



**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**JACKELINE DIAS CUNHA NOGUEIRA
LUANA CRISTINA FARIAS CASTRO
REBECA COELHO LINHARES**

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE GESTANTES NO PRÉ-NATAL

**PARNAÍBA – PI
2019**

**JACKELINE DIAS CUNHA NOGUEIRA
LUANA CRISTINA FARIAS CASTRO
REBECA COELHO LINHARES**

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE GESTANTES NO PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
FAHESP/IESVAP, como requisito para
obtenção do Grau de Bacharel em
Medicina.

Orientador: Mauro Mendes Pinheiro
Machado

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Lygia Conceição Leitão Teixeira CRB-3/619

D541v

Dias, Jackeline; Castro, Luana Cristina Farias;
Linhares, Rebeca Coelho

A violência obstétrica na percepção de gestantes
/ Jackeline Dias; Luana Cristina Farias Castro;
Rebeca Coelho Linhares .- Parnaíba.- 2019.
00 f. : il.

Monografia apresentada ao Instituto de
Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP,
Parnaíba-PI, para graduação em Medicina, 2019.

Orientador: Prof.º Mestrando Mauro Mendes
Pinheiro Machado.

1.Cuidado pré-natal. 2.Obstetrícia – Violência.
I. Título.

CDU 618.2-082

**JACKELINE DIAS CUNHA NOGUEIRA
LUANA CRISTINA FARIAS CASTRO
REBECA COELHO LINHARES**

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE GESTANTES NO PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profº Mauro Mendes Pinheiro Machado
Docente efetivo do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP
(Orientador)

Profª Ma. Tereza Cristina de Carvalho Souza Garcês
Docente efetivo do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP

Profª Ma. Daniella Veras e Silva
Docente da Universidade Federal do Piauí – UFPI CMRV

**PARNAÍBA-PI
2019**

“Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender. ”

(Paulo Freire)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, presença que se faz constante em nossas vidas, por nos guiar sempre pelos melhores caminhos e nos dar forças para seguir em frente, apesar dos obstáculos.

Aos nossos familiares, agradecemos pelo amor incondicional, carinho e compreensão nos momentos de estresse, mau humor e por dedicarem as suas vidas para nos proporcionar a concretização desse sonho.

Ao Professor Mauro Mendes Pinheiro Machado, agradecemos pela paciência e a total disponibilidade, em todos os momentos que precisamos da sua orientação, guiando-nos de maneira responsável e prazerosa. Expressamos, ainda, gratidão ao nosso orientador, por nos manter motivadas e nos alertar, constatemente, sobre a importância deste estudo para a comunidade.

A todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde Mendonça Clark, agradecemos pela recepção, atenção, compreensão e disponibilidade. Agradecemos, também, pelo auxílio na busca ativa de cada uma das participantes, assim como o engajamento nas intervenções.

Às queridas gestantes, agradecemos pela participação, a qual foi essencial para a realização deste estudo. O interesse em aprender, demonstrado durante toda a pesquisa, foi imprescindível para a formação e o fortalecimento do vínculo com cada uma. O *feedback* continuado, transmitido pelas participantes, nos deu forças para continuar e expandir a pesquisa.

Aos membros avaliadores da banca, Prof^a. Tereza Garcês e Prof^a. Daniella Veras, agradecemos pela contribuição para o engrandecimento deste trabalho.

Por fim, a todos que de alguma maneira, direta ou indiretamente, contribuíram para mais esta conquista. Obrigada!

RESUMO

A violência obstétrica constitui-se, segundo o Ministério da Saúde, como toda e qualquer agressão física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, incluindo ainda, ações de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais, sem embasamento em evidências científicas, que acometem no momento da gestação, parto, nascimento, pós-parto e no atendimento ao abortamento, sendo um problema relevante na saúde pública nacional. Nesse sentido, este estudo tem por finalidade avaliar a percepção das gestantes acerca da violência obstétrica. Trata-se de um ensaio comunitário, de caráter quali-quantitativo, com uma proposta de intervenção educacional, em uma amostra composta por gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade básica de Saúde Mendonça Clark de Parnaíba – PI. O estudo foi dividido em 4 (quatro) encontros durante o mês de março de 2019, nas quais as gestantes foram submetidas a diferentes formas de metodologias ativas de aprendizado, seguidos de aplicação de entrevistas semiestruturadas, antes e depois do processo de intervenção, afim de avaliar o conhecimento acerca da violência obstétrica. A análise subjetiva da entrevista semiestruturada realizada previamente à primeira intervenção, notou-se que 45,45% das gestantes não possuíam conhecimentos prévios acerca da violência obstétrica. Nesse contexto, 18,18% das gestantes relataram terem sido vítimas de violência obstétrica e apenas 01 (uma) gestante sabia quais eram os direitos das vítimas, questionando a qualidade sobre o tema da violência obstétrica na assistência no pré-natal. Após submetidas às intervenções, 50% das gestantes relataram sofrer algum tipo dessas agressões. Observou-se, ainda, que 100% das gestantes compreenderam o contexto da pesquisa e da violência obstétrica e todas as participantes relataram que se sentiram orientadas sobre violência obstétrica, comprovando que as intervenções baseadas em metodologias ativas foram eficazes no processo de ensino aprendizagem. As análises das entrevistas foram baseadas no método de estudo de Bardin. Este estudo evidenciou que o conhecimento das gestantes acerca da violência obstétrica ainda é escasso e que muitas destas ações não são compreendidas pelas usuárias como violentas, tornando as pacientes vulneráveis a tais situações. Em contrapartida, constatou-se o impacto positivo das metodologias ativas no aprendizado das participantes, facilitando o conhecimento sobre o tema e contribuindo no processo do autocuidado.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Educação em Saúde. Obstetrícia. Violência. Piauí.

ABSTRACT

According to the Ministry of Health, obstetric violence is established as any physical, psychological, verbal, symbolical and/or sexual aggression, including negligence actions, discrimination and/or excessive conducts or unnecessary or discouraged, often harmful, without scientific base that happen at the time of pregnancy, labor, birth, postpartum, and in medical care for abortion, therefore constitutes a significant issue in national public health. Regarding this matter, this study aims to evaluate the perception of pregnant women about the obstetric violence. This research is a qualitative and quantitative community trial, proposing an educational intervention in a sample of 17 (seventeen) pregnant women who undergo prenatal counseling in the Basic Health Unit Mendonça Clark in Parnaíba – PI. The study was performed in March of 2019, whereby the pregnant women went through different forms of active learning methodologies. They were also submitted to a semi-structured interview before and after the interventions, in order to evaluate their knowledge about obstetric violence. By subjectively analyzing the semi-structured interviews, carried out previously to the first intervention, 45.45% of the pregnant women did not have prior knowledge about obstetric violence. In this context, 18.18% of them reported being victims of obstetric violence, and only 01 (one) knew the victim's rights, questioning the quality of the prenatal care about the obstetric violence. After the interventions, 50% of the pregnant women reported having suffered any of these aggressions. It was also observed that 100% of them understood the study purpose. At the end, all the participants felt oriented about obstetric violence due to the interventions that were performed, proving that the interventions based in active methodologies were effective in the learning process. The analyzes of the interviews were based on the Bardin method of study. This study emphasized that pregnant women's knowledge about obstetric violence is still scarce, and many of these actions are not understood as violent, making them vulnerable to such situations. Nevertheless, it was observed that the active methodologies had a positive impact on the participants' learning, thus facilitating awareness on the theme and contributing to self-care.

Keywords: Prenatal Care. Health Education. Obstetrics. Violence.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASA	Secretaria de Atenção à Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
EF	Ensino Fundamental
EM	Esino Médio
ES	Ensino Superior
ESF	Estratégia Saúde da Família
ITPAC	Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1: Fluxograma que representa as etapas de intervenção do estudo.....	30
Tabela 1: Tabela demonstrativa dos resultados socioeconômicos e participação das gestantes nas intervenções.....	32
Gráfico 1: Resultado da análise do conhecimento prévio das gestantes acerca da violência obstétrica, identificado através do questionamento “O que você entende por violência obstétrica?”	33
Gráfico 2: Resultado da análise questionamento “Você já sofreu algum tipo dessas agressões?”, que mostrou o número de gestantes que se identificaram com vítimas de violência obstétrica.....	33
Gráfico 3: Resultado da análise do conhecimento das gestantes acerca da violência obstétrica após as intervenções.....	34
Gráfico 4: Resultado da do número de gestantes que se identificaram com vítimas de violência obstétrica após as intervenções.....	34

SUMÁRIO

1 Introdução.....	11
2 Problematização.....	14
3 Hipótese.....	15
4 Justificativa	16
5 Referencial Teórico	17
6 Objetivos.....	22
6.1 Objetivo Geral	22
6.2 Objetivo Específico	22
7 Metodologia.....	23
7.1 Caracterização Da Pesquisa	23
7.2 Determinação Do Tamanho Da Amostra.....	23
7.3 Critérios De Inclusão	23
7.4 Questionário De Condições Socioeconômicas	23
7.5 Questionário De Percepção Das Gestantes	24
7.6 Busca Ativa Das Gestantes.....	24
7.7 Intervenções Educacionais Com As Gestantes.....	24
7.8 Guarda De Questionários.....	25
7.9 Análise De Dados	25
7.10. Critérios Éticos	25
8 ARTIGO.....	26
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	44
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	45
APÊNDICE B – Questionário de Percepção das Gestantes	49
APÊNDICE C – Instruções do Jogo	50
ANEXOS.....	52
ANEXO I – Questionário Socioeconômico..	53
ANEXO II – Submissão ao CEP – 3.141.263.....	55
ANEXO III – Normas da Revista....	57

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica constitui-se, segundo o Ministério da Saúde (MS), como toda e qualquer agressão física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, incluindo ainda, ações de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais, sem embasamento em evidências científicas, que acometem no momento da gestação, parto, nascimento, pós-parto e no atendimento ao abortamento (BRASIL, 2019).

No Brasil, a prevalência de violência obstétrica é considerada elevada, pois 25% das mulheres relatam terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções sem indicações claras— venóclise, ocitocina de rotina e episiotomia – e privação de uma assistência baseada em boas práticas, tais como parto em posição vertical, possibilidade de se alimentar e de se movimentar durante o trabalho de parto e presença de um acompanhante (TESSER, 2015; SOUZA, 2016; CARVALHO, 2017).

