



**VITOR PÉRCIO QUINÁIA & ENDY SONEGO TEIXEIRA**

**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO MATERNA  
SOBRE O TEMA EM GUARAPUAVA**

**GUARAPUAVA  
2023**

**VITOR PÉRCIO QUINÁIA & ENDY SONEGO TEIXEIRA**

**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO MATERNA  
SOBRE O TEMA EM GUARAPUAVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora, como critério para obtenção do grau de bacharel (a) em Medicina.

**Orientadora:** Prof. Cristina Lopes Ribeiro

GUARAPUAVA

2023

**VITOR PÉRCIO QUINÁIA & ENDY SONEGO TEIXEIRA**

**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO MATERNA  
SOBRE O TEMA EM GUARAPUAVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Banca Avaliadora, como critério para obtenção  
do grau de bacharel (a) em Medicina.

**Guarapuava-PR, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Cristina Lopes Ribeiro  
Docente do Centro Universitário Campo Real

---

Profª Jamile Ma-Ya Xiang Yu  
Docente do Centro Universitário Campo Real

---

Profª Mª Silvia Mara de Souza Halick  
Docente do Centro Universitário Campo Real

## AGRADECIMENTO

Gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para expressar nossa sincera gratidão a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho. Esta jornada de pesquisa e redação foi solicitada, mas também recompensadora, graças ao apoio e colaboração de muitos.

Às nossas famílias, queremos expressar nosso amor e gratidão. Seu apoio constante, compreensão e incentivo foram fundamentais para que pudéssemos nos dedicar a este projeto. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

Aos nossos amigos e colegas, obrigado por suas reflexões estimulantes e por estarem ao nosso lado durante os momentos difíceis. Sua amizade é um grande presente.

Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo, e estamos profundamente gratos a todos que de alguma forma foram colaboraram para sua conclusão. Obrigado por acreditarem em nós e por fazerem parte desta jornada.

Vitor expressa sua profunda gratidão à sua noiva, Anajuly Alcantara, por ser uma inspiração e apoio inabalável ao longo de sua jornada acadêmica. Sua paciência, compreensão e encorajamento constante tornaram possíveis superar os desafios e alcançar este importante marco acadêmico. Além disso, ele estende seus agradecimentos calorosos a seus pais, Dra. Sueli Pércio Quináia e Dr. Marcos Antonio Quináia, cujo amor e apoio incondicional também desempenharam um papel fundamental em sua trajetória acadêmica; e suas contribuições, ideias e assistência técnica foram essenciais para o sucesso deste projeto.

A Deus, a quem atribuímos todas as coisas, dedicamos este trabalho como um humilde ato de reconhecimento e gratidão. Em Sua infinita onisciência, sabedoria e orientação para seguir adiante. Cada passo desta jornada acadêmica é iluminado pela fé em Sua orientação divina. Agradecemos a Deus por ser a fonte de toda a sabedoria e conhecimento e por nos permitir explorar os mistérios do mundo que Ele criou. Que esta monografia sirva como um tributo à Sua grandeza e como um testemunho da nossa devoção a Ele em nossa jornada em busca de entendimento.

Vitor Pércio Quináia & Endy Sonogo Teixeira

## RESUMO

O termo Violência (VO) obstétrica é normalmente utilizado para descrever abusos sofridos por mulheres ao utilizarem os serviços de saúde durante a gestação, parto e puerpério. Os abusos podem ocorrer devido à violência psicológica e/ou física, gerando traumas para a mulher e/ou bebê. Há poucos trabalhos na literatura que relatam dados estatísticos sobre as consequências de violência contra a mulher. Com isso, neste estudo, foi conduzida uma revisão atualizada da literatura, acerca do tema de VO e uma análise da prevalência da violência obstétrica das parturientes em estado de susceptibilidade à VO na cidade de Guarapuava, Paraná, durante o período compreendido entre os meses de julho e agosto de 2023. Os achados indicaram que 9,7% das 82 entrevistadas já sofreram VO, além disso, 7,3 % afirmaram não ter certeza se foram vítimas deste problema. Em relação ao conhecimento prévio das puérperas sobre o assunto da violência obstétrica, a maioria delas (63,4%) afirmou que já tinha conhecimento do significado do termo VO antes mesmo de serem questionadas sobre isso. Quanto as características relacionadas à assistência ao parto, a maior parte das puérperas foram submetidas à cesariana com uma taxa de 58,5%, enquanto que, das mulheres que tiveram o parto natural, 7,3% receberam a manobra de Kristeller e 3,6% passaram por episiotomia. O predomínio dos partos ocorreu no Sistema Único de Saúde (63,4%). Esses índices refletem o desconhecimento e subestimação do problema, indicando que iniciativas de mobilização social como essa podem contribuir para ampliar o conhecimento e a divulgação sobre o problema.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; puérperas; questionário; avaliação estatística; 5º Regional de Saúde.

## ABSTRACT

Obstetric violence (OV) refers to the harassment or violence that women may experience when seeking health services during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. This violence can cause psychological or physical harm to the mother and her child, resulting in trauma. Although there is limited research on the consequences of this form of violence against women, it is an important issue that requires further investigation. Therefore, this study undertook an up-to-date literature review on obstetric violence (OV) and analysed its prevalence among susceptible parturients in Guarapuava, Paraná, between July and August 2023. The findings indicated that 9.7% of the 82 respondents had experienced OV, while 7.3% were uncertain if they had been victims of OV. Concerning postpartum women's previous comprehension of OV, a substantial majority (63.4%) indicated that they were already acquainted with the meaning of the term prior to being questioned about it. Concerning delivery characteristics, the majority (58.5%) of postpartum women underwent a caesarean section, whereas among those who delivered vaginally, 7.3% underwent the Kristeller manoeuvre, 3.6% experienced an episiotomy. In terms of delivery location, majority (63.4%) of both types of delivery occurred within the single health system - SUS. These rates demonstrate a lack of understanding and underestimation of the issue, indicating that initiatives promoting social mobilization, such as this study, can be instrumental in increasing awareness and circulating information about the subject matter.

**Key-words:** obstetric violence; puerperal woman; questionnaire; statistical evaluation; 5th Health Region of Paraná.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Idade e fases da vida no momento da entrevista e puerpério.....	20
Figura 2: Relação entre tipo de parto (A), se houve plano de parto (B) e agendamento/indução de cesárea sem comunicação prévia (C).....	21
Figura 3: Local de realização dos partos e setores de saúde.....	22
Figura 4: Perfil do profissional que atendeu a parturiente.....	22
Figura 5: Ocorrência de procedimentos desinformados e/ou sem consentimento durante o parto.....	24
Figura 6: Modalidade e dificuldades com o pré-natal, situações de constrangimento durante o parto.....	24
Figura 7: Percepção das puérperas em relação a VO com o sistema de saúde usado.....	26
Figura 8: Gráficos de intervalo de respostas da média (95%) .....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatística Descritiva - idade.....	20
Tabela 2: Frequências de vias de parto.....	21
Tabela 3: Porcentagem de uso do Plano de Parto.....	21
Tabela 4: Procedimentos realizados sem consentimento ou sem devida informação à paciente....	23
Tabela 5: Frequência de infusão de ocitocina, e de impedimento de acompanhante.....	23
Tabela 6: Como as puérperas ficaram sabendo sobre VO pela 1ª vez.....	25



## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia
SUS	Sistema Único de Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
VO	Violência Obstétrica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
Scielo	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde
BCG	Bacilo de Calmette & Guérin
Cisgap	Consórcio Intermunicipal de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
EPIMOMS	Épidémiologie de la Morbidité Maternelle Sévère
ACP	Análise de Componentes Principais
HCSVP	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo
HST	Hospital Santa Tereza

## SUMÁRIO

### Sumário

1. Introdução .....	11
2. Revisão Integrativa .....	12
2.1. Contextualização .....	12
2.2. Época de vida .....	13
2.3. Condições Socioeconômicas .....	13
2.4. Consequências da Violência Obstétrica.....	14
2.5. Infecção de Feridas Cirúrgicas.....	15
2.6. Complicações Materno-fetais e Vias de Parto .....	15
2.7. História da Humanização do Parto.....	16
3. Metodologia .....	18
3.1. Materiais e Métodos.....	18
3.1.1. Desenho de Estudo.....	18
3.1.2. População e Amostra.....	18
3.1.3. Critérios de Inclusão.....	19
3.1.4. Critérios de Exclusão.....	19
3.2. Metodologia Aplicada.....	19
3.3. Questões Éticas .....	20
3.4. Análise dos Dados.....	20
3.5. Riscos e Benefícios.....	21
4. Resultados .....	22
5. Discussão.....	28
6. Conclusão.....	33
7. Bibliografia.....	34
8. Anexos.....	39

## 1. Introdução

O nascimento de uma criança é o dia mais esperado para a vida de uma mãe e um pai. Porém esse processo pode ocorrer sob os cuidados de profissionais de saúde, cujas condutas não condizem com atitudes de profissionais que buscam o melhor para os pacientes e que conduziriam os seus serviços respeitosamente; a passagem do parto, então, pode ser motivo de sofrimento físico ou emocional na mulher.

Um conjunto de práticas manifestadas de forma física ou psicológica e que envolve abusos, desrespeitos e maus tratos durante a gestação, parto ou puerpério, é atualmente conhecido como violência obstétrica (VO). Essas práticas podem ocasionar limitação da autonomia das mulheres, já que elas perdem o direito de serem protagonistas de seu próprio parto (OMS, 2014).

A violência psicológica contempla xingamentos, gritos, coerções, ironias, humilhações e tratamento hostil, enquanto que a violência física é composta por violência sexual, assédio, estupro, e negação de alívio da dor quando há indicação médica. Qualquer uma dessas práticas tornam o momento tão esperado em um dia totalmente desagradável, além de acarretar impactos negativos na qualidade de vida da paciente (D'Oliveira, Diniz e Schraiber, 2002).

