importância relativa de eventos relacionados desde o período pré-natal até o início da vida adulta sobre o crescimento físico e na determinação do perfil de risco para doenças crônicas não-transmissíveis (BARBIERI et al., 2006; CARDOSO et al., 2007). Nos anos 2016 e 2017, os sujeitos foram novamente avaliados, na faixa etária de 37-39 anos. Esta quinta fase de seguimento se dedicou a investigar determinantes precoces da saúde, tais como nutrição e composição corporal, bem como avaliar precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A Figura 1 apresenta as cinco fases de avaliação da coorte de 1978/79 com os números das amostras estudadas.

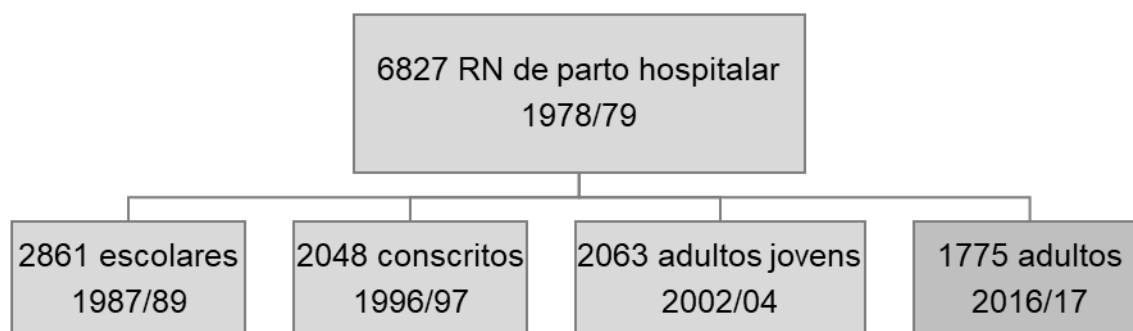


Figura 1. Indivíduos nascidos vivos de parto único hospitalar em RP em 1978/79 em suas cinco avaliações ao longo destes 39 anos.

Coorte de Nascimentos de 1994 de Ribeirão Preto

Em 1994 um novo estudo longitudinal do tipo de coorte foi iniciado utilizando basicamente, o mesmo desenho metodológico da anterior. Nesse momento foram avaliados os RN do município, nascidos durante um período de quatro meses consecutivos, o que representava 1/3 dos nascimentos do ano. O principal objetivo desta fase foi estudar novamente o sociodemográfico, características da população e cuidados médicos oferecidos durante a gravidez e parto, estimando as taxas de baixo peso ao nascer, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino e mortalidade infantil, fato que permitiu realizar comparações históricas com os indicadores de saúde materno-fetal observados na coorte anterior (1978/79) (BETTIOL et al., 1998; SILVA et al., 1991; BETTIOL et al., 2007). A *segunda fase* do estudo foi conduzida quando os participantes tinham 10 anos e visava investigar a associação entre o peso ao nascer e funções cognitiva, comportamental e afetiva, problemas de pressão arterial, depressão da infância, função pulmonar e asma brônquica, rinite alérgica e doença inflamatória intestinal durante a idade escolar (CARDOSO et al., 2007). A *terceira avaliação* da coorte de 94 foi conduzida em 2016-2017, quando os sujeitos tinham 22-24 anos, e ocorreu simultaneamente com a quinta fase da coorte mais velha (1978/79). A Figura 2 apresenta as três fases de avaliação da coorte de 1994 com os números das amostras estudadas.

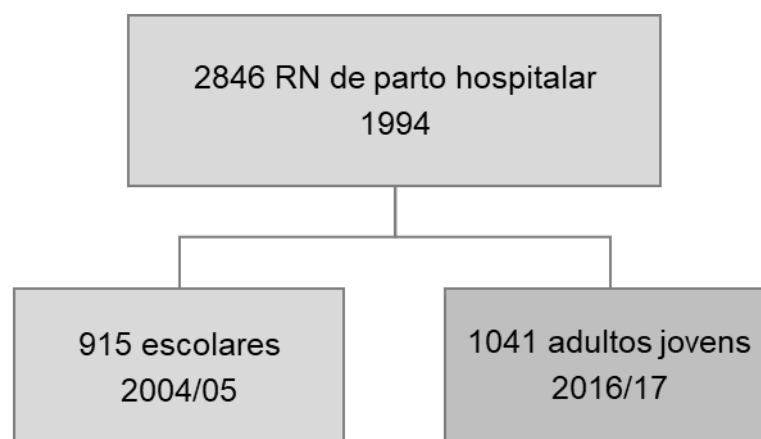


Figura 2. Indivíduos nascidos vivos de parto único hospitalar em RP em 1994 em suas três avaliações ao longo destes 23 anos.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, transversal, analítico.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

Ribeirão Preto é um município brasileiro situado no interior do estado de São Paulo, Região Sudeste do país. Pertence à Mesorregião e Microrregião de Ribeirão Preto, localizando-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 315 km. Ocupa uma área de 650.916 km², sendo que 127.309 km² estão em perímetro urbano. Sua população foi estimada pelo IBGE em 682.302 habitantes em 2017, com densidade demográfica 928,92 hab/km, predominantemente católica apostólica romana. Apresenta 98,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 92,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 64,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

Em 2015, o salário médio mensal era de 3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 40,2%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 75 de 645 e 52 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 220 de 5570 e 187 de 5570, respectivamente. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11,36 para 1.000 nascidos vivos. Região rica e industrializada; apresentou Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH) de 0.855 em 2000, ocupando o sexto lugar no estado de São Paulo e o 22º lugar no Brasil (DATASUS, 2015). É uma das cidades mais desenvolvidas do país, com 99% das residências abastecidas por água encanada e esgotos sanitários. Sua principal atividade econômica é a agro-indústria da cana-de-açúcar, além de comércio e serviços. Constitui-se, ainda, em um centro universitário regional por excelência (BETTIOL et al., 1995; BARBIERI et al., 2006).

4.4 AMOSTRA

Foram avaliados todos sujeitos pertencentes às duas coortes de nascimentos de RP que participaram da quinta (Coorte 1978/79) e terceira (Coorte 1994) fases de seguimento. Para o estudo maior esperava-se entrevistar e examinar cerca de 60% das duas coortes, porém a dificuldade de localizar os participantes desde a época do nascimento foi grande e optou-se por investir nos indivíduos que tinham participado nas avaliações mais recentes, de 2002-2004 para a coorte de 1978/79 e de 2004-2005 para a de 1994. Ao todo, vieram na atual coleta 2816 indivíduos, sendo 1775 da Coorte de 1978/79 e 1041 da Coorte de 1994.

Para o presente estudo foi necessário selecionar indivíduos que já tivessem filhos (homens das coortes que engravidaram mulheres e mulheres das coortes que já engravidaram), para que os mesmos pudessem relatar suas experiências durante o parto e a ocorrência (ou não) de Abuso, Desrespeito e Maltrato no parto. Na coorte de 1978/79 foram eleitos 1355 sujeitos para o estudo (633 homens e 722 mulheres), enquanto que na coorte de 1994, 192 pessoas foram selecionadas (62 homens e 130 mulheres); perfazendo um total de 1547 avaliados (Figura 3).

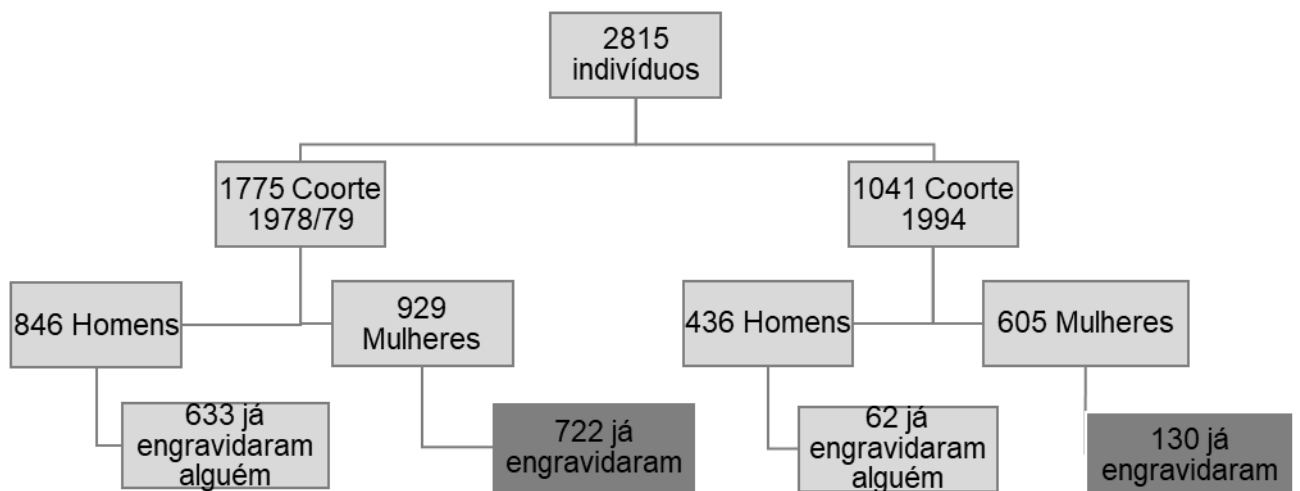


Figura 3. Amostra final do presente estudo.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Participantes da quinta fase de seguimento da Coorte de 1978/79 de RP.
- Participantes da terceira fase de seguimento da Coorte de 1994 de RP.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Os indivíduos que não tem filhos.