Embora haja uma proteção à mulher quanto ao tratamento desumanizado durante o parto, conferido pela Constituição Federal e pelo Código de Ética Médica, no Brasil ainda não há legislação específica que ampare as vítimas desse tipo de violência. No entanto, o Governo de Santa Catarina sancionou uma Lei estadual, de nº17.097/2017, em janeiro de 2017— que tem como justificativa o conteúdo do Dossiê sobre violência Obstétrica "Parirás com Dor" (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

Recentemente, o MS considerou imprópria a expressão violência obstétrica na assistência à saúde da mulher, justificando a não intencionalidade do profissional de saúde em prejudicar ou causar danos à usuária. Em contrassenso, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), defende que é preciso continuar falando a respeito desse tema, visto que há necessidades urgentes no contexto brasileiro para garantir o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade (BRASIL, 2019; SBMFC, 2019).

Apesar dos grandes avanços na saúde materno-infantil – desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, e posteriormente do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, e da Rede Cegonha, em 2011 –, diversos estudos têm questionado a

qualidade da assistência pré-natal (SERRUYA, S.J, 2004; SANTOS NETO, 2012; MARTINELLI, 2014).

A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde o profissional médico detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir. Tal fato, diverge da Política Nacional de Humanização, e o foco volta-se ao procedimento, deixando as mulheres mais vulneráveis à violência, muitas vezes silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente (III SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2014).

Considera-se que a fragilidade do sistema de saúde público brasileiro, assim como a falta de investimento, predispõe muitos casos de violência obstétrica. Seja pelo proposto anterior, seja por uma visão distorcida do abuso de autoridade, essa é uma temática crítica (AGUIAR, 2013). Salienta-se, ainda, que a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental na mudança desse quadro, uma vez que elas detêm o conhecimento necessário para informar as gestantes.

O pré-natal, desenvolvido pela ESF, é considerado fator determinante na prevenção da morbimortalidade materna e infantil (CAPRARA, 2004; COSTA, 2005). Por meio de consultas periódicas, o pré-natal permite a detecção e o tratamento oportuno de fatores de risco, que podem gerar complicações para a saúde da mãe e do bebê. Dessa forma, a equipe multiprofissional, em sua função promotora de saúde, necessita apropriar-se de estratégias de ensino-aprendizagem que potencializem a efetividade de suas ações neste contexto (RIOS, 2007).

O processo de ensino-aprendizagem dessas gestantes divide-se em duas grandes vertentes. Por meio de palestras, aparatos visuais e informativos, distribuídos pela Rede de Saúde, no qual podem assumir um papel passivo no processo de aprendizagem. Este, por ser um método tradicional, possui certo respaldo frente a outros meios, no entanto, estudos demonstram que existem formas de garantir uma intervenção mais eficaz. Ademais, existem técnicas de ensino, baseadas em metodologias ativas, que qualificariam as gestantes como atuantes nesse processo (FREEMAN, S. Et al, 2014; STANKUNAS, 2016).

É necessário que o setor saúde esteja aberto para mudanças, sociais e culturais, cumprindo de maneira mais ampla, seu papel de promotor da saúde. Ações educativas nesta área tornam-se efetivas, por serem capazes de aumentar o senso de autocuidado e aguçar a auto-percepção dos usuários. A proatividade, adquirida por

meio de intervenções, é imprescindível para que a gestante saiba reconhecer-se como vítima da violência obstétrica.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

Existe uma considerável quantidade de artigos que abordam a violência obstétrica. Em contrapartida, poucos trabalhos retratam a percepção da gestante sobre esta problemática. Este estudo busca explorar as percepções das gestantes no pré-natal, com a finalidade de compreender o nível de conhecimento das usuárias acerca deste tema, viabilizando estratégias adequadas de promoção e educação em saúde.

Diante do exposto, tem-se como pergunta norteadora de pesquisa: “Qual a percepção das gestantes no contexto da atenção primária à saúde, sobre violência obstétrica, e, como as intervenções baseadas em metodologias ativas, no pré-natal, podem influenciar no conhecimento sobre o tema e auxiliá-las na prevenção desses agravos?”

3 HIPÓTESE

Considerando a metodologia tradicional utilizada nos serviços de saúde, associada à escassez de ações educativas sobre a violência obstétrica no pré-natal, acredita-se que a compreensão das gestantes frente ao tema é insuficiente. Portanto, a aplicação de metodologias ativas pode potencializar a percepção e os conhecimentos do grupo em questão, visto que as usuárias – ao serem inseridas em um método que permite correlacionar a violência institucional à vivência cotidiana – tornar-se-iam mais emponderadas e engajadas de seus conhecimentos fortalecendo o autocuidado, reduzindo a incidência desse tipo de violência.

4 JUSTIFICATIVA

Considerando as intervenções que não possuem indicação fortemente embasada, o aumento do número de cesáreas, a falta de estudos que demonstrem a percepção das gestantes, a negligência do profissional da saúde em informar, conduzir e realizar procedimentos, além da falha na garantia do direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, são fatores que justificam a necessidade de ações educativas voltadas para humanização dos profissionais de saúde e conscientização das gestantes.

Assim, a Atenção Primária a Saúde (APS), através do pré-natal, tem papel fundamental na promoção da saúde das gestantes. Com isso, a Unidade Básica de Saúde (UBS), por manter um vínculo fortalecido com a comunidade, destaca-se como uma porta de entrada deste público no sistema de saúde e pelo fácil acesso e baixo custo, torna-se um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas.

A metodologia ativa, por trazer a proatividade, evidencia-se como uma ferramenta eficaz no processo de ensino-aprendizagem, fortalecendo o conhecimento prévio e capacitando as gestantes no seu autocuidado, dessa forma, pode ser considerada um dos principais mecanismos de proteção das gestantes. Ademais, por ser um meio de ensino acessível e barato, pode ser aplicado em todas as UBS, tendo impacto positivo na redução dos índices de violência institucional, controle de agravos e na humanização do atendimento.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação é um período de transformações físicas e emocionais. Para algumas mulheres, o período perinatal é composto de grandes novidades e preparações. Contudo, para outras, pode ser uma época repleta de preocupações e ansiedade. Nesse grupo, enquadram-se as vítimas de violência obstétrica (LOGIUDICE, 2015).

A violência institucional, como também é conhecida, é aquela exercida nos serviços públicos ou privados, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrangendo, também, abusos cometidos em virtude das relações de poder e desigualdade entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2002).

Todavia, alguns estudos evidenciaram percepções restritas do conceito de violência obstétrica, limitando-as aos atos de caráter psicológico e físico, demonstrando dificuldade em sua definição, o que implica na aceitação passiva de determinadas práticas e eximem as mulheres de reivindicar seus direitos e denunciar os atos violentos (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

A violência obstétrica tornou-se um problema de âmbito mundial, ao passo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma declaração acerca da prevenção e erradicação do abuso institucional. Por meio desta, a OMS estatizou que o desrespeito e a negligência para com as gestantes agem como mecanismos de desincentivo na busca de serviços de saúde maternos. Correlacionou, ainda, esses maus-tratos às práticas indiscriminadas de abuso físico, verbal e profunda humilhação, assim como a realização de procedimentos médicos sem consentimento das pacientes e violações grotescas de privacidade. Como solução, esta organização propõe uma reestruturação no sistema de saúde, com o fito de garantir o respeito pela saúde sexual e reprodutiva das mulheres, assim como seus direitos humanos (OMS, 2014).

Em concordância com a declaração anterior, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, em 2014, lançou diretrizes que auxiliam na identificação de práticas abusivas, coercivas e tratamentos negligenciados (GYNECOL, 2014).

Um estudo desenvolvido em uma maternidade situada em São Paulo, Brasil, evidenciou percentual de 27,9%, quanto aos maus tratos sofridos durante o atendimento ao parto. Destacaram-se como expressões da violência a realização de procedimentos sem as devidas explicações ou autorização concedida pela mulher (27,3%), a exemplo da episiotomia, amniotomia artificial e enema. Também foram observadas falhas no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e proibição quanto a presença do acompanhante (9,3%). E quando se analisa a presença de violência obstétrica associada a práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal, os resultados são piores. Identificou-se prevalência de 86,57% em uma maternidade escola do Nordeste, sendo as principais práticas prejudiciais os esforços de puxo (65%), a administração de ocitocina (41%) e o uso rotineiro de posição supina (39%) (CARVALHO; BRITO, 2017).

Como consequência desse problema emergente, relaciona-se o aumento da morbimortalidade. Sugere-se, ainda, que as adversidades não se encontram, exclusivamente, no acesso ou na entrega de serviço, mas, especialmente, na violência cometida por profissionais de saúde – a qual compromete o acesso, a qualidade e a eficácia do sistema de saúde (DOLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Uma episiotomia realizada sem consentimento da parturiente, pode acarretar um distúrbio esfinteriano, sofrimento fetal em decorrência da administração negligenciada de ocitocina, sem monitoramento da evolução do trabalho de parto e gestante, vítima de estupro, que tem o aborto negado pelo médico. Estes são exemplos claros de violência obstétrica, que torna explícito as diversas dimensões dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde para garantir a segurança das gestantes (VACAFLOR, 2016).

Em concordância com os achados literários, destaca-se que a violência obstétrica, ou institucional, pode ser resultado da precariedade do sistema de saúde - relacionada à falta de investimentos -, bem como o caráter pessoal dos profissionais de saúde perante as pacientes. Ademais, salienta-se que, com as gestantes, as desigualdades nas relações médico-paciente são exacerbadas, uma vez que há anulação de seus direitos – especialmente direitos sexuais e reprodutivos. A desigualdade de gêneros intrínseca à sociedade contemporânea propicia a existência desses agravos (AGUIAR; DOLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

No cotidiano dos obstetras, existe reconhecimento de práticas abusivas, maus-tratos e desrespeitos. No entanto, nem todos os médicos são capazes de constatar tais ações como violência, muitos consideram esses abusos necessários para as condutas laborais, principalmente se estão lidando com pacientes "descontroladas" (AGUIAR; DOLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Em âmbito estadual, o governo de Santa Catarina tornou-se pioneiro após sancionar lei nº 17.097/2017, que tem como justificativa o conteúdo do Dossiê sobre violência Obstétrica "Parirás com Dor", elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, criada pelo Congresso Nacional. O dossiê defende que a mulher deve ser protagonista da 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 estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos (MAGALHÃES, 2017).