Além disso, acrescenta-se na discussão o alarmante aumento de cesáreas no país, indicando a urgência de se discutir a questão, pois cesáreas são necessárias apenas quando há situações de risco à saúde da gestante ou da criança; todavia, se na ausência de contraindicações formais a esta cirurgia, e ainda há vontade por parte da paciente, a sua execução é justificável e ética (CFM, 2020) pois determina um benefício psicológico à mãe. Logo, se a gestante não anseia optar pelo meio cirúrgico, e não há indicação médica, a realização da cesárea aumenta o risco de complicações para o binômio materno-fetal (Ministério da Saúde, 2015).

Ainda nesse contexto, segundo a pesquisa brasileira “Nascer no Brasil” da Fundação Oswaldo Cruz, realizada no período de 2011 a 2012, demonstrou que 30% das mulheres atendidas em instituições privadas sofrem violência obstétrica, enquanto que nas instituições públicas do SUS a taxa é de 45%. Diante desses dados, é possível observar que as mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde tornam-se mais suscetíveis e vulneráveis. Além disso, a pesquisa ainda divulgou que a episiotomia ocorreu em 56% dos partos, manobra de Kristeller ocorreu em 37% dos

partos e a posição de litotomia (mulher deitada com os joelhos flexionados e face para cima) ocorreu em 92% dos partos naturais. Os dados demonstram que as intervenções foram realizadas em altas taxas, sendo que muitas dessas práticas não são respaldadas por evidências científicas ou são consideradas desnecessárias (Leal *et al.*, 2014).

Neste estudo, foi conduzida uma revisão da literatura atualizada, acerca do tema de VO. Além disso, foi realizada uma análise da prevalência da violência obstétrica das parturientes em estado de susceptibilidade à VO na cidade de Guarapuava, Paraná, durante o período compreendido entre os meses de julho e agosto de 2023.

## **2. Revisão Integrativa**

### **2.1. Contextualização**

Apesar de sabermos que a violência contra os direitos sexuais e reprodutivos femininos pode ocorrer em várias situações do cotidiano, o fenômeno da violência obstétrica fica contido dentro do contexto do período gravídico-puerperal; dividindo o ciclo reprodutivo feminino em partes, podendo-se dizer que atualmente as principais ocorrências de violência obstétrica, tanto pelas frequências quanto pela severidade, transcorrem principalmente no momento do parto (Souza *et al.*, 2020).

A atenção à saúde no Brasil, para o amparo de mulheres em planejamento familiar, a gestantes, parturientes ou puérperas, merece em muito ser revista, e os dados na literatura mostram que em ambos os setores (privado e público) existem ocorrências de violência obstétrica. Porém, a ocorrência de constrangimentos e intimidação pode ser maior quando falamos de grupos de minorias sociais; dessa forma, pessoas de classes socioeconômicas mais baixas podem estar em desfavorecimento pela sua posição na relação assimétrica, entre profissional de saúde com conhecimento sobre o corpo feminino e a paciente leiga (Lima *et al.*, 2021).

Um fator contribuinte para a existência da VO, como já supracitado, está atribuído no conceito da relação assimétrica entre o profissional e a paciente. Historicamente, no início do século XX conforme o parto veio a se tornar um evento mais hospitalar (Silva *et al.*, 2023), no que se pode ser chamado de “medicalização do parto”, o papel materno começou a se tornar coadjuvante frente ao protagonismo

médico; esse fato se deve ao ambiente hospitalar, ser hierarquizado nas suas relações, onde o médico é visto como uma autoridade (Lima *et al.*, 2021). Muitos problemas surgem então, pois as mulheres se sentem impossibilitadas de questionar, a necessidade ou não, de se realizar certos procedimentos, frente à postura hostil e imperiosa da equipe que as cuida (Rocha; Ferreira, 2020).

## **2.2. Época de vida**

Em relação às etapas da vida da mulher, nesse aspecto, não é possível encontrar análises quantitativas seguras demonstrando que a incidência da VO possui uma proporcionalidade direta com a idade numérica; no entanto por razões óbvias de fertilidade, as principais mulheres afetadas por este problema se encontram em sua grande maioria no período fértil, da puberdade até os 51 anos aproximadamente (Decherney *et al.*, 2012). Internacionalmente, os estudos que levam em consideração a idade, se encontram em contradição, com estudos em grande amostragem demonstrando nenhuma relação (Martínez-Galiano *et al.*, 2021), enquanto outros apontam que reclamações de maus tratos são variáveis dependentes da idade (Vedam *et al.*, 2019).

No entanto, foi possível encontrar dados indicando os períodos da vida com maior número de gestações, sendo que no setor privado a maioria das gestações situam-se entre 30 a 40 anos, enquanto que no sistema público ocorre mais precocemente, entre 18 a 30 anos de idade (Rocha; Ferreira, 2020).

## **2.3. Condições Socioeconômicas**

As mulheres em condições socioeconômicas mais elevadas ou com um nível mais avançado de educação e conhecimento, procuram se informar na internet sobre seus direitos como mãe e paciente, buscando evitar a passar por experiências traumáticas; como resultado, muitas delas optam por custear todo o amparo profissional que precisarem durante seu ciclo gravídico-puerperal, bancando cuidados como o pré-natal, parto e puerpério. Os resultados disso, ainda assim, não são satisfatórios, pois apenas permitem um acompanhamento a longo prazo com o mesmo médico/equipe obstétrica, mas não garante que ela receba mais informações

nem um empoderamento maior frente às situações que ela pode enfrentar (Rocha; Ferreira, 2020).

Geralmente, sob o viés deste perfil feminino, existe uma tendência de escolha pelo parto cirúrgico, em razão da praticidade de se agendar o melhor dia para cesariana eletiva, bem como para evitar toda a dor de um parto, e também pela privacidade e comodidade que o setor privado tem a oferecer (Rocha; Ferreira, 2020).

#### **2.4. Consequências da Violência Obstétrica**

Houve pouco êxito neste segmento do trabalho relativo à busca por informações sobre as consequências de violência contra a mulher. É difícil encontrar na literatura dados estatísticos sobre os efeitos pontuais das atitudes de violência contra as parturientes. Taghizadeh *et al.* (2021), descreveram qualitativamente consequências negativas à saúde, a partir da percepção de puérperas iranianas a respeito da violência obstétrica, sendo elas pessoas que experienciaram a VO. Os autores consideraram a utilização de uma categorização própria, sendo elas: “Maternal and newborn injuries” (Lesões em mães e recém-nascidos); “Weakening of family ties” (Enfraquecimento de laços familiares); “Sense of distrust and hatred” (Senso de desconfiança e ódio).

Leite *et al.* (2023), utilizaram os resultados de uma pesquisa de coorte chamado “Nascer no Brasil” para fazer correlações entre a violência obstétrica e a redução de amamentação/abandono da amamentação exclusiva. Segundo os autores, os partos vaginais facilitam a introdução do leite materno em relação a outra via de parto, porém, na presença de violência contra a mulher, essa mesma via se torna pior para a amamentação do seu filho nos primeiros 43 a 180 dias após o nascimento. Uma boa hipótese foi criada no trabalho em questão, de que as mulheres sofrem formas mais graves de VO quando o processo de parição é vaginal.

Martinez-Vázquez *et al.* (2022), em seu estudo transversal observacional, relacionaram o aumento do risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto (DPP) com a ocorrência de violência obstétrica em sua amostra, e identificaram similaridade de seus resultados em comparação com o de outros estudos em outros países.

## **2.5. Infecção de Feridas Cirúrgicas**

Uma complicação muito comum, a infecção, é muito mais possível que ocorra após algum tipo de procedimento que ocasione um meio de entrada a algum agente etiológico; como por exemplo, uma incisão cirúrgica que permita a descontinuidade da barreira epitelial e abra caminho à circulação corpórea. A fins de comparação sobre este risco ao organismo materno, para ver qual via de parto há menos desfechos com infecção, é injusto trazer o parto vaginal em confronto a cesariana que corresponde a uma cirurgia. No entanto, no contexto da discussão sobre violência obstétrica e com o aumento do uso indiscriminado e irracional de diversos procedimentos, coube a este trabalho revisar os dados existentes sobre uso da episiotomia como intervenção, e comparar se existem nesses casos mais complicações do que na cesariana.

Em resposta a isso, foi encontrado um trabalho realizado com análise de prontuários comparando as complicações puerperais precoces relacionadas a via de parto. O resultado demonstrado por análise, foi de que houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) nos índices de infecção pós-cirúrgica após os diferentes procedimentos: mais alto índice de infecção na ferida pós-operatória da cesariana, quando comparado com os índices de infecção nas feridas incisionais do períneo - episiotomia (Zimmermann, 2009).

## **2.6. Complicações Materno-fetais e Vias de Parto**

Em relação a comparação de complicações entre vias de parto, o trabalho de Cardoso *et al.* (2010), separou dois grupos de amostra - parto cesariano e vaginal - e demonstrou que houve diferença estatisticamente significativa quanto à maior presença de dor na cesariana após a parturição; para validação dessa significância verificou-se  $p = 0,018$ .

Desde 1985, a comunidade científica internacional já definiu que as taxas mais seguras de realização de cesarianas se encontram entre 10 a 15% em um país, observando as nações com melhores desfechos maternos e perinatais com essas proporções; taxas acima de 30% estudos não mostraram nenhum tipo de evidência que comprovaria benefício biológico com o aumento da via de parto cirúrgica. Esta margem definida em porcentagem do total de partos, portanto, asseguraria um

benefício efetivo de redução de morbidade e mortalidade materna e infantil, em casos onde há real indicação médica, bem como a possibilidade de realização dos procedimentos em ambientes com segurança (WHO, 2015).