4.7 PROCESSO DE OBTENÇÃO DA AMOSTRA

Inicialmente, foi realizado levantamento dos dados cadastrais das fichas de nascimento dos indivíduos pertencentes à coorte de 1978/79 e 1994 de Ribeirão Preto. Os dados considerados fundamentais para identificação e captação dos indivíduos tais como nome da mãe, data de nascimento e maternidade foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica. Essas planilhas, por envolverem um grande número de participantes de duas coortes de nascimento, foram elaboradas ao longo do período entre junho de 2015 e janeiro de 2016. A partir destas informações, buscou-se endereço e números de telefones atuais dos participantes por meio do Sistema Hygiaweb. O Hygiaweb é o sistema de gestão em saúde utilizado nas unidades de saúde públicas em Ribeirão Preto. Similarmente, o sistema de

cadastro de funcionários e pacientes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP) foi consultado para atualização dos dados.

Em abril de 2016 iniciou-se o processo de recrutamento dos participantes para o atual estudo. A princípio, esta etapa ocorreu exclusivamente por meio de convites, via telefone, realizados por pessoas treinadas. Logo foi percebida a dificuldade de localizar grande parte das informações de contato dos pertencentes às coortes, principalmente os números de telefone, devido ao tempo decorrido entre o estudo atual e as avaliações anteriores, o que tornava obsoletos os dados disponíveis desses momentos anteriores. Dessa forma, neste início de projeto foi dada prioridade aos participantes que vieram na fase anterior da pesquisa em 2002/2005, pois seria interessante comparar dados entre os diferentes momentos. Tendo em vista as dificuldades em contatar os participantes somente por telefone por muitos não apresentarem números atualizados, foram definidas outras formas de abordagem por meio de divulgação de cartazes em postos de saúde, locais de grande circulação de pessoas e universidades, convocação em redes de rádio, TV e mídias sociais (<https://www.facebook.com/coortesrp>) incluindo WhatsApp e site do projeto (<http://coortes.fmrp.usp.br/>).

Além das divulgações realizadas em mídias, tentou-se buscar informações atualizadas dos participantes em hospitais públicos/privados, universidades e empresas de planos de saúde. Pela faixa etária atual dos indivíduos elegíveis para o estudo, não tínhamos a possibilidade de encontra-los em escolas de ensino médio ou no alistamento para o serviço militar; os indivíduos da coorte mais jovem, de 1994, poderiam estar ainda estudando nas universidades do município, e os da coorte mais velha já estariam na sua maior parte inseridos no mercado de trabalho, em uma cidade com mais de 650 mil habitantes e com grande diversidade de atividades econômicas. Os telefonistas atuavam no recrutamento de segunda a sábado em tempo integral. Em cada período do dia havia pelo menos três telefonistas. Todas as observações sobre o desfecho da ligação eram registradas em planilha de controle e compartilhadas entre os telefonistas.

4.8 COLETA DOS DADOS

Houve treinamento de equipe para aplicação dos questionários e um manual com as instruções para a realização da entrevista e preenchimento do formulário foi elaborado pela coordenação do projeto temático.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC), localizada nas dependências do HCFMRP. Os atendimentos eram feitos diariamente de segunda-feira a sábado, sendo dois turnos nas segundas, sextas e sábados, e no turno da tarde nos demais dias.

Havia agendamento prévio das avaliações com média de 10 participantes por período nos dias de semana e 20 por período aos sábados. No dia agendado, ao chegar o participante dirigia-se à recepção, apresentava um documento de identificação com foto (que era digitalizado, impresso e posteriormente arquivado), necessário para o fornecimento da ajuda de custo e para a confirmação dos dados pessoais, coletados quando foram identificados na fase de busca e no contato para agendamento. Ainda nesta estação o participante recebia orientações quanto aos exames de interesse do grande projeto e o tempo que seria necessário para que todos estes fossem realizados, um crachá de identificação contendo a ficha de checklist das várias estações que seriam realizadas. O sujeito era atendido de forma individual, em logística de estações, nas quais eram fornecidas orientações sobre os procedimentos que seriam realizados e eram esclarecidas as dúvidas pertinentes.

4.9 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Questionários assim subdivididos:

- Questionário Geral sobre dados socioeconômicos pessoais e familiares, saúde, sono e uso de medicamentos, atividade física, imagem corporal, lazer, comportamento sedentário, hábitos de vida;
- Questionário Confidencial (respondido diretamente pelo participante no aplicativo Research Electronic Data Capture - REDCap; se não soubesse usar o computador era oferecido na forma impressa, para posterior transcrição no programa, sem identificação pelo nome, somente pelo número de identificação; se não soubesse ler, era feito na forma de entrevista registrada na forma impressa e transcrito da mesma forma já descrita, se o participante concordasse). Neste questionário constavam as questões sobre experiência de ADM no parto. Apesar de ser autoaplicado, um trabalhador de campo estava sempre disponível para esclarecimentos

4.10 ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Toda a parte de coleta e digitação dos dados foi realizada pelo aplicativo RedCap, desenvolvido por um consórcio multi-institucional iniciado na Universidade Vanderbilt (<https://redcap.vanderbilt.edu/>). A digitação das informações era feita diretamente no aplicativo no momento da coleta de dados, tendo sido a equipe treinada para uma adequada utilização.

Para o levantamento de dados do presente estudo foram acessados os questionários utilizados e registrados no programa RedCap, selecionadas as perguntas de interesse e montado um banco de dados no pacote estatístico Stata versão 13.0, no qual foram confeccionadas as variáveis de interesse e realizados os procedimentos estatísticos.

4.11 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Desrespeito e/ou maltrato durante trabalho de parto e parto:

Mulheres: *Alguma vez você se sentiu desrespeitada ou maltratada durante o trabalho de parto e parto do seu filho:* sim; não.

Homens: *Alguma vez presenciou sua parceira sendo desrespeitada ou maltratada durante o trabalho de parto e parto do seu filho:* sim; não.

As perguntas relacionadas ao abuso, desrespeito e maus-tratos foram diferentes para homens e mulheres, sendo elas:

MULHERES:

1. Não pude ficar com acompanhante de minha escolha
2. Não me deixaram comer nem beber nada
3. Gritaram comigo
4. Ameaçaram não cuidar mais de mim
5. Recebi vários exames de toque vaginal sem ser consultada
6. A equipe que cuidava de mim não me explicava o que estava acontecendo
7. Fui forçada a ter parto normal contra minha vontade
8. Fui forçada a ter parto cesária contra minha vontade
9. Apertaram minha barriga para ajudar o nenê nascer
10. Não me deixaram caminhar quando eu quis
11. Fizeram pique em mim por baixo sem me consultar/contraria vontade

12. Fizeram pique por baixo em mim sem fazer anestesia
13. Demoraram para me deixar ver ou pegar o nenê

HOMENS:

1. A mãe do meu filho não pode ficar com acompanhante
2. Não a deixaram comer nem beber nada
3. Gritaram com ela
4. Ameaçaram não cuidar mais dela
5. Recebeu vários exames de toque vaginal sem ser consultada
6. A equipe que cuidava dela não explicava o que estava acontecendo
7. Foi forçada a ter parto normal contra vontade
8. Foi forçada a ter parto cesária contra vontade
9. Apertaram a barriga dela para ajudar o nenê nascer
10. Não deixaram-na caminhar quando quis
11. Fizeram pique por baixo sem consulta-la/contra vontade dela
12. Fizeram pique por baixo nela sem fazer anestesia
13. Demoraram para deixa-la ver ou pegar o nenê

Idade: coorte 178/79 (37-39 anos), coorte 1994 (22-24 anos).

Sexo: Masculino; Feminino.

Cor de pele (autorreferida): branca, não branca.

Escolaridade - Até quando estudou: ensino fundamental, médio, técnico/profissionalizante, faculdade, /especialização/mestrado.

Classe econômica segundo critério Brasil fornecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP): A, B, C, D/E.

Estado civil: solteiro(a), casado(a)/mora junto, separado(a)/divorciado(a)

Chefe da família: pais, próprio(a) entrevistado(a), outros.

É religioso(a): sim, não.

4.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A descrição das variáveis de interesse do estudo foi realizada a partir da determinação das medidas de tendência central (média, mediana ou proporções, conforme necessário) e

medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo de confiança de 95% da proporção e intervalo interquartil).

Para comparação das características entre as duas coortes foi aplicado teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

As análises foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata, versão 13.0.

4.13 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto temático foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 19/10/2015, parecer número 1.282.710 (ANEXO A). Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre Informado (ANEXOS B e C), sendo que todas as suas dúvidas foram esclarecidas pela equipe de coleta em campo. O presente estudo também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob parecer número 3.002.392 (ANEXO D).

5. RESULTADOS

Foram avaliados 1547 indivíduos que já haviam engravidado (852 mulheres) ou já haviam engravidado alguém (695 homens) alguma vez na vida. Destes 1547 sujeitos, 1355 (633 homens e 722 mulheres) pertenciam à coorte de 1978/79 – 37/39 anos de idade; e 192 (62 homens e 130 mulheres) à coorte de 1994 – 22/24 anos de idade.

A tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas dos sujeitos acompanhados nas coortes de nascimento de Ribeirão Preto.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos que já engravidaram, segundo a coorte de nascimento. Ribeirão Preto-SP, 2019.

Características Sociodemográficas	Coortes		p
	1978/79	1994	
	n (%)	n (%)	
Sexo			<0,001
Masculino	633 (46,7)	62 (32,3)	
Feminino	722 (53,3)	130 (67,7)	
Cor da pele			<0,001
Branca	1061 (78,3)	111 (57,8)	
Não branca	294 (21,7)	81 (42,2)	
Escolaridade*			<0,001
Fundamental	190 (14,1)	41 (21,7)	
Médio	526 (39,1)	113 (59,8)	
Curso técnico/ Profissionalizante	86 (6,4)	4 (2,1)	
Faculdade	393 (29,2)	30 (15,9)	
Especialização/Mestrado	151(11,22)	1 (0,5)	
Classe econômica segundo ABEP*			<0,001
A	95 (8,4)	3 (1,7)	
B	654 (57,7)	61(34,7)	
C	360 (31,8)	99 (56,2)	
D/E	24 (2,1)	13 (7,4)	
Estado civil			<0,001
Solteiro(a)	153 (11,3)	72 (37,5)	
Casado(a)/mora com a parceiro(a)	1071 (79,0)	115 (59,9)	
Separado(a) ou divorciado(a)	131 (9,7)	5 (2,6)	
É religioso (a)			<0,001
Não	143 (10,6)	53 (27,6)	
Sim	1212 (89,4)	139 (72,4)	
Chefe da família*			<0,001
Pai	65 (4,8)	46 (24,1)	
Próprio(a) entrevistado(a)	818 (60,4)	81 (42,4)	
Outros	472 (34,8)	64 (33,5)	
TOTAL	1355(100)	192(100)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

* Totais divergentes devido a dados ignorados.

Os indivíduos que já engravidaram nas coortes são diferentes em todos aspectos sociodemográficos. As mulheres tiveram maior adesão à pesquisa que os homens, sendo esta diferença mais evidente na coorte de 1994. Quanto a cor de pele, havia mais indivíduos que se declaram como brancos na coorte de 1978/79 e não brancos na de 1994. A coorte de 1978/79 apresentou maior nível de escolaridade (graduação, especialização e pós-graduação) que a de 1994 (40,4% versus 16,4%), assim como melhor nível socioeconômico (classes econômicas A e B), segundo o critério de classificação da ABEP (66,1% versus 36,4%). A maior parte dos indivíduos nascidos em 1978/79 é casada, se diz religiosa e se considera o chefe da família (Tabela 1).

Das 852 entrevistadas que já haviam engravidado alguma vez na vida, 807 mulheres responderam sobre terem sofrido maltrato/desrespeito durante algum de seus partos. Dessas, 70 (8,7%) se sentiram desrespeitadas e/ou maltratadas durante o trabalho de parto e parto, sendo 61 (87,1%) pertencentes à coorte de 1978/79 e 9 (12,9%) à coorte de 1994.

A média de idade materna das 70 participantes que referiram maltrato/desrespeito foi de 25 anos (DP:5,08); com peso médio dos RN de 3007,9 kg (DP:228,97) e idade gestacional média de 37 semanas (DP:1,87).

A maior parte destes partos ocorreu em hospital/maternidade pública (82,8%) e foi assistido por profissional do sexo feminino (51,7%). O relato de maltrato ocorreu na maioria dos casos no parto do 1º filho (64,3%) e o tipo de parto mais associado a lembranças de desrespeito foi o vaginal (60,7%). Foi relatado que 35 (54,4%) destas gestações não foram planejadas e, somente 12 dos partos (25,5%) foram induzidos (Tabela 2).

Tabela 2. Relato de abuso, desrespeito e maltrato durante o trabalho de parto e parto, segundo as características reprodutivas e assistenciais das participantes das coortes, Ribeirão Preto –SP, 2019.

Características reprodutivas e assistenciais da participantes	n (%)
Local do parto*	
Hostipal/materniidade PRIVADO	10 (17,2)
Hostipal/materniidade PÚBLICO	48 (82,8)
Profissional que prestou assistência	
Homem	22 (36,7)
Mulher	31(51,7)
Não soube informar	7 (11,7)

Tipo de parto*	
Vaginal	34 (60,7)
Cesária	18 (32,1)
Não sei informar	4 (7,1)
Parto em que ocorreu o desrespeito/maltrato*	
Primeiro	36 (64,3)
Segundo	16 (28,6)
Terceiro	4 (7,1)
Gravidez foi planejada*	
Não	35 (54,4)
Sim	21(45,6)
Trabalho de parto*	
Induzido	12 (25,5)
Espontâneo	35 (74,5)
TOTAL	60 (100)

* *Totais divergentes devido aos dados ignorados.*

Dentre as 852 mulheres que já haviam engravidado alguma vez, 797 responderam sobre terem recebido ou não alguma forma de alívio para as dores do parto. Trezentos e noventa e cinco mulheres (49,5%) afirmaram ter recebido algum tipo de alívio para dor, sendo 320 (81%) pertencentes à coorte de 1978/79 e 75(19%) à coorte de 1994. Diferentes métodos de alívio foram citados, entre os quais estão: anestesia na coluna (94,8%); anestesia por baixo, na vagina (10,9%); banho, banheira, bola, massagem (24,9%); anestesia geral (16,7%) e outros (4,2%).

Apesar disso, 36 mulheres (12,5%) queixaram ter solicitado alguma forma de alívio para suas dores, sem terem recebido nada; por outro lado, 54 (19,2%) entrevistadas referiram terem recebido formas de alívio mesmo sem haverem solicitado.

Quando a mesma questão foi considerada apenas para aquelas mulheres que relataram maus-tratos, 62 responderam; e 27 (43,5%) delas disseram ter recebido alguma forma de alívio para as dores do parto. Três participantes (12,5%) não receberam nenhuma forma de alívio, apesar de terem solicitado; e outras três (12,5%) não o receberam porque não precisaram.

Tabela 3. Características sociodemográficas das mulheres das coortes de 1978/79 e 1994 segundo ocorrência de abuso, desrespeito e maltrato em seus partos, Ribeirão Preto-SP, 2019.

Características Sociodemográficas	Maltrato no parto		p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Cor da pele			
Branca	55 (78,6)	568 (77,1)	0,775
Não branca	15 (21,4)	169 (22,9)	
Escolaridade*			
Fundamental	17 (24,3)	103 (14,1)	0,103
Média	27 (38,6)	315 (43,1)	
Curso Técnico/profissionalizante	2 (2,9)	41(5,6)	
Faculdade	15 (21,4)	206 (28,2)	
Especialização/Mestrado	9 (12,9)	66 (9,0)	
Classe econômica segundo ABEP*			
A	3 (4,9)	52 (8,0)	0,605
B	28 (45,9)	327 (50,5)	
C	28 (45,9)	246 (38,0)	
D/E	2 (3,3)	23 (3,5)	
Estado civil			
Solteiro(a)	11(15,7)	117 (15,9)	0,309
Casado(a)/mora com a parceiro(a)	48 (68,6)	547(74,2)	
Separado(a) ou divorciado(a)	11(15,7)	73 (9,9)	
É religiosa			
Não	3 (4,3)	83 (11,3)	0,071
Sim	67 (95,7)	654 (88,7)	
Chefe da família			
Pai	7 (10)	50 (6,8)	0,042
Própria entrevistada	34 (48,6)	267 (36,2)	
Outros	29 (41,4)	420 (57,0)	
TOTAL	70 (100)	737(100)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

* Totais divergentes devido aos dados ignorados.

Quando as características sociodemográficas das participantes que relataram desrespeito/maltrato no trabalho de parto e parto foram comparadas com as que não relataram, observou-se que a única diferença entre os grupos diz respeito ao chefe da família; 48,6% das mulheres que referiram maltrato eram as próprias chefes da família (Tabela 3).

Tabela 4. Relatos de abuso, desrespeito e maltrato por mulheres, segundo ocorrência. Ribeirão Preto-SP, 2019.