A assistência pré-natal consagra-se como uma excelente medida preventiva, visto que, assegura o acompanhamento da gestação, em todas as suas fases. Através de medidas que visam rastrear e, assim, impedir doenças e suas complicações materno-fetais, dessa forma, refletindo nas taxas de mortalidade materna e neonatal (DUNCAN, 2004).

Dentre as ações do Governo Federal, a Rede Cegonha, lançada em 2011, e o PHPN lançado pelo Ministério da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2000, fazem um elo, e estabelecem o acompanhamento de qualidade à gestante do período pré-natal à assistência ao neonato, que garante melhoria nas ações já adotadas e uma ampliação e cobertura em novas ações dos serviços prestados à gestante e ao seu bebê (BRASIL, 2013).

O PHPN garante que toda gestante tem o direito de atendimento digno, humanizado, seguro e de qualidade na gestação, parto e puerpério de acordo as condições estabelecidas pela prática médica e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal humanizada e segura. No pré-natal, as atividades que devem ser realizadas são amplas e consiste em consultas gestacionais e pediátricas, exames

laboratoriais, exames de imagem, imunizações, classificação de risco gestacional e atividades educativas (BRASIL, 2013).

Ademais, o atendimento à saúde deve ser adaptado às necessidades e circunstâncias apresentadas pelas diferentes pacientes e suas gestações, de acordo com os fatores de risco que cada gestação apresente, e correlacionar com o seu meio familiar e sua comunidade. No entanto, em países em desenvolvimento, como no Brasil, se observa menos recursos, ou uso de forma ineficiente no início tardio do pré-natal, consultas irregulares, poucos ou excessivos exames complementares e muitas vezes a gestante não obtêm todos os benefícios necessários ou possíveis em seu acompanhamento (DUNCAN, 2004).

Diante do exposto, o pré-natal torna-se o momento propício para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de atividades educativas realizadas por profissionais de saúde, incentivando e orientando a realização do pré-natal corretamente e dos cuidados ao recém-nascido. Concomitantemente, o planejamento em saúde, e a atuação adequada da equipe multiprofissional é fundamental na garantia de uma assistência pré-natal promotora e eficaz.

Durante o pré-natal, a criação de espaços para a educação em saúde é de extrema importância para que gestantes possam ouvir e falar sobre suas experiências e trocar informações sobre a gravidez e aspectos que envolvem a saúde da criança. Esse processo de compartilhamento, que ocorre entre mulheres e profissionais de saúde, é o melhor caminho para promover a compreensão do processo de gravidez (SILVA et al., 2018).

A aprendizagem baseada em problematização (ABP) possui uma abordagem cognitiva construtiva, que auxilia na compreensão e construção de modelos mentais, elucidando, assim, essa metodologia como um processo de aprendizagem em que o sujeito deve “aprender a aprender”. Nesse contexto, o processo de ensino-aprendizagem é iniciado pelo aluno e embasado com o auxílio do tutor (SCHMIDT; ROTGANS; YEW, 2011).

Como dispositivos de construção dialógica, as rodas de conversa produzem conhecimentos coletivos e contextualizados, ao privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, não usando nem a escrita, nem a leitura da palavra, mas

sim dos modos de vida cotidianos. Dessa forma, o convívio direto entre os participantes busca, também, superar mitos e “tabus” sobre o tema escolhido na vivência entre eles (FREIRE, 1996).

O setor de saúde, além de suas responsabilidades clínicas, deve avançar gradualmente na promoção de saúde, apoiando, assim, o desenvolvimento pessoal e social através da disseminação de informação e educação em saúde. Promover saúde é capacitar a comunidade para trabalhar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002). Nesse sentido, a abordagem educacional no contexto dos serviços de saúde é considerada um eixo fundamental na promoção da saúde. Entre as diferentes formas de trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, que visam facilitar a troca de experiências entre os membros (BRASIL, 2014).

As atividades em grupo com mulheres grávidas - quando acontecem - são frequentemente focadas na transferência de informações, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades pessoais que acontece de forma sistemática e pode levar à reorientação dos serviços de saúde (SILVA et al., 2018). Assim, procura-se destacar, a aprendizagem interpessoal durante o processo grupal, uma prática educativa voltada para a promoção de saúde das gestantes. Um recurso utilizado na APS e que obteve resultados positivos no campo promoção da saúde, prevenção de doenças e educação (MENEZES; AVELINO, 2016) é o grupo operativo – grupo de gestantes, com encontros semanais, que aborda a troca de experiências vividas entre elas.

Atualmente, no Brasil, os grupos operativos vêm sendo utilizados em diversas áreas do SUS, principalmente na Atenção Primária. Esses podem ser aplicados para promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, como na ESF. Podem também promover programas educativos que possibilitam uma melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas (GURGEL et al, 2011; THIOLENT, 2004). Esses grupos, possuem uma prática coletiva de problematização e discussão, gerando um processo de aprendizagem crescente. Seus benefícios são uma maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente (MENEZES; AVELINO, 2016).

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

- Avaliar a percepção das gestantes acerca da violência obstétrica.

6.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o impacto das metodologias ativas como meio de intervenção e educação em saúde no pré-natal.
- Associar o perfil socioeconômico com as percepções das gestantes em relação à violência obstétrica.
- Propor uma intervenção educacional no pré-natal, evidenciando a violência obstétrica.
- Identificar relatos de violência obstétrica na Unidade Básica de Saúde.

7 METODOLOGIA

7.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Trata-se de um ensaio comunitário, de caráter quali-quantitativo, com uma proposta de intervenção educacional, em uma amostra composta por gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade básica de Saúde Mendonça Clark de Parnaíba – PI.

7.2 Determinação do tamanho da amostra

A amostra foi composta por 17 (dezessete) gestantes, que estavam cadastradas no pré-natal, da Unidade básica de Saúde Mendonça Clark de Parnaíba PI.

7.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Participaram da pesquisa as gestantes com idade gestacional de até 36ª semana, primíparas e/ou multíparas, com nível escolar que as confere aptidão para ler e escrever, apresentando frequência mínima de 75% das atividades. Não participaram da pesquisa as gestantes classificadas como alto risco, aquelas com idade gestacional maior que 36 semanas e com abstenção de mais 25% das atividades.

7.4 Busca ativa das Gestantes

Previamente à realização da pesquisa, as ações foram revisadas pelos pesquisadores e, posteriormente, foram aplicadas na comunidade. A pesquisa foi dividida em quatro encontros, no período de 1 (um) mês de intervenção. O primeiro encontro foi caracterizado como uma visita ao posto para cadastramento das mesmas, realizado no período de 15 (quinze) dias. As pesquisadoras do projeto, realizaram visita domiciliar às gestantes cadastradas, acompanhadas do agente comunitário de saúde (ACS) responsável por cada área, onde foi explanado o tema do projeto e obtidas assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) das gestantes que aceitaram participar.

7.5 Análise das Condições Socioeconômicas

Durante o primeiro encontro, as participantes foram submetidas à aplicação de questionário validado contendo 13 (treze) questões objetivas e dissertativas relacionadas as características socioeconômicas dos indivíduos, para coleta dos dados socioeconômicos. (ANEXO I)

7.6 Identificação da Percepção das gestantes frente à violência obstétrica

As gestantes foram submetidas à aplicação de uma entrevista semiestruturada contendo 4 (quatro) questões subjetivas acerca da violência obstétrica, que foi reaplicado após as 4 (quatro) intervenções. (APÊNDICE B)

7.7 Intervenções com Metodologias Ativas

As intervenções com metodologias ativas iniciaram no segundo encontro, com todas as participantes, no espaço físico cedido pela comunidade local para a realização das atividades. A princípio as gestantes foram submetidas à entrevista semiestruturada sobre a percepção das gestantes frente à violência obstétrica, e, em seguida, foi realizada uma consulta simulada – método clínico centrado na pessoa – demonstrando a relação médico paciente, abordando as vertentes da violência obstétrica, seguida de roda de conversa, com discussão acerca da concepção das gestantes diante do que foi encenado e relato de experiência das mesmas.

No terceiro encontro foi desenvolvido o aprendizado por meio de atividade de gameificação, com o jogo “Caminho do Pré-natal”, onde as participantes seguiam um caminho composto com diversas situações positivas, negativas e intermediárias, classificadas por cores (verde, vermelha, amarela e rosa), representando situações de violência obstétrica que acontecem durante o pré-natal, e o impacto destes na garantia de um pré-natal satisfatório, chegando ao final primeiro, aquela que vivenciou mais situações positivas. No decorrer do jogo, eram discutidas as situações simuladas, estimulando a percepção das gestantes acerca do que foi evidenciado. Ao final do jogo, foi reaplicada a entrevista semiestruturada do segundo encontro, e, a

partir deste, foram avaliadas as percepções das gestantes e a eficácia das intervenções. (APÊNDICE C)

No quarto e último encontro foi realizada promoção de saúde ao grupo de participantes, com orientações acerca dos cuidados na gestação, como o aleitamento materno, através de metodologia demonstrativa, com uso de bonecos e peças anatômicas de mama, que facilitaram a interação e solidificação do conhecimento. Ao final foi realizado feedback das intervenções e entrega de kits as participantes.

7.8 Aplicação e guarda de questionários

Os questionários foram aplicados em domicílio e durante as atividades, realizadas no espaço físico cedido pela comunidade local. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo na coordenação de saúde da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí/Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba- FAHESP/IESVAP, sob a responsabilidade do professor Mauro Mendes Pinheiro Machado, por até 5 (cinco) anos.

7.9 Análise dos Dados

Os resultados obtidos foram digitados em planilha do Excel 2013 para análise descritiva e serão apresentados como médias em gráficos e tabelas. A análise de discurso das gestantes será realizada de acordo com as respostas ao questionário, realizado antes e após a intervenção, e acerca das reflexões das mesmas, explicitadas durante a aplicação das intervenções.

