

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DANIELLE FERREIRA DE SOUSA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES NA  
RELAÇÃO INICIAL MÃE-BEBÊ**

São Carlos - SP

2022

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Boxplot da Idade versus Violência Obstétrica no nascimento do bebê	32
Figura 2 – Boxplot do PBQ versus Violência Obstétrica no nascimento do bebê	34
Figura 3 – Boxplot do PBQ versus Violência Obstétrica no parto normal	36
Figura 4 – Boxplot do PBQ versus Violência Obstétrica no parto cesárea	37
Figura 5 – Boxplot do PBQ versus Contato com o bebê logo após o nascimento	39

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – P-valor do teste de associação Qui-quadrado entre as variáveis Escolaridade e Violência Obstétrica	31
Quadro 2 – P-valor do teste de associação Qui-quadrado entre as variáveis Renda e saber o que é Violência Obstétrica	31
Quadro 3 – P-valor do teste de associação Qui-quadrado entre as variáveis Autodeclaração racial e Pré-natal	32
Quadro 4 – Medidas resumo da Idade segundo Violência Obstétrica no nascimento do bebê	33
Quadro 5 – P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação(ANOVA) de Idade por Violência Obstétrica	33
Quadro 6 – Medidas do PBQ segundo Violência Obstétrica no nascimento do bebê	34
Quadro 7 – P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Kruskal-Wallis) de PBQ por Violência Obstétrica no nascimento do bebê	35
Quadro 8 – P-valor do teste de comparações múltiplas de Dunn de PBQ por Violência Obstétrica no nascimento do bebê	35
Quadro 9 – Medidas resumo do PBQ segundo Violência Obstétrica no parto normal	36
Quadro 10 – P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Mann-Whitney) de PBQ por Violência obstétrica no parto normal	37
Quadro 11 – Medidas resumo do PBQ segundo Violência Obstétrica no parto cesárea	38
Quadro 12 – P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Mann-Whitney) de PBQ por Violência obstétrica no parto cesárea	38
Quadro 13 – Medidas resumo do PBQ segundo Contato com o bebê após o nascimento	39
Quadro 14 – P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Mann-Whitney) de PBQ por Contato com o bebê logo após o nascimento	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis escolhidas para análise estatística	21
Tabela 2 – Perfil das mulheres participantes em relação a idade, autodeclaração racial, escolaridade, renda familiar, região do país, rede do pré-natal, paridade, número de filhos, e, por fim, se sabe o que é Violência Obstétrica	22
Tabela 3 – Informações sobre a gestação, parto e nascimento	24
Tabela 4 – Percepção das mulheres acerca do cuidado	26
Tabela 5 – Assistência e procedimentos realizados no parto normal	30
Tabela 6 – Assistência e procedimentos realizados no parto cesárea	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PBQ Postpartum Bonding Questionnaire

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVO</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
3.1 Participantes e critérios de inclusão e exclusão	15
3.2 Instrumentos	16
3.2.1 Questionário de assistência ao parto	16
3.2.2 Instrumento de Avaliação do Vínculo Afetivo mãe-bebê no pós-parto	18
3.3 Coleta de dados	18
3.4 Procedimento	19
3.5 Aspectos Éticos	19
3.6 Análise de Dados	19
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>21</b>
4.1 Caracterização das participantes e percepção da assistência	21
4.1.1 Informações sobre a gestação, parto e nascimento	23
4.1.2 Percepção das mulheres acerca do cuidado recebido	25
4.2 Os serviços de saúde e a assistência às mulheres	26
4.2.1 Educação em saúde no pré-natal	26
4.2.2 Postura dos profissionais durante a assistência	27
4.2.3 Métodos não farmacológicos para alívio da dor	27
4.2.4 Procedimentos realizados na assistência ao parto normal e cesárea	28
4.3 Análise estatística: correlações entre variáveis	30
4.3.1 Escolaridade e Violência Obstétrica	30
4.3.2 Renda e Conhecimento sobre Violência Obstétrica	30
4.3.3 Autodeclaração racial e Educação em saúde no Pré-Natal	31
4.3.4 Idade e Violência Obstétrica	31
4.3.5 Vínculo mãe-bebê e Violência Obstétrica	33
4.3.6 Vínculo mãe-bebê e Violência Obstétrica no parto normal	35
4.3.7 Vínculo mãe-bebê e Violência Obstétrica no parto cesárea	36
4.3.8 Vínculo mãe-bebê e contato precoce com o bebê	38
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>51</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	<b>52</b>
<b>9. APÊNDICES</b>	<b>57</b>
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
APÊNDICE B: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO	59
APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO (ADAPTAÇÃO DE PALMA; DONELLI, 2017; LANSKY, ET AL. 2019)	60

**10. ANEXOS**

**63**

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO. (PBQ Brasil) - (BALDISSEROTTO, et al. 2018)

63

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Assistência ao parto e nascimento e suas repercussões na relação inicial  
mãe-bebê

Aluna: Danielle Ferreira de Sousa  
graduanda do 5º ano de Terapia Ocupacional  
contato: daniellesousa@estudante.ufscar.br

Orientação: Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim  
Docente do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação de  
Terapia Ocupacional - UFSCar  
contato: regin@ufscar.br

## Resumo

**Introdução:** O parto é um evento único e transformador, marcado por alterações hormonais e fisiológicas, além das significativas representações sociais. A experiência do parto tem desdobramentos que podem afetar diretamente a saúde da mulher e também sua vinculação com o bebê. Compreendendo a importância da relação entre mãe e filho, suas repercussões no desenvolvimento infantil e a necessidade do constante monitoramento das práticas de assistência ao parto e nascimento é que se propõe o presente estudo sobre violência obstétrica. **Objetivo:** investigar a existência de violência obstétrica na assistência ao parto e nascimento e seus impactos na interação inicial mãe-bebê. **Objetivos específicos:** verificar se as mulheres sabem o que é violência obstétrica; identificar se na assistência ao parto, as mulheres foram submetidas a procedimentos inadequados considerados violência obstétrica; identificar os possíveis impactos na interação inicial mãe-bebê. **Metodologia:** trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e correlacional. O estudo foi realizado de forma remota, com formulários disponibilizados via formulário *Google Forms* e entrevista *online*. Para coleta dos dados foram utilizados uma ficha de caracterização e um Questionário de Assistência ao parto, elaborados pela pesquisadora e o Questionário de Avaliação do Vínculo pós-parto entre mãe e bebê/PBQ - versão traduzida para o português. Os dados foram analisados por meio de estatística simples e descritiva e, posteriormente, para a análise correlacional das variáveis foram utilizados testes estatísticos. **Resultados:** Participaram deste estudo 62 mulheres, com idades entre 18 a 38 anos, primíparas e múltíparas, que deram à luz em maternidades públicas e privadas brasileiras. Em relação à educação em saúde no pré-natal, 40,3% das participantes referiu não ter recebido quaisquer abordagens educativas dentre as temáticas destacadas. Quanto à via de parto, 53,2% das mulheres realizaram parto normal e 46,8% realizaram cesárea. 85,5% das mulheres afirmou ter conhecimento a respeito de Violência Obstétrica. Quanto à percepção do cuidado recebido, 74,2% das participantes consideram ter recebido suporte e apoio da equipe, 48,4% consideram não ter vivido violência obstétrica no nascimento do seu bebê. No tratamento recebido pela equipe, 32,2% das mulheres vivenciaram algum tipo de violência de cunho verbal ou psicológico. Sobre os procedimentos realizados durante a assistência ao trabalho de parto e parto, 48,3% foram submetidas a algum procedimento obstétrico sem o seu consentimento ou sem que fosse explicada a sua necessidade. 45,1% das participantes tiveram o contato pele a pele imediato ao nascimento do bebê e o aleitamento na primeira hora de vida. A um nível de significância de 5%, o vínculo entre a mãe e o bebê medido pelo índice PBQ é diferente entre as mães que

relatam ter sofrido violência obstétrica e as que relatam não ter sofrido, sendo que mães que não sofreram violência obstétrica têm valores menores para esse índice, portanto, melhor vínculo. **Discussão:** Os resultados do estudo demonstram avanços na assistência ao parto conforme destacado na literatura, representado principalmente através das baixas taxas de episiotomia e manobra de Kristeller, acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de percepções majoritariamente positivas das parturientes em relação à assistência recebida. Entretanto, foram encontradas fragilidades nas ações de educação em saúde no pré-natal, intervenções obstétricas realizadas sem o consentimento ou esclarecimento devido às parturientes, além de situações de violência psicológica e/ou verbal por parte dos profissionais de saúde. Esses achados dialogam com a literatura no que cerne aos desafios da incorporação de práticas obstétricas humanizadas e respeitadas. A violência obstétrica traz à mulher implicações físicas, aumento nos riscos de morbimortalidade materna, implicações psicossociais e repercussões na vinculação com o seu bebê. É fundamental que os profissionais de saúde viabilizem uma experiência positiva à mulher e à díade durante toda a assistência ao parto e nascimento. **Conclusão:** Conclui-se que mesmo diante de avanços, ainda persiste um cenário de assistência predominantemente centrada no profissional e não na mulher. O estudo evidencia a importância da adoção de práticas assistenciais respeitadas e baseadas em evidências, que coloquem em pauta os impactos de uma assistência inadequada na saúde materno infantil, nos desfechos perinatais, na morbimortalidade, e conforme evidenciado, no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, processo fundamental para o desenvolvimento saudável da criança.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Relação mãe-filho; Saúde Materno-Infantil; Humanização da Assistência

#### Abstract

**Introduction:** Childbirth is a unique and transforming event marked by hormonal and physiological changes and significant social representations. The childbirth experience has unfoldings that can directly affect the woman's health and her bond with the baby. Understanding the importance of the relationship between mother and child, its repercussions on child development and the need for constant monitoring of childbirth care practices, this study on obstetric violence is proposed. Objective: To investigate the existence of obstetric violence in labour and birth assistance and its impacts on the initial mother-baby interaction. Specific objectives: to verify whether the women know what obstetric violence is; to identify

whether, during delivery, the women were submitted to inadequate procedures considered as obstetric violence; and to identify the possible impacts on the initial mother-baby interaction.

**Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional and correlational study. The study was conducted remotely, with forms made available via Google Forms and online interviews. For data collection, a characterization sheet and a Questionnaire on Childbirth Care, Birth and Obstetric Violence prepared by the research and the Questionnaire for Evaluation of the Postpartum Bond between Mother and Baby/PBQ - Portuguese translated version were used. Data were analyzed using simple and descriptive statistics, and later, for the correlational analysis of variables, statistical tests were used. **Results:** Sixty-two women, aged 18 to 38 years, primiparous and multiparous, who gave birth in public and private Brazilian maternity hospitals participated in this study. Regarding prenatal health education, 40.3% of the participants reported not having received any educational approaches among the highlighted themes. As for the delivery route, 53.2% of women had an expected delivery, and 46.8% had a cesarean section. Of the participants, 85.5% said they knew obstetric violence. As for the perception of the care received, 74.2% of the participants consider having received support and support from the team, and 48.4% consider not having experienced obstetric violence at the birth of their baby. In the treatment received by the team, 32.2% of the women experienced some verbal or psychological violence. Of the procedures performed during labour and delivery assistance, 48.3% were submitted to some obstetric procedure without their consent or explaining their need. Among the participants, 45.1% had skin-to-skin contact immediately after the baby's birth and breastfeeding in the first hour of life. At a 5% significance level, the bond between mother and baby measured by the PBQ index is different between mothers who reported having suffered obstetric violence and those who reported not having suffered, and mothers who reported not having suffered have lower values for this index, therefore, better bonding. **Discussion:** The results of the study show advances in childbirth care as highlighted in the literature, represented mainly by the low rates of episiotomy and Kristeller maneuver, access to non-pharmacological methods for pain relief, and primarily positive perceptions of parturients regarding the assistance received. However, weaknesses were found in health education actions during prenatal care, obstetric interventions performed without the consent or due clarification of the parturient women, and situations of psychological and verbal violence by health professionals. These findings are in dialogue with the literature regarding the challenges of incorporating humanized and respectful obstetric practices. The experience of obstetric violence brings to the woman physical and psychosocial implications, increased risks of maternal morbidity and mortality,

and repercussions in the bonding with her baby. Health professionals must provide a positive experience to the woman and the dyad during labour and birth assistance. Conclusion: It is concluded that even in the face of advances, a scenario of assistance predominantly centred on the professional and not on the woman persists. The study highlights the importance of adopting respectful and evidence-based care practices, which put into question the impacts of inadequate care on maternal and child health, perinatal outcomes, morbidity and mortality, and, as evidenced, the establishment of the bond between mother and baby, a fundamental process for the child's healthy development.

Keywords: Obstetric Violence; Mother-Child Relations; Maternal and Child Health; Humanization of Assistance.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), nas últimas décadas as taxas de assistência institucional para o parto melhoraram e as mulheres estão sendo cada vez mais incentivadas a utilizar os hospitais para vivenciar a chegada de seus bebês. No Brasil, a assistência hospitalar ao parto é quase universal (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Ao mesmo tempo em que se percebe a universalização do parto institucional e a constituição do hospital enquanto local ideal para assistir ao nascimento, as últimas duas décadas vem sendo marcadas por um aumento substancial de intervenções obstétricas que visam iniciar, acelerar, encerrar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar os resultados para mulheres e bebês (OMS, 2018).

Juntamente com as intervenções e medicalização dos processos do parto, há na literatura um crescente número de pesquisas que retratam experiências negativas de mulheres brasileiras durante a gravidez, sobretudo, durante a assistência ao parto (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; SALGADO, 2017; PALMA; DONELLI, 2017; VIDAL, 2017; GUIMARÃES, JONAS, AMARAL, 2018; LANSKY et al., 2019).

Em instituições públicas e privadas, muitas mulheres experimentam abusos, violências e negligências durante a assistência, fatores estes que levam a complicações evitáveis e situações ameaçadoras para a vida das mulheres e seus bebês (OMS, 2014).