Relato de abuso, desrespeito e maltrato no parto	Maltrato no Parto		p
	Não n (%)	Sim n (%)	
Não pude ficar com acompanhante da minha escolha	180 (24,8)	24 (38,1)	0,021
Não me deixaram comer nem beber nada	221 (30,5)	19 (30,2)	0,952
Gritaram comigo	20 (2,7)	20 (31,7)	<0,001
Ameaçaram não cuidar mais de mim	8 (1,1)	7 (11,3)	<0,001

Recebi vários exames de toque sem ser consultada	32 (4,4)	20 (31,2)	<0,001
Equipe não me explicava o que estava acontecendo	89 (12,3)	38 (60,3)	<0,001
Fui forçada a ter parto normal contra minha vontade	30 (4,1)	15 (23,8)	<0,001
Apertaram minha barriga para o bebê nascer	188 (26,0)	27 (42,9)	0,004
Fui forçada a ter parto cesária contra minha vontade	11 (1,5)	3 (4,8)	0,063
Não me deixaram caminhar quando eu quis	57 (7,9)	10 (15,9)	0,029
Fizeram um pique em mim por baixo sem minha permissão	58 (8,0)	17 (27,0)	<0,001
Fizeram um pique em mim por baixo sem anestesia	40 (5,6)	8 (12,7)	0,024
Demoraram para deixar ver ou pegar o nenê	84 (11,7)	20 (31,7)	<0,001

Ao comparar os dois grupos de mulheres com respeito às questões sobre o que aconteceu durante trabalho de parto e parto só não foi encontrada diferença em duas situações: “*Não me deixaram comer nem beber nada*” ($p=0,952$) e “*Fui forçada a ter parto cesária contra minha vontade*” ($p=0,063$). Todas demais situações foram mais percebidas por aquelas mulheres que referiram maltrato/desrespeito no parto.

As maiores queixas encontradas entre as participantes que se declararam maltratadas foram: Não ter recebido explicações da equipe que a atendia sobre o que estava acontecendo (60,3%), a barriga ter sido apertada para ajudar no parto (42,9%) e não ter podido ficar com acompanhante de sua escolha (38,1%). Por outro lado, entre as mulheres sem queixas de maltrato, as situações mais frequentes foram: não ter podido comer nem beber nada (30,5%), a barriga ter sido apertada para ajudar no parto (26%) e não ter podido ficar com acompanhante de sua escolha (24,8%) (Tabela 4).

Tabela 5. Relato de abuso, desrespeito, e maltrato pelas mulheres, segundo as coortes de 1978/79 e 1994. Ribeirão Preto - SP, 2019.

Relatados de abuso, desrespeito, e maltrato	Coortes		p
	1978/79	1994	
	n (%)	n (%)	
Não pude ficar com acompanhante	179 (26,1)	32(25,4)	0,877
Não me deixaram comer nem beber	201(29,2)	44 (35,4)	0,162
Gritaram comigo	36 (5,2)	5 (4,0)	0,551
Ameaçaram não cuidar mais de mim	14 (2,0)	1 (0,8)	0,345
Recebi vários exames de toque sem ser consultada	47 (6,8)	6 (4,7)	0,372
Não me explicavam o que estava acontecendo	102 (14,9)	25 (19,8)	0,160
Fui forçada a ter parto normal	33 (4,8)	12 (9,5)	0,032
Apertaram minha barriga para o bebê nascer	187 (27,3)	29 (23,0)	0,322
Fui forçada a ter parto cesária contra minha vontade	13 (1,9)	1 (0,8)	0,379
Não me deixaram caminhar quando eu quis	54 (7,9)	13 (10,4)	0,345
Fizeram um pique em mim por baixo sem minha permissão	69 (10,1)	7 (5,6)	0,111
Fizeram um pique em mim por baixo sem anestesia	42 (6,2)	7 (5,6)	0,810
Demoraram para deixar ver/pegar meu bebê	95 (13,9)	11(8,7)	0,112

Ao comparar as vivências de trabalho de parto e parto entre as participantes das duas coortes, pode-se que a única diferença entre os dois grupos diz respeito ao sentimento de ter sido forçada a parto normal, queixa mais importante na coorte de 1994 (9,5%) (Tabela 5).

Com respeito aos homens participantes das coortes, 657 responderam à pergunta se já haviam acompanhado o parto de algum filho, com 489 (74,4%) respostas afirmativas. O tipo de parto mais frequentemente acompanhado pelos pais foi cesárea (68,9%). Segundo eles, a experiência de participar do parto foi positiva em 97,7% dos casos, negativa em 1,2% e indiferente em 1%. Quanto a sua percepção sobre a experiência da sua parceira, eles citaram como positiva em 98,1%, negativa em 0,6% e indiferente em 1,2% das vezes.

Quando questionados sobre haver presenciado a companheira ser desrespeitada ou maltratada durante o parto, 3,2% (20/627) dos homens responderam que sim. Por outro lado, 4,7% dos participantes relataram crer que suas companheiras foram desrespeitadas ou maltratadas durante o parto.

Segundo eles, as mães de seus filhos receberam alguma forma de alívio para as dores em 58,8% das vezes. Foram citadas como formas de alívio anestesia na coluna (89,2%); anestesia por baixo, na vagina (11,8%); banho, banheira, bola ou massagens (19,4%); anestesia geral (20,7%) e outros (2,8%). Destaca-se que 11,4% das mulheres não receberam nenhum método de alívio da dor, apesar de o terem solicitado; enquanto que 17,1% não receberam alívio porque não precisaram.

A tabela 6 apresenta os relatos masculinos sobre as experiências vividas no trabalho de parto e parto de suas companheiras.

Tabela 6. Relato de abuso, desrespeito e maltrato vivenciado pela companheira durante trabalho de parto e parto. Ribeirão Preto, SP, 2019.

Relatos de abuso, desrespeito e maltrato	n (%)
A mãe do meu filho não pode ficar com acompanhante de sua escolha	219 (34,5)
Não deixaram ela comer nem beber nada	132 (21,1)
Gritaram com ela	6 (0,9)
Ameaçaram não cuidar dela	4 (0,6)
Recebeu vários exames de toque sem ser consultada	24 (3,8)
Equipe não explicava a ela o que estava acontecendo	115 (18,4)
Foi forçada a ter parto normal contra a vontade	31(4,9)
Apertaram a barriga dela para o bebê nascer	114 (18,4)
Foi forçada a ter parto cesária contra a vontade	11 (1,8)

Não deixaram-na caminhar quando ela quis	73 (11,8)
Fizeram um pique por baixo sem a permissão dela	22 (3,5)
Fizeram um pique por baixo nela sem anestesia	24 (3,9)
Demoraram para deixar ver ou pegar o nenê	15 (2,4)

Não pode ficar com o acompanhante escolhido (34,5%), a companheira não ter tido permissão para beber ou comer (21,1%) e falta de explicações sobre o que estava acontecendo, por parte da equipe (18,4%), foram os itens mais relatados pelos homens (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Ao trabalhar com informações de duas coortes de nascimento diferentes, o presente estudo contribui com um novo panorama sobre questões envolvendo experiências de abuso, desrespeito e maltrato no parto vivenciadas por ambos os sexos e por duas faixas etárias diferentes. A amostra estudada é composta, em sua maioria por mulheres, de cor branca, com alto nível de instrução e de classe social alta; casados, religiosos e chefes de família.

O estudo de ANDRADE et al., 2016, relaciona a violência no parto a características sociais, onde a relação entre profissionais de saúde e pacientes de camadas socioeconômicas desfavorecidas é marcada pela desconfiança, desrespeito, conflito e maltrato, sendo estes também apontados como um fator importante no uso das intervenções desnecessárias, principalmente no que tange a episiotomia em mulheres negras, pobres, nordestinas e estrangeiras. No presente estudo, as mulheres que relataram maltrato no trabalho de parto e parto, não pertencem ao grupo apontado por ANDRADE et al. As 70 participantes que referiram maltrato/desrespeito tinham eram em sua maioria de cor branca, com bom nível de escolaridade e socioeconômico, casadas, religiosas e, em grande parte, a própria chefe da família. Outra informação importante sobre este grupo diz respeito as médias de idade materna (25 anos) no momento do parto, de peso dos RN (3007,9 kg) e de idade gestacional (37 semanas); dados esses que não fazem referencia a minorias ou extremos assistências relacionados ao feto ou a idade gestacional. Estes dados não sugerem situações especiais, as quais poderiam apresentar condições de trabalho de parto ou parto anormais.

Setenta mulheres (8,7%) relataram ter se sentido desrespeitadas e maltratadas durante seu trabalho de parto ou parto. Dentre elas 61 (87,1%) pertenciam a coorte de 1978/79 e 9 (12,9%) a coorte de 1994; fato que nos leva a refletir se mulheres da coorte de 1978/79 realmente foram mais maltratadas que as mulheres da coorte de 1994; ou essas mulheres da coorte mais velha foram mais capazes de identificar o maltrato/desrespeito vivenciado no parto; ou ainda, se se elas tiveram mais oportunidades de serem expostas a maltrato já que havia uma maior percentual de mães entre as mais velhas (84,7% versus 15,3%). Um estudo do Recife, Pernambuco, realizado com 603 puérperas, se propôs a analisar os fatores associados ao abuso, desrespeito e maltrato no parto, de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola. Esta pesquisa

também registrou uma alta porcentagem de abuso, desrespeito e maltrato referidas por eles como violência obstétrica, 86,6%; as práticas prejudiciais mais frequentes foram os esforços de puxo (65%), administração de ocitocina (41%) e uso rotineiro da posição supina/litotomia (39%) (ANDRADE et al., 2016).

A maioria dos partos associados ao desrespeito e maus-tratos ocorreu em hospital/maternidade pública (82,8%); este fato contradiz as políticas públicas que efetivam os direitos reprodutivos das mulheres, o que demonstra possíveis problemas ao garantir esses direitos. De acordo com PAES (2018) o número de serviços não está em consonância com a necessidade e o número de casos, há desigualdade regional na distribuição dos serviços e falta de capacitação contínua e número de profissionais.

