



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA – FAPSI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

KAROLAYNE RODRIGUES SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DA REALIDADE BRASILEIRA A PARTIR DAS
TEORIAS DE GÊNERO**

**MANAUS- AM
2024**



KAROLAYNE RODRIGUES SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE DA REALIDADE BRASILEIRA A PARTIR DAS
TEORIAS DE GÊNERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais.

Orientadora: Profa. Dra. Consuelena Lopes Leitão
Coorientador: Prof. Dr. Marck de Souza Torres

**MANAUS- AM
2024**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586v Silva, Karolayne Rodrigues
Violência obstétrica na perspectiva de profissionais de saúde:
uma análise da realidade brasileira a partir das teorias de gênero /
Karolayne Rodrigues Silva . 2024
86 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Consuelena Lopes Leitão
Coorientador: Marck de Souza Torres
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Violência obstétrica. 2. Saúde materna. 3. Adaptação cultural.
4. Revisão de escopo. I. Leitão, Consuelena Lopes. II. Universidade
Federal do Amazonas III. Título

SILVA, K. R. **Violência obstétrica na perspectiva de profissionais de saúde: uma análise da realidade brasileira a partir das teorias de gênero.** 86f. Dissertação, Universidade Federal do Amazonas. Orientadora: Consuelena Lopes Leitão. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 03/10/2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Consuelena Lopes Leitão
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Orientadora e Presidenta

Prof. Dr. Marck de Souza Torres
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Coorientador

Profa. Dra. Desirée Mena-Tudela
Universitat Jaume I
Titular Externo

Profa. Dra. Jaila Dias Borges Lalwani
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Suplente Externa

Profa. Dra. Gisele Cristina Resende
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Titular Interna

Profa. Dra. Adria de Lima Sousa
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Suplente Interno

Dedico esta dissertação a todas as pessoas que gestam e que sofreram todos os tipos de violência obstétrica por todo o Brasil, especialmente no estado do Amazonas.

AGRADECIMENTOS

Sou a mestre do meu destino, sou a capitã da minha alma, porém, gostaria de agradecer imensamente as pessoas que me possibilitaram a chegar nesta etapa, uma etapa que não conseguiria alcançar se não pudesse contar com a ajuda, dedicação, sabedoria, amor e orientação dessas pessoas incríveis que cruzaram meu caminho.

Obrigada mamãe, por me incentivar a ser a melhor versão de mim mesma, a não ter medo, ou a enfrentar a situação com medo mesmo. Pois, todas as vezes que passei pela situação que me deixava assustada, logo percebia que o medo era como os monstros do Scooby-Doo, fantasias de monstros que não precisavam ser temidas. Obrigada por cuidar de mim da melhor forma possível. Você era só uma garota de 15 anos e mãe solo, estava aprendendo a cuidar de si mesma, então devo a você a dedicação e amor que me deu desde o primeiro momento em que fui colocada em seus braços, essa conquista não é apenas minha, é sua também, você sempre esteve ao meu lado. Obrigada a rede de apoio da minha mãe e minha, minhas tias, avó e prima: Cintia, Jéssica, Tate, Rafaela, vovó Antônia e Jana. Vocês são mulheres fortes e inspiradoras, eu amo vocês. Vocês cuidam umas das outras e me ensinaram desde muito cedo como deveria ter sororidade, mesmo nem sabendo que esse é o termo correto, apenas praticávamos. Agradeço aos meus irmãos, Guilherme e Giulia, por me fazerem sorrir em momentos em que me sentia um pouco esgotada pela rotina. Espero que, quando forem adultos, o mundo esteja mais gentil. Guilherme tenha mais paciência, respire fundo. Giulia, desejo com todo o meu coração que não seja tão desafiador ser uma pessoa com útero quando tiver 25 anos.