7.10 Critérios Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), sob o número do parecer 3.141.263 (ANEXO II). Os indivíduos que participaram da pesquisa foram esclarecidos quanto os objetivos e procedimentos necessários para a coleta dos dados e os que concordarem assinaram um TCLE elaborado de acordo com a Resolução de Helsinque 196/96. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo na coordenação de saúde da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do

Piauí/Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba- FAHESP/IESVAP, sob a responsabilidade do professor Mauro Mendes Pinheiro Machado, por até 5 (cinco) anos.

8 ARTIGO ORIGINAL

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE GESTANTES (THE OBSTETRIC VIOLENCE IN PERCEPTION OF PREGNANT WOMEN)

Jackeline Dias Cunha Nogueira^{1,3}, Luana Cristina Farias Castro^{1,4}, Rebeca Coêlho Linhares^{1,5}, Mauro Mendes Pinheiro Machado ^{2,6}

¹Graduanda em Medicina pelo Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba – FAHESP/IESVAP; ² Docente do curso de Medicina do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba FAHESP/IESVAP.

3 jackeedcn@hotmail.com, (89) 99986-1790

4 luanacristinafc@hotmail.com, (88) 99221-9470

5 rebeca.linhares@hotmail.com, (88) 99921-0760

6 mauromendespmachado@hotmail.com, (86) 98834-6664

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a percepção das gestantes acerca da violência obstétrica.

MÉTODO: Trata-se de um ensaio comunitário, de caráter quali-quantitativo, com uma proposta de intervenção educacional, em uma amostra composta por gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade básica de Saúde Mendonça Clark de Parnaíba – PI. O estudo foi dividido em 4 (quatro) encontros durante o mês de março de 2019. Durante a pesquisa as participantes foram submetidas a diferentes formas de metodologias ativas – roda de conversa, consulta simulada, aprendizado baseado em problematização e gamificação –, seguidos de aplicação de questionários, antes e após o processo de intervenção, a fim de avaliar as percepções desse público e a eficácia das intervenções. Os dados socioeconômicos das participantes foram coletados durante o cadastro.

RESULTADOS: Na análise subjetiva da entrevista semiestruturada, realizada previamente à primeira intervenção, notou-se que 45,45% das gestantes não possuíam conhecimentos anteriores acerca da violência obstétrica. Nesse contexto, 18,18% das gestantes relataram terem sido vítimas de violência obstétrica, em seus mais diversos eixos, e apenas uma gestante sabia quais eram os direitos das vítimas, questionando a qualidade sobre o tema da violência obstétrica na assistência no pré-natal. Após submetidas às intervenções, 50% das gestantes relataram sofrer algum tipo dessas agressões. Observou-se, ainda, que 100% das gestantes compreenderam o contexto da pesquisa e da violência obstétrica e todas as participantes relataram que se sentiram orientadas sobre violência obstétrica, comprovando que as intervenções baseadas em metodologias ativas foram eficazes no processo de ensino aprendizagem.

CONCLUSÕES: Evidenciou-se que o conhecimento das gestantes acerca da violência obstétrica ainda é escasso e que muitas destas ações não são compreendidas pelas usuárias como violentas, tornando as pacientes vulneráveis a tais situações. Em contrapartida, constatou-se o impacto positivo das metodologias ativas no aprendizado das participantes, facilitando o conhecimento sobre o tema e tornando-as participativas no processo do autocuidado.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal. Educação em saúde. Ostetricia. Violência.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica, segundo o Ministério da Saúde (MS), constitui toda e qualquer agressão física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, incluindo ainda, ações de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais, sem embasamento em evidências científicas, que acometem no momento da gestação, parto, nascimento, pós-parto e no atendimento ao abortamento¹.

No Brasil, a prevalência de violência obstétrica é considerada elevada, pois 25% das mulheres relatam terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções sem indicações claras e privação de uma assistência baseada em boas práticas, tais como parto em posição vertical, possibilidade de se alimentar e de se movimentar durante o trabalho de parto e presença de um acompanhante^{2, 3, 4}.

Embora haja uma proteção a mulher quanto ao tratamento desumanizado durante o parto, conferido pela Constituição Federal e pelo Código de Ética Médica, no Brasil ainda não há legislação específica que ampare as vítimas de violência obstétrica. No entanto, o Governo de Santa Catarina sancionou uma Lei estadual, de nº17.097/2017, em janeiro de 2017 – que tem como justificativa o conteúdo do Dossiê sobre violência Obstétrica "Parirás com Dor"⁵.

O MS, recentemente, através da Secretaria de Atenção à Saúde (ASA), emitiu um posicionamento oficial acerca do termo violência obstétrica, alegando que o mesmo possui conotação inadequada e não agrega valor. Considerou, ainda, imprópria a expressão violência obstétrica na assistência à saúde da mulher, justificando a não intencionalidade do profissional de saúde em prejudicar ou causar danos à usuária⁶.

Em contrassenso, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), defende que é preciso continuar falando a respeito deste tema, visto que há necessidades urgentes no contexto brasileiro para garantir o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade⁷.

Considera-se que a fragilidade do sistema de saúde público brasileiro, assim como a falta de investimento, predispõe muitos casos de violência obstétrica e a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental na mudança desse quadro. Dessa forma, tais profissionais, em sua função promotora de saúde, necessitam apropriar-se de estratégias de ensino-aprendizagem que potencializem a efetividade de suas ações no contexto do pré-natal⁸.

Dentre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre seus componentes. Diante disso, ações de educação em saúde tornam-se efetivas, por serem capazes de aumentar o senso de autocuidado e aguçar a auto-percepção dos usuários, e assim, reconhecer-se como vítima da violência obstétrica.

Embora seja um problema relevante na saúde pública nacional, poucos estudos retratam a percepção das gestantes perante a violência obstétrica. Diante do exposto, o estudo teve como objetivo avaliar a percepção de gestantes acerca do tema de violência obstétrica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio comunitário, de caráter quali-quantitativo, com uma proposta de intervenção educacional, em uma amostra composta por 17 (dezessete) gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade básica de Saúde Mendonça Clark de Parnaíba – PI. Foi utilizado como critérios de inclusão, as participantes que estavam em idade gestacional de até a 36ª semana, primíparas e/ou múltiparas, com nível escolar aptos a ler e escrever, apresentando frequência mínima de 75% das atividades. Previamente à realização da pesquisa, as ações foram revisadas pelos pesquisadores antes de serem aplicadas na comunidade.

A pesquisa foi dividida em quatro encontros, no período de 1 (um) mês de intervenção. O primeiro encontro foi caracterizado como uma visita ao posto para cadastramento das mesmas, realizado no período de 15 (quinze) dias e os encontros seguintes foram realizados nos dias subsequentes, totalizando o mês de intervenção. As pesquisadoras do projeto, realizaram visita domiciliar às gestantes cadastradas, acompanhadas do agente comunitário de saúde (ACS) responsável por cada área, onde foi explanado o tema do projeto e obtidas assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das gestantes que aceitaram participar. Em seguida, foram coletados os dados socioeconômicos, com auxílio de questionário validado contendo 13 (treze) questões objetivas e dissertativas relacionadas a características socioeconômica dos indivíduos.

A coleta de dados acerca da percepção das gestantes foi iniciada no segundo encontro, por meio de entrevista semiestruturada contendo 4 (quatro) questões subjetivas, acerca da violência obstétrica, com os conhecimentos prévios da gestante, e, logo após, foi realizada uma consulta simulada, demonstrando a relação médico paciente, abordando as vertentes da violência obstétrica, seguida de roda de conversa, com discussão acerca da concepção das gestantes diante do que foi encenado e relato de experiência das mesmas.

No terceiro encontro, foi desenvolvido o aprendizado por meio de atividade de gameificação, com o jogo “Caminho do pré-natal”, onde as participantes seguiam um percurso composto com diversas situações positivas, negativas e intermediárias, classificadas por cores (verde, vermelha, amarela e rosa), representando situações de violência obstétrica que acontecem durante o pré-natal e o impacto destes na

garantia de um pré-natal satisfatório, chegando ao final primeiro, aquela que vivenciou mais situações positivas. No decorrer do jogo, eram discutidas as situações simuladas, estimulando a percepção das gestantes acerca do que foi evidenciado nesta atividade. Ao final, foi reaplicada a entrevista semiestruturada do segundo encontro o que permitiu avaliar a percepção das gestantes e a eficácia das intervenções.

No quarto e último encontro foi realizada promoção de saúde ao grupo de participantes, com orientações acerca dos cuidados na gestação, como o aleitamento materno, através de metodologia demonstrativa, com uso de bonecos e peças anatômicas de mama, que facilitaram a interação e solidificação do conhecimento. Ao final foi realizado feedback das intervenções e entrega de kit's as participantes. Os resultados obtidos foram digitados em planilha do Excel 2013 para análise descritiva e apresentados como médias em gráficos e tabelas. A análise de discurso das gestantes foi realizada de acordo com as respostas ao questionário realizado antes e após a intervenção e acerca das reflexões das mesmas explicitadas durante a aplicação do projeto de intervenção, tendo como método a análise de conteúdo “Bardin”.