Potnuru *et al.* (2022), avaliaram o impacto do parto cesáreo versus vaginal em relação ao risco de lesão renal aguda pós-parto. Utilizaram para esse estudo de coorte retrospectivo com dados obtidos do banco Optum Clinformatics® Data Mart entre janeiro de 2016 e janeiro de 2018, gerando uma coorte final pareada de 116.876 parturientes. Observaram que o parto cesáreo está associado a um risco significativamente aumentado de lesão renal aguda pós-parto em comparação com o parto vaginal e o desenvolvimento dessa lesão pós-parto está associado ao tempo prolongado de internação hospitalar, que é maior no caso das cesáreas.

Korb *et al.* (2017), avaliaram complicações maternas de curto prazo da cesariana versus parto vaginal para quantificar a associação entre parto cesáreo e morbidade materna grave em uma análise de coorte de base populacional. A fonte de dados foi o estudo prospectivo EPIMOMS, desenhado para estudar a morbidade materna grave, realizado em 6 regiões francesas no período de 2012 a 2013. Os casos foram 1444 mulheres que tiveram um evento mórbido materno grave após o puerpério, não devido a uma condição prévia ao parto. Os controles foram 3464 mulheres selecionadas aleatoriamente que deram à luz sem morbidade nas mesmas regiões. Entre as 4908 mulheres, 734 mulheres que tiveram parto por cesárea foram pareadas no estudo estatístico com 734 mulheres que tiveram parto vaginal, permitindo características equilibradas entre os 2 grupos pareados. Observaram que o risco de morbidade materna foi maior após cesáreas do que após parto vaginal (razão = 1,6). A força da associação aumentou com a idade materna, particularmente acima de 35 anos (razão = 3,6).

## **2.7. História da Humanização do Parto**

Em uma época não distante do momento atual, os partos normalmente eram realizados em ambiente doméstico, através do auxílio de senhoras com boa experiência no processo natural de parto; durante a gestação e nascimento, havia-se construção de saber em saúde, por meio de troca oral de informações entre gestantes/mães e estas mulheres experientes. As parteiras eram chamadas quando



algum sintoma do início do parto ocorria, como: aumento da intensidade/frequência das contrações, sangramentos ou rompimento da bolsa. Elas possuíam grande distinção entre as comunidades em que viviam, pelo conhecimento que era obtido a cada nascimento (Brenes, 1991).

No entanto, muitos nascimentos eram comprometidos quando o parto natural não ocorria, levando a mortalidade da criança, ou ainda ambos criança e mãe. Somente no século 20 que ocorreu o início da realização de partos em hospitais com auxílio de medicamentos, e este fato indica o marco histórico da ampla troca do parto domiciliar pelo nascimento em ambiente hospitalar.

Porém, com a intenção de que se reduzisse as mortalidades em gestantes, puérperas e neonatos durante o nascimento/puerpério, a medicina se ocupou em desenvolver procedimentos e medidas farmacológicas para intervir assim que conviesse, ou se achasse necessário a saúde binomial. O advento de novas intervenções de rotina médica, visando um parto com menor morbimortalidade, tornaram todo o processo de parturição em um evento majoritariamente médico-hospitalar, retirando o protagonismo materno e inserindo a figura masculina central do médico. De forma geral, frente um homem obstetra comandando o nascimento de seu próprio filho em um ambiente formal, as pacientes foram perdendo autonomia, e o poder de escolha sobre o próprio parto foi muito reduzido.

Com essa prática hospitalar, começou-se a observar a falta de humanização no parto; ao longo do tempo muitas mulheres foram desrespeitadas, pois foram destituídas da sua autonomia, do seu poder de escolha, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde seria o parto, e ainda se poderia ter um acompanhante de seu desejo, que não um profissional de saúde durante o processo de nascimento de seu bebe (Silva *et al.*, 2023).

Entende-se por humanização do parto ações que levam a mulher a receber uma melhor qualidade na assistência ao atendimento gestacional e ao bebê durante o processo do parto, e em vários aspectos no que diz respeito aos desejos e a dignidade humana de quem está sendo atendido.

Ainda, não pode ser esquecido que com essas novas intervenções e tecnologias que surgiram destinadas ao parto - no âmbito das áreas de clínica médica, cirurgia e anestesia - os riscos à saúde diminuíram, porém com um aumento progressivo de nascimentos não naturais, e com o ausência de construção de saber popular junto a deficiência do protagonismo materno (da Silva *et al.*, 2022).

No Brasil, a primeira casa de parto humanizado foi construída em São Paulo no ano de 1939; em 1966, o Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis-SC, inseriu o parto humanizado com uma prática rotineira. Em São Paulo, em 1998, surgiu a segunda casa de parto de Sapopemba. Após o ano de 2000, outros estados também inseriram casas de parto, como Minas Gerais, Goiás, Pernambuco, Distrito Federal, entre outros (da Silva *et al.*, 2022). Partos difíceis passaram a ser mais seguros, quando realizados em casas de partos com equipes dedicadas em situações de riscos. Com a invenção de novos medicamentos, a partir de 1960, foi possível controlar a dor da mulher, através da introdução da anestesia peridural (ou ainda, epidural) (Vendruscolo e Kruehl, 2016).

Curten *et al.* (2022), realizaram um estudo com 197 profissionais da saúde, para tentar compreender e incorporar a prática humanizada ao apoiar as mulheres no parto. Como resultado, reconheceram que as mulheres necessitavam de interações positivas que satisfizessem o seu carácter emocional e físico. Verificaram que o contato humano favorece o vínculo entre os profissionais de saúde e as mulheres, no entanto, relataram dificuldades em implementá-lo na prática. Os autores sugerem que mais pesquisas são necessárias para mulheres classificadas como de alto risco que podem necessitar de maior tecnologia e/ou intervenções para manter um parto seguro.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Materiais e Métodos**

##### **3.1.1. Desenho de Estudo**

O trabalho executado teve carácter descritivo, observacional e transversal, abordando os resultados tanto de forma qualitativa, quanto quantitativa em sua análise.

##### **3.1.2. População e Amostra**

O alvo de interesse da pesquisa foram as puérperas que recebem cuidados em saúde, seja ele no setor público, ou no setor privado.

### **3.1.3. Critérios de Inclusão**

Ter mais de 18 anos de idade; aceitar fazer parte da pesquisa; ser mulher e puérpera; ser residente do município de Guarapuava-PR.

### **3.1.4. Critérios de Exclusão**

Ser menor de idade; não aceitar fazer parte da pesquisa; ser homem; ser mulher e não ter filhos; ainda estar gestante do filho cuja gestação será o foco da entrevista; não ser residente do município de Guarapuava-PR.

## **3.2. Metodologia Aplicada**

Foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema proposto em bases de dados tais como: Scielo, PUBMED, ScienceDirect, LILACS, Cochrane Library e também no Portal Regional da BVS, por meio da aplicação de descritores encontrados no site DeCS/MeSH, por exemplo: Parto Humanizado, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência contra a Mulher, Direitos da Mulher, Obstetrícia, Cuidado Pré-Natal, Educação Pré-Natal, Trabalho de Parto, Trabalho de Parto Induzido.

Foi aplicado um questionário entrevistando-se as puérperas e mães cujos filhos são recém-nascidos, ou menores de 12 meses de idade - coleta de dados de pacientes das consultas de puericultura, onde alguns filhos terão mais de 28 dias - mediante autorização da Secretaria de Saúde municipal de Guarapuava-PR e do CEP da instituição de pesquisa do Centro Universitário Campo Real. A forma de aplicação se deu através da leitura das questões por parte dos acadêmicos, que registraram as respostas no formulário eletrônico, ou em papel. Assim, foi possível conhecer e contabilizar a ocorrência do fenômeno de VO e a proporção em que o mesmo ocorre em Guarapuava – PR.

As perguntas foram escolhidas conforme objetivos de entender se há desrespeito dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como o nível de conhecimento feminino e puerperal acerca do assunto; para isso foi aproveitada uma enquete de outros trabalhos científicos, cujas perguntas são pertinentes ao tema, e em cima disso realizou-se adaptação para criação de formulário próprio. O formulário

não foi disponibilizado para as participantes em nenhum tipo de formato, já que cada questão foi lida pessoalmente pelos pesquisadores para cada mulher abordada durante a coleta de dados. Foi utilizado a plataforma Google (Google Forms) apenas para controle e registro das respostas durante as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu no intervalo de tempo compreendido entre 23 de maio de 2023 e o término de agosto desse mesmo ano, com a supervisão da pesquisadora principal - também orientadora - a Prof<sup>a</sup> Cristina Lopes Ribeiro. Após isso, análises estatísticas foram realizadas principalmente de caráter descritivo, com tabelas e gráficos, para melhor compreensão dos resultados e consequente conclusão.

O local da busca de informações para as entrevistas foi o Cisgap - situado no município de Guarapuava-PR - no qual são realizadas as aplicações das diversas vacinas disponíveis pelo SUS, e dentre elas a aplicação da vacina BCG, para imunização de todos os neonatos da cidade contra o agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*. Foram entrevistadas 82 puérperas para a execução dessa pesquisa.

### **3.3. Questões Éticas**

As participantes do estudo que responderam à entrevista possuem suas respostas guardadas com anonimidade. O projeto foi aprovado pelo conselho de ética da IES (ANEXO II).

### **3.4. Análise dos Dados**

Os dados coletados foram digitados em planilhas eletrônicas, processados e analisados com uso dos programas Excel e Word. Foram calculadas a proporção e as medidas de tendência central das respostas obtidas com o questionário. Plotou-se gráficos e confeccionou-se tabelas de distribuição da idade das mulheres entrevistadas, sobre o tipo de parto (natural ou cesáreo), local, sistema de saúde utilizado, conhecimento sobre a VO e a assistência recebida no parto. Modelos ANOVA foram usados para avaliar a correlação entre algumas variáveis através do software Minitab. Uma Análise de Componentes Principais foi realizada usando o software Statistica versão 8 (versão gratuita por 30 dias).