Obrigada aos meus amigos, por me acompanharem em todas as etapas que foram de altos e baixos, visto que o mestrado é você ter que lidar consigo mesmo e ao ato de ir ao campo, pesquisar e depois se sentar e colocar em palavras no Word. Obrigada aos amigos que fiz no laboratório de Pesquisa e Extensão, principalmente ao grupo de gênero que a Profa. Dra. Consuelena Lopes Leitão criou, saibam que me senti acolhida por vocês e nunca me senti tão pertencente a um lugar quanto aquele. Obrigada a todos os meus amigos que me ajudaram durante o processo de coleta de dados, vocês me salvaram várias vezes, acreditem. Citarei o nome de vocês, pois merecem essa dedicação. Marília Freire (sempre vou ter admiração por você, juro, conte sempre comigo), Taysa Roriz Hipólito (você me ajudou quando mal me conhecia e serei sempre grata por ter conhecido você e pela sua ajuda, você é incrível, estou torcendo para planos darem certo. Você será uma mãe incrível!), Aline Lima (obrigada por sempre me acolher e estar ao meu lado, te amo), Larissa Labanca (você me ensina a viver levemente e é a pessoa mais querida que já conheci), Flávia Castro (sua parceria foi indescritível, estou torcendo por você no mestrado, você consegue!), Caní Alves (obrigada pelos diálogos enriquecedores, você merece um mundo lindo), Jovana Nogueira (você me incentivou muito antes de eu acreditar em mim mesma), Nicole Ingrid (você sabe que é muito foda, para com isso), meninas do Pibic - Ana Clara e Ana Vic - (vocês me fizeram sorrir e me sentir acolhida muitas e muitas vezes, vou sentir saudade de ver vocês). E a Dafne, conheci você no finalzinho do mestrado, mas foi um presente você ter entrado em minha vida.

Agradeço com todo o meu coração a Consuelena, Consu, Elena, mãe dos Gays, Consuelena da Vila Mamão, pela oportunidade de crescer e me desenvolver ainda mais sob sua orientação. Obrigada por acreditar em mim em tantos momentos em que nem eu mesma acreditava. Obrigada pela sua amizade e compromisso com esse tema, você é uma das melhores pessoas que conheci e sempre será uma referência para mim, me sinto honrada de ter sido sua orientanda e poder dizer no futuro o quanto me diverti nesse processo do mestrado. Você me ensinou muitas coisas sobre a vida acadêmica e sobre a vida, a olhar para certos contextos como antes eu não olhava e isso mudou a minha forma de me relacionar com o mundo e com a própria psicologia. Saiba que todas as vezes que tomamos um Tereré com vatapá, as conversas foram enriquecedoras e me fizeram acreditar num futuro melhor.

Agradeço também ao Prof. Dr. Marck Torres, obrigada pela orientação, todas foram super enriquecedoras, obrigada pela oportunidade de desenvolver um trabalho quantitativo e pela paciência durante esse processo de coleta e análise dos dados, admiro muito seu trabalho, você como pessoa, pesquisador e professor.

Agradeço aos docentes que estão na administração do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), que me ajudaram e instruíram em vários momentos durante essa jornada acadêmica. Ao Laboratório de desenvolvimento Humano (LADUH), na qual me sentia em casa e acolhida para fazer minha pesquisa ou dialogar com meus colegas. Por fim, agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEAM) por me possibilitar apoio e exclusividade a minha pesquisa, consegui chegar até este momento com o apoio de todos vocês e agradeço muito por isso, fez toda a diferença.

O resto é confete,

"Não tenho medo de tempestades, pois estou
aprendendo a navegar no meu navio."

Louisa May Alcott

“Segue o teu destino,
Rega as tuas plantas,
Ama as tuas rosas.
O resto é sombra de árvores alheias.
A realidade
Sempre é mais ou menos
Do que nós queremos.
Só nós somos sempre
Iguais a nós próprios.”