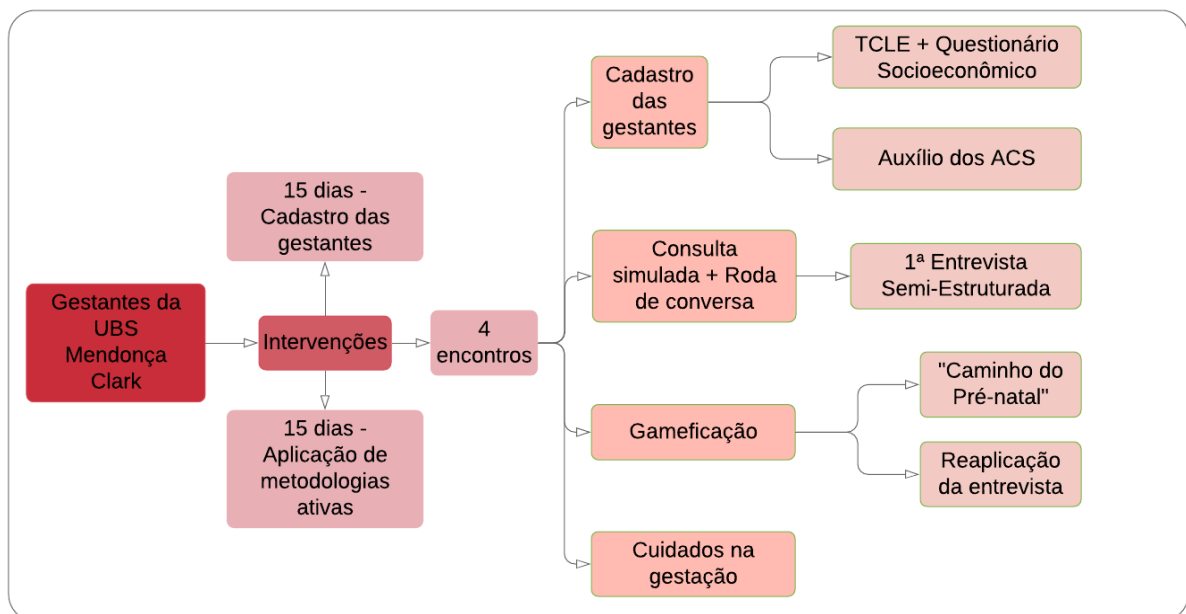


Figura 1: Fluxograma que representa as etapas de intervenção do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), sob o número do parecer 3.141.263. Os indivíduos que participaram da pesquisa foram esclarecidos

quanto os objetivos e procedimentos necessários para a coleta dos dados e os que concordaram assinaram um TCLE elaborado de acordo com a Resolução de Helsinque 196/96.

RESULTADOS

Na primeira fase do estudo – em que as pesquisadoras realizaram visitas domiciliares, a fim de conhecer as gestantes da UBS, aplicaram o questionário socioeconômico e colheram as assinaturas do TCLE – foram identificadas 17 (dezessete) gestantes. Nenhuma das gestantes se absteve ao estudo e todas assinaram o TCLE, oficializando a participação na pesquisa. Houve uma média de idade de 24, 41 com desvio padrão de 5,36 anos e com variação de idades.

Em relação à renda mensal das gestantes, houve uma média de R\$ 1024,47 ± 865,20. A renda mensal máxima relatada foi de R\$ 2862,00. Em contrapartida, a renda mensal mínima relatada foi de R\$ 41,00. Dentre essas, 47,05% relataram receber benefício social, e todos esses eram decorrentes do Bolsa Família.

Quanto ao grau de escolaridade das participantes, analisamos que 05 (cinco) gestantes possuíam Ensino Fundamental (EF) incompleto, seguido por 01 (uma) gestante que finalizou o Ensino Fundamental (EF), 02 (duas) que não possuem Ensino Médio (EM) completo, *versus* 06 (seis) que concluíram o EM e 03 (três) que se apresentaram como graduandas, com Ensino Superior (ES) incompleto.

As variáveis socioeconômicas – idade, benefício social, escolaridade e renda mensal – estão dispostas na **Tabela 1**, assim como a assiduidade das gestantes na realização das entrevistas semi-estruturadas.

	1. IDADE	DADOS	2. BENEFÍCIO	NºTOTAL	2. ESCOLARIDADE	NºTOTAL	3. RENDA MENSAL	DADOS	4. 1ª ENTREVISTA	DADOS	5. 2ª ENTREVISTA	DADOS
	MÉDIA	24,41176471	SIM	8	NÃO ALFABETIZADO	0	MÉDIA	1024,470588	PARTICIPAÇÃO	11	PARTICIPAÇÃO	8
	MAX	34	NÃO	9	EF INCOMPLETO	5	MAX	2862	ABSTENÇÃO	6	ABSTENÇÃO	9
	MIN	16			EF COMPLETO	1	MIN	41				
	MODA	26			EM INCOMPLETO	2	MODA	998				
	DESV.PAD	5,362588269			EM COMPLETO	6	DESV.PAD	865,2048253				
					ES INCOMPLETO	3						
					ES COMPLETO	0						
GESTANTE 1	21		SIM		ES INCOMPLETO		828		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 2	23		NÃO		EM COMPLETO		800		ABSTENÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 3	16		NÃO		EF INCOMPLETO		2000		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 4	26		NÃO		EM COMPLETO		2200		ABSTENÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 5	16		SIM		EF INCOMPLETO		342		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 6	27		NÃO		ES INCOMPLETO		2496		PARTICIPAÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 7	30		NÃO		EM COMPLETO		700		ABSTENÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 8	34		SIM		EM INCOMPLETO		998		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 9	26		NÃO		ES INCOMPLETO		2862		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 10	31		SIM		EM COMPLETO		300		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 11	30		NÃO		EF INCOMPLETO		200		PARTICIPAÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 12	21		SIM		EF INCOMPLETO		41		ABSTENÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 13	17		NÃO		EM COMPLETO		998		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 14	24		NÃO		EM COMPLETO		998		ABSTENÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 15	26		SIM		EF COMPLETO		1170		PARTICIPAÇÃO		PARTICIPAÇÃO	
GESTANTE 16	27		SIM		EF INCOMPLETO		343		ABSTENÇÃO		ABSTENÇÃO	
GESTANTE 17	20		SIM		EM INCOMPLETO		140		PARTICIPAÇÃO		ABSTENÇÃO	

Tabela 1: Tabela demonstrativa dos resultados socioeconômicos e participação das gestantes nas intervenções.

Na segunda fase do estudo, antes de serem submetidas às intervenções, as gestantes participaram de uma entrevista semiestruturada. Nessa fase, contamos com a presença e participação de 11 (onze) gestantes, como exposto na **Tabela 1**. Salienta-se, que houve uma defasagem de 06 (seis) gestantes, em comparação à fase anterior, em que elas responderam aos questionários socioeconômicos.

À análise subjetiva da entrevista semiestruturada, realizada previamente à primeira intervenção, notou-se que 54,55% das gestantes possuíam conhecimentos prévios acerca da violência obstétrica – **Gráfico 1**. Entretanto, apenas 03 (três) gestantes, que correspondia a 27,27%, já haviam recebido orientações sobre este tema, por meio de veículos de notícias como jornais, televisão e mídias sociais. Nesse contexto, 18,18% das gestantes relataram terem sido vítimas de violência obstétrica, em seus mais diversos eixos – **Gráfico 2**. Por fim, apenas uma (01) gestante sabia quais eram os direitos das vítimas de violência obstétrica.

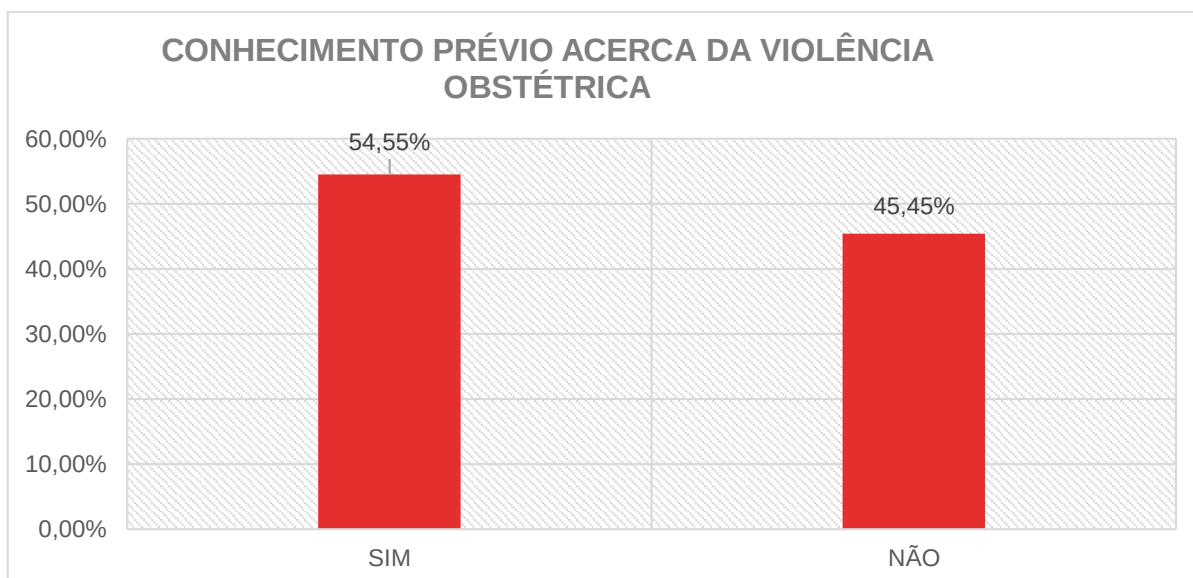


Gráfico 1: Resultado da análise do conhecimento prévio das gestantes acerca da violência obstétrica, identificado através do questionamento “O que você entende por violência obstétrica?”

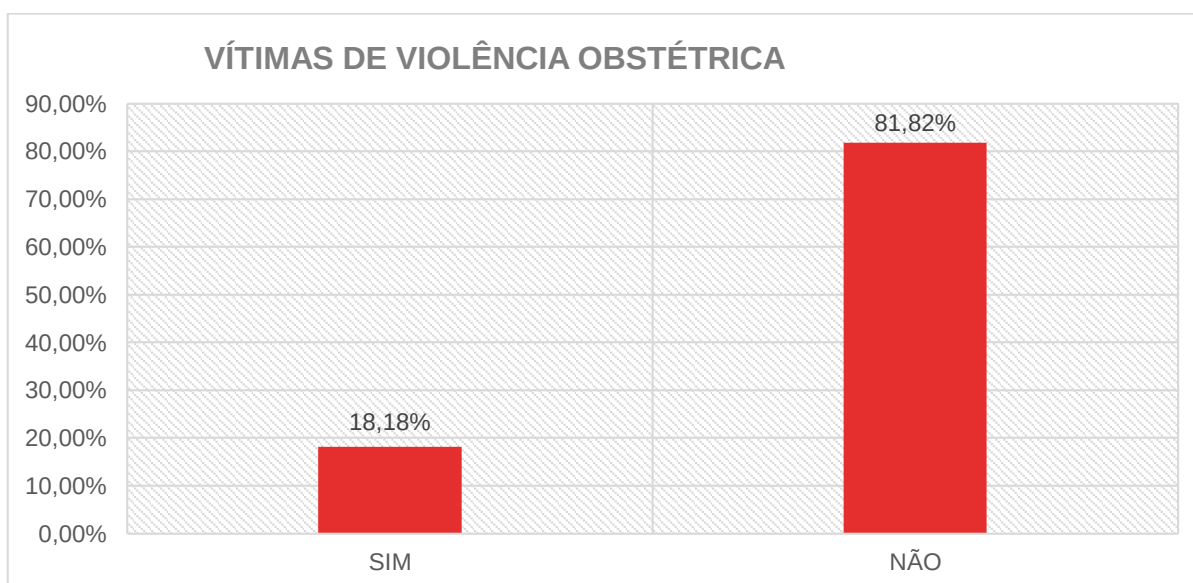


Gráfico 2: Resultado da análise questionamento “Você já sofreu algum tipo dessas agressões?”, que mostrou o número de gestantes que se identificaram com vítimas de violência obstétrica.