Esta realidade tem sido registrada na literatura brasileira e recebeu diversas denominações ao longo dos anos como: violência obstétrica, violência no parto, violência de

gênero no parto e aborto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018; LANSKY et al., 2019). Com a atuação dos movimentos sociais e sobretudo de mulheres mães engajadas pela humanização do parto foi proposta a terminologia violência obstétrica. Compreendida como qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018; LANSKY et al., 2019).

Um dos países mais envolvidos com essa temática na América Latina é a Venezuela, onde foi promulgada a lei intitulada “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” essa lei estabelece 19 formas de violência contra a mulher, dentre as quais se encontra a violência obstétrica (VENEZUELA, 2007).

São consideradas violência obstétrica nesta lei: (a) não atender às emergências obstétricas; (b) obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; (c) impedir o apego inicial da criança sem causa médica justificada; (d) alterar o processo normal do parto através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe; (e) realizar cesárea quando há condições para o parto normal (VENEZUELA, 2007).

Segundo Lansky e colaboradores (2019), a violência obstétrica é uma apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres e demonstra a necessidade de humanização da assistência. Nesse mesmo sentido, a OMS (2018) propõe um modelo de cuidado ao parto e nascimento denominado “*WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, o modelo está pautado em práticas baseadas em evidências científicas e nos direitos fundamentais das mulheres, tendo como enfoque a prestação de cuidados respeitosos e dignos.

O conhecimento e reconhecimento de determinadas intervenções enquanto violência obstétrica, perpassa a educação em saúde, o conhecimento da fisiologia do parto, mas principalmente, uma transformação subjetiva sobre o que é um bom parto (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Um bom parto prevê um atendimento de alta qualidade, abrangendo a prestação de serviços e qualidade técnica, tanto quanto a experiência positiva da mulher. Um bom parto é respeitoso, garante a dignidade, privacidade e confidencialidade e é livre de danos e maus tratos, permite uma escolha informada e oferece apoio contínuo à mulher durante o processo (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; OMS, 2018).

Dentre as intervenções que podem ser evitadas está o uso abusivo de ocitocina, episiotomia, exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços, a demora na assistência obstétrica, restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, impedimento de livre deambulação e posicionamento da parturiente, controle da dor por analgesia peridural e manobra de Kristeller<sup>1</sup> (PALMA; DONELLI, 2017).

Essas práticas têm sido associadas a efeitos iatrogênicos e aumento da morbidade materna e infantil, como a prematuridade iatrogênica, a internação de bebês em UTI, a hemorragia, infecções maternas, insatisfação da mulher e a depressão pós-parto (PALMA; DONELLI, 2017; LANSKY et al., 2019). De acordo com Lansky et al (2019) intervenções utilizadas na prática obstétrica, mas que não possuem evidências científicas e são prejudiciais ao parto, são compreendidas como violência obstétrica, uma vez que causam mais danos que benefícios à saúde das mulheres. Assim, para a autora, a violência obstétrica engloba:

“desde demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outros.”  
(LANSKY et al., 2019, p.2)

Práticas de coerção à autodeterminação e autonomia das mulheres, discriminação de atributos do corpo, intervenções desnecessárias que coloquem em risco a saúde da mulher e/ou do seu filho e a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos que podem causar dano, enquadram-se, todos, como violência obstétrica (GUIMARÃES, JONAS, AMARAL, 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

Para Soares e colaboradores (2012), muitas vezes, as mulheres não se manifestam por medo ou por compreenderem que o processo está sob total domínio dos profissionais de saúde. Assim, ao finalizar o processo de parturição, buscam esquecer os maus tratos em função da satisfação pelo nascimento do bebê. No entanto, algumas mulheres poderão sofrer repercussões psicossociais decorrentes da assistência recebida, atreladas a sentimentos e transtornos no puerpério (SOARES et al., 2012, p.1).

---

<sup>1</sup> A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Não existem evidências do benefício da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto e, além disso, existem algumas provas de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal. (BRASIL, 2016)

Alguns estudos que se debruçaram em compreender os impactos da violência obstétrica na saúde da mulher, ressaltam as implicações físicas (DINIZ et al., 2015) e as implicações psicossociais (MAIA et al., 2018; DIAS, PACHECO, 2020). Com exceção de um estudo (OLIVEIRA et al., 2019), não foram encontradas mais pesquisas que analisassem especificamente os impactos na relação inicial mãe-bebê, ainda que alguns citam esse possível desdobramento (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002; VIDAL, 2017).

O envolvimento afetivo da mãe com o bebê é essencial para a qualidade dos cuidados prestados ao mesmo, e, conseqüentemente, pode interferir no desenvolvimento infantil (FIGUEIREDO, 2003). A vinculação materna é fator protetivo para desenvolvimento infantil, estando relacionado ao desenvolvimento da linguagem, cognição, motricidade e sociabilidade (SAUR et al., 2018).

Compreendendo, portanto, que a experiência do parto pode repercutir na vinculação com o bebê, é que se propõe o presente estudo. Ressalta-se sua relevância para a saúde da mulher e da criança, assim como para a avaliação da assistência obstétrica, tendo em vista as recomendações de boas práticas, que visam bons desfechos em saúde materna e desenvolvimento infantil (LANSKY, et al. 2017).

## 2. OBJETIVO

### 2.1 Objetivo geral

Investigar a existência de violência obstétrica na assistência ao parto e nascimento e seus impactos na interação inicial mãe-bebê.

### 2.2 Objetivos específicos

- a) verificar se as mulheres sabem o que é violência obstétrica
- b) identificar se na assistência ao parto, as mulheres foram submetidas a procedimentos inadequados considerados VO
- c) identificar os possíveis impactos na interação inicial mãe-bebê

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e correlacional (CRESWELL, 2012).

#### 3.1 Participantes e critérios de inclusão e exclusão

Foram convidadas a participar da presente pesquisa, mulheres em estágio puerperal atendidas tanto pelo sistema único de saúde (SUS) quanto pela rede privada, com bebês de zero a três meses.

As mães participantes do estudo foram aquelas que gestaram em risco habitual, sem déficit cognitivo que impossibilitasse a compreensão dos objetivos e estratégias de coleta do estudo e que tiveram seus bebês em condições saudáveis de desenvolvimento físico e mental, Além disso, deveriam possuir acesso à internet e dispositivos eletrônicos.

Foram critérios de exclusão do estudo mulheres que não completaram todas as etapas da pesquisa, a saber: Questionário de assistência ao parto e Instrumento de Avaliação do Vínculo Afetivo mãe-bebê no pós-parto (PBQ Brasil versão traduzida) (Baldisserotto, et al., 2018). Foram excluídas do estudo quatro possíveis participantes por não responderem o Questionário de Avaliação do Vínculo pós-parto entre mãe e bebê (ANEXO 1) e, portanto, não completaram todas as etapas da pesquisa.

Às participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), anteriormente à entrevista e aplicação de instrumento, esclarecendo sua participação no estudo. Foram incluídas no estudo apenas as mulheres que concordaram com os termos apresentados no TCLE.

#### 3.2 Instrumentos

Para a coleta de dados da pesquisa foram utilizados os seguintes materiais: Ficha de caracterização (APÊNDICE B), Questionário de assistência ao parto (APÊNDICE C) elaborado pela pesquisadora e adaptado dos estudos de Palma e Donelli (2017) e Lansky et al (2019) e o Questionário de Avaliação do Vínculo Afetivo mãe-bebê no pós-parto (ANEXO 1).

### 3.2.1 Questionário de assistência ao parto

No questionário de assistência ao parto constam, inicialmente, os dados sociodemográficos das participantes, tais como: região do Brasil onde reside, nível socioeconômico, escolaridade e renda familiar. Abarca também uma questão referente à educação em saúde no pré-natal, questões relativas à assistência recebida no hospital, o trabalho de parto e o momento do parto, e, por fim, o nascimento. O questionário abrange ainda, as experiências e sentimentos experimentados pelas mulheres durante a internação hospitalar e os tipos de intervenções realizadas (as quais caracterizam-se como violência obstétrica ou práticas inadequadas tendo como referência, como citado, os trabalhos de Palma e Donelli (2017) e Lansky et al. (2019), além do que preconiza a OMS (2018).

As questões do Questionário de assistência ao parto estão detalhados a seguir:

#### Pré-natal (Educação em Saúde)

Tendo como enfoque as ações de educação em saúde no pré-natal, este estudo abrange os seguintes indicadores: recebeu orientações quanto aos benefícios do parto normal; recebeu orientações sobre procedimentos benéficos e danosos no parto; recebeu orientações acerca dos seus direitos relacionados à maternidade, parto e nascimento; recebeu orientações educativas sobre violência de gênero (violência doméstica, abuso sexual, maus-tratos e outras); recebeu orientações educativas sobre desenvolvimento infantil; não recebi nenhuma dessas informações (BRASIL, 2012).

#### Parto normal

Este estudo abrange os seguintes indicadores na assistência ao parto normal: enteroclisma (lavagem intestinal); tricotomia (raspagem de pelos); toques vaginais repetitivos; toques vaginais realizados por diferentes pessoas; proibição para ingerir alimentos ou bebidas; amniotomia (rompimento artificial da bolsa); manobra de Kristeller; episiotomia; Cesárea.

#### Parto cesárea

Este estudo abrange os seguintes indicadores na assistência ao parto cesárea: manobra de Kristeller; cortaram o seu abdômen, sem esperar a anestesia “fazer efeito”; manter suas mãos amarradas; outros procedimentos sem que explicasse sua necessidade ou pedisse seu consentimento.

## Postura e atitude dos profissionais

Em relação à postura e atitude dos profissionais durante a internação hospitalar, este estudo abrange os seguintes indicadores: algum profissional mandou você parar de gritar; algum profissional impediu a presença de acompanhante; algum profissional ameaçou você; algum profissional criticou você por seus lamentos ou choros de dor; algum profissional gritou com você; algum profissional fez discriminação baseada em atributos; algum profissional recusou a assistência, te abandonou ou foi negligente; algum profissional agiu com desrespeito, com comentários mal-educados ou em tom de piada.

## Nascimento

Este estudo abrange os seguintes indicadores na assistência ao nascimento: contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento; realização de aleitamento na 1ª hora de vida do bebê.

Ressalta-se que, todos os procedimentos mencionados na assistência ao parto normal e cesárea não foram classificados enquanto violência obstétrica isoladamente. Nesta pesquisa, esses procedimentos se enquadram como violência obstétrica quando realizados sem que tenham pedido o consentimento ou justificado a sua necessidade às mulheres.

### 3.2.2 Instrumento de Avaliação do Vínculo Afetivo mãe-bebê no pós-parto

O Instrumento de Avaliação do Vínculo Afetivo mãe-bebê no pós-parto (PBQ) trata-se de uma versão traduzida e de adaptação transcultural para o Brasil (BALDISSEROTTO et al., 2018), composto por 12 questões cujas respostas são pontuadas em uma escala *Likert* de 0 a 5. O instrumento abarca questões de ligação emocional com o bebê, autoconfiança da mulher nos cuidados com o bebê, desejo de voltar ao passado antes do nascimento do bebê, além de sentimentos como medo, raiva, felicidade e atitudes prejudiciais contra o bebê sob a ótica da respondente.

Para a análise estatística dos resultados obtidos neste instrumento, considerou-se as pontuações como variável contínua em que quanto maior a pontuação, pior o vínculo mãe-bebê.

### 3.3 Coleta de dados

O procedimento de coleta de dados deste estudo iniciou-se através de divulgação do questionário da pesquisa, em versão digital via *Google Forms*®, em diversos meios de comunicação, tais como redes sociais, canais institucionais da UFSCar, grupos de projetos de extensão vinculados à universidade e jornais eletrônicos. Para ter acesso ao questionário *online*, a participante deveria, antes, declarar que leu o TCLE referente à pesquisa, onde constam a apresentação do estudo, sua metodologia e as garantias de privacidade e esclarecimentos decorrentes da pesquisa. Após as participantes assinarem o TCLE e responderem o questionário da pesquisa, a pesquisadora entrou em contato via *Whatsapp* para agendar o preenchimento do instrumento de Avaliação do Vínculo Afetivo mãe-bebê no pós-parto (PBQ), essa etapa ocorreu via *Google Meet*® ou ligação telefônica uma vez que não se tratava de um questionário autoaplicável.

Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2021. Após este tempo, o *link* de acesso ao formulário *online* deixou de aceitar novas respostas e a coleta foi encerrada.

### 3.4 Procedimento

O estudo foi realizado através de formulário virtual disponibilizado na plataforma *Google Forms*® e aplicação de instrumento via *Google Meet*® e *WhatsApp*®. Foi divulgada em diferentes canais de comunicação como: projeto de extensão da Universidade Federal de São Carlos (grupo de atenção à gestação e pós-parto), nas redes sociais (via *Facebook*® e *Instagram*®), aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas (via *WhatsApp*®) e via Canais Institucionais de Comunicação da UFSCar, visando ampla divulgação da pesquisa.

### 3.5 Aspectos Éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS), da resolução nº. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com aprovação em 23 de junho de 2021 (Parecer nº. 4.799.636 e CAAE: 47337321.6.0000.5504).

### 3.6 Análise de Dados

Os dados foram analisados por meio de estatística simples e descritiva e, posteriormente, para a análise correlacional das variáveis foram utilizados os testes estatísticos, apresentados, a seguir, junto com a sua descrição:

Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk: utilizado para verificar a aderência de uma variável quantitativa ao modelo da Distribuição Normal, sendo recomendado para amostras pequenas.

Teste de independência: objetiva verificar se existe associação entre duas variáveis, sendo mais recomendado para variáveis qualitativas (principalmente nominais). O princípio básico é comparar proporções, ou seja, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento.

$H_0$ : a variável X é independente da variável Y

$H_1$ : a variável X depende da variável Y

Análise de Variância (ANOVA): consiste em um teste de hipótese, em que é testado se as médias dos tratamentos (ou grupos) são iguais.