### **3.5. Riscos e Benefícios**

- Para evitar o risco de algumas mulheres se sentirem constrangidas com as perguntas do questionário e colocarem em risco o estudo com respostas pouco confiáveis, foram fornecidas explicações sobre o questionário antes da sua aplicação, para que as participantes pudessem entendê-lo melhor e evitar constrangimentos. Além disso, os acadêmicos participantes do projeto tomaram conhecimento das formas de acolhimento das pacientes, com informações obtidas pela Clínica da Mulher de Guarapuava, para que elas se sentissem confortáveis em responder à entrevista.

- Para evitar perda total ou parcial das informações coletadas durante a execução do projeto, por falhas técnicas nos computadores pessoais dos pesquisadores, os aparelhos foram protegidos por senhas, por antivírus atualizados e cópias dos arquivos sendo realizadas com frequência.

- No aspecto científico, os resultados serão apresentados na forma de monografia para conclusão de curso, e ainda poderão ser utilizados para apresentações e publicações em eventos científicos; no entanto serão apresentados apenas resultados da pesquisa, sem exposição de nomes ou quaisquer informações pessoais.

- No aspecto social, os resultados obtidos poderão expor a necessidade de promover um ambiente de saúde mais adequado, tanto para as gestantes como para os profissionais, com procedimentos mais regularizados, claros e organizados.

## 4. Resultados

Com a coleta de resultados após a aplicação do questionário, foi possível aplicar estatística descritiva dos dados. Na primeira parte do formulário foi abordado a idade das entrevistadas, sendo possível levantar que a média de idade das mulheres guarapuavanas era de 27,8 anos. Durante a coleta de dados, optou-se por segmentar as idades em grupos de faixas etárias, com a seguinte distribuição: meia idade no intervalo entre 41 a 59 anos, adulto de 30 a 40 anos, adulto jovem de 21 a 29 anos e adolescência de 12 a 21 anos (Tabela 1, Figura 1). A maioria das mulheres puérperas (51,2%) estavam na faixa classificada como jovem, seguidas pelas fases adulta, adolescente e por último, meia idade.

Tabela 1: Estatística Descritiva - idade

	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IDADE	27.8	27.0	26.0	6.52	18	47

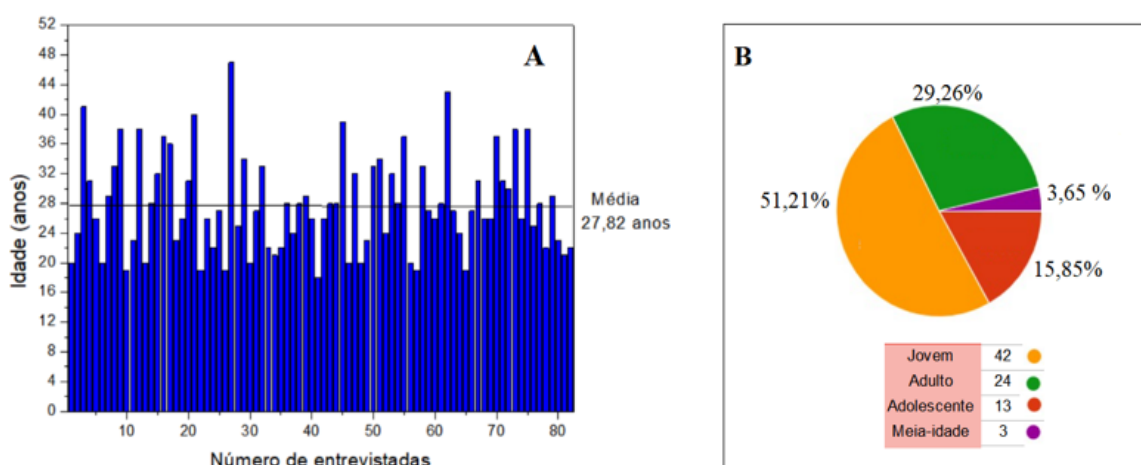


Figura 1: Idade e fases da vida no momento da entrevista e puerpério.

No que tange à tipologia dos procedimentos obstétricos realizados, constatou-se uma predominância da via de parto cesariana ou cirúrgica entre as pacientes sob análise, com uma taxa de 58,5% (Tabela 2). Adicionalmente, a taxa de partos normais correspondeu a 41,5%, sendo que dentre esses, 20,6% necessitaram de algum tipo de intervenção durante a parturição - ocitocina, manobra de Kristeller, episiotomia. Dentre todas as parturientes, 79,3% afirmaram ter participado de discussões acerca do plano de parto com algum profissional de saúde, levando em consideração as indicações clínicas pertinentes (Tabela 3). Notavelmente, 95,1% da amostra total manifestou não ter experimentado qualquer prejuízo em sua capacidade de escolha, demonstrando isso (Figura 2) através de respostas negativas à questão "Foi-lhe agendada ou induzida uma cesariana sem que houvesse comunicação ou discussão sobre a abordagem mais apropriada para o parto?"

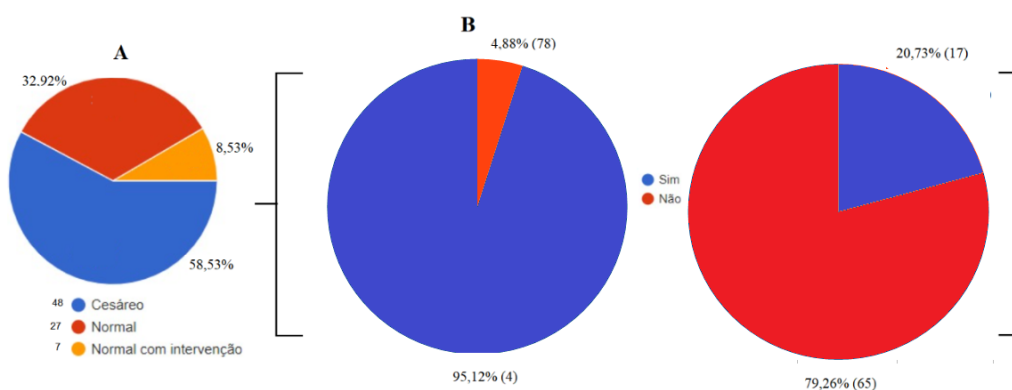


Figura 2: Relação entre tipo de parto (A), se houve plano de parto (B) e agendamento/indução de cesárea sem comunicação prévia (C).

Tabela 2: Frequências de vias de parto.

	Contagens	% do Total
<b>Normal</b>	34	41.5 %
<b>Cesáreo</b>	48	58.5 %

Tabela 3: Porcentagem de uso do Plano de Parto

Plano de Parto	Contagens	% do Total	% acumulada
<b>Ausente</b>	17	20.7 %	20.7 %
<b>Uso do Plano de Parto</b>	65	79.3 %	100.0 %

No que diz respeito à modalidade de sistema de saúde adotada pelas parturientes durante o processo de parto, constatou-se uma predominância do Sistema Único de Saúde (SUS), representando 63,4% do total. Quando indagadas sobre os locais onde os partos foram realizados, constatou-se que a maior parte deles

ocorreu nas instalações do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (57,4%), seguido pelo Hospital Santa Tereza (32,9%), Made Clínica (8,5%) e Materdei (1,2%) (Figura 3).

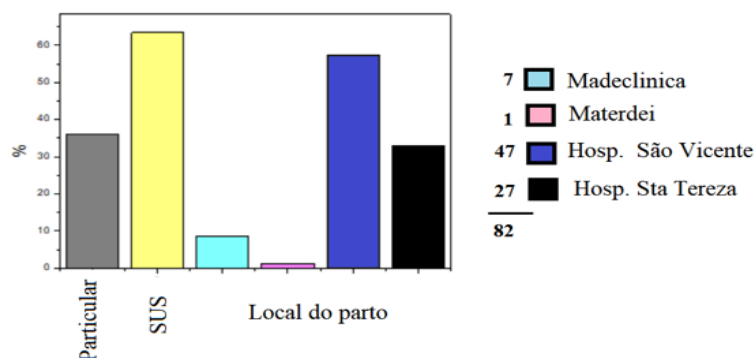


Figura 3: Local de realização dos partos e setores de saúde.

Além da análise do local de realização dos partos, foi indagado sobre o perfil dos profissionais que prestaram atendimento durante o procedimento obstétrico. Conforme demonstrado na Figura 4, observou-se que 47,5% dos partos foram atendidos por um médico obstetra de plantão, 30,4% por um médico obstetra contratado pelo paciente, e os demais procedimentos foram manejados, em ordem decrescente, por médico plantonista, enfermeiro, clínico geral e enfermeiro obstetra.

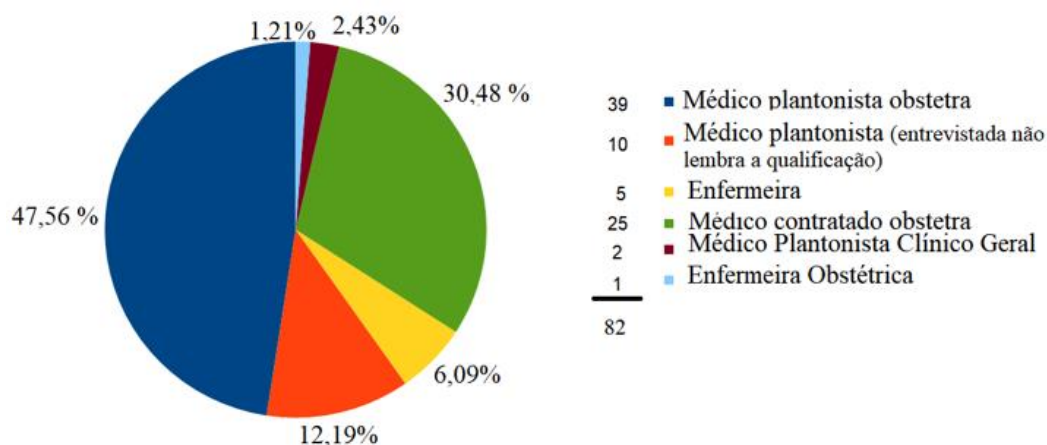


Figura 4: Perfil do profissional que atendeu a parturiente.