Na terceira fase no estudo, após as intervenções, as gestantes foram, novamente, submetidas à entrevista semiestruturada, as quais responderam aos mesmos questionamentos. Em consonância com os processos metodológicos estabelecidos, somente as gestantes que possuíam 75% de presença nas intervenções, foram consideradas. Portanto, nesta etapa da pesquisa também foi identificada uma diminuição no número de participantes e oito (08) gestantes responderam à segunda entrevista, como exposto na **Tabela 1**.

Analisando as entrevistas finais, observou-se que 100% das gestantes compreenderam o contexto da pesquisa e da violência obstétrica – **Gráfico 3**. Em comparação à primeira entrevista, quatro (04) gestantes relataram sofrer algum tipo dessas agressões – **Gráfico 4**. Os totais de 100% das participantes relataram que se sentiram orientadas sobre violência obstétrica, em razão das intervenções realizadas. Por fim, 87,5% disseram saber os direitos e o seguimento de uma vítima diante de uma violência obstétrica.

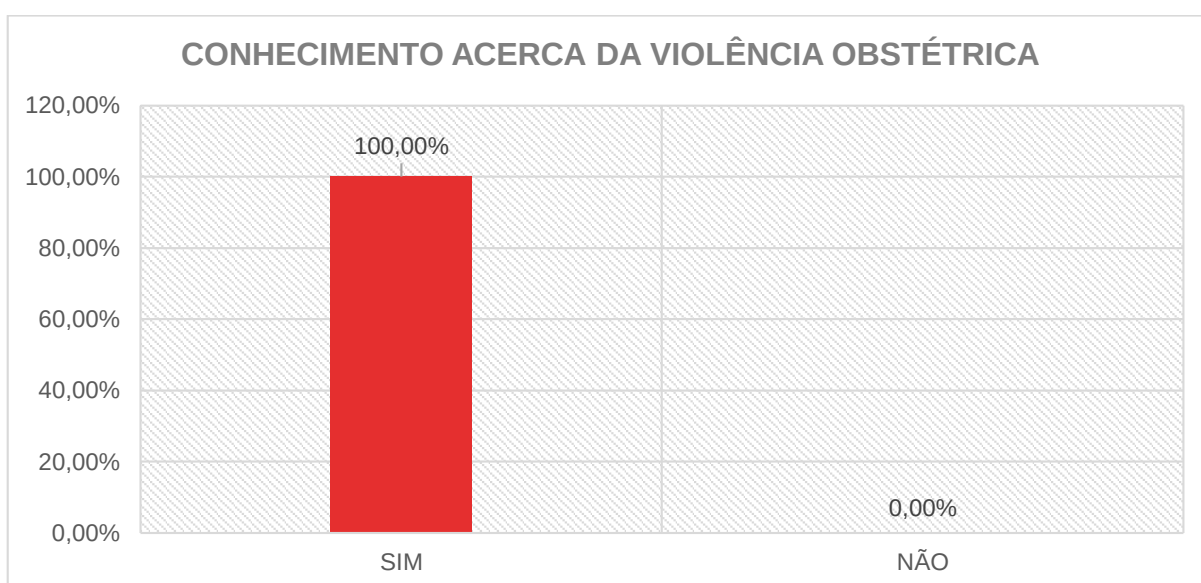


Gráfico 3: Resultado da análise do conhecimento das gestantes acerca da violência obstétrica após as intervenções.

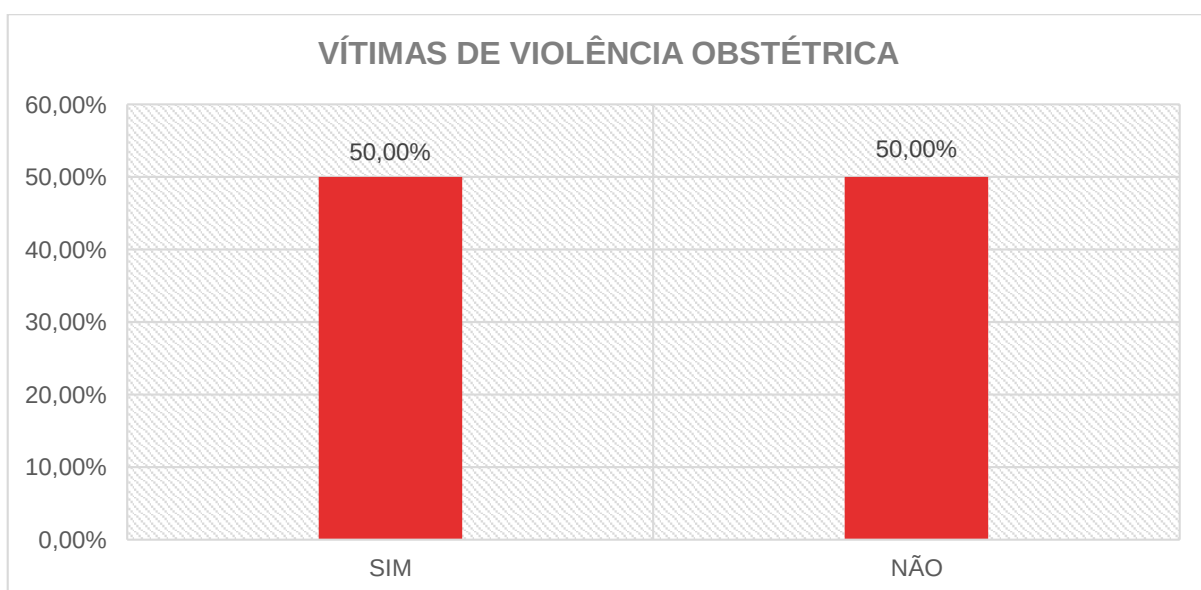


Gráfico 4: Resultado da do número de gestantes que se identificaram com vítimas de violência obstétrica após as intervenções.

DISCUSSÃO

A violência obstétrica é uma realidade nas unidades de saúde e tornou-se um problema de âmbito mundial. Com isso, o cuidado pré-natal exerce papel importante sobre a saúde materno-infantil e se constituiu uma excelente medida preventiva, visto que, é um período propício para a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, essenciais para o desenvolvimento de um cuidado integral às usuárias.

Os dados da pesquisa foram analisados considerando o contexto socioeconômico aos quais as participantes estavam inseridas, correlacionando-o as percepções das gestantes. Foi observado que o grau de escolaridade parece ter relação com a percepção das gestantes e efetividade das intervenções, pois tem evolução diretamente proporcional, pois a maioria das gestantes apresentam um grau de escolaridade elevado e todas elas relataram ter uma boa compreensão do tema abordado, inferindo que o nível intelectual poderia ter facilitado o aprendizado. Entretanto, não se pode levar em consideração apenas esse aspecto, pois muitas das participantes, mesmo com nível de escolaridade inferior, conseguiram compreender o conteúdo das intervenções.

Em relação as intervenções educativas, sabe-se que a educação em saúde é de extrema importância na garantia de um pré-natal de qualidade. Discute-se que os grupos que possuem uma prática coletiva de problematização e discussão, geram um processo de aprendizado crescente, com maior otimização do trabalho, diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente⁹. Os resultados obtidos corroboram com a literatura, ao constatar que todas as gestantes compreenderam o contexto da pesquisa e da violência obstétrica após serem submetidas as intervenções educativas baseadas em problematização, com rodas de conversa discursivas e gameificação, enfatizando o impacto das metodologias ativas como meio de intervenção e educação em saúde no pré-natal.

Em contrapartida, de acordo com as respostas obtidas, observou-se possível falha na disseminação de informação sobre este tema por parte da equipe de saúde, pois na pergunta: *“Você já foi orientado sobre a violência obstétrica? Se sim, qual meio (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de apoio a saúde da família, televisão,*

internet, livros e outros)?” Constatou-se que a minoria (27,27%) das gestantes tiveram acesso a essa informação, adquirindo tal conhecimento através de busca ativa, principalmente por meio de veículos de notícias, como jornais, televisão e mídias sociais. Assim como, na pergunta: *“O que você entende por violência obstétrica?”* Quase metade (45,45%) das gestantes não possuíam conhecimentos prévios acerca do tema abordado.

Portanto, a ausência de informação, ou, sua apresentação de forma fragmentada resulta no fato de que as mulheres se sintam vulneráveis, manipuladas, como se não tivessem vontade própria, nem direito de manifestação. Isso pode ser caracterizado, também, como um descumprimento de um direito legalmente constituído, e perpassa pela anulação de sua autonomia e direito de escolha, tornando-se como uma séria violência obstétrica¹⁰.

Tal fato, é evidenciado no relato de gestantes quando questionada sobre o que ela entendia por violência obstétrica, após ter sido submetida às intervenções: *“Tudo que já sofri foi uma violência, se eu tivesse todo esse entendimento que a gente tá tendo hoje eu não tinha passado pelo que eu passei, porque eu tinha como evitar, como correr atrás.”* Enfatizando que o setor de saúde, além de suas responsabilidades clínicas, deve avançar gradualmente na promoção de saúde, apoiando, assim, o desenvolvimento pessoal e social através da disseminação de informação e educação em saúde que pode refletir na redução dos índices de violência obstétrica.

Nesse contexto, há estudos que apontam o pré-natal como uma etapa imprescindível na excelência da experiência do parto para as mulheres e também como um fator importante para a diminuição da violência obstétrica, podendo, assim, fornecer informações para as mulheres acerca dos seus direitos¹¹.