Pôde-se identificar também que destas mulheres que relataram maltrato, 64,3% vivenciaram essa experiência no parto do seu primeiro filho e que 51,7% desses partos foram realizados por profissionais do sexo feminino. O estudo de Costa e Luna (2016) se propõe a discutir de forma sucinta, sobre as origens do desrespeito e maltrato no parto; segundo ele, esse nasce no momento em que os homens assumiram o ofício historicamente reservado às parteiras, quando, a partir de então, a mulher foi retirada do papel de protagonista do próprio parto. Diferente informação aparece no presente estudo, onde mais da metade dos partos onde as mulheres relataram maltrato foram realizados por mulheres.

No presente estudo a queixa de maltrato ocorreu na maior parte das vezes no 1º parto. Não foram encontrados estudos que discutissem esta associação. Mas pode-se especular que a inexperiência da mãe que nunca pariu, pode a tornar mais sensível a determinadas situações e, por outro lado, pode aumentar sua exposição à ADM no parto, pela falta de conhecimento sobre a rotina de procedimentos adequados.

O parto vaginal foi o mais associado às lembranças de desrespeito (60,7%), assim como os partos sem indução (74,5%) e ao fato destas gestações não terem sido planejadas (54,4%). SARMENTO e SETUBAL, 2003, abordam a existência de expectativa das mulheres quanto ao seu desempenho e à saúde de seu bebê no contexto da experiência do parto, e citam a importância de se ter claro que o desempenho da mulher no parto está fortemente ligado ao preparo dessa gestação ao longo do pré-natal, bem como a sua própria história de vida. Não é incomum constatar que as mulheres passam por inúmeras práticas na assistência ao parto, como manipulação desrespeitosa de seu corpo com a medicalização, amniorrexe precoce, tricotomia, episiotomia, fórceps obstétrico, cesariana e manobra de Kristeller, práticas

consideradas prejudiciais à saúde materna e do concepto. Essas práticas são realizadas sem o prévio conhecimento e consentimento da mulher anulando, com isso, o seu poder decisório, com o agravante do descumprimento das boas práticas do parto normal preconizadas pela OMS, como cita RODRIGUES et al., 2018.

De acordo com as recomendações da OMS, o parto deve ter início de forma espontânea, não induzida, devendo a parturiente possuir a liberdade de se movimentar a qualquer momento e o direito de receber suporte contínuo durante a parturição, tais como monitoramento cardíacos fetais, alimentação, adoção de posições não supinas, respeito a privacidade, o uso do partograma e presença de acompanhantes, além de evitar intervenções rotineiras (ANDRADE et al., 2016).

Dos diferentes métodos de alívio citados 84,6% relataram a anestesia na coluna, 16,7% anestesia na vagina, 29,2% banho, banheira, bola ou massagem; 20,8% anestesia geral e 12,5% delas não receberam nenhum método de alívio para a dor, mesmo pedindo e 12,5% delas não receberam nenhum método de alívio para a dor, pois não foi necessário. Além de ser direito da parturiente o acesso a métodos de alívio para as dores durante o trabalho de parto e parto, a dor pode ser vivenciada de forma diferente pelas mulheres e não atender a uma solicitação, de alívio para uma dor extrema, pode acarretar em danos irreversíveis. A porcentagem idêntica de mulheres que solicitaram alívio e não receberam e as mulheres que não receberam porque não precisaram reforça a individualidade da percepção dolorosa, e confirma ao profissional que presta assistência, à importância do protagonismo da mulher no parto, onde a mesma deve ser ouvida e a ela ofertada forma de alívio individualizadas.

*“Quando for constatada a necessidade ou **houver solicitação da mulher**, métodos farmacológicos de alívio da dor devem ser utilizados. Para muitas mulheres, tal alívio pode ser obtido apenas com um suporte físico e emocional adequado (...)” “A dor extrema pode resultar em trauma psicológico para algumas, enquanto para outras os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos de controle podem influenciar negativamente na experiência do nascimento. O importante é que as necessidades individuais da mulher sejam reconhecidas por meio de um bom processo de apoio e comunicação(...)” (SAÚDE, 2014).*

Considerando somente as mulheres que responderam sobre questões envolvendo ADM estas não apresentaram diferenças nas características sociodemográficas, com exceção da chefia da família. Segundo SARTI, 2007, nos casos em que a mulher assume a responsabilidade econômica da família – como se percebe acima – ocorrem modificações importantes no jogo de relações de autoridade, e efetivamente a mulher pode assumir o papel masculino de “chefe” (de autoridade) e definir-se como tal, o que pode justificar essa

percepção do maltrato. De qualquer forma, o presente estudo não conseguiu identificar características sociais que pudessem explicar a maneira pela qual as mulheres se percebem mais ou menos maltratadas neste momento de parto.

Com respeito as questões sobre ADM, é importante destacar que as mulheres que queixaram maltrato apresentaram maior percepção para todos os itens, com exceção “não pude comer/beber nada” e “fui forçada a parto cesária contra a vontade”. Para este grupo que se sentiu maltratada, pode-se afirmar que situações que tiveram impacto nesta queixa foram não receber explicações da equipe médica sobre o que acontecia, ter a barriga apertada para ajudar a criança a nascer e não ter podido ficar com acompanhante durante o trabalho de parto e parto. As duas últimas queixas também foram referidas por mulheres que não se sentiram maltratadas. CARVALHO; BRITO, 2017, destacam como forma de violência, a realização de procedimentos sem a devida explicação ou permissão dada pelas mulheres (27,3%), como episiotomia, amniotomia artificial e enema. Houve também falhas em responder a perguntas feitas à equipe (16,3%) e a proibição da presença de acompanhantes (9,3%). Quando avaliadas as coortes de 1978/79 e 1994 quanto às situações vividas durante trabalho de parto e parto, foi observada uma única diferença entre os dois grupos: as mulheres da coorte mais jovem queixaram-se mais frequentemente de terem sido forçadas a ter parto normal contra a vontade [9,5% (1994) versus 4,8% (1978/79)]. Podemos associar esse dado a desvalorização do parto natural com práticas cada vez mais intervencionistas e desnecessárias demonstrando o quanto a população feminina é carente de informação e educação em saúde. O desconhecimento e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos, além dos direitos humanos da mulher, possibilitam a imposição de normas e valores morais depreciativos levados a efeito por alguns profissionais de saúde. Tais normas e valores também são apontados como importantes fatores de formação da complexa trama de relações que envolvem as atitudes de violência com as mulheres (OLIVEIRA et al., 2017). Naturalmente, no que se refere aos serviços públicos no Brasil, a prevalência de partos normais é influenciada pela implantação do PHPN, que exerce certo controle institucional sobre as quotas de parto normal (AGUIAR, 2010).

Dentre os homens participantes do estudo, que já eram pais, 489 (74,4%) acompanharam o parto de algum filho, aquém do resultado esperado pela lei do acompanhante que garante a presença do pai durante todo o trabalho de parto, parto e pós parto de sua companheira; ou essa informação pode sofrer interferências caso o acompanhante da parturiente não for o pai da criança e sim uma outra pessoa a escolha da parturiente.

Segundo eles, a experiência foi positiva em 97,7% dos casos. O MS (2017) em sua portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, recomendar não utilização da manobra de kristeller por falta de evidências científicas.

O direito da mulher de ter um acompanhante no nascimento de seu filho é assegurado por lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Como também a Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005, que vem complementar regulamentando, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

“Art. 1º Regular, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria”.

(PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

O tipo de parto mais frequentemente acompanhado por eles foi a cesárea (68,9%). Eles relataram crer que sua companheira foi desrespeitada/maltratada durante o parto em 4,7% dos casos. Mas 3,2% dos homens presenciaram sua companheira ser maltratada nesse momento. MELO et. 2015 aborda a importância de preparar o homem nesse contexto, para que ele tenha condições de entender estas modificações e aumentar o vínculo da mãe com o filho, se faz necessário orientá-lo quanto ao seu direito de participar das consultas de pré-natal, de estar presente durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto. CORREIA, 1998, complementa que na nossa civilização, o papel do homem é secundário; mesmo quando assiste ao parto, fá-lo frequentemente como observador e diante dessa afirmação do autor nos faz refletir sobre a verdadeira compreensão dos participantes sobre seu relato de desrespeito/maltrato de suas companheiras.

O relato mais frequente entre os homens foi que suas parceiras não não puderam ficar com acompanhante (34,5%), que elas não puderam comer nem beber nada (21,1%) e a falta de explicação da equipe que prestava assistência sobre o que estava acontecendo (18,4%).

O relato mais frequente realizado pelos homens e citado pelos dois grupos de mulheres avaliadas, merece destaque, já que a presença de um acompanhante à gestante no trabalho de parto e parto são assegurados, desde 7 de abril de 2005, pela lei Federal nº 11.108, que diz:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1o O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Diretrizes médicas do Ministério da Saúde da Argentina, publicadas em 2004, que recomendam condutas de saúde seguras e respeitadas durante o trabalho de parto e o parto, afirmam que instruções ou decisões tomadas por profissionais de saúde que restrinjam a ingestão de alimentos ou bebidas durante o parto podem ser interpretadas como patologização de processos naturais, uma vez que não levam a complicações e apenas aumentam a sensação de conforto, funcionando como métodos não medicamentosos de alívio da dor. Essas diretrizes podem contribuir para um melhor entendimento do que são boas condutas e reduzir a medicalização (PORTELLA; DINIZ, 2017).