No que diz respeito às características da assistência prestada durante o processo de parto, constatou-se que a manobra de Kristeller foi empregada em 7,3% das instâncias, e episiotomias realizadas sem consentimento explícito, ou sem fornecer à paciente a devida informação para uma compreensão completa dos



procedimentos realizados em seu corpo, representaram 3,6% do total dos partos, conforme detalhado na Tabela 4. Foram feitos registros dos relatos de algumas pacientes, que manifestaram notável insatisfação em relação às episiotomias e às suturas perineais (episiorragias), ou até mesmo à ausência de suturas ou atendimento médico adequado após lacerações que eram visualmente disformes no períneo.

Tabela 4: Procedimentos realizados sem consentimento ou sem devida informação à paciente.

<b>Procedimentos</b>	<b>Contagens</b>	<b>% do Total</b>	<b>% acumulada</b>
<b>Manobra de Kristeller</b>	6	7.3 %	96.3 %
<b>Episio sem consentimento/desinformada</b>	3	3.7 %	100.0 %

Já no que diz respeito à administração de ocitocina sintética, sob o mesmo contexto de ausência de consentimento e/ou desinformação, observou-se uma frequência de 8,5% entre os pacientes. Sob a mesma perspectiva, conforme pode ser observado através da Figura 5, as ocorrências como manobra de Kristeller, episiotomia, tricotomia (1,2%) e administração de ocitocina foram consideravelmente reduzidas. No que se refere à restrição de acompanhantes durante o trabalho de parto, o mesmo ocorreu com 13,4% das entrevistadas (Tabela 5).

Tabela 5: Frequência de infusão de ocitocina, e de impedimento de acompanhante.

<b>Procedimentos</b>	<b>Contagens</b>	<b>% do Total</b>
<b>Ocitocina não consentida/desinformada</b>	7	8.5 %
<b>Impedimento de acompanhante</b>	11	13.4 %

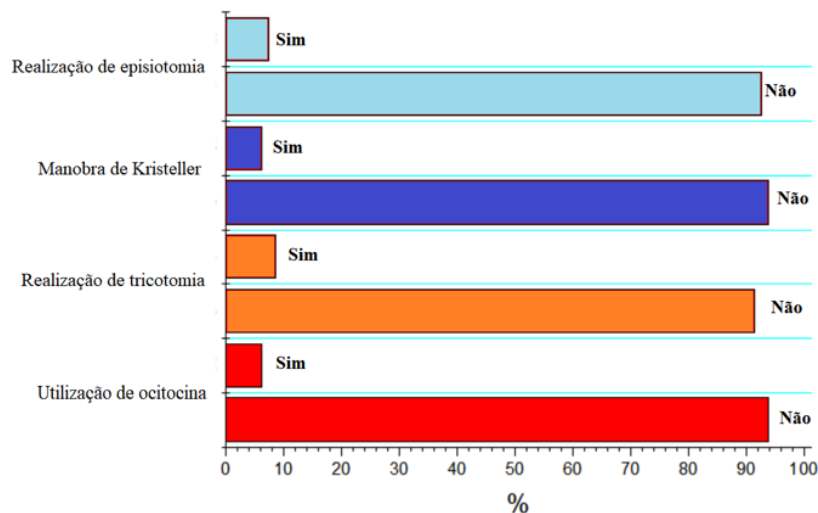


Figura 5: Ocorrência de procedimentos desinformados e/ou sem consentimento durante o parto.

Outras indagações referentes ao atendimento pré-natal e possíveis experiências desconfortáveis também foram incorporadas ao questionário. A Figura 6 apresenta as porcentagens correspondentes aos dados obtidos. A maioria dos casos ocorreu no sistema de saúde público, totalizando 63,4%, enquanto uma parcela minoritária optou por um modelo de assistência mista (9,7%), o que envolve o pagamento em determinadas etapas do pré-natal, combinadas com a utilização do sistema de saúde público, como, por exemplo, consultas pré-natais pelo SUS e parto pago. Com relação a constrangimentos ocorridos durante o processo, uma minoria relatou humilhações por motivos de cor, raça, etnia, escolaridade, quantidade de filhos, ou ainda, gritos e ameaças durante o parto.

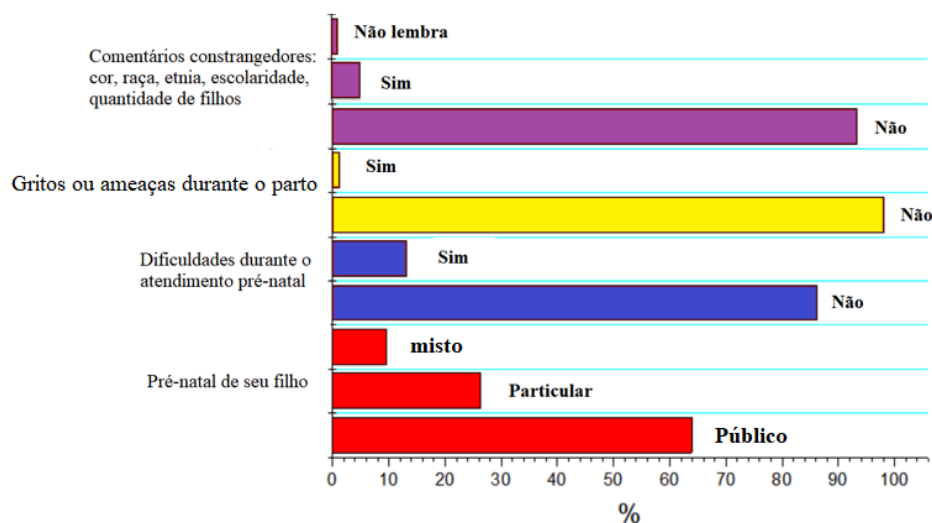


Figura 6: Modalidade e dificuldades com o pré-natal, situações de constrangimento durante o parto.

Os resultados obtidos para a frequência de violência obstétrica, de acordo com a percepção das entrevistadas, totalizaram 9,7%, enquanto que 7,3%, não souberam relatar se sofreram violência obstétrica e optaram pela alternativa de resposta “Não tenho certeza”.

A respeito das fontes pelas quais as mulheres obtiveram as informações acerca da VO pela 1ª vez, 30,4% das entrevistadas disseram que ficaram sabendo do tema apenas após a realização dessa pesquisa. Além disso, 17,1% tiveram conhecimento por meio de sites e redes sociais, enquanto que 14,6% das puérperas ouviram falar sobre violência obstétrica durante sua formação acadêmica na área de saúde. Todas as fontes em que as mulheres se informaram sobre o tema V.O estão sumariamente dispostas na Tabela 6.

Tabela 6: Como as puérperas ficaram sabendo sobre VO pela 1ª vez.

<b>Fontes</b>	<b>Contagens</b>	<b>% do Total</b>	<b>% acumulada</b>
Amigos/conhecidos	7	8.5 %	8.5 %
Carteirinha de gestante	2	2.4 %	11.0 %
Doula	1	1.2 %	12.2 %
Ficou sabendo apenas após a pesquisa	25	30.4 %	42.6 %
Formação acadêmica na área da saúde	11	13.4 %	56 %
Redes sociais	14	17.1 %	73.1 %
Roda de gestantes	3	3.7 %	76.8 %
Sites	14	17.1 %	93.9 %
Televisão	5	6.1 %	100.0 %

Ao relacionar as puérperas que foram atendidas pelo SUS ou Setor Particular (Figura 7) em relação às perguntas sobre “Sabe o que é VO” e “Sofreu VO”, nota-se que porcentagens parecidas foram obtidas com a resposta “Sabe o que é VO” independente do sistema de saúde usado (63 e 64%).

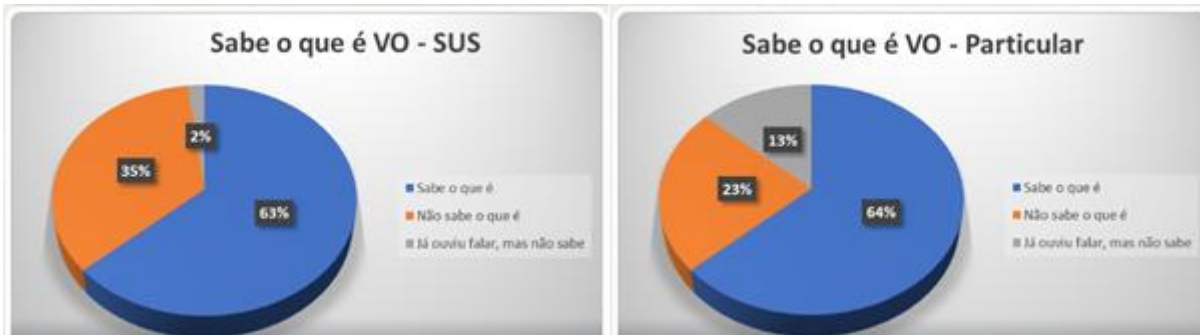


Figura 7: Percepção das puérperas em relação a VO com o sistema de saúde usado.

Outros questionamentos também foram realizados neste trabalho, no entanto, com menores importâncias para o processo de avaliação do estudo.