Teste de Kruskal-Wallis: utilizado para comparar dois ou mais grupos independentes sem supor nenhuma distribuição. É baseado na comparação de postos, os quais são atribuídos a cada observação de uma variável quantitativa após serem ordenadas. As hipóteses do teste de Kruskal-Wallis são formuladas da seguinte maneira:

$H_0$ : não existe diferença entre os grupos

$H_1$ : pelo menos um grupo difere dos demais

Teste de Dunn: após a rejeição da hipótese nula do teste de Kruskal-Wallis, deve-se identificar quais médias diferem. Para isso, é utilizado o teste de Dunn, tendo como objetivo comparar as médias dos grupos 2 a 2, controlando o erro global dos testes.

Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: utilizado para comparar dois grupos independentes sem supor nenhuma distribuição. O teste baseia-se em postos atribuídos a cada observação da variável quantitativa após serem ordenadas. Para a análise correlacional considerou-se a pergunta principal da pesquisa: A vivência de violência obstétrica repercute no vínculo entre mãe-bebê?

Na tabela 1, a seguir, é possível visualizar as variáveis propostas e que foram, posteriormente, submetidas à análise estatística.

**Tabela 1:** Variáveis escolhidas para análise estatística

Variáveis da pesquisa	
Escolaridade	violência obstétrica na assistência
Renda	Saber o que é VO
Autodeclaração Racial	Educação em saúde no pré-natal
Idade	violência obstétrica na assistência
Vínculo mãe-bebê	violência obstétrica na assistência
Vínculo mãe-bebê	violência obstétrica no parto normal
Vínculo mãe-bebê	violência obstétrica no parto cesárea
Vínculo mãe-bebê	Contato precoce com o bebê

#### 4. RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa, os quais estão organizados em três seções: 1) Caracterização das participantes e percepção da assistência; 2) Os serviços de saúde e a assistência às mulheres; 3) Análise estatística: correlações entre as variáveis.

##### 4.1 Caracterização das participantes e percepção da assistência

Participaram deste estudo 62 mulheres, de 18 a 38 anos, primíparas e multíparas, que deram à luz em maternidades públicas ou privadas brasileiras, pertencentes a diferentes estados do país.

A tabela 2, destaca o perfil das participantes do estudo em relação a Idade, Autodeclaração Racial, Grau de escolaridade, Renda familiar, Região do país, Pré-natal (público ou privado), Renda familiar, Paridade, Grau de escolaridade, Número de filhos e

conhecimento sobre Violência Obstétrica. O número de participantes do estudo está representado pelo N.

**Tabela 2:** Perfil das mulheres participantes em relação a idade, autodeclaração racial, escolaridade, renda familiar, região do país, rede do pré-natal, paridade, número de filhos, e, por fim, se sabe o que é Violência Obstétrica (N = número de participantes).

<b>Variável</b>	<b>N (62)</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 20	5	8,06
21 a 29	31	50,0
30 a 38	26	41,9
<b>Autodeclaração Racial</b>		
Branca	39	62,9
Parda	17	27,4
Negra	6	9,07
<b>Grau de escolaridade</b>		
Ensino médio incompleto	3	4,84
Ensino médio completo	12	19,4
Superior incompleto	12	19,4
Superior completo	35	56,5
<b>Renda familiar</b>		
Até dois salários mínimos	17	27,4
De dois a três salários mínimos	17	27,4
De três a cinco salários mínimos	14	22,6
De seis a dez salários mínimos	9	14,5
Mais de dez salários mínimos	5	8,06
<b>Região</b>		
Sudeste	41	66,1
Sul	14	22,5

Nordeste	7	11,2
<b>Pré-natal</b>		
Rede privada	32	51,6
SUS	23	37,1
Misto	7	11,3
<b>Paridade</b>		
Primípara	49	79,0
Múltipara	13	20,9
<b>Número de filhos</b>		
1 filho	48	77,4
2 filhos	11	17,7
3 ou mais filhos	3	4,84
<b>Sabe o que é Violência Obstétrica.</b>		
Sim	53	85,5
Não	9	14,5

Fonte: autoria própria (2022).

A tabela 2, destaca o perfil do grupo em estudo que é predominantemente de mulheres jovens com idade entre 21 e 29 anos (50,0%); 41,9% das mulheres tinham 30 anos ou mais e 8,06% até 20 anos, destaca-se que a média das idades foi de 28,51. A maioria das participantes pertence à região Sudeste do Brasil (66,1%). A maioria (62,9%) das participantes se identificou como branca e 56,5% têm ensino superior. É equivalente o número de mulheres que declararam ter renda familiar de até 2 salários mínimos (27,4%) ou de dois a três salários mínimos (27,4%). 51,6% relatam ter realizado o seu pré-natal pela rede privada. A maioria das mulheres é primípara (79,0%), 17,7% possuem dois filhos, 4,84% possuem três ou mais filhos. 85,5% das participantes declara ter conhecimento do termo violência obstétrica.

#### 4.1.1 Informações sobre a gestação, parto e nascimento

A Tabela 3, a seguir, apresenta os dados relativos à Preferência de parto no início da gestação, Preferência de parto no final da gestação, Intercorrência na gestação ou parto, tipo de hospital do parto, tipo de parto realizado, se houve oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor e práticas realizadas no momento logo após o nascimento.

**Tabela 3:** Informações sobre a gestação, parto e nascimento (N = número de participantes)

Variável	N (62)	%
<b>Preferência de parto no início da gestação</b>		
Parto normal	52	83,8
Cesárea	10	16,1
<b>Preferência de parto no final da gestação</b>		
Parto normal	54	87,1
Cesárea	8	12,9
<b>Alguma intercorrência na gestação ou parto?</b>		
Sim	26	41,9
Não	36	58,1
<b>Hospital do parto</b>		
Hospital Público	35	56,5
Hospital Privado	27	43,5
<b>Tipo de parto</b>		
Parto normal	33	53,2
Cesárea	29	46,8
<b>Ofereceram a você métodos não farmacológicos para alívio da dor?</b>		
Sim	43	69,3
Não	19	30,6
<b>Práticas realizadas após o nascimento</b>		

Contato pele a pele imediato e aleitamento materno na 1ª hora de vida do bebê	28	45,1
Contato pele a pele imediatamente após o nascimento	12	19,3
Aleitamento na 1ª hora de vida do bebê	9	14,5
Nenhuma dessas situações	13	20,9

Fonte: autoria própria (2022).

Referente à gestação e à via de parto, a maioria das participantes demonstrou preferência pelo parto normal tanto no início quanto no fim da gestação, respectivamente, 83,8% e 87,1%, assim, percebe-se que houve uma crescente na preferência pelo parto normal. 53,2% das mulheres realizaram parto normal e 46,8% realizaram cesárea. A maioria das participantes (58,11%) não apresentou nenhuma intercorrência na gestação ou no parto. 56,5% tiveram seu parto em um hospital público.

Quanto à oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, destaca-se que mais da metade das participantes teve acesso a esses métodos (69,3%). Do grupo que realizou parto normal, 93,4% teve acesso a esses métodos, já do grupo que realizou cesárea, 41,3% teve acesso a esses métodos.

No momento logo após o nascimento, 45,1% das mulheres teve Contato pele a pele imediatamente após o nascimento, bem como realizou aleitamento materno na 1ª hora de vida do bebê; 20,9% das mulheres não vivenciou tanto o contato pele a pele precoce quanto o aleitamento na primeira hora, outros dados referentes ao momento do nascimento podem ser verificados na Tabela 3.

#### 4.1.2 Percepção das mulheres acerca do cuidado recebido

Em relação à percepção e sentimentos vivenciados pelas participantes durante o atendimento recebido pelos profissionais de saúde em seus partos, pode-se destacar que 80,6% sentiu-se acolhida e segura; em relação às informações fornecidas durante todo o processo; 72,5% descreve como suficientes para tranquilizar sobre o que estava acontecendo e a ajudaram; em relação ao suporte oferecido pela equipe da assistência, 74,2% das participantes consideraram ter recebido suporte.

Por fim, quanto à percepção do cuidado recebido, 48,4% das mulheres considera não ter vivido práticas inadequadas ou violência obstétrica, 30,6% considera ter vivido práticas inadequadas/violência obstétrica. Os resultados acerca da percepção das mulheres estão descritos na tabela 4 a seguir.

**Tabela 4:** Percepção das mulheres acerca do cuidado (N = número de participantes)

Variável	N (62)	%
<b>Atitude e comportamentos da equipe</b>		
Acolhida e segura	50	80,6
Exposta e sem privacidade	12	19,4
<b>Informações recebidas dos profissionais que assistiram/apoiaram o processo</b>		
Suficientes para te tranquilizar sobre o que estava acontecendo e te ajudaram	45	72,5
Insuficientes para te tranquilizar sobre o que estava acontecendo e não te ajudaram	12	19,3
Não recebi qualquer informação dos profissionais que me assistiram	5	8,06
<b>Considera ter recebido suporte e apoio da equipe</b>		
Sim	46	74,2
Não	16	25,8
<b>Você considera ter vivido práticas inadequadas no nascimento do seu bebê?</b>		
<b>Não</b>	30	48,4
<b>Sim</b>	19	30,6
<b>Não tenho certeza</b>	13	20,9

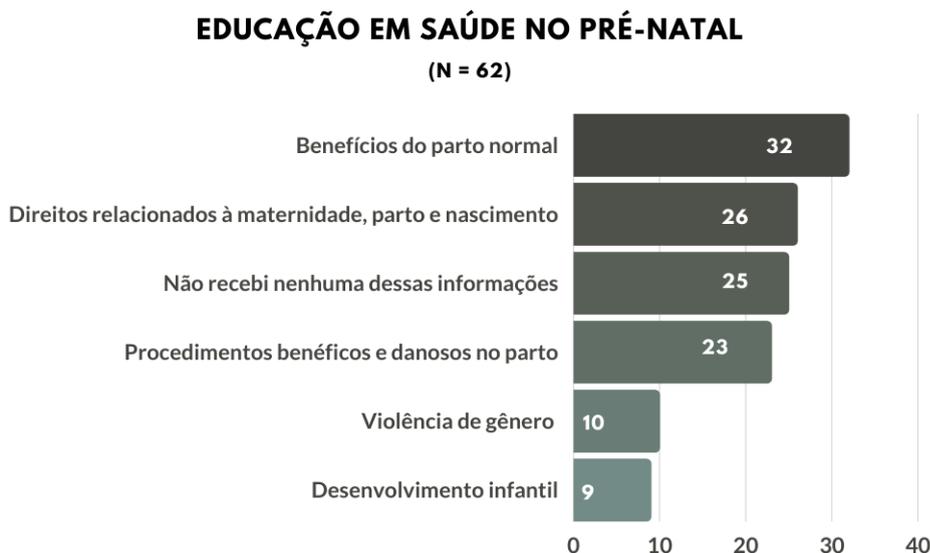
Fonte: autoria própria (2022)

## 4.2 Os serviços de saúde e a assistência às mulheres

### 4.2.1 Educação em saúde no pré-natal

Em relação à educação em saúde no pré-natal os resultados demonstram que 51,6% (N = 32) das mulheres relatam ter recebido orientações educativas quanto aos benefícios do parto normal; 41,9% (N = 26) recebeu orientações referentes aos seus direitos; 40,3% (N = 25) refere não ter recebido quaisquer abordagens de educação em saúde; 37,1% (N = 23) recebeu orientações quanto aos procedimentos benéficos e danosos no parto; 16,1% (N = 10) recebeu orientações sobre violência de gênero; 14,5% (N = 9) recebeu orientações sobre desenvolvimento infantil. O gráfico a seguir (gráfico 1) ilustra os resultados referentes à educação em saúde no pré-natal obtidos na pesquisa.

Gráfico 1: Educação em saúde no pré-natal



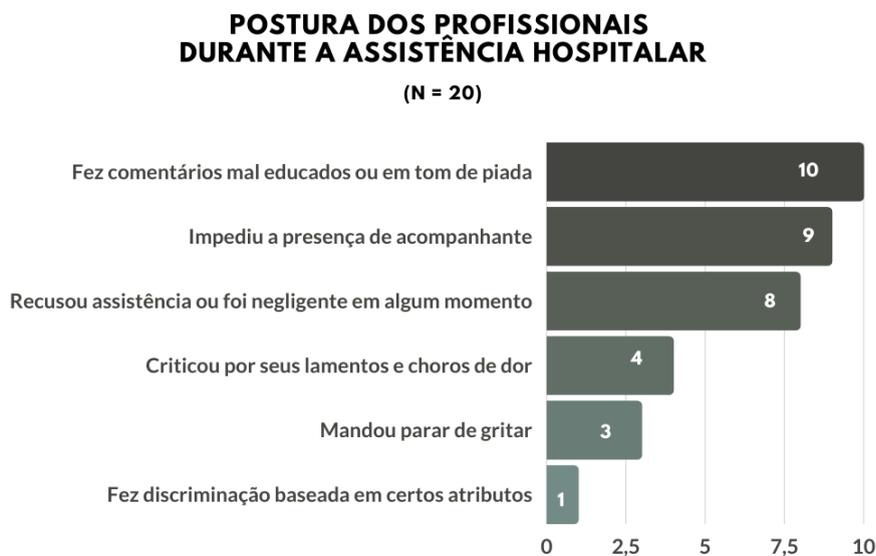
Fonte: autoria própria (2022).

### 4.2.2 Postura dos profissionais durante a assistência

Em relação à postura e comportamento dos profissionais durante a assistência hospitalar, destaca-se que a maioria refere 67,7% (N = 42) refere não ter passado por nenhuma das situações que se enquadram como violência obstétrica. 32,3% (N = 20) das participantes sofreram algum tipo de violência obstétrica no tratamento recebido, nesse grupo identifica-se que o comportamento mais frequente se refere a: profissionais que realizaram comentários mal-educados ou em tom de piada (50,0%) (N = 10); seguido de profissionais

impedindo a presença de acompanhante (45,0%) (N = 9); 40,0% dos profissionais recusou assistência à mulher ou foi negligente em algum momento; 20,0% (N = 4) criticou por seus lamentos ou choros de dor; 15,0% (N = 3) mandou parar de gritar. O gráfico 2 ilustra os resultados referentes à postura dos profissionais obtidos na pesquisa.