Segundo os participantes homens na maioria dos casos, 58,8% das vezes, as mães dos seus filhos, receberam alguma forma de alívio para dor no momento do parto. O que pode ser associado ao tipo de parto, mais frequente, acompanhado por eles, a cesárea. Foram relatadas como forma de alívio para as dores (89,2%) anestesia na coluna; (11,8%) anestesia na vagina; (19,4%) banho, banheira, bola ou massagem e (20,7%) a anestesia geral. Da mesma forma, com uma porcentagem parecida, 11,4% das mulheres, segundo eles, solicitaram, porém não receberam nenhum método de alívio para a dor e 17,1% não receberam alívio por que não precisaram.

A percepção masculina acompanha os dados femininos, o que ocorreu com as mulheres sobre o processo de alívio das dores do trabalho de parto e parto também se repetiu com os homens, e destaca-se a maior a porcentagem de mulheres que não receberam alívio por que não precisaram, fator esse que pode estar associado a influência da presença do acompanhante, como afirma, OLIVEIRA et al., 2017, possibilitar que a mulher tenha um acompanhante, de sua livre escolha, no trabalho de parto, parto e pós-parto, é considerada uma prática benéfica que deve ser encorajada e está amparada pelas evidências científicas. E a

OMS, 2014, reafirma que a presença de um familiar pode contribuir para a redução da intensidade dolorosa no trabalho de parto e parto.

As informações deste estudo sobre as percepções da população masculina vem contribuir com a discussão sobre essa temática, como afirmam PORTELLA e DINIZ (2017): “sabe-se menos sobre a experiência dos homens no que diz respeito à violência institucional na assistência à saúde, mas a resistência a buscar serviços de saúde pode se dever à hostilidade contra homens e por serem colocados em uma posição subordinada, à qual os homens resistem mais do que as mulheres”.

Ao compararmos o grupo de mulheres que queixaram maltrato e as mulheres que não o fizeram quanto a questões sobre ADM percebeu-se que as respostas positivas a cada item foram expressivas. Esse fato confirma a subjetividade do tema abordado, onde não reconhecer maltrato no trabalho de parto e parto não significa que a assistência prestada não foi violenta. Essas informações confirmam a importância de discutir sobre essa temática, pois o parto é um evento que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. Os profissionais de saúde envolvidos desempenham papel fundamental para o sucesso desse evento, porém são coadjuvantes desta experiência e devem abraçar a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias ou não para assegurar a saúde de ambos.

Em decorrência desse ADM algumas mulheres não sobrevivem, outras carregam sequelas físicas e psicológicas, e muitas seguem marcadas pela violência. Toda mulher tem direito a uma vida sem violência e livre de discriminação. Não basta que a mulher e o bebê sobrevivam ao parto, garantir atendimento digno, respeitoso, humanizado e com práticas baseadas evidências científicas. Outras formas de parir e nascer são possíveis e devem ser oferecidas a toda a sociedade. É importante registrar algumas limitações do estudo, pois os questionários utilizados foram auto-aplicados e apesar de sigilosos, podem não ter sido completamente compreendidos pelos homens e mulheres que participaram da pesquisa. Vale ressaltar que a equipe da coleta estava a postos durante todo o período de preenchimento do questionário, para tirar quaisquer dúvidas que pudessem surgir. É importante citar um provável viés, que diz respeito a memória das participantes como uma fragilidade, pois algumas mulheres responderam perguntas que abordavam sobre fatos ocorridos a elas anos

atrás. Outro aspecto importante versa sobre a localização das questões sobre “relato” de desrespeito/maltrato que encontrava-se antes das perguntas que discorriam sobre situações experimentadas de abuso, desrespeito e maltrato, fato que pode ter influenciado as repostas dos participantes. Além disso não foi possível, pelo desenho do estudo maior, obter informações sobre a saúde reprodutiva destas mulheres e suas condições que saúde no momento do parto. Essa lacuna de informações sobre intercorrências durante gestação e parto que teriam impacto sobre condutas durante o nascimento da criança não nos permite discutir as condutas médicas.

A força desse trabalho se dá pela rigorosidade da coleta dos dados, de duas (e não apenas uma) coortes de pessoas acompanhadas desde o nascimento, ao longo da vida. Trazer a visão masculina sobre estas questões e descrever situações que acontecem rotineiramente nos serviços de saúde são pontos relevantes e inovadores sobre a questão de abuso, maltrato e desrespeito durante o parto. E também pelo fato de trazer dados quantitativos contribuirão para com a temática estudada.

7. CONCLUSÃO

Podemos concluir que mulheres e homens pertencentes a coorte de 1978/79 e 1994 vivenciaram o abuso, desrespeito e maltrato no nascimento de seus filhos. Como também podemos identificar experiências de maltrato vivenciadas por mulheres e homens que não relataram terem se sentido maltratados.

8,7% das mulheres queixaram maltrato durante seu parto. As maiores queixas das foram: Não ter recebido explicações da equipe que a atendia sobre o que estava acontecendo, a barriga ter sido apertada para ajudar no parto e não ter podido ficar com acompanhante de sua escolha. Por outro lado, entre as mulheres sem queixas de maltrato, as situações mais frequentes foram: não ter podido comer nem beber nada, a barriga ter sido apertada para ajudar no parto e não ter podido ficar com acompanhante de sua escolha. As queixas dos participantes masculinos sobre o parto de suas companheiras se equipara às das mulheres. Não pode ficar com o acompanhante escolhido, a companheira não ter tido permissão para beber ou comer e falta de explicações sobre o que estava acontecendo, por parte da equipe, foram os itens mais relatados pelos homens.

Não foi possível identificar características socioeconômicas que pudessem ter impacto na percepção ou não de ADM.

A situação de ADM citada por homens e mulheres, foi a falta de acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. DE O. N. et al. **Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 16, n. 1, p. 29–37, mar. 2016.

ARGENTINA. **Parto Humanizado - Ley Nacional N° 25.929.** p. 2, 2004.

ARGENTINA. **Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relación es interpersonales.** p. 19, 2009.

AGUIAR, J. MA. DE. **Violência institucional e maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, 2010.

ALMEIDA LEA, Barbieri MA, Gomes UA, Reis PM, Chiaratti TM, Vasconcellos V, et al. **Peso ao nascer, classe social e mortalidade infantil em Ribeirão Preto, SP.** Cad Saúde Públ 1992; 8:90-3.

AMORIM, M. M. R. de. **Humanização do parto e violência obaterica.** Publicado em 2015. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/artigos-cientificos>. Acesso em julho de 2018.

BARBIERI MA, Bettiol H, Silva AA, Cardoso VC, Simões VM, Gutierrez MR, et al. **Health in early adulthood: the contribution of the 1978/79 Ribeirão Preto birth cohort.** Braz J Med Biol Res 2006; 39:1041-1055.

BARBIERI MA, Gomes UA, Barros-Filho AA, Bettiol H, Almeida LEA, Silva AAM. **Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: a questão do método.** Cad Saúde Públ 1989; 5:376-87.

BETTIOL H. **Saúde de criança: do hospital à escola – crescimento de uma coorte de escolares nascidos de parto hospitalar em Ribeirão Preto no período de um ano [tese].** Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1995.

BETTIOL H, Sabbag Filho D, Haeffner L, Barbieri Ma, Silva Aam, Portela A, et al. **Do intrauterine growth restriction and overweight at primary school age increase the risk elevated body mass index in young adults?** Braz J Med Biol Res 2007; 40(9): 1237-1244.

BOHREN, M. A. et al. **The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally : A Mixed-Methods Systematic Review.** n. 1, p. 1–32, 2015.

CAMACARO, M. et al. **Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica.** Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social, v. 68, p. 113–120, 2015.

CARDOSO F. J. da C. et al. **Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(9):3346-53, set., 2017.

CARVALHO, I. DA S.; BRITO, R. S. **Formas de violência obstétrica experimentada por mãres que tiveram un parto normal**. Enfermeria Global, v. 16, n. 47, p. 71–79, 2017.

CIELLO, C. ; et al. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. p. 188, 2012.

CORREIA, M. J. **Sobre a Maternidade**. Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. 1998.

COSTA, M. V. de M.; LUNA, M. J. de M. **A violência obstétrica e a dominação masculina de bourdieu**. GT4 - Violência, Segurança Pública e Democracia na América Latina. 2016.

DATASUS. **XLSDataSus Ribeirão Preto**. Disponível em: <ftp.datasus.gov.br> > caderno > geral > SP_Ribeirao_Preto_Geral. Acesso em julho de 2018.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. **O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Questões Saúde Reprod., v.1, n.1, p.80-91, 2006. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2795253/mod_resource/content/1/O%20_corte%20por%20cima%20e%20o%20_corte%20por%20baixo_%20o%20abuso%20de%20cesa_reas%20e%20episiotomias%20em%20Sa_o%20Paulo%20%281%29.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

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

DINIZ, S. G. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento Humano. v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

D’GREGORIO, P. R. **Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 111, n. 3, p. 201–202, dez. 2010.