## 5. Discussão

Este estudo teve como enfoque o tema da violência obstétrica a partir da percepção relatada pelas puérperas que frequentaram o Cisgap, as quais tinham o objetivo de buscar a aplicação das diversas vacinas disponíveis pelo SUS para seus bebês. Não foi objetivo deste estudo dar direcionamento quanto ao nível de escolaridade, renda ou etnia das puérperas. Como descrito nos resultados, 58,5% das entrevistadas de Guarapuava realizaram o parto via cesariana, taxa essa parecida com a média brasileira que é de 56,3% (DATASUS, 2023). O Brasil é o segundo país da América Latina com a maior taxa de cesarianas no mundo (DIAS et al, 2022). No entanto, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1996) é que essa taxa seja de apenas de 10 a 15% para minimizar a mortalidade da dupla mãe-bebê durante o parto.

Observou-se que 9,7% das mulheres relataram a vivência de violência obstétrica de forma afirmativa, ou seja, identificaram espontaneamente a situação no momento do parto. Esse resultado foi um pouco menor que o relatado por Dias et al (2022), que foi de 12,6% para as entrevistadas que visitaram o projeto Sentidos do Nascer (março de 2015 a janeiro de 2017) em cinco municípios brasileiros (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia e Brasília).

No Quadro 1 são apresentados fragmentos dos relatos selecionados como ilustração das situações vivenciadas pelas puérperas de Guarapuava. As respostas demonstraram situações desagradáveis que envolviam a equipe médica e de enfermagem.

Quadro 1: Fragmentos dos relatos de situações vivenciadas pelas puérperas.
“Achei o médico bastante grosseiro e ríspido comigo [...] não fui informada que faria o ‘corte’ em mim, ele apenas chegou, fez o procedimento, e foi embora”
“Tinham muitos estagiários no meu parto [...] eles fizeram o toque e suturas em mim sem meu consentimento”
“Achei as enfermeiras bastante grosseiras e mal-educadas, chegaram a dizer que eu não sabia cuidar do meu filho”
“Tive minha bexiga perfurada durante a operação (cesárea) [...] na minha opinião isso aconteceu porque eu estava com a bexiga muito cheia e não passaram a sonda em mim [...] avisei a equipe sobre isso, mas não fizeram nada”
“Recebi uma resposta bastante grosseira no posto de saúde quando fui me informar sobre a laqueadura [...] disseram que a laqueadura só iria ser feita se o médico quisesse [...] fiquei bastante constrangida na hora porque achei o tom da resposta bem grosseiro, quase como se estivessem gritando comigo [...]”
“O médico que fez minha cesárea nem disse seu nome para mim, apenas chegou lá, ‘tirou’ o meu filho e foi embora [...] achei tudo muito desagradável porque não recebi nenhuma orientação e não pude tirar minhas dúvidas com ele”
“Para mim eu sofri violência obstétrica porque o médico não apareceu em nenhum momento durante meu parto (via vaginal) [...] quando perguntei pra ele se iria ser necessário dar ‘pontos’ ele só disse que não”
“No meu parto apenas a equipe de enfermagem esteve presente, o médico até veio, mas acabou indo embora antes do meu filho nascer”
“No meu parto, que foi cesárea, acho que a anestesia não funcionou direito [...] senti fortes dores durante a operação inteira”
“Não deixaram eu entrar com o acompanhante, que é o pai da criança”

O estudo evidenciou que a frequência de violência obstétrica entre as entrevistadas foi de 9,75% (n=8) das 82 mães. Nessa estatística, foram considerados atos de VO na percepção das mulheres entrevistadas. Esta frequência foi menor que a frequência observada em estudo de cenário nacional, em que 1 a cada 4 mulheres sofreram algum tipo de violência obstétrica (Fundação Perseu Abramo, 2010). Dessa

forma, pode-se sugerir que o número encontrado seja subestimado, já que muitas mulheres declararam desconhecimento acerca da temática e, portanto, possuem dificuldade em caracterizar como VO as situações que vivenciaram.

Uma análise estatística ANOVA foi aplicada em um conjunto de respostas do questionário respondido pelas puérperas. O Quadro 2A apresenta o modelo estatístico ANOVA para as questões “Sistema de Saúde” e “Sabe o que é VO?”. A variável “Sistema de Saúde” apresenta dois níveis de resposta (Sim\Não), enquanto a variável “Sabe o que é VO?” apresenta três níveis (Sim\Não\Não sabe dizer). O modelo ANOVA gerado para esta pergunta apresentou um valor  $p > 0,05$ , indicando que não há diferenças significativas entre os setores e nem entre as perguntas dentro de cada setor.

O mesmo Modelo foi aplicado para as perguntas “Sistema de Saúde” e “Sofreu VO?” (Quadro 2B). A pergunta “Sofreu VO?” também possui três níveis de resposta (Sim\Não\Não sabe dizer). Neste caso já foi possível observar que ocorreu diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis, pois o valor de  $p = 0,007$ , foi inferior ao valor de comparação (0,05).

Para melhor visualizar as diferenças entre as perguntas, foi realizada outra análise dos dados, plotando-se gráficos com intervalos das respostas para as variáveis. A Figura 8 apresenta o intervalo de respostas para a pergunta “Sabe o que é VO?” em relação a “Sistema de Saúde” e a relação “Sofreu VO?” versus “Sistema de Saúde”. Nestes gráficos, quando os pontos não se sobrepõem em linha reta para uma mesma resposta entre o sistema público e o privado, sugere que há diferença entre eles.

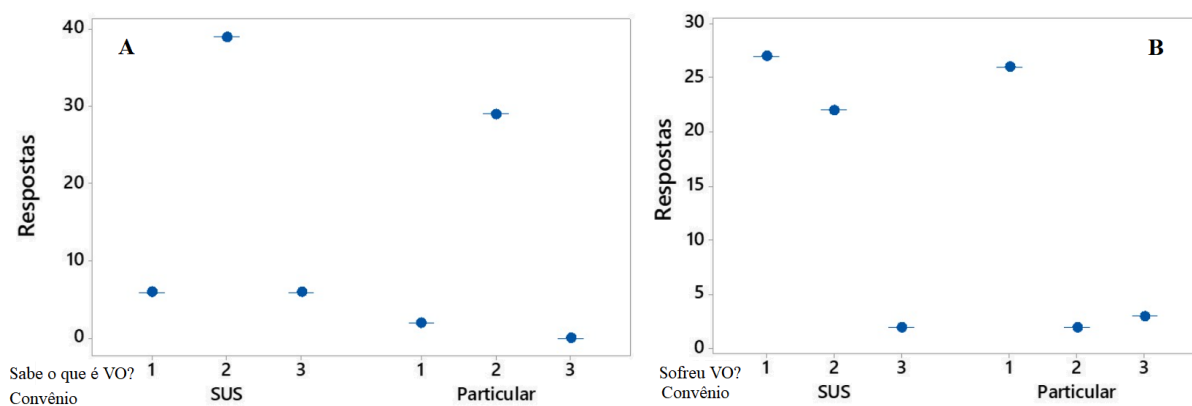


Figura 8: Gráficos de intervalo de respostas da média (95%).

A O que é VO?						B Sofreu VO?							
<b>Método</b>						<b>Método</b>							
Codificação de fator (-1; 0; +1)						Codificação de fator (-1; 0; +1)							
<b>Informações dos Fatores</b>						<b>Informações dos Fatores</b>							
Fator	Tipo	Níveis	Valores			Fator	Tipo	Níveis	Valores				
Convênio	Fixo	2	1; 2			Convênio	Fixo	2	1; 2				
Sabe o que é VO	Fixo	3	1; 2; 3			Sofreu VO	Fixo	3	1; 2; 3				
<b>Análise de Variância</b>						<b>Análise de Variância</b>							
Fonte	GL	SQ (Aj.)	QM (Aj.)	Valor F	Valor-P	Fonte	GL	SQ (Aj.)	QM (Aj.)	Valor F	Valor-P		
Convênio	1	66,67	66,67	0,99	0,424	Convênio	1	66,67	66,667	14,29	0,063		
Sabe o que é VO	2	584,33	292,17	4,35	0,187	Sofreu VO	2	1241,33	620,667	133,00	0,007		
Erro	2	134,33	67,17			Erro	2	9,33	4,667				
Total	5	785,33				Total	5	1317,33					
<b>Sumário do Modelo</b>						<b>Sumário do Modelo</b>							
S	R2	R2(aj)	R2(pred)			S	R2	R2(aj)	R2(pred)				
8,19553	82,89%	57,24%	0,00%			2,16025	99,29%	98,23%	93,62%				
<b>Coefficientes</b>						<b>Coefficientes</b>							
Termo	Coef	EP de		Valor-T	Valor-P	VIF	Termo	Coef	EP de		Valor-T	Valor-P	VIF
Constante	13,67	3,35	4,08	0,055			Constante	13,667	0,882	15,50	0,004		
Convênio							Convênio						
1	3,33	3,35	1,00	0,424	1,00		1	3,333	0,882	3,78	0,063	1,00	
Sabe o que é VO							Sofreu VO						
1	12,83	4,73	2,71	0,113	1,33		1	-9,67	1,25	-7,75	0,016	1,33	
2	-1,67	4,73	-0,35	0,758	1,33		2	20,33	1,25	16,30	0,004	1,33	

Quadro 2: Modelo linear generalizado ANOVA (A) Sabe o que é VO? (B) Sofreu VO?.

Pode ser observado que a resposta 1 (Sim) entre os dois setores de saúde (SUS\Particular) no gráfico A da Figura 8 estão com alturas muito próximas, isto é, quantidades semelhantes de mulheres responderam que sabem o que é VO, independente do sistema de saúde médico. Já para a resposta 2 (Não), o número de mulheres que não sabem o que é VO pelo SUS foi maior em relação às do setor Particular. A resposta 3 (Não sabe dizer), foi parecida para os dois convênios.

Em relação ao gráfico B (Sofreu VO?), foi possível observar que mais mulheres do SUS responderam positivamente a essa pergunta em relação às do outro setor.