No vigente estudo, foi constatado que a minoria (18,18%) das gestantes, antes de serem submetidas às intervenções, relataram terem sido vítimas de violência obstétrica em seus mais diversos eixos. No entanto, após serem submetidas às intervenções, metade (50%) das gestantes afirmaram terem sofrido algum tipo dessas agressões, o que nos faz questionar se o número de usuárias que sofreram violência estaria relacionado ao seu conhecimento sobre os conceitos de violência obstétrica e em como reconhecer tais ações. Isto é relatado na análise de discurso da seguinte pergunta: *“Você já sofreu algum tipo de violência obstétrica? Se sim, qual?”* “Sim,

sofri violência psicológica. A enfermeira me acusou de ter uma doença que eu não tinha. Eu não tenho AIDS e ela disse que eu tinha. Ela foi grossa e eu me senti mal. ”

Ademais, as gestantes foram informadas sobre o PHPN, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, voltado para assistência obstétrica, que objetiva, alertar as gestantes e parturientes sobre as práticas impróprias e desnecessárias ao parto, assim como reduzir os índices desse tipo de violência, humanizando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal. No entanto, tais ações ainda não são suficientes para alterar o quadro atual de violência obstétrica entre as mulheres.

Em últimação, foi abordado durante os momentos de discussão sobre os direitos que as gestantes possuem caso sejam vítimas de violência obstétrica e como proceder quanto à denúncia desse tipo de agressão, visto que, quando questionadas sobre quais são os direitos destas vítimas, apenas uma (01) gestante sabia quais eram esses direitos. Portanto, foi informado ainda que os órgãos competentes – Secretaria de Saúde, Agência Nacional de Saúde e Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública - devem priorizar a segurança dessas gestantes, assim como interceder junto ao poder público para correção de atos falhos por parte de profissionais e instituições de saúde.

Este estudo evidenciou que o conhecimento das gestantes acerca da violência obstétrica ainda é escasso e que muitas destas ações não são compreendidas pelas usuárias como violentas, tornando as pacientes vulneráveis a tais situações. Em contrapartida, constatou-se impacto positivo das metodologias ativas, por meio de consultas simuladas, roda de conversa e gamificação, contribuindo para o aprendizado das participantes e capacitando-as no processo do autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Blog da Saúde N. Você sabe o que é violência obstétrica? [Internet]. Blog da Saúde. 2019 [cited 27 May 2019]. Available from: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>
2. Tesser C, Knobel R, Andrezzo H, Diniz S. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10(35):1-12.

- [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
3. Barros de Souza A, Da Silva L, Das Neves Alves R, Jacinto Alarcão A. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Ciências Médicas*. 2017;25(3):115.
 4. Carvalho I, De Brito R. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermería Global*. 2017;16(3):71.
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
 5. SANTA CATARINA (Estado). Lei nº LEI Nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Florianópolis, SANTA CATARINA.
 6. BRASIL, Ministério da Saúde. DESPACHO DAPES/SAS/MS de 03 de maio de 2019. Brasília, 2019. Disponível em:
https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0&fbclid=IwAR0MVIM1dG4AYoJsGSzRIxt3z4Ctc7qN4ONWK72OsC1XcvMTkUeAEH_K00
 7. Nota da sociedade brasileira de medicina de família e comunidade a respeito do despacho do ministério da saúde que orienta a abolição do termo violência obstétrica em documentos oficiais do órgão [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2019 [cited 15 May 2019]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/05/NOTA-SBMFC-GT-MULHERES.pdf>
 8. Rios C, Vieira N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2):477-486.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>.
 9. Menezes K, Avelino P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016;24(1):124-130.
<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600010162>
 10. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):139-146.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

11. Souza A, Marchiori M, Ambrós E, Rambo D, Pizolotto A, Segabinazi A et al. A violência obstétrica e a abordagem no pré-natal: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2018;10(5):2241-2247.
http://dx.doi.org/10.25248/reas399_2018

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu constatar que o conhecimento das gestantes acerca da violência obstétrica ainda é escasso e que muitas destas ações não são compreendidas pelas usuárias como violentas, tornando as pacientes vulneráveis a tais situações. Tal fato foi observado nos relatos das participantes que afirmaram terem sido vítimas de violência obstétrica, pois após as intervenções houve aumento no número de gestantes que relataram já terem sofrido algum tipo dessas agressões. Observou-se, ainda, que as gestantes com menor grau de escolaridade apresentaram maior dificuldade na percepção sobre o tema.

Em contrapartida, evidenciou-se impacto positivo das metodologias ativas, através de uma abordagem cognitiva construtiva, com participação ativa das usuárias no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais, facilitando o aprendizado das participantes. Em consequência disto, reiteramos que as formas de combate à prática de violência obstétrica, seja através de uma assistência pré-natal de qualidade, com educação continuada, empatia e respeito, garantindo a cada mulher sua autonomia, bem-estar físico e psicológico.

É, portanto, uma responsabilidade da equipe multiprofissional, garantir que a autonomia dessas gestantes seja preservada, por meio de informações continuadas e que, além disso, haja a efetivação das políticas públicas através da segurança e da humanização na assistência ao parto. Assim, espera-se que a busca pelo enfrentamento da violência obstétrica seja estratégia prioritária no respeito aos direitos reprodutivos das mulheres.

REFERÊNCIAS

III SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2014, Londrina. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Londrina, p.7 2014.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 11, p.2287-2296, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Ministério de Saúde. **Secretaria de Política de Saúde. Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal do Sistema Único de Saúde**, 2013. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>>, acesso em 13 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DESPACHO DAPES/SAS/MS de 03 de maio de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_aceesso_externo=0&fbclid=IwAR0MVIM1dG4AYoJsGSzRIxt3z4Ctc7qN4ONWK72OsC1XcvMTkUeAEH_K00.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermería Global**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.71-88, 28 jun. 2017. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>.

COSTA, A. M.; GUILHEM. D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [s.l.], v. 359, n. 9318, p.1681-1685, maio 2002. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6).

DUNCAN, Bruce B., et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências, 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FREEMAN, S. et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. **Proceedings of the National Academy of**

Sciences, [s.l.], v. 111, n. 23, p.8410-8415, 12 maio 2014. Proceedings of the National Academy of Sciences. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1319030111>.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática pedagógica. São Paulo: Paz e Terra; 1996. **Ministério da Saúde (BR)**, Secretaria de Políticas de Saúde.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery **RevEnferm**. 2011;15(3):610-15.

GYNECOL, International Federation Of. Mother-baby friendly birthing facilities. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [s.l.], v. 128, n. 2, p.95-99, 4 nov. 2014. WileyBlackwell. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>.

LOGIUDICE, Jenna A. Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. **Applied Nursing Research**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.2-9, fev. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.04.004>.

MAGALHÃES, T. (20 de janeiro de 2017). Lei cria mecanismos para combate à violência obstétrica em Santa Catarina. Fonte: **Site da Agência AL**: http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/informacao-e-protecao-contra-a-violencia-obstetrica-passam-a-ser-lei

MARTINELLI, Katrini G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014.

MENEZES KKP, AVELINO PR. Grupos Operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad Saúde Colet** (Rio de Janeiro). 2016;24(1):124-30.

OLIVEIRA, Mayra de Castro; MERCES, Magno Conceição das. PERCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA ÓTICA DE PUÉRPERAS. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 6, n. 11, p.2483-2489, jun. 2017.

Organização Mundial da Saúde. (2014) **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 20 abr. 2018.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.477-486, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO)

SANTA CATARINA (Estado). Lei nº LEI Nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Florianópolis, SANTA CATARINA

SANTOS NETO, Edson T. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, nov. 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da et al. Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. **Revista Brasileira**. 2018.

SOUZA1, Aline Barros de et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Médicas**, Campinas, p.115-128, set/dez 2016.

SCHMIDT, Henk G; ROTGANS, Jerome I; YEW, Elaine Hj. The process of problem-based learning: what works and why. **Medical Education**, [s.l.], v. 45, n. 8, p.792-806, 14 jul. 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04035.x>.

STANKUNAS, Mindaugas et al. The implementation of problem-based learning in health service management training programs. **Leadership In Health Services**, [s.l.], v. 29, n. 4, p.392-401, 3 out. 2016. Emerald.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 35, p.1-12, 24 jun. 2015. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 13ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.

VACAFLO, Carlos Herrera. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. **Reproductive Health Matters**, [s.l.], v. 24, n. 47, p.65-73, jan. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.

Você sabe o que é violência obstétrica? 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 15 maio 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE).

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ –
FAHESP/INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA –
IESVAP
CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

_____ (nome do participante da pesquisa, RG),
estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “A PERCEPÇÃO DE GESTANTES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”. Como justificativa de realização da pesquisa me foi explicado que a Atenção Primária a Saúde (APS), através do pré-natal, tem papel fundamental na promoção da saúde com gestantes. Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde (UBS), por manter um vínculo fortalecido com a comunidade, destaca-se como uma porta de entrada das gestantes no sistema de saúde e pelo fácil acesso e baixo custo, torna-se um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas. Nesse contexto, a metodologia ativa, por trazer a proatividade, evidencia-se como uma ferramenta eficaz no processo de ensino-aprendizagem, fortalecendo o conhecimento prévio e capacitando as gestantes no seu autocuidado. Além disso, embora seja um problema relevante na saúde pública nacional, poucos estudos retratam a percepção das gestantes perante a violência obstétrica. Portanto, evidencia-se a necessidade de novas pesquisas que abordem a saúde da gestante, em seu âmbito biopsicossocial, e associem com possíveis maus-tratos sofridos.

A pesquisa tem como objetivos: Avaliar a percepção das gestantes acerca da violência obstétrica. Avaliar o impacto das metodologias ativas como meio de intervenção e educação em saúde no pré-natal. Associar o perfil socioeconômico com as percepções das gestantes em relação à violência obstétrica. Propor uma intervenção educacional no pré-natal, evidenciando a violência obstétrica.