FERNANDÉZ, I. O. **PTSD and Obstetric Violence**. 2013. Disponível em: www.midwiferytoday.com. Acesso em Agosto de 2018.

HAEFFNER LSB, Barbieri MA, Rona RJ, Bettiol H, Silva AAM. **The relative strength of weight and length at birth in contrast to social factors as determinants of height as 18 years in Brazil**. Annals of Human Biology 2002; 29(6):627-40.

IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>. Acesso em julho de 2018.

KRONBAUER, José Fernando Dresch e MENEGHEL, Stela Nazareth. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26287.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2017.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial da Saúde, p. 380, 2002.

LOPEZ, J. M. de. **When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico.** International Journal of Health Governance, v. 23, n. 1, p. 60–69, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017.** Disponível em: file:///C:/Users/USER/Desktop/PESSOAL/cl%C3%ADnica/MINUTA-de-Portaria-SAS_Parto-Normal_09_02_2017.pdf. Acesso em outubro de 2019.

MCGARRY, J. et al., **Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol.** JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. V. 15, P. 620-627, 2017.

OLIVEIRA, T. R. DE et al. **Percepção de mulheres sobre violência obstétrica.** Rev enferm UFPE on line, v. 11, n. 1, p. 40–6, 2017.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos , desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde Declaração da OMS.** OMS, n. 5, 2014.

PARTO DO PRINCÍPIO – **Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa.** Publicado em 2015. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/o-que---viol-ncia-obst-trica>. Acesso em julho de 2018.

PAES, Fabiana Dal’Mas Rocha. **Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira.** Publicado em outubro de 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-violencia-obstetrica-politicas-publicas-legislacao-brasileira#author>. Acesso em agosto de 2019.

PEREIRA RODRIGUES, D. et al. **Obstetric Violence in the Context of Labor and Childbirth a Violência Obstétrica No Contexto Do Parto E Nascimento La Violencia Obstétrica En El Contexto Del Parto Y Nacimiento.** J Nurs UFPE on line., Recife, v. 12, n. 1, p. 236–46, 2018.

PORTELLA, A. P.; DINIZ, S. **Questão de Saúde Reprodutiva.** v. 10–Ano 1, n. 1809–9785, p. 1809-, 2017.

PIRES, Kelly da Silva; SOUSA, Wanderson Kleyton Barbosa de; CUTRIM, Felipe Jansen. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise dos estatutos jurídicos de proteção à mulher gestante no país e no Direito Comparado.** Publicado em dezembro de 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/54353/violencia-obstetrica-no-brasil-uma-analise-dos-estatutos-juridicos-de-protecao-a-mulher-gestante-no-pais-e-no-direito-comparado>. Acesso em julho de 2018.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13(1), 595-602, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Acesso em julho de 2018.

RODRIGUES, D. P. et al. **Violence in obstetric care in the birth process: a descriptive exploratory study.** Online Brazilian Journal of Nursing, v. 13, p. 399–401, 2 set. 2014.

RODRIGUES, D. P. et al. **Obstetric Violence in the Context of Labor and Childbirth a Violência Obstétrica No Contexto Do Parto E Nascimento La Violencia Obstétrica En El Contexto Del Parto Y Nacimiento.** J Nurs UFPE on line., Recife, v. 12, n. 1, p. 236–46, 2018.

- SAÚDE, M. DA. **Humanização do parto e do nascimento**. [s.l: s.n.].
- SARMENTO R. e SETUBAL M.S.V. **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério**. Revista de Ciências Médicas. Campinas, 2003.
- SARTI, C. **A família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 2.ed. ver. São Paulo: Cortez, 2007.
- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. DO. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1281–1289, 2004.
- SILVA, A. D. S.; SERRA, M. C. DE M. **Violência Obstétrica No Brasil: Um Enfoque a Partir Dos Acórdãos Do Stf E Stj**. Revista Quaestio Iuris, v. 10, n. 4, p. 2430–2457, 2017.
- SILVA AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Dal Bó CMR, Muccillo G, Gomes UA. **Saúde perinatal: baixo peso e classe social**. Rev Saúde Públ 1991; 25:87-95.
- SOARES, S. de B. **Violência obstétrica: a outra dor do parto**. Anais do Congresso Internacional de Direitos difusos. UEPB, 2017.
- TOMÉ FS, Cardoso VC, Barbieri MA, Silva AAM, Simões VMF, Garcia CA, et al. **Are birth weight and maternal smoking during pregnancy associated with malnutrition and excess weight among school age children?** Braz J Med Biol Res 2007; 40(9):1221-30.
- VACAFLOR, C. H. **Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina**. Reproductive Health Matters, v. 24, n. 47, p. 65–73, 31 jan. 2016.
- VENEZUELA, A. N. D. L. R. B. DE. **Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. [Http://Venezuela.Unfpa.Org](http://Venezuela.Unfpa.Org), p. 1–41, 2007.
- ZANARDO, G. L. DE P. et al. **Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa**. Psicologia e Sociedade, v. 29, p. 1–11, 2017.

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental **Pesquisador:** Marco Antonio Barbieri **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 45485915.7.0000.5440

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RPUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO ARECER Número do Parecer: 1.282.710

Apresentação do Projeto:

A presente proposta tem como foco desfechos relacionados à nutrição, à composição corporal, aos precursores de doenças crônicas, à saúde mental e ao capital humano. As principais exposições incluem condições dos primeiros anos de vida (prematividade,

restrição do crescimento intrauterino, amamentação, subnutrição na infância, etc.), exposições ambientais e sociais precoces, com ênfase nas desigualdades socioeconômicas e características genéticas. A Tabela 2 sumariza as principais questões de pesquisa e sua importância para o sistema de saúde. Uma vez que os estudos de coorte têm múltiplos propósitos e são multidisciplinares, o foco nestes quatro desfechos principais não impedirá que projetos adicionais avaliem outros desfechos, tais como saúde bucal, saúde ocupacional e violência. Ressaltamos que, apesar de termos dado ênfase a diversos fatores precoces – da gestação ou da infância – relacionados aos desfechos de interesse, os estudos de coorte incluem informações que permitem a avaliação concomitante de fatores de risco contemporâneos. O controle mútuo desses fatores permite que sua importância relativa seja estudada e que os momentos mais oportunos para intervenção sejam estabelecidos.

Objetivo da Pesquisa:

-Investigar, dentro de cada coorte, determinantes precoces da saúde na infância, adolescência e

vida adulta. Os desfechos principais incluem a nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano. A proposta envolve um programa de pesquisa em um país de renda média em rápido processo de transição, envolvendo três cidades localizadas em três regiões distintas do país, com marcantes diferenças sociais, econômicas e culturais, o que permitirá explorar essa diversidade.-Documentar nas coortes as tendências temporais dos indicadores de saúde na adolescência e vida adulta, relacionando estas tendências a desigualdades socioeconômicas e étnicas, como também a mudanças culturais, ambientais e na atenção à saúde num período de mais de três décadas.-Coletar em cada coorte dados de qualidade sobre o estado nutricional e de saúde que serão utilizados como variáveis de exposição para desfechos relevantes para a saúde da população no futuro.- Incrementar o trabalho multidisciplinar envolvendo epidemiologia, estatística, clínica médica, planejamento de serviços e biologia molecular.- Fortalecer e expandir a rede de colaboração dos estudos de coorte de nascimentos no Brasil, de forma a explorar da melhor forma todo o potencial que elas apresentam.-Disseminar os resultados das pesquisas para cientistas, mas com ênfase especial na difusão dos conhecimentos entre gestores e políticos. Nesse aspecto, nossa proposta envolve a composição de uma equipe de disseminação com duas tarefas principais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. A coleta de sangue pode causar algum desconforto, mas tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.

Benefícios: Os resultados das avaliações através de questionários, equipamentos ou exames laboratoriais não são informados rotineiramente aos indivíduos, por não terem validade diagnóstica. Por outro lado, indivíduos que apresentam resultados que sejam indicativos de problemas relevantes de saúde são orientados a procurar o serviço de saúde para avaliação diagnóstica e conduta. Resultados que possam ter interesse para o indivíduo ou importância prática para a vida diária (p. ex., peso, altura, IMC, percentual de gordura corporal) são informados diretamente ao indivíduo ou ao seu cuidador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Acompanhamentos propostos para cada coorte Apresentamos na Tabela 3 o cronograma de visitas às coortes de cada centro. Programamos para os três anos do projeto visitas a cinco coortes do grupo, duas de Ribeirão Preto, duas de Pelotas e uma de São Luís, antevendo que cerca de 14.600 participantes serão avaliados. Os membros das coortes serão convidados a comparecer nos locais de estudo para exame clínico, coleta de material biológico e preenchimento de questionários. Os que não comparecerem serão novamente visitados e examinados em casa, usando um subgrupo validado de métodos de exame físico, além dos questionários completos e coleta de material biológico. Nesta seção apresentaremos um breve resumo de cada acompanhamento e posteriormente mostramos um resumo dos principais grupos de variáveis a serem coletados em cada acompanhamento.Critério de Inclusão: Esse estudo compreende uma coorte de nascimentos avaliada de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010; uma coorte iniciada em 2010 no quinto mês de gestação em uma amostra de conveniência de gestantes nas duas cidades, reentrevistadas por ocasião do nascimento; e o acompanhamento das crianças a partir de 13 meses até os dois anos de idade. A coorte de nascimentos de Ribeirão Preto foi conduzida nos oito hospitais com serviço de maternidade da