Gráfico 2: Postura dos profissionais durante a Assistência Hospitalar



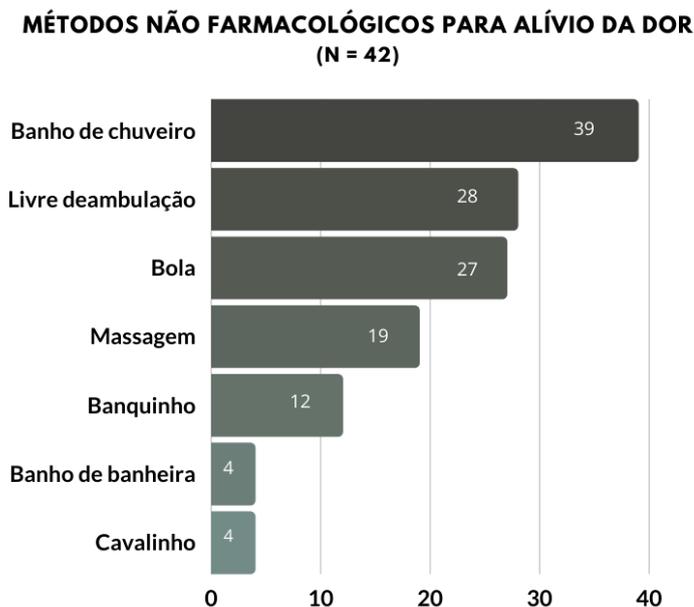
Fonte: autoria própria (2022).

#### 4.2.3 Métodos não farmacológicos para alívio da dor

Quanto ao acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, conforme já mencionado anteriormente, 67,7% das mulheres teve a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

O gráfico 3, a seguir, detalha quais métodos farmacológicos foram ofertados às mulheres. Dentre os resultados destaca-se que, mais frequentemente é ofertado o banho de chuveiro (92,8%), seguido de livre deambulação (66,6%) e bola (64,2%).

Gráfico 3: Métodos não farmacológicos para alívio da dor



Fonte: autoria própria (2022)

#### 4.2.4 Procedimentos realizados na assistência ao parto normal e cesárea

No que diz respeito aos procedimentos utilizados pelos profissionais de saúde que atendem ao parto, as quais se caracterizam como prática de violência obstétrica no parto normal (N = 33), destacam-se as seguintes práticas (procedimentos realizados sem esclarecimentos ou sem o consentimento das parturientes): 24,2% amniotomia, 21,2% jejum e 18,2% toques vaginais repetitivos. Outros procedimentos englobados no estudo são episiotomia e tricotomia, sendo que estes apresentam ocorrência menor quando comparados aos outros procedimentos, respectivamente 9,1% e 3%. Ainda em relação ao parto normal, destaca-se positivamente, que durante o período expulsivo, 60,6% das mulheres foram incentivadas a adotar a postura mais confortável para realizar os puxos.

Em relação ao parto cesárea, foram procedimentos utilizados na assistência e se caracterizam como VO: 24,6% manobra de Kristeller e 20,6% tiveram suas mãos amarradas impedindo que tocasse o bebê. Todos os procedimentos realizados durante a assistência ao parto normal e cesárea estão descritos, respectivamente, nas tabelas 5 e 6.

**Tabela 5:** Assistência e procedimentos realizados no **parto normal** (N = número de participantes)

Variável	N (33)	%
<b>Procedimentos realizados sem esclarecimentos ou sem consentimento das parturientes</b>		
Amniotomia	8	24,2
Jejum	7	21,2
Toques vaginais repetitivos	6	18,2
Toques vaginais realizados por diferentes pessoas	5	15,2
Episiotomia	3	9,1
Manobra de Kristeller	3	9,1
Tricotomia	1	3
<b>Durante o período “expulsivo” a parturiente</b>		
Foi incentivada a adotar a postura mais confortável para realizar os puxos (fazer força)	20	60,6
Foi coagida/submetida a manter a posição deitada de barriga para cima (litotomia)	13	39,4

Fonte: autoria própria (2022).

Conforme destacado anteriormente, a tabela 6, a seguir, descreve os procedimentos realizados na assistência ao parto cesárea, os dados evidenciam que 24,6% passaram pela manobra de Kristeller, 20,6% tiveram suas mãos amarradas impedindo que tocasse o bebê e 10,3% sinaliza ter vivenciado outros procedimentos sem que houvesse esclarecimento a respeito ou consentimento das parturientes.

**Tabela 6:** Assistência e procedimentos realizados no **parto cesárea** (N = número de participantes)

Variável	N (29)	%
<b>Procedimentos realizados sem esclarecimentos ou sem consentimento das parturientes</b>		
Manobra de Kristeller	7	24,1
Mãos amarradas	6	20,6
Outros procedimentos	3	10,3

Fonte: autoria própria (2022).

### 4.3 Análise estatística: correlações entre variáveis

#### 4.3.1 Escolaridade e Violência Obstétrica

Para verificar se há associação entre a prática inadequada no nascimento do bebê e a Escolaridade da mãe, foi realizado o teste Qui-Quadrado de independência.

Quadro 1: P-valor do teste de associação Qui-quadrado entre as variáveis Escolaridade e Violência Obstétrica

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
Escolaridade - VO	0,658	Não rejeita $H_0$

Fonte: autoria própria (2022).

Como, a um nível de significância de 5%, não se rejeita  $H_0$ , pode-se afirmar que as variáveis escolaridade e prática inadequada são independentes.

#### 4.3.2 Renda e Conhecimento sobre Violência Obstétrica

Para verificar se há associação entre a violência obstétrica e a renda da mãe, foi realizado o teste Qui-Quadrado de independência.

Quadro 2: P-valor do teste de associação Qui-quadrado entre as variáveis Renda e Saber o que é Violência Obstétrica

Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
Renda - Saber o que é Violência Obstétrica	0,297	Não rejeita $H_0$

Fonte: autoria própria (2022).

Como, a um nível de significância de 5%, não se rejeita  $H_0$ , não existem evidências estatísticas para rejeitar a hipótese de que as variáveis renda e violência obstétrica são independentes, ou seja, não há evidências de que a renda da mãe influencie em saber ou não o que é V.O.

#### 4.3.3 Autodeclaração racial e Educação em saúde no Pré-Natal

Para verificar se há associação entre a autodeclaração racial e educação em saúde no pré-natal, foi realizado o teste Qui-Quadrado de independência.

Quadro 3: P-valor do teste de associação Qui-quadrado entre as variáveis Autodeclaração racial e Pré-natal

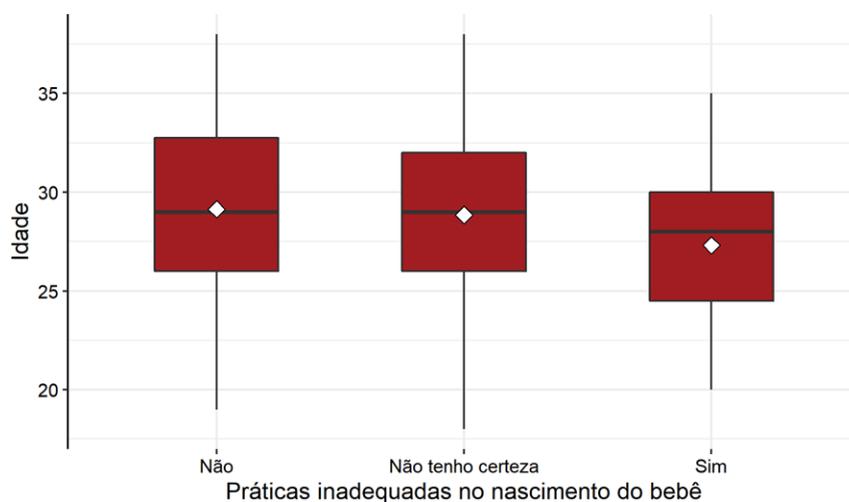
Variáveis	Teste Qui-quadrado	Decisão do teste
Autodeclaração racial - pré-natal	0,324	Não rejeita $H_0$

Fonte: autoria própria (2022).

Como, a um nível de significância de 5%, não se rejeita  $H_0$ , pode-se afirmar que as variáveis autodeclaração racial e pré natal inadequado são independentes, não há evidências de que a autodeclaração racial da mãe influencie nas informações/orientações recebidas durante o pré-natal.

#### 4.3.4 Idade e Violência Obstétrica

Figura 1: Boxplot da idade versus Violência Obstétrica no nascimento do bebê



Fonte: autoria própria (2022).

Para verificar se há associação entre a prática inadequada (violência obstétrica) no nascimento do bebê e a idade da mãe, foi elaborado o gráfico Boxplot (Figura 1).

Quadro 4: Medidas resumo da Idade segundo Violência Obstétrica no nascimento do bebê

Estatística	Não	Não tenho certeza	Sim
Média	29	29	27
Desvio Padrão	5	5	4
Variância	26	28	18
Mínimo	19	18	20

1º Quartil	26	26	24
Mediana	29	29	28
3º Quartil	33	32	30
Máximo	38	38	35

Fonte: autoria própria (2022).

Percebe-se, na Figura 1 e no Quadro 4, que a idade para mulheres que responderam sim para práticas inadequadas (violência obstétrica) no nascimento do bebê, em média, é menor do que para aquelas que responderam não ou não tem certeza.

Para verificar se há associação entre a prática inadequada (violência obstétrica) no nascimento do bebê com a idade, foi realizado, primeiramente, um teste de normalidade dos dados. Uma vez aceita ou não a hipótese de normalidade, realizou-se o teste de comparação.

Pelos valores encontrados no Quadro 4 acima, não rejeita-se a hipótese de que a distribuição das idades é normal. Então, realizou-se o teste da ANOVA, o qual averigua se há ou não diferenças entre as idades dos grupos.

Quadro 5: P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (ANOVA) de Idade por VO

Variável	Normalidade	Decisão do teste	ANOVA	Decisão do teste
Idade	0,36	Não rejeita $H_0$	0,438	Não rejeita $H_0$

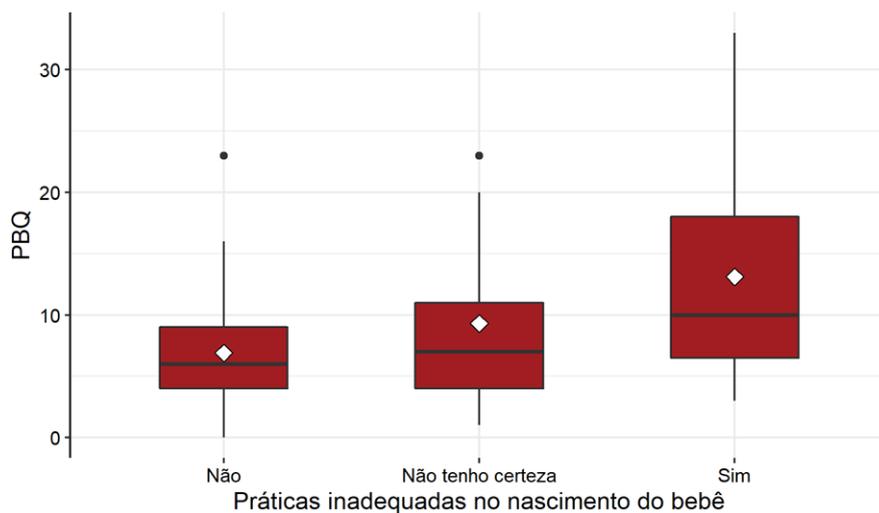
Fonte: autoria própria (2022).

Como, a um nível de significância de 5%, não se rejeita  $H_0$ , pode-se afirmar que não existem diferenças entre as médias dos grupos de idade e prática inadequada. Ou seja, a idade da mãe não aparenta ter relação com a violência obstétrica.

#### 4.3.5 Vínculo mãe-bebê e Violência Obstétrica

Para verificar se há associação entre o vínculo mãe-bebê e práticas inadequadas (violência obstétrica) no nascimento do bebê, foi elaborado o gráfico Boxplot (Figura 2).

Figura 2: Boxplot do PBQ versus Violência Obstétrica no nascimento do bebê



Fonte: autoria própria (2022).

Quadro 6: Medidas do PBQ segundo violência obstétrica no nascimento do bebê

<b>Estatística</b>	<b>Não</b>	<b>Não tenho certeza</b>	<b>Sim</b>
Média	6,9	9,31	13,11
Desvio Padrão	5,06	7,03	9,07
Variância	25,61	49,4	82,32
Mínimo	0	1	3
1º Quartil	4	4	6,5
Mediana	6	7	10
3º Quartil	9	11	18
Máximo	23	23	33

Fonte: autoria própria (2022).

Percebe-se, na Figura 2 e no Quadro 6, que o PBQ para mulheres que responderam sim para práticas inadequadas no nascimento do bebê, em média, é maior do que para aquelas que responderam não ou não tem certeza, ou seja, aquelas que responderam sim tem um vínculo menor com seus filhos, indo de encontro à hipótese da pesquisa.

Nota-se que para aquelas que responderam sim, obteve-se uma maior variabilidade de PBQ quando comparada com as demais respostas. Isso pode ser observado pelo desvio padrão (9,07) que foi o maior. Além disso, o maior PBQ também foi para as que responderam sim.

Para verificar se há associação entre a prática inadequada no nascimento do bebê com o PBQ, foi realizado, primeiramente, um teste de normalidade dos dados. Uma vez aceita ou não a hipótese de normalidade, realizou-se o teste de comparação.

Quadro 7: P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Kruskal-Wallis) de PBQ por violência obstétrica no nascimento do bebê

Variável	Normalidade	Decisão do teste	ANOVA	Decisão do teste
PBQ	<0,001	Rejeita $H_0$	0,026	Rejeita $H_0$

Fonte: autoria própria (2022).

Pelas respostas obtidas no Quadro 7, conclui-se que a distribuição da variável PBQ não é normal. Então, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis, o qual averigua se existe diferença entre as medianas dos grupos. Como, a um nível de significância de 5%, rejeita-se  $H_0$ , pode-se afirmar que existe pelo menos um grupo com mediana de PBQ diferente dos demais.

A fim de verificar quais têm diferença estatística significativa entre eles, foi realizado o teste de comparações múltiplas de Dunn, detalhado no Quadro 8, a seguir.