A minha participação no referido estudo será no sentido de participar de aplicação de questionários informando sobre as condições socioeconômicas e questionário com questões subjetivas acerca da violência obstétrica, no qual será reaplicado após as intervenções. Passarei pelas atividades educativas já previstas no

currículo do projeto, que incluem roda de conversa, abordando os conceitos gerais de violência obstétrica, encontro com atividade sobre violência psicológica através de uma consulta simulada, onde haverá uma discussão acerca da concepção das gestantes diante do que foi encenado. No terceiro encontro será aplicado a ABP, no qual as gestantes serão submetidas a três casos clínicos abordando a violência física. Elas serão subdivididas em três grupos, em que cada um ficará com um problema, para leitura e posterior debate. No quarto e último encontro será desenvolvido o aprendizado por meio da Gameificação, onde as participantes serão divididas em dois grupos e expostas a uma situação problema, estas terão que resolver a situação baseada em pistas, e a realização efetiva de uma pista será necessária para manter a sequência do jogo. Logo após as atividades de intervenção será reaplicado o questionário do primeiro encontro, com a finalidade de avaliar a eficácia das intervenções através do relato das gestantes.

Na participação das atividades tenho ciência e concordo que serão realizadas fotos dos encontros semanais, sendo que essas enquadrarão exclusivamente os momentos de interação, e as outras áreas do corpo serão desfocadas, para que não haja identificação; algumas das fotos poderão ser utilizadas em publicações, sempre preservando a identificação do participante.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, como ter acesso a informações que auxiliem no autocuidado e previnam contra ações de violência obstétrica. Além de, após conhecer os direitos constitucionais em relação ao tema abordado poderei exercer do meu direito de cidadã com mais autonomia.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, que estão relacionados a algum tipo de constrangimento de natureza subjetiva, considerando as dimensões psíquicas, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual ou constrangimento pelo uso de alguma informação dos questionários. Fui informado que para minimizar os constrangimentos, não haverá identificação e que os pesquisadores estarão prontos para encaminhar/solucionar qualquer dúvida e necessidade advindas de minha participação. Foi ressaltado que as minhas informações serão usadas de forma geral, coletiva, e não individual.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Se você tiver alguma consideração ou dúvida a respeito da ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína - FAHESA/ Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC, localizado Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste, telefone: (63) 3411-8588.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são:

- Mauro Mendes Pinheiro Machado - Telefone: (86) 8834-6664

E-mail: mauromachado@iesvap.com

- Jackeline Dias Cunha Nogueira - Telefone: (86) 99986-1790

E-mail: jackeedcn@hotmail.com

- Luana Cristina Farias Castro - Telefone: (88) 99221-9470

E-mail: luanacristinafc@hotmail.com

- Rebeca Côelho linhares - Telefone: (88) 99921-0760

E-mail: rebecaclinhares@gmail.com

E com eles poderei manter contato pelos telefones, inclusive a cobrar, e pelos e-mails.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

PARNAÍBA, ____ DE _____ DE 201__

Assinatura do participante da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável (responsáveis)

APÊNDICE B – Questionário de Percepção das Gestantes

1) O que você entende por violência obstétrica?

2) Você já sofreu algum tipo dessas agressões? Se sim, qual?

3) Você já foi orientada sobre a violência obstétrica? Se sim, qual meio (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, televisão, internet, livros, outros)?

4) Você sabe quais são os direitos de uma vítima de violência obstétrica?

APÊNDICE C – Instruções do Jogo “O caminho do Pré-Natal”

	1º	2º	3º	4º	5º
VERDE	Você já tinha uma consulta pré-concepcional e seus exames saíram mais rápido. Siga para a próxima casa verde!	Você foi realizar o USG com o profissional obstetra, descobriu o sexo do seu bebê e que ele estava saudável. Você ficou muito feliz!	Você chegou para sua consulta do terceiro semestre, é bem recebida na unidade e é convidada para conhecer a maternidade local.	Você chegou na maternidade, foi bem acolhida na recepção e agora aguarda confortavelmente sentada o atendimento obstétrico.	Você é colocado em um quarto individual, acompanhada pela sua parceria e são ofertadas metodologias de relaxamento e condução do parto. Você decide ter o seu parto na banheira. Vá para o final do jogo, seu parto vai ser em breve!
AMARELO	Você está aguardando seus exames.	Você aguarda uma vaga no USG. Fique na mesma casa!	O médico do posto não compareceu no dia da sua consulta, que foi reagendada. Aguarde sua próxima consulta.	Você chega na maternidade e aguarda atendimento para o parto.	Durante o acompanhamento do seu trabalho de parto percebeu indicações para a cesárea. Ele lhe explica as indicações e mesmo não sendo sua prioridade, você entende os critérios explicados e concorda com o parto cesáreo.
VERMELHO	Você foi a consulta pré-natal e o profissional que	Você chegou no USG, teve que	Você chegou com uma queixa de dor de	Você chega na maternidade sentindo	Durante o seu parto, o obstetra

	lhe recebeu gritou com você e disse que você está fazendo tudo errado. Você volta triste para casa e procura outro lugar de atendimento. Volte para o início do jogo!	aguardar duas horas para realizar o exame e quando entrou na sala o profissional não lhe olhou diretamente nos olhos, perguntou seu nome, fez o exame, não respondeu suas perguntas e disse que o exame estaria pronto em 7 dias. Volte para a primeira casa vermelha!	cabeça e a atendente social, demonstrou indiferença, disse que você não poderia ser atendida, sem justificativas. Você segue para a urgência, descobre que está com a pressão alta e o médico prescreve medicação e encaminha para repouso em casa.	contrações e dores, o médico conversa rapidamente com você, não lhe examina e pede que você volte para casa, pois ainda não está em trabalho de parto. Volte para a terceira casa vermelha!	tenta acelerar o mesmo apertando sua aberta e a enfermeira injeta uma medicação no seu soro. Você pergunta qual a medicação e a enfermeira não responde.
ROSA	Iniciou sua consulta pré-natal e ganhou seu cartão da gestante. Parabéns, agora é só aguardar seus exames.	Você foi realizar o USG com o profissional obstetra e o médico faltou. Sua consulta foi remarcada. Volte para a primeira casa rosa!	Seus exames do terceiro trimestre estão todos normais.	A maternidade que você procurou não tem obstetra de plantão e a recepcionista disse que iria ligar para o obstetra de sobreaviso. Você está aguardando o médico chegar. Permaneça na casa rosa!	Você já foi examinada e atendida pelo profissional obstetra. Aguarda em uma sala a evolução do trabalho de parto.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Socioeconômico



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO NORTE DE MINAS GERAIS –
CAMPUS SALINAS



Educação, Cidadania e Desenvolvimento Sustentável

QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO FAMILIAR

Número do Inscrição _____

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Estado civil: _____ Nº de filhos: _____

01) Quantos membros da sua família moram com você?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 5

06) Quadro Familiar

Abaixo deverão ser lançados dados sobre sua família de origem. VOCÊ INCLUSIVE.

Membro da família	Idade	Escolaridade	Parentesco	Profissão	Renda Mensal (Valor Bruto)
Renda Bruta Total da Família R\$				Renda per capita R\$	

02) Você ou algum membro de sua família são beneficiários de Programas Sociais (Bolsa Família, Benefício de Assistência Social, etc.)?

() Sim. Qual? _____ Valor R\$: _____

() Não.

03) Você e sua família residem? () Zona Urbana () Zona Rural

04) Você e sua família residem? () Imóvel próprio () Imóvel Alugado

05) Marque as características que melhor descrevem a sua casa . Pode marcar mais

de uma opção.

() Residência com acabamento.

() Residência sem acabamento (sem reboco, pintura, piso, banheiros inacabados, etc.)

Possui: () Rede de Esgoto () Fossa () Banheiro () Chuveiro () Água () Luz

Cobertura: () Laje () Telha () Outros.

Piso: () Cimento () Taco () Cerâmica () Outros.

Número de Cômodos: _____

07)Qual seu grau de escolaridade?

() não alfabetizado

() ensino fundamental incompleto.

() ensino fundamental completo.

() ensino médio incompleto.

() ensino médio completo.

() ensino superior incompleto.

() ensino superior completo.

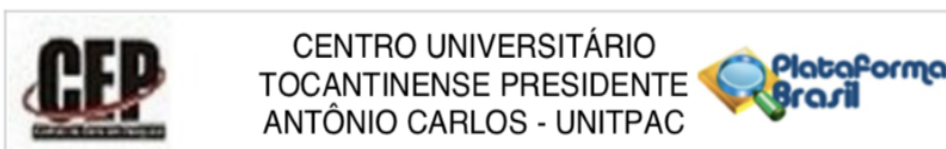
08)Você trabalha atualmente?

Sim () Onde? _____

Não ()

11) Qual atividade você desenvolve em seu dia a dia?

13) Quais suas habilidades e quais as atividades que você gosta de desenvolver?

ANEXO II – Submissão ao CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE GESTANTES

Pesquisador: MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02761218.3.0000.0014

Instituição Proponente: INSTITUTO DE EDUCACAO SUPERIOR DO VALE DO PARNAIBA LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.141.263

Apresentação do Projeto:

O projeto intitula-se "A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE GESTANTES".

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão bem delineados e claros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta riscos e benefícios bem elaborados, tal como foi sugerido no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante à área que se destina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado vota com o relator.

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.

Bairro: Araguaina

UF: TO **Município:** ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-8500

CEP: 77.816-540

E-mail: cep@itpac.br



Continuação do Parecer: 3.141.263

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1169711.pdf	08/01/2019 23:59:45		Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_UNITPAC.doc	12/09/2018 13:35:57	MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_resultados_pesquisa2.doc	12/09/2018 13:33:12	MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/06/2018 21:50:56	MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/06/2018 13:12:57	MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.jpg	28/06/2018 13:06:20	MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Percepcao_Violencia_obstetrica.docx	28/06/2018 12:54:57	MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARAGUAINA, 11 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
BRUNO GOMES PEREIRA
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.
Bairro: Araguaína
UF: TO **Município:** ARAGUAINA
Telefone: (63)3411-8500

CEP: 77.816-540

E-mail: cep@itpac.br

ANEXO III – Normas de submissão da Revista de Saúde Pública da USP

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. Informações Gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. Artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português ou espanhol.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos

preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos

em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão
b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados, ou supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

c) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

MODELOS DOS DOCUMENTOS

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, __[dia]__ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública

Assim, submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

_____ nome completo do autor 2 + assinatura + ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

☐ Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

☐ Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

____/____/____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da *National Library of Medicine* (EUA). Se não forem

encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.

7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

8. Processo editorial

a) Avaliação

Pré-análise: o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não. Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita

comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.