cidade, públicos e privados. Todas as puérperas procedentes do município foram convidadas a participar, sendo que o banco de dados final contém 7747 observações, incluindo nascidos vivos de parto único e gemelares, natimortos e as crianças pertencentes à coorte do pré-natal que nasceram durante o ano de 2010. Para esta pesquisa: Apresentamos na Tabela 3 o cronograma de visitas às coortes de cada centro. Programamos para os três anos do projeto visitas a cinco coortes do grupo, duas de Ribeirão Preto, duas de Pelotas e uma de São Luís, antevendo que cerca de 14.600 participantes serão avaliados. Os membros das coortes serão convidados a comparecer nos locais de estudo para exame clínico, coleta de material biológico e preenchimento de questionários. Os que não comparecerem serão novamente visitados e examinados em casa, usando um subgrupo validado de métodos de exame físico, além dos questionários completos e coleta de material biológico. Nesta seção apresentaremos um breve resumo de cada acompanhamento e posteriormente mostramos um resumo dos principais grupos de variáveis a serem coletados em cada acompanhamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o Projeto de pesquisa versão 2 de 21/09/2015 e a Criação de biorrepositório, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2 de 09/09/2015 e o TCLE para guarda de material biológico versão 2 de 11/09/2015, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_516635.pdf	21/09/2015 16:21:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao2.docx	21/09/2015 16:21:15	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Folha de Rosto	Doc3.pdf	15/09/2015	Michelle Cristina da	Aceito

		16:20:29	Silveira Murari	
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	biorrepositorio.pdf	15/09/2015 16:15:06	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Outros	Carta_resposta_cep.pdf	15/09/2015 14:50:21	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_biorepositorio.doc	15/09/2015 14:42:22	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/09/2015 15:32:47	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	11/09/2015 13:53:40	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	10/09/2015 14:09:55	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

RIBEIRAO PRETO, 19 de Outubro de 2015

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

ANEXO B

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: "Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri.

TELEFONES PARA CONTATO: (16) 3315-3306.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE CIENCIA E TECNOLOGIA (DECIT).

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estamos dando continuidade a uma pesquisa iniciada nos anos de 1978/79, com crianças nascidas de junho de 1978 a maio de 1979, para avaliar sua saúde e analisar dados que possam auxiliar no entendimento das questões de saúde da população atual. Convidamos você, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento, a participar novamente desta pesquisa.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Haverá o ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa como transporte e alimentação.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com indivíduos que nasceram nos anos de 1978/79, sendo parte deles reavaliada aos 09/11 anos, rapazes aos 18 anos e outro grupo aos 23/25 anos. Este é o quinto momento deste grande estudo. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntário (a), nos ajudando neste estudo.
- Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde.
- As avaliações da pesquisa ocorrerão na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do HC-FMRPUSP.

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre situação sócio demográfica, será avaliado seu crescimento físico e o seu desenvolvimento. Serão realizados exames clínicos (medidas antropométricas, de composição corporal) e laboratoriais (coleta de sangue) para nos fornecer informações mais completas sobre sua saúde.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. A coleta de sangue pode causar algum

desconforto como por exemplo dor local, hematomas e outras pequenas complicações, mas tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

A avaliação de sua saúde é sempre muito importante. Se houver alguma alteração detectada você será encaminhado(a) para tratamento. Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificado por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, a equipe de pesquisadores, os monitores da pesquisa e você, participante da pesquisa. É garantido aos participantes da pesquisa acesso aos resultados e o direito a indenização segundo as leis vigentes no país.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com o Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri pelo telefone (16) 3315-3306. Para obter informações sobre seus direitos como objeto de pesquisa, entre em contato com: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602-2228.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS:

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____.

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO C

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: "Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri.

TELEFONES PARA CONTATO: (16) 3315-3306.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE CIENCIA E TECNOLOGIA (DECIT).

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estamos dando continuidade a uma pesquisa iniciada no ano de 1994, com crianças nascidas entre abril e agosto, para avaliar sua saúde e analisar dados que possam auxiliar no entendimento das questões de saúde da população atual. Convidamos você, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento ou no período escolar, a participar novamente desta pesquisa.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você está participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Haverá o ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa como transporte e alimentação.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com indivíduos que nasceram no ano de 1994, sendo parte deles reavaliada aos 10/11 anos. Este é o terceiro momento deste grande estudo. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntário (a), nos ajudando neste estudo. Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde.
- As avaliações da pesquisa ocorrerão na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do HC-FMRPUSP.

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre situação sócio demográfica, será avaliado seu crescimento físico e o seu desenvolvimento. Serão realizados exames clínicos (medidas antropométricas, de composição corporal) e laboratoriais (coleta de sangue) para nos fornecer informações mais completas sobre sua saúde.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. A coleta de sangue pode causar algum

desconforto como por exemplo dor local, hematomas e outras pequenas complicações, mas tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

A avaliação de sua saúde é sempre muito importante. Se houver alguma alteração detectada você será encaminhado(a) para tratamento. Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar sua participação no estudo.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você permanecerão confidenciais. Você será identificado por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem. As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, a equipe de pesquisadores, os monitores da pesquisa e você, participante da pesquisa. É garantido aos participantes da pesquisa acesso aos resultados e o direito a indenização segundo as leis vigentes no país.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com o Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri pelo telefone (16) 3315-3306. Para obter informações sobre seus direitos como objeto de pesquisa, entre em contato com: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602-2228.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS:

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____.

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADAS PELAS COORTES DE RIBEIRÃO PRETO

Pesquisador: ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE DORNELAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01247718.4.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.002.392

Apresentação do Projeto:

Somente na segunda década deste século, a violência obstétrica tornou-se visível, sendo objeto de numerosos estudos: mostras de arte, documentários, ações judiciais, investigações parlamentares, iniciativas do Ministério Público para defender as mulheres, bem como um novo conjunto de intervenções de saúde pública para apontar sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública. Essas ações inovadoras

buscam tornar visível essa forma de violência nas práticas de saúde, tanto nos setores público e privado, encorajando governos e instituições a investirem em pesquisas, treinamento de profissionais e intervenções (DINIZ et al., 2015). O abuso de mulheres e meninas durante o parto está ganhando reconhecimento como um problema mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que os maus tratos às mulheres durante o parto e às violações associadas aos direitos humanos são um “problema global”. A violência obstétrica é uma forma específica de violência contra as mulheres que viola direitos de saúde reprodutiva, e resulta em danos físicos ou psicológicos durante a gravidez, parto ou puerpério (MURRAY DE LOPEZ, 2018). A Venezuela define a violência obstétrica como “[...] apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa como tratamento desumanizado, abuso de medicação, e converter os processos naturais em processos patológicos, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (PÉREZ D’GREGORIO, 2010) A violência obstétrica surge caracterizando um novo tipo de violência contra a mulher gerando grande preocupação a saúde pública. Desde 1996 a OMS vem divulgando informações sobre a assistência adequada ao parto normal, recomendando condutas consideradas adequadas, indicando aquelas que devem ser realizadas com cautela, devido à falta de comprovação de seus benefícios e apontando as práticas

inadequadas, que devem ser abolidas por serem danosas e prejudiciais (ANDRADE et al., 2016). Com o objetivo de fornecer dados mais consistentes sobre a temática e informações menos subjetivas sobre a violência obstétrica, essa pesquisa pretende descrever quais experiências de violência obstétrica foram vivenciadas pelos participantes das coortes de nascimentos de 1978 e 1994 do município de Ribeirão Preto.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a experiência de violência obstétrica auto relatada por participantes das coortes de nascimentos de 1978 e 1994 do município de Ribeirão Preto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Espera-se observar se os participantes das duas coortes 1978 e 1994, homens e mulheres já vivenciaram a experiência da violência obstétrica, e com informações mais expressivas contribuir para que mulheres, homens, profissionais da área e pesquisadores identifiquem e combatam a violência obstétrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, descritivo, transversal. Os dados que serão utilizados no estudo são da coorte de

1978 e de 1994 e pertencem ao Núcleo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP); e a coleta será realizada em loco, após autorização e planejamento de acesso pelos responsáveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados. Propõe a dispensa do TCLE. Este é um subprojeto derivado da pesquisa “Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental” (parecer nº 1.282.710), na qual já foram aplicados os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos participantes.

Recomendações: não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho.

Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1142158.pdf	17/10/2018 13:11:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	17/10/2018 13:10:47	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE DORNELAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Violencia_Obstetrica.doc	12/10/2018 14:57:07	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	12/10/2018 14:39:38	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE	Aceito
Orçamento	Orcamento_aprovado.pdf	04/10/2018 13:11:34	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Avaliacao_da_proposta.pdf	26/09/2018 15:29:14	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Avaliacao_comite.pdf	28/08/2018 13:46:39	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	11/07/2018 13:13:21	ADELIA CRISTINA VIEIRA DE REZENDE	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

RIBEIRAO PRETO, 06 de Novembro de 2018

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))