Quadro 8: P-valor do teste de comparações múltiplas de Dunn de PBQ por violência obstétrica no nascimento do bebê

Comparação	Teste de Dunn	Decisão do teste
Não - Não tenho certeza	0,390	Não Rejeita $H_0$
Não - Sim	0,021	Rejeita $H_0$
Não tenho certeza - Sim	0,318	Não Rejeita $H_0$

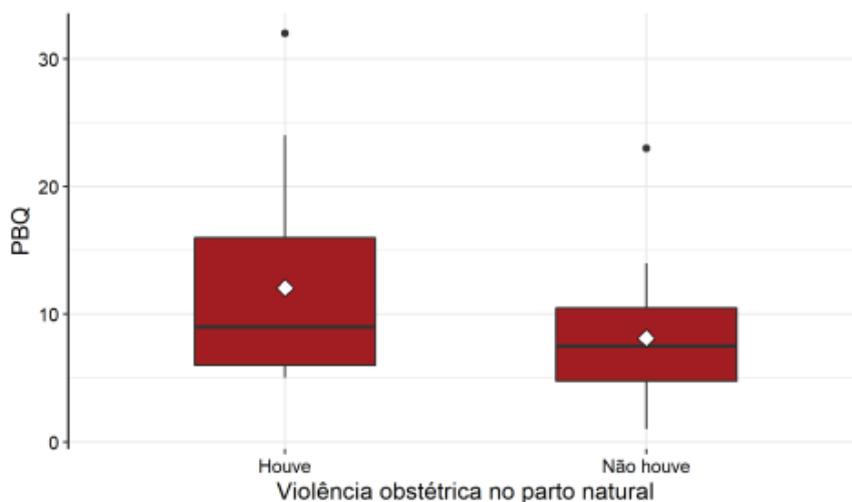
Fonte: autoria própria (2022).

Ao observar o Quadro 8, conclui-se que há evidências estatísticas suficientes para afirmar que existe uma diferença significativa apenas entre o PBQ das mulheres que responderam não e das que responderam sim para práticas inadequadas no nascimento do bebê. Ou seja, mulheres que vivenciaram violências obstétricas durante a assistência apresentam pontuações mais altas no instrumento de avaliação do vínculo entre mãe e bebê, portanto, vínculo mais frágil.

#### 4.3.6 Vínculo mãe-bebê e Violência Obstétrica no parto normal

Para verificar se há associação entre o vínculo mãe-bebê e a violência obstétrica no parto normal, foi elaborado o gráfico Boxplot (Figura 3).

Figura 3: Boxplot do PBQ versus violência obstétrica no parto normal



Fonte: autoria própria (2022).

Quadro 9: Medidas resumo do PBQ segundo Violência Obstétrica no parto normal

<b>Estatística</b>	<b>Houve VO</b>	<b>Não houve VO</b>
Média	12,06	8,12
Desvio Padrão	7,77	5,37
Variância	60,31	28,78
Mínimo	5	1
1º Quartil	6,00	4,75
Mediana	9,0	7,5
3º Quartil	16,0	10,5
Máximo	32	23

Fonte: autoria própria (2022).

Observa-se, na Figura 3 e no Quadro 9, que o PBQ para mulheres que respondem que houve violência obstétrica no parto normal, em média, é maior do que para aquelas que respondem que não houve, ou seja, para aquelas que respondem que houve, o vínculo materno é menor com seus filhos.

Para verificar se há associação entre a violência obstétrica no parto normal com o PBQ, foi realizado, primeiramente, um teste de normalidade dos dados, o qual, já verificado na seção anterior, deu como não normal. Portanto, realizou-se o teste de Mann-Whitney, o qual tem como hipóteses:

$H_0$ : a distribuição da variável PBQ é a mesma para estes dois grupos

$H_1$ : a distribuição da variável PBQ não é a mesma para estes dois grupos.

Quadro 10: P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Mann-Whitney) de PBQ por Violência obstétrica no parto normal

Variável	Normalidade	Decisão do teste	Teste de Mann-Whitney	Decisão do teste
PBQ	<0,001	Rejeita $H_0$	0,104	Não Rejeita $H_0$

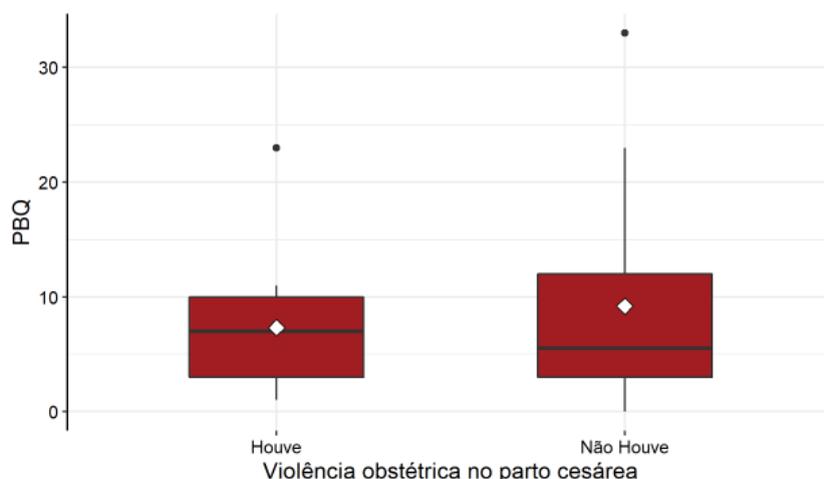
Fonte: autoria própria (2022).

Pelos resultados obtidos no Quadro 10 acima, conclui-se que, a um nível de significância de 5%, não rejeita-se  $H_0$ , isto é, não há evidências estatísticas suficientes para afirmar que o PBQ muda de acordo com a ocorrência ou não da violência obstétrica no parto normal.

#### 4.3.7 Vínculo mãe-bebê e Violência Obstétrica no parto cesárea

Para verificar se há associação entre vínculo mãe-bebê e violência obstétrica no parto cesárea, foi elaborado o gráfico Boxplot (Figura 4).

Figura 4: Boxplot do PBQ versus violência obstétrica no parto cesárea



Fonte: autoria própria (2022).

Quadro 11: Medidas resumo do PBQ segundo Violência Obstétrica no parto cesárea

Estatística	Houve VO	Não houve VO
Média	7,31	9,19
Desvio Padrão	5,81	9,17
Variância	33,73	84,03
Mínimo	1	0
1º Quartil	3	3

<b>Estatística</b>	<b>Houve VO</b>	<b>Não houve VO</b>
Mediana	7,0	5,5
3º Quartil	10	12
Máximo	23	33

Fonte: autoria própria (2022).

Observa-se, na Figura 4 e no Quadro 11, que, diferentemente do resultado apresentado na seção de violência obstétrica no parto normal, o PBQ para mulheres que respondem que houve violência obstétrica no parto cesárea, em média, é menor do que para aquelas que respondem que não houve.

Nota-se que para aquelas que respondem que não houve violência obstétrica, obtém-se uma variabilidade de PBQ maior, além de ter apresentado o maior valor de PBQ (33).

Para verificar se há associação entre a violência obstétrica no parto cesárea com o PBQ, foi realizado, primeiramente, um teste de normalidade dos dados, o qual, já verificado na seção anterior, deu como não normal. Portanto, realizou-se o teste de comparação de Mann-Whitney, o qual tem como hipóteses: “ $H_0$ ”: a distribuição da variável PBQ é a mesma para estes dois grupos; “ $H_1$ ”: a distribuição da variável PBQ não é a mesma para estes dois grupos.

Quadro 12: P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Mann-Whitney) de PBQ por Violência Obstétrica no parto cesárea

<b>Variável</b>	<b>Normalidade</b>	<b>Decisão do teste</b>	<b>Teste de Mann-Whitney</b>	<b>Decisão do teste</b>
PBQ	<0,001	Rejeita $H_0$	0,843	Não Rejeita $H_0$

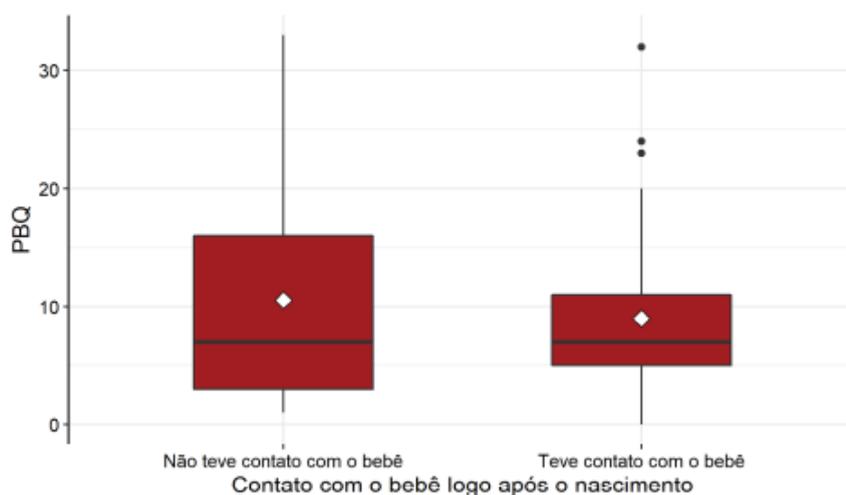
Fonte: autoria própria (2022).

Pelos resultados obtidas no Quadro 12, conclui-se que, a um nível de significância de 5%, não rejeita-se  $H_0$ , isto é, não há evidências estatísticas suficientes para afirmar que os valores medianos de PBQ mudam de acordo com a ocorrência ou não de violência obstétrica no parto cesárea.

#### 4.3.8 Vínculo mãe-bebê e contato precoce com o bebê

Para verificar se há associação entre vínculo mãe-bebê e contato precoce com o bebê após o nascimento, foi elaborado o gráfico Boxplot (Figura 5).

Figura 5: Boxplot do PBQ versus Contato com o bebê logo após o nascimento



Fonte: autoria própria (2022).

Quadro 13: Medidas resumo do PBQ segundo Contato com o bebê após o nascimento

<b>Estatística</b>	<b>Não teve contato</b>	<b>Teve contato</b>
Média	10,54	8,98
Desvio Padrão	9,61	6,67
Variância	92,27	44,44
Mínimo	1	0
1º Quartil	3	5
Mediana	7	7
3º Quartil	16	11
Máximo	33	32

Fonte: autoria própria (2022).

Observa-se, na Figura 5 e no Quadro 13, que o PBQ para mulheres que respondem que não tiveram contato com o bebê após o nascimento, em média, é maior do que para aquelas que responderam que tiveram contato. Por outro lado, nota-se que em ambos os casos, 50% das mulheres tiveram o PBQ até a pontuação 7.

Pode-se notar que para aquelas que respondem que não tiveram contato, obteve-se uma variabilidade de PBQ maior. Além disso, houve a presença de quatro valores discrepantes

(outliers) para as que respondem que tiveram contato, sendo essas pontuações iguais a 23, 23, 24 e 32.

Para verificar se há associação entre o contato com o bebê logo após o nascimento com o PBQ, foi realizado, primeiramente, um teste de normalidade dos dados, o qual, já verificado na seção anterior, deu como não normal. Portanto, realizou-se o teste de comparação de Mann-Whitney, o qual tem como hipóteses:

$H_0$ : a distribuição da variável PBQ é a mesma para estes dois grupos

$H_1$ : a distribuição da variável PBQ não é a mesma para estes dois grupos.

Quadro 14: P-valor dos testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e teste de comparação (teste de Mann-Whitney) de PBQ por Contato com o bebê logo após o nascimento

Variável	Normalidade	Decisão do teste	Teste de Mann-Whitney	Decisão do teste
PBQ	<0,001	Rejeita $H_0$	0,986	Não rejeita $H_0$

Fonte: autoria própria (2022).

Pelos resultados obtidas no Quadro 14, conclui-se que, a um nível de significância de 5%, não rejeita-se  $H_0$ , isto é, não há evidências estatísticas suficientes para afirmar que o vínculo mãe-bebê é afetado pelo contato entre mãe e bebê logo após o nascimento.

## 5. DISCUSSÃO

Dentre os diversos resultados da pesquisa, chama a atenção as taxas aproximadas de partos por via vaginal e cesárea, respectivamente 53,2% e 46,8%. Esses resultados se assemelham aos achados no estudo de Palma e Donelli (2017) em que também foram encontradas taxas quase equivalentes.

Ao comparar as macrorregiões do país, Leal e colaboradores (2019) identificam um aumento das cesarianas intraparto, principalmente, na Região Sudeste. Este é um dado relevante para a presente pesquisa, tendo em vista que mais da metade da amostra pertence à região sudeste do país. Ou seja, o perfil regional da amostra pode influenciar diretamente o percentual e as taxas de cesárea e parto normal. Outro dado que pode colaborar para o número aproximado entre taxas de parto normal e cesárea na amostra refere-se ao perfil etário e

educacional das participantes, isso porque a maior idade e escolaridade têm sido associadas a maiores taxas de cesariana no país (LEAL et al., 2019).

Outro dado que chama a atenção no estudo, é que referente ao grupo de mulheres que realizou cesárea, 37,9% não tiveram nenhum tipo de intercorrência em sua gestação ou no parto e todas tinham como preferência final o parto normal. Nesse sentido, questiona-se por quais razões o desfecho da assistência resultou em cesárea.

Acerca das cesarianas no Brasil, Zanardo e colaboradores (2017) discutem que existe tanto uma busca das mulheres pela cesárea quanto um conforto dos profissionais da obstetrícia pela tecnologia. A busca das mulheres parece se basear na ideia de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia utilizada no parto operatório. Já a perspectiva da equipe na escolha da intervenção cirúrgica pode estar atrelada ao conforto deste modelo, que substitui a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento de cirurgias.

Para esses mesmos autores (ZANARDO et al., 2017) alguns fatores determinantes e que têm sido relacionados a prática de cesáreas desnecessárias são o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea e a economia de tempo. Nesse cenário, muitas vezes contrariando o desejo das mulheres pelo parto normal,

a cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através da medicalização, o tempo da dor é mais curto e o procedimento mais “limpo” (ZANARDO et al., 2017, p. 8).