Uma Análise de Componentes Principais (ACP) (Figura 9) foi realizada para visualizar o conjunto das amostras como um todo e verificar a existência de correlações entre as 82 puérperas. A ACP foi aplicada aos dados experimentais auto dimensionados para verificar as possíveis semelhanças e/ou diferenças entre as amostras e sua correlação entre as variáveis Setor (SUS\particular), e Sabe o que é VO? (sim\não\não sabe); Sofreu VO? (sim\não\não sabe). A numeração contida nos gráficos indicam a quantidade de mulheres entrevistadas.

Os gráficos da ACP explicaram correlações de 51,83% para o Fator 1 e 48,17% para o Fator 2, totalizando 100,00%. Observou-se uma correlação positiva entre as variáveis que apareceram no eixo negativo de x, pelo Fator 1 (Convênio e Sofreu VO?). As mesmas se correlacionaram de forma negativa com a variável “Sabe o que é VO?” localizada no eixo positivo de x (Fator 2). Pode-se observar que as entrevistadas com numeração em vermelho foram as mulheres que sofreram algum tipo de VO durante o parto, enquanto as que aparecem em cor verde, responderam que não sabem o que é VO. A correlação positiva entre esses dois fatores sugere que mulheres que não sabem o que é VO, tendem a sofrer mais com esse problema durante o parto. Ainda neste mesmo eixo (positivo de x, fator 1), pode-se observar as puérperas (cor roxa) já ouviram falar mas não entendem do tema. Ainda existe o pequeno grupo formado pelas mulheres (em laranja), no quadrante negativo de x, que não sabem dizer se sofreram a VO. Inversamente a esses dois fatores, encontra-se a variável Convênio de saúde (eixo negativo de y, pelo Fator 2). Pode-se verificar que as entrevistadas marcadas na cor preta sabem o que é VO e não sofreram durante o parto. Pode-se observar também que a maioria das mulheres que usaram o serviço Particular estão agrupadas no quadrante onde sabem o que é VO e não sofreram VO. Essa população amostral, embora pequena, sugere que a violência obstétrica é causada em meio à desinformação da mulher sobre o parto. No momento do nascimento de um filho, a parturiente encontra-se vulnerável, emotiva e estressada, somado a esses fatores e a falta de informação sobre o parto e a VO, existem diversas formas de um profissional fazer violência obstétrica.

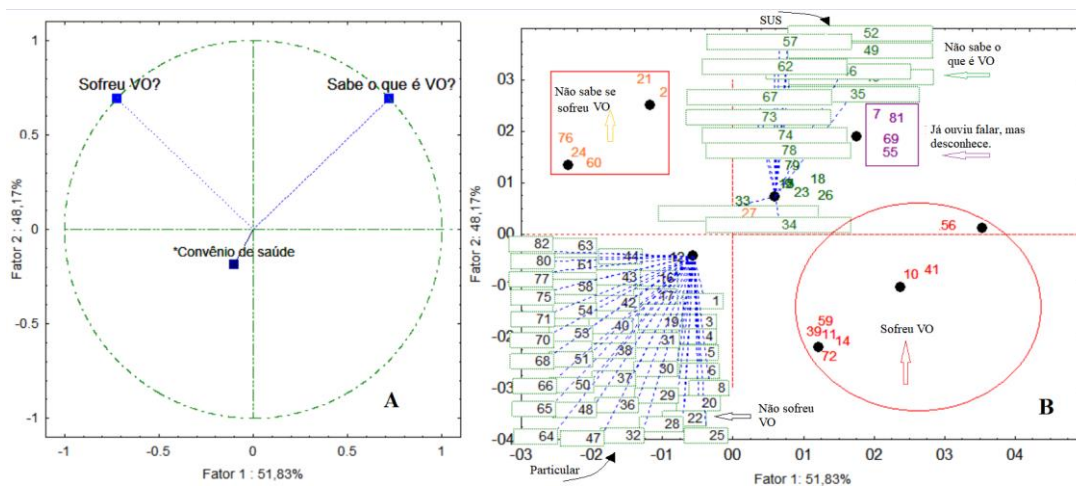


Figura 9: Análise de componentes principais para a população amostrada (82 mulheres) e para as variáveis (convênio: SUS\particular; sabe o que é VO: sim\não; sofreu VO: sim\não).



## 6. Conclusão

Este trabalho investigou a prevalência da violência obstétrica das parturientes em estado de susceptibilidade à VO na cidade de Guarapuava-PR. Os resultados demonstraram uma baixa porcentagem de mulheres que possuíam essa percepção sobre o tema (9,7%) de um total de 82 entrevistadas, além disso, 7,3 % afirmaram não ter certeza se foram vítimas da VO.

Em relação ao conhecimento prévio das puérperas sobre o assunto da violência obstétrica, a maioria delas (63,4%) afirmou que já tinha conhecimento do significado do termo "violência obstétrica" antes mesmo de serem questionadas sobre isso. Em outras palavras, a maioria das mulheres já sabia o que o termo significava antes de participarem do estudo ou da conversa em que foram abordadas sobre o assunto. Portanto, essas mulheres tinham algum grau de compreensão da temática da violência obstétrica previamente ao estudo.

Do grupo avaliado, 17,1% ouviram falar sobre VO por meio de sites e outros 17,1% através de redes sociais. Quanto as características relacionadas à assistência ao parto, a maior parte das puérperas foram submetidas à cesariana com uma taxa de 58,5%, enquanto que, das mulheres que tiveram o parto natural, 7,3% receberam a manobra de Kristeller e 3,6% passaram por episiotomia. O predomínio dos partos ocorreu no Sistema Único de Saúde (63,4%). Esses índices refletem o desconhecimento e subestimação do problema. A participação deste grupo de mulheres no questionário aplicado, aumentou o conhecimento sobre VO entre as puérperas, indicando que iniciativas de mobilização social como essa podem contribuir para ampliar o conhecimento e a divulgação sobre o problema. Quanto maior for a divulgação do tema, maior será a disseminação de boas práticas que ajudarão no parto, além de minimizar intervenções desnecessárias.

Embora esta pesquisa tenha contribuído significativamente para o entendimento sobre a percepção da VO, é importante considerar suas limitações, podendo-se destacar a falta de conhecimento sobre o tópico pelas mulheres o que contribui para respostas vagas e assim diminuindo o número de vítimas da VO contabilizadas, subestimando o resultado final. Outro ponto a se pensar, é que as entrevistas foram conduzidas em um Centro de Vacinação em Guarapuava (Cisgap), onde muitas mães não conseguiam expor seus relatos de forma mais clara e

detalhada por apresentarem pouco tempo e disponibilidade no momento da entrevista. No entanto, embora haja limitações, esta pesquisa pode servir como um ponto de partida para futuras investigações. O processo de pesquisa foi incentivador e desafiador, reforçando a importância da continuidade sobre esse campo de pesquisa para fornecer bases mais sólidas no avanço do conhecimento sobre a VO.

## 7. Bibliografia

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX.** Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 135-149, jun. 1991. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1991000200002>.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. **Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 427-435, dez. 2010. Mensal.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.284**, de 22 de outubro de 2020. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.284-de-22-de-outubro-de-2020-321640891>

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Nascidos vivos. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> (acessado em out/2023).» <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

DECHERNEY, Alan Hersh; NATHAN, Lauren; LAUFER, Neri; ROMAN, Ashley. **CURRENT Diagnóstico e Tratamento: ginecologia e obstetrícia.** 11. ed. Porto Alegre: Amgh Editora Ltda, 2012. 994 p.

DIAS, Barbara Almeida Soares; LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos. **Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 38, n. 6, p. 1-10, dez. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt073621>.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (Brasil). **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. Na hora de fazer não gritou. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 10 out. 2023.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **FEBRASGO apoia posicionamento da SOGESP em relação ao PL 435/2019**. 2019. Posicionamento da Instituição. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/852-febrasgo-apoia-posicionamento-da-sogesp-em-relacao-ao-pl-435-2019?highlight=WyJwYXJ0byIsImNlc2FyaWFubylsInBhcnRvIGNlc2FyaWFubyJd>. Acesso em: 19 jul. 2023.

KORB, Diane; GOFFINET, François; SECO, Aurélien; CHEVRET, Sylvie; DENEUX-THARAUX, Catherine; CHIESA-DUBRUILLE, Coralie. **Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis**. Canadian Medical Association Journal, [S.L.], v. 191, n. 13, p. 352-360, 31 jan. 2017. CMA Impact Inc.. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.181067>.

LEAL, Maria do Carmo (org.). **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012)**. Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). 2012. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil). Acesso em: 21 jul. 2023.

LEITE, Tatiana Henriques; MARQUES, Emanuele Souza; MESENBURG, Marília Arndt; SILVEIRA, Mariangela Freitas da; LEAL, Maria do Carmo. **The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a**

**perinatal cohort “Birth in Brazil”**. The Lancet Regional Health - Americas, [S.L.], v. 19, p. 1-10, mar. 2023. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>.

LIMA, Kelly Diogo de et al. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 26, p. 4909-4918, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel; MARTINEZ-VAZQUEZ, Sergio; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, Julián; HERNÁNDEZ-MARTINEZ, Antonio. **The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study**. Women And Birth, [S.L.], v. 34, n. 5, p. 526-536, set. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>.

MARTINEZ-VÁZQUEZ, Sergio; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, Julián; DELGADO-RODRÍGUEZ, Miguel; MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel. **Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: an observational study**. Midwifery, [S.L.], v. 108, p. 1-8, maio de 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. **Violência obstétrica em mulheres brasileiras**. Psico, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 216-230, 29 set. 2017. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>.

POTNURU, Paul P.; GANDUGLIA, Cecilia; SCHAEFER, Caroline M.; SURESH, Maya; ELTZSCHIG, Holger K.; JIANG, Yandong. **Impact of cesarean versus vaginal delivery on the risk of postpartum acute kidney injury: a retrospective database controlled study in 116,876 parturients**. Journal of Clinical Anesthesia, [S.L.], v. 82, n. 0, p. 110915, nov. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2022.110915>.

R Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. **A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa.** Saúde em Debate, [S.L.], v. 44, n. 125, p. 556-568, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012521>.

SILVA, Gabriela Oliveira da; GOMES, Matheus Dorneles; RIBEIRO, Milena Soares de Jesus. **EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PARTO HUMANIZADO.** Gestão & Tecnologia, [S.I.], v. 2, n. 0, p. 56-65, Dez. 2022. Semestral. Faculdade Delta. Disponível em: <https://faculdaadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/116>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SOUZA, Ana Clara Alves Tomé de et al. **Violência obstétrica: uma revisão integrativa** [obstetric violence. Revista Enfermagem Uerj, [S.L.], v. 27, n. 0, p. 1-6, 3 abr. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>.

TAGHIZADEH, Ziba *et al.* **Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women.** BMC Pregnancy And Childbirth, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-10, 19 ago. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03986-0>.

The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

VEDAM, Saraswathi et al. **The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States.** Reproductive Health, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-18, 11 jun. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.

World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas: os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.** 2015. Elaborada pelo Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa.

Disponível

em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=8AB0D23B681DF3D85FB5D5D3ED7A0D74?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=8AB0D23B681DF3D85FB5D5D3ED7A0D74?sequence=3). Acesso em: 13 ago. 2023.

ZIMMERMANN, Juliana Barroso et al. **Complicações puerperais associadas à via de parto**. Revista Médica de Minas Gerais, Juiz de Fora, 28 dez. 2009. Anual.

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo I - Questionário

Olá

Antes de começar, agradecemos de antemão pela sua disposição em estar contribuindo com a nossa pesquisa.

Este trabalho tem finalidade acadêmica, portanto, as informações aqui prestadas são sigilosas e sua participação é anônima.

O intuito dos questionamentos é para se mensurar o quanto as puérperas sabem a respeito do tema “Violência Obstétrica”.

Vitor Pércio Quináia – Aluno do curso de medicina.

Endy Sonogo Teixeira – Aluna do curso de medicina.

Profª Cristina Ribeiro Lopes – Orientadora.

## **Questionário de conhecimento sobre violência obstétrica\***

Este questionário contém 26 perguntas relacionadas à Violência Obstétrica. As respostas devem estar relacionadas ao seu último parto.

<b>1. Qual município você reside atualmente?</b>
<b>2. Qual a sua idade?</b>
<b>3. Qual foi o tipo do último parto?</b> Cesáreo – Normal – Normal com intervenção.
<b>4. Qual o tipo de local de realização do último parto?</b> HCSVP* (Público) – HCSVP (Particular) – Casa de parto – Parto domiciliar – HST** (Público) – HST (Particular) – Madeclínica – Materdei.
<b>5. Qual foi a pessoa/profissional de saúde responsável pelo procedimento do seu último parto?</b> Parteira/o – Enfermeira/o – Enfermeira/o obstetra – Médico contratado Obstetra – Médico Contratado Clínico Geral – Médico Plantonista Obstetra – Médico Plantonista Clínico Geral – Médico Plantonista (não lembra a qualificação).

<b>6. Você teve acompanhamento pré-natal?</b> Sim – Não.
<b>7. O pré-natal de seu último filho, foi feito principalmente de qual forma?</b> Setor Público – Particular – Misto.
<b>8. Um Plano de Parto foi apresentado e discutido previamente com você, considerando as indicações médicas e a sua vontade?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>9. Agendaram ou te induziram à cesárea sem que houvesse uma comunicação/discussão sobre a melhor via de parto a você e ao bebê?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>10. Te negaram atendimento ou impuseram dificuldades durante o pré-natal do seu filho?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>11. Fizeram comentários constrangedores por algum motivo de cor, raça, etnia, idade, escolaridade, quantidade de filhos, ou qualquer outro motivo durante o trabalho de parto?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>12. Alguém gritou, ameaçou, xingou ou te humilhou durante o trabalho de parto?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>13. Foi negado a você água ou alimentos durante o trabalho de parto?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>14. Impediram o acompanhante escolhido por você assistir o trabalho de parto?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>15. Realizaram enema (lavagem intestinal) como forma de preparação para o parto?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>16. Restringiram sua locomoção durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>17. Utilizaram ocitocina, “sorinho” (para acelerar o trabalho de parto) sem seu consentimento?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>18. Realizaram tricotomia (retirada dos pelos pubianos) durante o trabalho de parto?</b> Sim – Não – Não se lembra.
<b>19. Durante seu trabalho de parto, alguém subiu em cima de você ou fez força na sua barriga para o bebê nascer?</b> Sim – Não – Não se lembra.



<p><b>20. Realizaram corte vaginal, “pique” (episiotomia) sem uma indicação clínica, aviso prévio, ou sem anestesia durante seu trabalho de parto?</b></p> <p>Sim – Não – Não se lembra.</p>
<p><b>21. Impediram ou dificultaram seu contato com o bebê logo após o trabalho de parto de seu filho? (Exceto por alguma complicação)</b></p> <p>Sim – Não – Não se lembra.</p>
<p><b>22. Impediram ou dificultaram o aleitamento materno na primeira hora de vida do seu bebê? (Exceto por alguma complicação)</b></p> <p>Sim – Não – Não se lembra.</p>
<p><b>23. Você sabia o que significava violência obstétrica, antes da realização dessa pesquisa?</b></p> <p>Sim – Não – Já ouviu falar, porém desconhece.</p>
<p><b>24. A informação sobre a Violência Obstétrica chegou até você, pela 1ª vez, através de qual das formas a seguir:</b></p> <p>Profissionais da saúde – Roda de gestantes – Sites – Propagandas – Revistas – Redes sociais – Amigos/conhecidos – Formação acadêmica na área da saúde – Ficou sabendo apenas após a pesquisa.</p>
<p><b>25. Você considera ter sofrido Violência Obstétrica em algum momento do nascimento do(s) seu(s) filho(s)?</b></p> <p>Sim – Não – Não tenho certeza.</p>
<p><b>26. Você gostaria de relatar algum fato que lhe aconteceu e que você tenha percebido como violência obstétrica?</b></p> <p>Aberto.</p>

Questionário para coleta adaptado de [Sandim 2017; Borges *et al.*, 2017]

\* HCSVP: Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

\*\* HST: Hospital Santa Tereza

## 8.2. Anexo II - TCLE

Centro Universitário Campo Real  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPPE  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Colaboradora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O TEMA EM GUARAPUAVA, sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Cristina Ribeiro Lopes, com a participação dos acadêmicos de medicina Vitor Pércio Quináia e Endy Sonogo Teixeira, que irão investigar a existência de algum tipo de desrespeito aos direitos das mulheres ao longo da gestação, durante e também logo após o parto, causada por profissionais de saúde em Guarapuava-PR. A investigação será realizada por meio de apenas um questionário contendo perguntas simples e rápidas sobre momentos e situações vividas por você.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/CAMPO REAL

#### DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campo Real

Número do parecer: 6.066.177

Data da relatoria: \_18\_/\_05\_/2023\_

**1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Para ser incluída nesta pesquisa, você precisa ser do sexo feminino, ser uma puérpera, ter mais de 18 anos de idade e ser voluntária na participação. Caso apresente alguns dos critérios a seguir, não poderá participar da pesquisa: ser do sexo masculino, ser menor de idade, ainda estar gestante do filho cuja gestação será foco da entrevista. Ao participar desta pesquisa você responderá de forma sincera às perguntas feitas pelos alunos do curso de medicina. 27 Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo para você.

**2. RISCOS E DESCONFORTOS:** O procedimento utilizado para entrevista sobre a possibilidade de violência obstétrica no meio das puérperas poderá trazer algum desconforto, como sentirem-se constrangidas com as perguntas devido a circunstância do tema pesquisado. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de posterior perda das informações ou quebra do sigilo com informações pessoais de participantes, tudo acontecendo por falhas técnicas nos computadores pessoais. Porém este risco será reduzido pela proteção dos aparelhos, com senhas e antivírus atualizados, bem como cópias serão frequentemente feitas. Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento, indenização, etc, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o

pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita.

**3. BENEFÍCIOS:** O procedimento utilizado para entrevista sobre a possibilidade de violência obstétrica no meio das puérperas poderá trazer algum desconforto, como sentirem-se constrangidas com as perguntas devido a circunstância do tema pesquisado. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de posterior perda das informações ou quebra do sigilo com informações pessoais de participantes, tudo acontecendo por falhas técnicas nos computadores pessoais. Porém este risco será reduzido pela proteção dos aparelhos, com senhas e antivírus atualizados, bem como cópias serão frequentemente feitas. Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento, indenização, etc, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita.

**4. CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que a Sra. nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais ou opiniões pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, nem quando os resultados forem apresentados.

**5. ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

**Nome do pesquisador responsável:** Cristina Ribeiro Lopes

**Endereço:** Guarapuava-PR, Rua Tiradentes, 1494, cep 85010-310.

**Telefone para contato:** (42) 99162-6464

**Horário de atendimento:** pela manhã das 8:00 às 11:00 e de tarde 13:30 até 17:30.

**6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso a Sra. aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

**7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se a Sra. estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

## CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sra. \_\_\_\_\_, portadora da cédula de identidade \_\_\_\_\_, inscrita no CPF \_\_\_\_\_ declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetida e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo em duas vias de igual teor.

Guarapuava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante / Ou Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Acadêmico

### **CEP - Campo Real**

Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299  
Santa Cruz / CEP: 85015240 – Guarapuava – PR.  
Telefone para contato: (42) 3621-5200 ramal 197  
Horário de atendimento: 8h às 12h e 18h às 22h

### **CONEP**

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G,  
Anexo B. Sala 104B. Brasília - DF / CEP:  
70058-900 - Brasil.  
Telefone para contato:  
(61) 3315-2150 /| 3315-3821