Fernando Pessoa (heterônimo - Ricardo Reis)

“Além deste lugar de ira e lágrimas
Assustador, mas o horror das sombras,
E ainda a ameaça dos anos
Me encontra e me encontrará sem medo.
Não importa quão estreito os portões,
Quão carregado de castigos o caminho,
Eu sou o mestre do meu destino:
Eu sou o capitão da minha alma.”

William Ernest Henley

SILVA, K. R. **Violência Obstétrica na Perspectiva de Profissionais de Saúde: uma Análise da Realidade Brasileira a partir das Teorias de Gênero.** 86f. Dissertação, Universidade Federal do Amazonas. Orientadora: Consuelena Lopes Leitão. Manaus – Amazonas.

Resumo

A Violência Obstétrica (V.O.) é uma forma de violência de gênero que envolve práticas negligentes por profissionais da saúde, comprometendo os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas gestantes. A presente dissertação aborda o tema em dois estudos: o I estudo se qualifica como uma revisão de escopo que analisou as publicações científicas sobre as características da violência obstétrica na literatura mundial. Utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) para se chegar à pergunta norteadora: quais as principais características da violência obstétrica na publicação científica mundial? Por meio do método de *Joanna Briggs Institute*, realizou-se um levantamento em quatro bases de dados: Scopus, PubMed, Embase e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos, de 2018 a 2023. Identificaram-se 660 artigos, porém após a aplicação dos critérios e a leitura na íntegra, foram analisados 26 artigos de diferentes continentes. Os principais resultados do estudo I, indicaram que a violência obstétrica possui inúmeras definições, dependendo do contexto social, os atos de violência podem ser ressignificados, as pessoas que estão no ciclo gravídico-puerperal apresentam características de vulnerabilidade ligadas a questões raciais, de orientação sexual e de classe, os atos de violência tendem a se repetir em hospitais públicos e privados e alguns profissionais de saúde reconhecerem os atos de violência em suas práticas. O estudo II consiste em uma adaptação cultural do Questionário sobre a Percepção da Violência Obstétrica em Estudantes de Ciências da Saúde (*PercOV-S*,) para mensuração da violência obstétrica percebida por profissionais da saúde e suas implicações. Foi dividido em duas etapas: a primeira etapa diz respeito as etapas da adaptação semântica, e a segunda etapa descreve as análises fatoriais exploratória e confirmatória da escala de Percepção da Violência Obstétrica em Profissionais (*PercOV-P*). Como instrumentos, foram utilizados o questionário sociodemográfico e o instrumento *PercOV-S*. Foram realizadas Análise Fatorial Exploratória, Análise Fatorial Confirmatória, análise de redes e teste de Mann-Whitney. O instrumento *PercOV-S* foi validado no contexto brasileiro e demonstrou uma estrutura fatorial interna consistente. Os estudos estão vinculados a Linha de Pesquisa Processos Psicossociais do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), e contribuem para uma melhor compreensão do problema no contexto, especialmente amazônico, por apresentar um panorama internacional e adaptar um instrumento confiável para a coleta de dados, cuja aplicação em estudos futuros na região amazônica pode gerar uma comparação com resultados de outras regiões do Brasil e do mundo.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Saúde materna; Adaptação cultural; Revisão de escopo.

SILVA, K. R. **Obstetric violence from the perspective of health professionals: an analysis of the Brazilian reality based on gender theories.** 86f. Dissertação, Universidade Federal do Amazonas. Supervisor: Consuelena Lopes Leitão. Manaus – Amazonas.