Ainda em relação ao perfil da amostra da pesquisa, nos trabalhos de Lansky e colaboradores (2019) e Palma e Donelli (2017) ao realizar-se a análise correlacional verificou-se que a vivência de violência obstétrica apresentou correlação fraca negativa com a idade; escolaridade; e renda familiar, ou seja, quanto menor a idade, escolaridade e renda familiar das participantes, maior a pontuação no questionário de violência no parto.

Neste estudo, não foram encontradas correlação entre o perfil sociodemográfico das mulheres e vivência de violência obstétrica, sendo consideradas variáveis independentes. Também não foram estabelecidas relações de dependência entre renda e conhecimento sobre o termo violência obstétrica, ou seja, não há evidências de que o perfil socioeconômico influencie em saber ou não o que é violência obstétrica.

Em contrapartida, em revisão realizada por Souza e colaboradores (2019), o perfil das mulheres está diretamente relacionado ao cuidado e assistência ofertada. O nível socioeconômico é considerado um dos fatores que predispõem a violência obstétrica, sendo que, mulheres negras, com menor renda e nível de escolaridade, apresentam maiores experiências negativas na assistência ao parto e nascimento, vivenciando a proibição de acompanhantes, condutas profissionais hostis e outras situações de violência.

Veira e colaboradores (2020) observam uma maior vulnerabilidade de gestantes pertencentes às classes mais baixas devido o uso de termos médicos específicos para explicações sobre os procedimentos, dificultando o entendimento e inibindo possíveis questionamentos por parte da mulher.

Em relação ao conceito Violência Obstétrica, um número expressivo (85,5%) de mulheres afirmou ter conhecimento a respeito do conceito, segundo Peixoto et al. (2020) no Brasil, entre as décadas de 1980 e 1990, os acontecimentos violentos durante a assistência ao parto já haviam entrado em discussão, mas foi apenas entre os anos de 2007 e 2010 que a palavra “violência obstétrica” passou a ser reconhecida e utilizada no país, isso pode justificar a familiaridade e a democratização do termo. Entretanto, apesar da familiaridade, parte das participantes da pesquisa (21%) não conseguiu identificar se vivenciou ou não práticas inadequadas/violência obstétrica em seu parto, o que isso nos sinaliza?

De acordo com Vieira e colaboradores (2020), isso pode estar atrelado ao senso comum de que a qualidade de um parto se relaciona apenas com a sua velocidade e com o estado de saúde do neonato, o que faz com que o uso de algumas intervenções sejam socialmente aceitáveis. Esses achados demonstram uma lacuna na percepção das mulheres sobre o que é uma boa assistência ao parto. De acordo com a Rede parto do princípio (2012), um bom parto prevê um atendimento de alta qualidade, abrangendo a prestação de serviços e qualidade técnica, tanto quanto a experiência positiva da mulher.

Através desse estudo foi possível identificar que um número significativo de participantes (40,3%) relatou não ter recebido nenhuma das ações de educação em saúde no pré-natal. Nesse sentido, é importante destacar que a educação em saúde no pré-natal contribui para resultados obstétricos favoráveis e experiências mais positivas no parto, uma vez que minimizam dúvidas e ansiedades da mulher durante o processo de gestação, preparando-a para o parto e pós-parto (CARDOSO, et al., 2019; RODRIGUES; LEANZA; SUGUITANI, 2021).

Nas consultas de pré-natal de risco habitual, é esperado que seja oferecido suporte informacional às mulheres, de acordo com Rodrigues, Leanza e Suguitani (2021) alguns temas de educação em saúde podem ser: sinais e sintomas do trabalho de parto, vantagens do parto normal e os riscos de uma cesariana desnecessária, métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor, práticas seguras e práticas não recomendadas durante o trabalho de parto e parto, o que é violência obstétrica, amamentação, contato pele a pele, entre outros.

Além disso, para além da abordagem de temas relacionados aos aspectos fisiológicos da gestação, parto, nascimento e pós parto, temas outros como: a saúde mental da mulher, violência de gênero, violência doméstica e sexual, benefícios legais que a mulher tem direito, entre outros, também são importantes de serem abordados, considerando assim outras esferas da vida das mulheres (BRASIL, 2012).

Os resultados da pesquisa de Rodrigues, Leanza e Suguitani (2021) evidenciam que a educação no pré-natal ainda é muito focada nos aspectos clínicos, como preparo para o parto e cuidados com o bebê, eventualmente também é abordado o direito ao acompanhante, por vezes desconhecido por algumas mulheres. Esses achados vão de encontro aos resultados do estudo visto que 51,6% das participantes refere ter recebido informações quanto aos benefícios do parto normal e 41,9% acerca de seus direitos relacionados à maternidade, parto e nascimento. Entretanto, não parecem ser assuntos de relevância no pré-natal: a saúde mental da mulher, a violência de gênero e a violência obstétrica, visto que estes ocupam as menores porcentagens (16,1%), reforçando o enfoque da atenção pré-natal nos aspectos clínicos.

Ainda, conforme destacado por Cardoso et al. (2019) o vínculo entre as mulheres e os profissionais de saúde também compõe um pré-natal de qualidade. A atuação contínua dos profissionais em ações educativas, o acompanhamento longitudinal das gestantes, o acolhimento e a vinculação são fundamentais para uma experiência de gestação e parto positivas e bem amparadas. Em uma realidade em que os atendimentos são rápidos, não há a construção de um espaço para que a mulher compartilhe suas dúvidas, medos e desejos compromete a qualidade da assistência e a experiência da mulher. Tratando-se de uma revisão de literatura, esse cenário pode sustentar o porquê de 40,3% das participantes do presente estudo afirmarem não ter recebido nenhuma das ações de educação em saúde. Esse é um dado que necessita de maior investigação.

Neste estudo não foram encontradas evidências de que a raça da mãe influencie nas orientações recebidas durante o pré-natal. Esse é um achado importante, que vai de encontro ao estudo de Theóphilo e colaboradores (2018) e Oliveira et al. (2019) ambas pesquisas com amostras relevantes (respectivamente 253 mil mulheres e 507 mulheres), em termos de participação nas atividades educativas nos serviços de saúde, há uma pequena diferença entre as mulheres pretas/pardas (28,2%) e brancas (27,2%), evidenciando que também não houve evidência estatística suficiente que pudesse comprovar algum nível de dependência entre as variáveis autodeclaração racial e educação em saúde no pré-natal. No estudo de Oliveira et al. (2019), as mães pretas e pardas tiveram resultados igual ou melhor que as brancas, exceto nas características sociodemográficas, quando comparadas àquelas com cor da pele branca, especificamente com relação à escolaridade, nível socioeconômico e presença de companheiro, conforme também destacado no trabalho de Theóphilo et al. (2018). Esses achados indicam a necessidade de maiores pesquisas, que frequentemente destacam as condições de saúde desfavoráveis da população parda e negra.

Em relação ao momento do nascimento, o presente estudo traz três dados relevantes: 1. menos da metade das participantes (45,1%) tiveram o contato pele a pele imediato ao nascimento do bebê e o aleitamento na primeira hora de vida; 2. parte das mulheres (20,9%) não vivenciou tanto o contato pele a pele precoce quanto o aleitamento na primeira hora de vida; 3. não foram encontradas evidências estatísticas suficientes para afirmar que o vínculo mãe-bebê é afetado pelo contato entre mãe e bebê logo após o nascimento.

O primeiro e segundo dados chamam a atenção visto que a maior parte das participantes não apresentou intercorrências graves como internação em UTIN ou alguma urgência materna que pudesse justificar ou esclarecer a inviabilização do contato precoce e o aleitamento, sendo um dado que necessita de aprofundamento. O terceiro dado também chama a atenção devido às muitas produções literárias que retratam com evidências os benefícios do contato precoce entre mãe e bebê e suas repercussões no vínculo.

Em estudo realizado por Elizabeth Moore et al. (2016) destaca-se que estímulos ao contato precoce entre mãe e bebê, sucção e vocalizações desempenham um papel fundamental na conexão dos sistemas de ocitocina às vias da dopamina, o que pode estar relacionado aos resultados de melhor vínculo entre mãe-filho e maior confiança materna. Além disso, díades que tiveram contato pele a pele logo após o nascimento apresentaram melhores vínculos quando comparados a díades que foram separados após o parto.

Acrescenta-se ainda que o contato pele a pele é uma das práticas recomendadas na mais recente publicação da OMS (2018) referente aos cuidados intraparto, o contato pele a pele e o aleitamento materno são procedimentos simples, de fácil execução e com grandes benefícios para o RN e seus familiares. Os benefícios do contato pele a pele incluem a termorregulação do RN, melhora a estabilidade cardiorrespiratória, melhora o controle glicêmico, aumenta o vínculo entre os pais e o RN, regula o estresse e ansiedade dos pais e do RN, diminui o risco de hemorragia pós-parto e estimula o desenvolvimento do bebê (VALETE; JUNQUEIRA; CASTRO, 2021).

As mulheres que dão à luz por cesáreas especialmente podem se beneficiar do contato pele a pele precoce, pois em revisão realizada por Moore et al. (2016) observou-se que mulheres que tiveram contato pele a pele continuavam amamentando com sucesso entre o primeiro e o quarto mês pós-parto, diferente do grupo que não realizou esse contato.

O contato precoce entre mãe e bebê também determina desfechos relevantes para os processos fisiológicos que serão estabelecidos a seguir: a dequitação da placenta, a diminuição do sangramento (loquiação), a estimulação da produção de leite e o estabelecimento da amamentação (VALETE; JUNQUEIRA; CASTRO, 2021).

A OMS recomenda o estímulo ao aleitamento materno precoce logo ao nascimento, como forma de promover a nutrição, o desenvolvimento e a sobrevivência infantil. O aleitamento na primeira hora de vida aumenta o tempo total de aleitamento materno exclusivo e diminui a mortalidade neonatal (VALETE; JUNQUEIRA; CASTRO, 2021).

Outro dado relevante evidenciado neste trabalho diz respeito à relação entre vínculo e violência obstétrica. Respondendo à hipótese inicial do estudo, a análise estatística conclui que mulheres que vivenciaram violência obstétrica durante a assistência apresentam pontuações mais altas no instrumento de avaliação do vínculo materno-infantil, portanto, vínculo mais frágil.

Esse é um resultado relevante e novo para a literatura, visto que até então não foram encontrados muitos estudos se debruçando sobre o tema (OLIVEIRA, et al., 2019). Este dado reforça a importância das políticas de humanização da assistência ao parto e nascimento e evidencia as reais repercussões de assistências inadequadas, com intervenções sem evidências científicas que comprovem sua eficácia e necessidade, e incentiva a adoção de uma assistência respeitosa e baseada nos direitos fundamentais das mulheres.

De acordo com Vieira e colaboradores (2020), a violência obstétrica gera consequências sociais e emocionais irreparáveis na mulher, pois o parto é considerado uma experiência de realização pessoal e um marcador social muito idealizado, que acaba sendo desconstruído. Além das consequências sociais e emocionais mencionadas pelos autores anteriormente, a literatura descreve implicações físicas, o aumento nos riscos de morbimortalidade materna (DINIZ et al., 2015), as implicações psicossociais (MAIA et al., 2018; DIAS, PACHECO, 2020) e que dizem respeito à saúde da mulher, bem como as repercussões na vinculação com o bebê (OLIVEIRA, et al., 2019), foco deste estudo.

O envolvimento afetivo da mãe com o bebê é essencial para a qualidade dos cuidados que serão prestados, e, conseqüentemente, irá interferir no desenvolvimento dessa criança (FIGUEIREDO, 2003). A vinculação materna é considerada fator protetivo para desenvolvimento infantil, estando relacionado ao desenvolvimento da linguagem, cognição, motricidade e sociabilidade e, portanto, ao desenvolvimento global dessa criança (SAUR et al., 2018).

O achado do estudo vai de encontro ao estudo qualitativo de OLIVEIRA et al., (2019) em que as mulheres entrevistadas que vivenciaram violências obstétricas relatam seus desafios na vinculação com o filho, os impactos na relação e no cuidado com o bebê, e até mesmo na esfera reprodutiva.

Segundo Oliveira et al. (2019) o papel materno vai se construindo ao longo de todo ciclo gravídico, no entanto, a formação do vínculo entre mãe e bebê começa a se concretizar de fato no momento do parto, é neste momento que começa a haver uma fusão entre as expectativas, fantasias, idealizações acerca do bebê e o real, o nascimento.

De acordo com Silva e Braga (2019) e conforme evidenciado na pesquisa, uma assistência humanizada que garanta uma experiência positiva no parto é um facilitador do estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê.

“O momento logo após o parto é crítico e essencial para que se instale uma relação saudável entre mãe e bebê, o vínculo se desenvolve ao longo do tempo, sendo influenciado pelas variáveis maternas e do recém-nascido, além do próprio ambiente hospitalar” (SILVA; BRAGA, 2019, p. 15). É fundamental que os profissionais de saúde viabilizem um ambiente de segurança à díade durante toda a assistência ao parto, especialmente no momento do nascimento, estimulando o contato pele a pele imediatamente após o parto, o aleitamento

materno, visando uma adaptação mais tranquila do recém-nascido ao novo ambiente, bem como o prosseguimento das trocas afetivas iniciadas durante a gestação e com repercussões importantes no desenvolvimento infantil (SAUR, 2018; SILVA; BRAGA, 2019)

O cenário da pandemia impactou diretamente a assistência ao parto e nascimento hospitalar, nesse sentido considerou-se importante destacar o papel do acompanhante e as modificações adotadas nesse novo cenário. Segundo Estrela et al. (2020) algumas maternidades têm adotado normas quanto ao isolamento nas maternidades devido a pandemia da covid-19, restringindo assim a presença de acompanhante.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), o acompanhante pode estar presente durante o parto, mesmo que a mulher seja positiva para o Sars-Cov-2, com as seguintes ressalvas: não deve haver revezamentos e o visitante não deve pertencer a grupos de risco para Covid-19. Nesse sentido, mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados, direito esse apoiado na Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante.

Considerando que 14,5% das mulheres tiveram restringidos o seu direito de acompanhante, enfatiza-se que o acompanhante desempenha papel fundamental no suporte no trabalho de parto e parto e para os desfechos perinatais, como menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas e menor uso de analgesia, mulheres com acompanhante referem ter sofrido menos violência no parto e demonstram mais satisfação com a assistência recebida (LEAL et al., 2019).

Ainda sobre o momento de internação hospitalar, o presente estudo se propôs a compreender a experiência das mulheres no hospital e a conduta por parte dos profissionais que as assistiram. Os resultados da pesquisa evidenciam que 32,2% das mulheres vivenciaram algum tipo de violência obstétrica, de cunho verbal ou psicológico, este dado vai de encontro à literatura que aponta essas violências como as mais frequentes (LANSKY et al., 2017; GUIMARÃES. JONAS; AMARAL, 2018; SOUZA et al., 2019; VIEIRA et al., 2020). Conforme discutido por Souza e colaboradores (2019):

Percebe-se que os tipos de violência obstétrica relatados não são caracterizados somente por procedimentos técnicos, mas também pelo uso de frases ofensivas, repreensões, ameaças contra as mulheres e seus bebês no momento do parto. Alterações do volume de voz e o uso de palavras que causam humilhação, são apontadas como frequentes e até mesmo

consentidas pelos profissionais, sendo classificados como violência verbal e psicológica (SOUZA, et al. 2019, p.4).

De acordo com a OMS (2018), um cuidado respeitoso se refere ao cuidado organizado e oferecido a todas as mulheres de forma que mantém sua dignidade, privacidade e confidencialidade, ele é livre de danos, maus tratos, permite uma escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.

Os achados sobre a assistência inadequada às mulheres, a presença de violências verbais e psicológicas durante a assistência, expressa a necessidade da implementação de boas práticas na assistência às mulheres, sob perspectiva de seus direitos fundamentais. Uma assistência respeitosa é pautada por práticas baseadas em evidências e uma abordagem baseada nos direitos humanos, a adoção desse formato de assistência impacta positivamente a morbidade e mortalidade materna, reduzindo-as, além de melhorar a experiência das mulheres no trabalho de parto e parto (OMS, 2018).

De acordo com a OMS (2018) alguns caminhos para humanização do cuidado e assistência ao parto preveem o treinamento em transformação de valores e atitudes da equipe; treinamento em habilidades de comunicação interpessoal; criação de equipes de melhoria da qualidade; monitoramento de desrespeito e abuso; intervenções visando a melhoria da privacidade em enfermarias; melhorar as condições da equipe; entre outros. Estas iniciativas estão relacionadas à redução da violência obstétrica e realização de procedimentos desnecessários ou sem evidências científicas na assistência ao parto e nascimento.

Em relação ao suporte informacional durante a assistência, a maioria das participantes (72,6%) relata ter recebido informações suficientes para tranquilizá-la e ajudá-la durante todo o processo. Ao mesmo tempo, 27% das participantes considera não ter recebido informações suficientes ou nem mesmo ter recebido qualquer informação que as ajudasse a se tranquilizar e compreender o momento que estavam vivenciando.

Nesse sentido, Valette, Junqueira e Castro (2021) descrevem que o acesso à informação e à decisão compartilhadas, o livre acesso ao bebê e a abordagem respeitosa melhoram a saúde materna e o bem-estar do RN, diminuem o tempo de internação, fortalecem o vínculo do RN com a família e aumentam a taxa de amamentação.

Conforme destacado pela OMS (2018) para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres durante o parto, a experiência que se tem durante a assistência é tão importante

quanto os cuidados clínicos recebidos, no entanto, o que frequentemente se percebe no paradigma assistencial atual é que as práticas não clínicas, tais como fornecimento de suporte emocional, comunicação eficaz, suporte informativo e cuidado respeitoso, que são tecnologias leves, de fácil implementação, nem sempre são consideradas prioridades nos serviços de saúde (OMS, 2018). Esse achado corrobora com os resultados da presente pesquisa, uma vez que 27% das mulheres refere não ter recebido informações por parte da equipe, demonstrando a valorização da intervenção clínica em sobreposição à vinculação e suporte informativo.

Os resultados do estudo evidenciam também que a maioria (80,6%) das participantes sentiram-se acolhidas e seguras durante a assistência, em menor número (19,4%) participantes descrevem sentirem-se expostas e sem privacidade. Como já mencionado anteriormente, além das recomendações de caráter técnico-assistencial, é importante que os serviços de saúde reconheçam quão fundamentais são as tecnologias leves na assistência ao parto e nascimento. Segundo Rodrigues, Leanza e Suguitani (2021) a comunicação com a parturiente ainda é um desafio na prática clínica, ainda se faz necessário avançar em aspectos básicos como o estabelecimento de vínculo, e assim promover uma assistência mais segura e positiva para as mulheres.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) elege práticas consideradas essenciais na promoção de uma experiência positiva de parto, isso inclui: apoio físico e emocional, experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto, estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor, entre outras (RODRIGUES; LEANZA; SUGUITANI, 2021). Corroborando com essa perspectiva, Kobayashi et al. (2017) identifica que o apoio contínuo no trabalho de parto pode impactar na redução do uso de anestesia peridural, na necessidade de acelerar o parto com ocitocina e no aumento da taxa de satisfação materna. Esse dado demonstra que suporte e cuidados clínicos caminham juntos para melhores desfechos perinatais e experiências mais positivas.

Destaca-se que em relação aos procedimentos realizados durante a assistência ao trabalho de parto e parto, pode se dizer que 48,3% das mulheres (tanto que realizaram parto normal, quanto cesárea) foram submetidas a algum procedimento obstétrico sem o seu consentimento ou sem que fosse explicado a sua necessidade, o que caracteriza VO.

Os dados deste estudo demonstram que a posição litotômica aparenta ser uma prática frequente, visto que 39,4% das mulheres foram coagidas a manter essa posição na terceira

fase do parto. O MS preconiza que as mulheres tenham liberdade e sejam incentivadas a escolher a melhor posição no parto, especialmente posições verticalizadas (BRASIL, 2017).

De acordo com Rocha e colaboradores (2020), a principal justificativa para apoiar a adoção de posições verticalizadas no parto é a ação gravitacional, a qual contribui na descida do feto pelo canal vaginal, além de modificar a angulação da pelve materna, além de outros benefícios como a rotação de bebês em variedade de posição occipito posterior para occipito anterior.

Já a posição litotômica, além da curvatura do canal vaginal dificultar a descida fetal no período expulsivo, alguns estudos têm relacionado essa posição a maiores riscos de lacerações perineais graves e intervenções obstétricas desnecessárias, como a episiotomia. A adoção de posições verticalizadas, no parto normal, deve ser encorajada pelos profissionais, pois pode evitar traumas graves com necessidade de sutura, e, pode contribuir para a integridade perineal (BRASIL, 2017; ROCHA et al., 2020).

O número de mulheres submetidas a Kristeller e episiotomia se mostrou relativamente pequeno, respectivamente, 16,1% e 4,84%. Esse achado dialoga com o estudo de Leal et al., (2019) em que observou-se expressão de melhoria e redução de intervenções desnecessárias, principalmente o uso de episiotomia e manobra de Kristeller.

O uso liberal ou rotineiro de episiotomia não é recomendado para mulheres com parto vaginal espontâneo e não existe uma definição de taxa aceitável, já que as evidências disponíveis não sustentam a realização de episiotomia no cuidado rotineiro. Portanto, a recomendação é de não realizar de forma rotineira. Por fim, a utilização da manobra de Kristeller, ou pressão manual no fundo do útero durante o período expulsivo, não é recomendada em qualquer circunstância. (OMS, 2018; LEAL, et al., 2019)

Ainda, chama a atenção que 21% das mulheres que realizaram parto normal foram proibidas de ingerir alimentos ou bebidas, sendo esta uma prática claramente não recomendada. Segundo Singata, Tramer e Gyte (2010), a restrição alimentar e hídrica prolongada pode levar ao desconforto da parturiente. Além disso, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017).

Outro dado importante é que 21% das mulheres que realizaram cesárea tiveram suas mãos amarradas impedindo que tocassem o seu bebê. Esse achado dialoga com o estudo de

Palma e Donelli (2017) em que esta prática também foi vivenciada pelas participantes. Segundo Salgado, Niy e Diniz (2013), amarrar os braços das mulheres durante a cirurgia constitui um dos protocolos hospitalares que foi compreendido por várias mulheres como violência obstétrica. “A justificativa do protocolo é evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, porém tal medida não se justifica, muito menos ao final da cesárea, quando as mulheres poderiam ter os braços desamarrados e o contato com seu bebê facilitado” (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013, p.7)

Conforme já destacado anteriormente, no estudo de LEAL e colaboradores (2019) identificou-se melhorias na assistência ao parto e nascimento no Brasil quando comparadas aos estudos anteriores realizados em 2011 e 2012. Esses resultados também vão de encontro aos dados da pesquisa, visto que mais da metade (69,3%) das participantes tiveram acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, desse número ressalta-se que 93,9% das mulheres que realizaram parto via vaginal tiveram a oferta de métodos; 41,3% das mulheres que realizaram cesárea tiveram a oferta de métodos. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são práticas benéficas e de baixo custo e é uma das recomendações do mais recente manual de cuidado intraparto da OMS (2018).

Diante desses resultados é evidente que a assistência ao parto ainda é pautada por muitas intervenções desnecessárias e práticas sem evidências, bem como frequentemente atravessado por posturas e atitudes de desrespeito às mulheres, evidenciando situações de violência psicológica, na contramão do que se preconiza enquanto cuidado humanizado. Nesse sentido chama a atenção que quase metade (48,4%) das participantes considera não ter vivido práticas inadequadas na assistência ao parto e nascimento do seu bebê, visto que ao menos 30% vivenciou situações de violência física, verbal ou psicológica e ao menos 48,3% das mulheres foram submetidas a algum procedimento obstétrico sem o seu consentimento ou sem que fosse explicado a sua necessidade.

Nesse aspecto, em consonância com o estudo de Lansky et al. (2019) e Oliveira et al. (2019) os resultados do estudo refletem o desconhecimento e desinformação das mulheres sobre as recomendações assistenciais no parto e nascimento, práticas inadequadas e sem respaldo científico utilizadas ainda de forma frequente. Conforme salientado por Lansky e colaboradores (2019), a dificuldade de reconhecimento da vivência de violência obstétrica é uma questão complexa e influenciada por diversos fatores. “Há uma distância entre indicar a

agressão sofrida, reconhecê-la e nominá-la como violência ou maus tratos” (LANSKY, et al., 2019, p.9)

Segundo Oliveira et al. (2019) é necessário o reconhecimento do parto como um processo da mulher, e desse modo é fundamental que seja compreendida e respeitada a sua autonomia, suas escolhas, princípios e desejos. É necessário que a humanização se mostre de forma mais efetiva, mais complexa e mais presente, que a assistência ao parto se concretize na implementação de boas práticas e respeito às mulheres, sob perspectiva de seus direitos fundamentais.

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou seus objetivos, identificando práticas de violência obstétrica na assistência ao parto e evidenciando a relação entre violência obstétrica e vínculo mãe-bebê. Os dados obtidos e analisados nos revelam que há avanços na assistência ao parto, como a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o direito ao acompanhante garantido à maioria das mulheres, poucas taxas de episiotomia e manobra de Kristeller quando comparadas a estudos anteriores, além de percepções majoritariamente positivas das participantes em relação à assistência recebida considerando terem se sentido acolhidas e seguras na internação e satisfeitas com as informações recebidas, experiências estas que estão relacionadas a experiência do parto mais satisfatória e positiva.

Entretanto, em meio aos avanços identificados, existem questões que precisam ser revistas, destaca-se que foram encontradas fragilidades nas ações de educação em saúde na assistência ao pré-natal, além da persistência de práticas sem evidências científicas como a posição litotômica, mulheres com mãos amarradas durante a cesárea e posturas antiéticas dos profissionais de saúde com as parturientes, sendo frequente abordagens que se enquadram como violência verbal e psicológica.

Houveram ainda, dados estatísticos suficientes para comprovar a relação entre vivência de violência obstétrica e impactos no vínculo entre mãe-bebê, dado que respondeu a hipótese inicial da pesquisa, evidenciando a importância de uma assistência respeitosa e baseada em evidências, que para além dos aspectos clínicos leve em consideração o significado dessa experiência na vida da mulher e suas repercussões na saúde materno-infantil, nos desfechos perinatais, na morbimortalidade, e conforme evidenciado no estudo, no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê.

O instrumento PBQ (versão traduzida) oferece potencial para futuras pesquisas e para uso em intervenções de saúde mental perinatal, aguarda-se as demais fases de validação do instrumento para o contexto brasileiro, visando garantir a equivalência com a escala original.

Espera-se que os resultados obtidos contribuam para a construção de conhecimentos acerca das boas práticas em saúde na assistência ao parto e ofereça subsídios para uma reflexão aprofundada da violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher e da experiência do parto e nascimento.

Para promover experiências positivas de parto e nascimento faz-se necessário atribuir novos significados ao que é considerado um bom parto, a adoção de estratégias e mudanças institucionais, direcionamento de recursos e adesão dos gestores na formação dos profissionais de saúde para práticas ampliadas que considere os aspectos biopsicossociais que envolvem todo o ciclo gravídico puerperal. Para se alcançar o cuidado integral é fundamental que os profissionais de saúde revejam suas práticas e assumam em seu cotidiano a humanização, o cuidado respeitoso e baseado em evidências.

São limitações do estudo a coleta virtual que restringiu o perfil de participantes e o número limitado da amostra. Apesar da ampla divulgação em diferentes espaços, atingiu-se uma população homogênea.

## 7. REFERÊNCIAS

BALDISSEROTTO, M. L. et al. Adaptação transcultural para o português do Brasil do Postpartum Bonding Questionnaire para avaliação do vínculo no pós-parto entre mãe e bebê. Caderno Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v.34, n.7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170717>. Acesso em 1 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. P. 146-148. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 05 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2016. P. 235-241. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 05 jun. 2022.