ABSTRACT

Obstetric Violence (V.O.) is a form of gender violence that involves negligent practices by health professionals, compromising the sexual and reproductive rights of pregnant people. The present dissertation addresses the theme in two studies: the first study qualifies as a scoping review that analyzed the scientific publications on the characteristics of obstetric violence in the world literature. The PCC (Population, Concept and Context) strategy was used to arrive at the guiding question: what are the main characteristics of obstetric violence in world scientific publications? Using the Joanna Briggs Institute method, a survey was carried out in four databases: Scopus, PubMed, Embase, and Virtual Health Library (VHL), and articles published in the last five years, from 2018 to 2023, were selected. A total of 660 articles were identified, but after applying the criteria and reading them in full, 26 articles from different continents were analyzed. The main results of study I indicated that obstetric violence has numerous definitions, depending on the social context, acts of violence can be resignified, people who are in the pregnancy-puerperal cycle have characteristics of vulnerability linked to racial, sexual orientation and class issues, acts of violence tend to be repeated in public and private hospitals and some health professionals recognize acts of violence in their practices. Study II consists of a cultural adaptation of the Questionnaire on the Perception of Obstetric Violence in Health Sciences Students (PercOV-S) to measure obstetric violence perceived by health professionals and its implications. It was divided into two stages: the first stage concerns the stages of semantic adaptation, and the second stage describes the exploratory and confirmatory factor analyses of the Perception of Obstetric Violence in Professionals (PercOV-P) scale. The sociodemographic questionnaire and the PercOV-S instrument were used as instruments. Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis, network analysis and Mann-Whitney test were performed. The PercOV-S instrument was validated in the Brazilian context and demonstrated a consistent internal factorial structure. The studies are linked to the Psychosocial Processes Research Line of the Graduate Program in Psychology (PPGPSI), and contribute to a better understanding of the problem in the context, especially in the Amazon, by presenting an international panorama and adapting a reliable instrument for data collection, whose application in future studies in the Amazon region can generate a comparison with results from other regions of Brazil and the world.

Keywords: Obstetric violence; Maternal health; Cultural adaptation; Scoping review.

SILVA, K. R. Violencia Obstétrica desde la Perspectiva de los Profesionales de la Salud: un Análisis de la Realidad Brasileña desde las Teorías de Género. 86f. Disertación, Universidad Federal de Amazonas. Tutora: Consuelena Lopes Leitão. Manaus – Amazonas.

RESUMEN

La Violencia Obstétrica (V.O.) es una forma de violencia de género que implica prácticas negligentes por parte de los profesionales de la salud, comprometiendo los derechos sexuales y reproductivos de las personas embarazadas. La presente tesis aborda el tema en dos estudios: el primer estudio califica como una revisión de alcance que analizó las publicaciones científicas sobre las características de la violencia obstétrica en la literatura mundial. Se utilizó la estrategia PCC (Población, Concepto y Contexto) para llegar a la pregunta orientadora: ¿cuáles son las principales características de la violencia obstétrica en las publicaciones científicas mundiales? Utilizando el método del Instituto Joanna Briggs, se realizó una encuesta en cuatro bases de datos: Scopus, PubMed, Embase y Virtual Health Library (BVS), y se seleccionaron artículos publicados en los últimos cinco años, de 2018 a 2023. Se identificaron un total de 660 artículos, pero después de aplicar los criterios y leerlos en su totalidad, se analizaron 26 artículos de diferentes continentes. Los principales resultados del estudio indicaron que la violencia obstétrica tiene numerosas definiciones, dependiendo del contexto social, los actos de violencia pueden ser resignificados, las personas que se encuentran en el ciclo embarazo-puerperio presentan características de vulnerabilidad vinculadas a cuestiones raciales, de orientación sexual y de clase, los actos de violencia tienden a repetirse en hospitales públicos y privados y algunos profesionales de la salud reconocen actos de violencia en sus prácticas. El Estudio II consiste en una adaptación cultural del Cuestionario sobre la Percepción de la Violencia Obstétrica en Estudiantes de Ciencias de la Salud (PercOV-S) para medir la violencia obstétrica percibida por los profesionales de la salud y sus implicaciones. Se dividió en dos etapas: la primera etapa se refiere a las etapas de adaptación semántica, y la segunda etapa describe los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios de la escala de Percepción de la Violencia Obstétrica en Profesionales (PercOV-P). Se utilizó el cuestionario sociodemográfico y el instrumento PercOV-S. Se realizó análisis factorial exploratorio, análisis factorial confirmatorio, análisis de redes y prueba de Mann-Whitney. El instrumento PercOV-S fue validado en el contexto brasileño y demostró una estructura factorial interna consistente. Los estudios están vinculados a la Línea de Investigación en Procesos Psicosociales del Programa de Posgrado en Psicología (PPGPSI), y contribuyen para una mejor comprensión del problema en el contexto, especialmente en la Amazonia, al presentar un panorama internacional y adaptar un instrumento confiable para la recolección de datos, cuya aplicación en futuros estudios en la región amazónica puede generar una comparación con resultados de otras regiones de Brasil y del mundo.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Salud materna; Adaptación cultural; Revisión de alcance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Estudo I