BRASIL. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2017. P. 14-33. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 05 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Nota técnica nº9/2020. Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da covid-19. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095677/notatecnica92020cosmucgevidapessapsms.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2022.

CARDOSO, R. F. et al. Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s.l.], n. 23, 2019. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/397>. Acesso em 01 mai. 2022.

CRESWELL, J. W. *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. Correlational designs*. 4 ed. Boston, MA: Pearson Education, 2012. P. 337-374.

DIAS, S.; PACHECO, A. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. *Revista Arquivos Científicos*, Macapá, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020. Disponível em: <<http://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jan. 2022.

ESTRELA, F. M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 30, n. 02, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zwPkqzqfcHbRqyZNxzfrg3g/?lang=pt>. Acesso em 1 mai. 2022.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 13-27. 2002. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/306/pdf>. Acesso em 05 jun. 2022.

FIGUEIREDO, B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, [s.l.], vol. 3, n. 3, 2003. Disponível em: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-86.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf). Acesso em 05 jun. 2022.

GUIMARAES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 Jan. 2022.

KOBAYASHI, S. et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [s.l.], v. 20, n.4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>. Acesso em: 13 abr. 2022.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública* [online], [s.l.], v. 35, n. 7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 7 abr. 2022.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802811&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 05 jan. 2021.

MAIA, J. S. et al. A Mulher Diante Da Violência Obstétrica: Consequências Psicossociais. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, [s.l.], v. 7, p. 54-68, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/consequencias-psicossociais>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, [s.l.], 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>. Acesso em: 07 abr. 2022.

OLIVEIRA, M. S. S et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. *ABCS Health Sci.*, v. 44, n. 2, p. 114-119, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022349/44abcs114.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2022.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;sequence=3). Acesso em 09 jun. 2022.

Organização Mundial da Saúde - OMS. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. 2018. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em 01 mai. 2022.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>. Acesso em 09 jun. 2022.

PERRELLI, J.G.A. et al. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 257-265, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432318>. Acesso em 05 Jan. 2021.

PEIXOTO, M. B.; CARDOSO, R. L.; GUARIDO, K. L. A violência obstétrica vivenciada por mulheres de um centro educacional no município de São José - SC. *Global Academic Nursing Journal*, [S. l.], v. 1, n. 2, p. e25, 2020. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/55>. Acesso em: 1 maio. 2022.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: “Parirás com Dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 05/01/2020.

ROCHA, B. D. et al. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>. Acesso em: 9 abr. 2022.

RODRIGUES, K. C.; LEANZA, D. F.; SUGUITANI, D. L. Jornada da paciente do pré-natal ao parto e puerpério: como garantir a experiência e o cuidado seguro?. ALBUQUERQUE, A. et al. Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional. – Atena Editora. Ponta Grossa - PR: Atena, p.61- 68, 2021.

SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 abr. 2022.

SALGADO, H. O. Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil", Região Sudeste, 2011 e 2012. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, p. 24-29; 37-40, 2017.

SAUR, B.; BRUCK, I.; ANTONIUK, S. A.; RIECHI, T. I. J. DE S. Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. Psico, v. 49, n. 3, p. 257-265, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.27248>. Acesso em 09 jun. 2022.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. Rev. SBPH, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 258-279, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 abr. 2022.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. 2010. Cochrane Database Syst Rev, Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub2>. Acesso em 09 jun. 2022.

SOARES, G. C. F. et al. Transtornos de adaptação no pós-parto decorrentes do parto: estudo descritivo exploratório. Universidade de São Paulo. 2012. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884/html\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884/html_2). Acesso em: 05 jan. 2021.

SOUZA, A. C. A. T. et al. Violência obstétrica: uma revisão integrativa [Obstetric violence: integrative review] [Violencia obstétrica: una revisión integradora]. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 27. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45746/33096>. Acesso em: 07 abr. 2022.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 11. p. 3505-3516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>. Acesso em 01 Mai. 2022.

VALETE, C. O. S.; JUNQUEIRA, B. F.; CASTRO, R. S. A. P. Cuidado neonatal seguro e respeitoso. ALBUQUERQUE, A. et al. Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional. – Atena Editora. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. p.107-114.

VENEZUELA. Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007. Institui a ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta oficial de la república bolivariana de Venezuela, Caracas. Artículo 51, p. 20.

VIDAL, R. M. S. A experiência do parto no Sistema Único de Saúde : percepções de mulheres. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Carlos, 2017. P. 10-18; 89-94.

VIEIRA, T. F. S.; LIMA, M. A. C.; COSTA, T. A.; TEIXEIRA, L. A. M.; MUNIZ, M. B. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9912-9925, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-221>. Acesso em 09 jun. 2022.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade [online], v. 29, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 05 abr. 2022.

## 8. GLOSSÁRIO

Amniotomia: rompimento artificial da bolsa.

Enema: procedimento que consiste na colocação de uma sonda retal através do qual é realizado uma lavagem intestinal

Episiotomia: procedimento cirúrgico que consiste em incisão no períneo (região entre o ânus e a vagina) para facilitar a passagem do bebê.

Litotomia: também chamado de posição ginecológica, consiste na posição corporal em que a paciente é colocada em posição dorsal, com as pernas elevadas, flexionadas e afastadas. Posição utilizada principalmente em procedimentos cirúrgicos e exames que envolvem a região pélvica.

Manobra de Kristeller: manobra que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

Tricotomia: raspagem de pelos pubianos antes de uma cirurgia.

## 9. APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
(Resolução 466/2012 e 510/2016 do CNS)

Nós, Danielle Ferreira de Sousa, estudante do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar e a Profa. Dra. Regina Helena V. Torkomian Joaquim (na qualidade de orientadora), convidamos a senhora para participar como voluntária da pesquisa intitulada “Assistência ao parto e nascimento e suas repercussões na relação inicial mãe-bebê”.

A experiência do parto tem desdobramentos que podem afetar diretamente a saúde da mulher e também sua vinculação com o bebê, compreendendo a importância da relação entre mãe e filho e o constante monitoramento das práticas de assistência ao parto e nascimento é que se propõe o presente estudo sobre violência obstétrica.

Nesta pesquisa, pretendemos compreender se a assistência ao parto e nascimento traz repercussões para a relação inicial entre mãe e bebê, com esses dados poderemos oferecer subsídios para uma reflexão mais profunda sobre a violência obstétrica, visando aprimorar a assistência à mulher, à família e ao recém-nascido durante todo o ciclo gravídico puerperal.

Você foi convidada por corresponder aos critérios de inclusão, estar em estágio puerperal e ter um bebê de até três meses. Sua participação nessa pesquisa (totalmente voluntária) contribuirá para construção de conhecimentos acerca das boas práticas em saúde e na assistência ao parto e nascimento.

Nesta pesquisa você será convidada a responder uma ficha de caracterização e um Questionário sobre a assistência ao parto e nascimento e violência obstétrica ambos serão disponibilizados no Google Formulários. Também haverá um Instrumento de Avaliação do Vínculo afetivo mãe-bebê no pós-parto (PBQ Brasil) que será aplicado através de videochamada pelo celular ou computador.

Para participar deste estudo, a Senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os questionários não serão invasivos à sua privacidade, mas sinalizamos que se eventualmente surgir algum constrangimento no compartilhamento de informações quanto à experiência do parto ou na relação com o filho garantimos a liberdade para não participar ou

pausar a participação em pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo pessoal ou profissional em relação à Universidade Federal de São Carlos.

Para minimizar todos esses riscos, reiteramos que está garantido as boas práticas durante toda a pesquisa, sobretudo, a imparcialidade do entrevistador, o respeito, o espaço seguro e o sigilo. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS nº 466/2012. Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões para o campo da Saúde Materno Infantil e para Políticas Públicas em saúde.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. A Senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone e e-mail indicados abaixo.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Depto. de Terapia Ocupacional

Pesquisador Responsável: Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (orientadora)

Contato telefônico: (16) 3351 8342 e-mail: [regin@ufscar.br](mailto:regin@ufscar.br)

Local e data: São Carlos, 22 de janeiro de 2021.

Pesquisadora

Participante

## APÊNDICE B: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Identificação (nome):	
Idade:	DN:
Você se autodeclara: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena	
Município:	
Seu atendimento de pré-natal foi realizado no: ( ) SUS ( ) rede privada ( ) misto	
Seu parto foi realizado em: ( ) Hospital Público ( ) Hospital Privado	
Renda familiar: ( ) Até dois salários mínimos ( ) de três a cinco salários mínimos ( ) de seis a dez salários mínimos ( ) mais de dez salários mínimos	
Escolaridade: ( ) Sem escolaridade ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo	
( ) Primípara ( ) Multípara	
Nº de filhos:	
Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesárea	
Preferência de parto no início da gestação: ( ) normal ( ) cesárea Preferência de parto no final da gestação: ( ) normal ( ) cesárea	
Ocorreu alguma intercorrência em sua gestação: ( ) Sim ( ) Não . Se sim, qual (is):	

Você sabe o que é Violência Obstétrica? ( ) Sim ( ) Não

## APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO (ADAPTAÇÃO DE PALMA; DONELLI, 2017; LANSKY, ET AL. 2019)

1. Durante o seu Pré-Natal, você:

- ( ) Recebeu orientações quanto aos benefícios do parto normal
- ( ) Recebeu orientações sobre procedimentos benéficos e danosos no parto
- ( ) Recebeu orientações acerca dos seus direitos relacionados à maternidade, parto e nascimento
- ( ) Recebeu orientações educativas sobre violência de gênero (violência doméstica, abuso sexual, maus-tratos e outras)
- ( ) Recebeu orientações educativas sobre desenvolvimento infantil

2. Durante a internação hospitalar antes do nascimento do seu bebê, você vivenciou alguma dessas situações com algum profissional de saúde? (assinale apenas o que aconteceu com você)

- ( ) Ele ameaçou você
- ( ) Ele gritou com você
- ( ) Mandou você parar de gritar
- ( ) Impediu a presença de acompanhante
- ( ) Recusou a assistência, te abandonou ou foi negligente em algum momento
- ( ) Fez discriminação baseada em certos atributos
- ( ) Agiu com desrespeito com comentários mal-educados ou em tom de piada?

3. Em relação à atitude e comportamentos da equipe com você, você sentiu-se:

- ( ) Acolhida e segura
- ( ) Exposta e sem privacidade

4. Ofereceram métodos não farmacológicos para alívio da dor?

Sim

Não

Se sim, quais?

Livre deambulação

Banho de chuveiro

Banho de banheira

Massagem

Bola

Banquinho

Cavalinho

Outro \_\_\_\_\_ -

5. Tipo de parto realizado:

Normal

Cesárea

### **PARTO NORMAL**

5.1 Durante o trabalho de parto, algum desses procedimentos médicos foram realizados sem que tenham pedido o seu consentimento ou explicado por que eram necessários? Marque APENAS o que ocorreu com você:

Enema (lavagem intestinal)

Tricotomia (raspagem de pelos)

Toques vaginais repetitivos

Toques vaginais realizados por diferentes pessoas

Proibição para ingerir alimentos ou bebidas

Amniotomia (profissional rompeu/estourou sua bolsa)

Apertaram ou subiram na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer (Kristeller)

Episiotomia (corte no períneo, “pique lá embaixo”)

Cesárea

5.2 Durante o período “expulsivo”, ou seja, no momento de fazer força para o bebê nascer, você: (marque APENAS o que ocorreu com você)

Foi incentivada a adotar a postura mais confortável para realizar os puxos (fazer força)

Foi coagida a manter a posição deitada de barriga para cima (litotomia)

### **PARTO POR CESÁREA**

5.3 Relembrando sua CESÁREA, marque APENAS as situações que aconteceram com você:

Começar a cortar seu abdômen, sem esperar a anestesia “fazer efeito”

Apertar ou subir na sua barriga para “ajudar” o bebê a nascer

Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê (manobra de Kristeller)

Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar sua necessidade

6. Relembrando o momento logo após o nascimento, ainda na sala de parto/cesárea, marque APENAS as situações que aconteceram com você:

Teve contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento

Realizou o aleitamento na 1ª hora de vida do bebê

7. Você considera ter recebido suporte e apoio da equipe desde a chegada ao hospital até o nascimento?

Sim

Não

8. Você considera ter vivido práticas inadequadas no parto/cesariana/nascimento do seu bebê?

Sim

( ) Não

( ) Não tenho certeza

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO. (PBQ Brasil) - (BALDISSEROTTO, et al. 2018)

1. Com que frequência você se sente emocionalmente ligada ao seu bebê? ( <b>pontuação invertida</b> ) 5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre	<input type="text"/>
2. Com que frequência você gostaria de voltar ao passado, ao tempo em que você ainda não tinha o seu bebê? 0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre	<input type="text"/>
3. Com que frequência você adora ninar o seu bebê? ( <b>pontuação invertida</b> ) 5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre	<input type="text"/>
4. Com que frequência você sente que esse bebê não parece ser seu? 0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre	<input type="text"/>
5. Com que frequência o seu bebê te dá nos nervos? 0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre	<input type="text"/>
6. Com que frequência o seu bebê te irrita? 0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre	<input type="text"/>
7. Com que frequência você fica feliz quando seu bebê dá um sorriso ou uma gargalhada? ( <b>pontuação invertida</b> ) 5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre	<input type="text"/>
8. Com que frequência você gosta de brincar com o seu bebê? ( <b>pontuação invertida</b> ) 5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre	<input type="text"/>

<p>9. Com que frequência você se sente presa como mãe, não tendo mais tempo e ou liberdade para fazer coisas que fazia quando não tinha o seu bebê?</p> <p>0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>10. Com que frequência você já fez coisas prejudiciais ao seu bebê?</p> <p>0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>11. Com que frequência você sente medo do seu bebê?</p> <p>0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente 5. Sempre</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p>12. Com que frequência você se sente confiante quando troca fralda, roupas do seu bebê? <b>(pontuação invertida)</b></p> <p>5. Nunca 4. Raramente 3. Às vezes 2. Frequentemente 1. Muito frequentemente 0. Sempre</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>