Figuras

Figura 1 – Fluxograma das etapas de seleção dos artigos.....29

Figura 2 – Mapa do número de artigos dos países que constam na revisão.....32

Quadros

Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão.....30

Estudo II

Figuras

Figura 1 – Rede exploratória da Escala PercOV-S.....59

Quadros

Quadro 1 – Processo de adaptação cultural com base nas diretrizes propostas por Borsa et al. (2012).....52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura Fatorial da Escala PercOV-S.....	57
Tabela 2 – índices de ajuste do modelo da PercOV-S.....	60
Tabela 3 – Médias, Desvios Padrão e correlações com intervalos de confiança e tamanho de efeito.....	61
Tabela 4 – Diferenças das Médias dos Fatores da Escala PercOV-S para Profissões.....	61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
INTRODUÇÃO.....	19
ESTUDO 1	25
1. Introdução.....	25
2. Objetivos.....	27
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
3. Método.....	27
4. Resultados.....	32
5. Discussão.....	34
6. Considerações finais.....	41
Referências.....	42
ESTUDO 2	47
1. Introdução.....	47
2. Objetivos.....	50
Objetivo geral.....	50
Objetivos específicos.....	50
3. Método.....	50
Delineamento.....	50
Etapa I – Procedimentos para Tradução e Adaptação do Instrumento PercOV-S.....	50
Etapa II – Validação Psicométrica por meio de Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória.....	53
Participantes.....	53
Instrumentos.....	54
Procedimentos de coleta de dados.....	54
Procedimentos para análise de dados.....	55
Procedimentos éticos.....	56
4. Resultados.....	56
Análise fatorial exploratória (AFE).....	56
Análise fatorial confirmatória (AFC).....	59
5. Discussão.....	62
Referências.....	68

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESTUDO I E II.....	75
REFERÊNCIAS INTRODUÇÃO.....	76
Anexo 1 - TCLE.....	79
Anexo 2 – Síntese do Questionário sobre a percepção da violência obstétrica em estudantes de ciências da saúde (PercOV-S).....	82
Anexo 3 – Questionário sociodemográfico.....	86

APRESENTAÇÃO

A construção dessa dissertação teve como base a trajetória acadêmica marcada por um crescente interesse em questões de gênero e violência obstétrica. Desde a adolescência, a autora demonstrava sensibilidade para essas temáticas, o que a levou a ingressar no curso de Psicologia. Durante a graduação, a participação em projetos de iniciação científica fortaleceu seu desejo de seguir na área da pesquisa, principalmente quando alinhada ao feminismo, gênero e violências.

A princípio, a proposta para o projeto de dissertação era voltada para a violência doméstica e o estigma das mulheres que estiveram no ciclo de violência, a autora ainda não havia realizado estudos sobre a temática da violência obstétrica e instrumentos psicométricos, porém estava no campo de estudos de gênero e violências. Tanto a temática de instrumentos e da violência obstétrica, se alinhavam ao interesse que seria mais explorado posteriormente.

O aprofundamento em estudos sobre gênero e violências, aliado à proposta da orientadora, Consuelena Lopes Leitão, de investigar um tema muito presente em maternidades brasileiras e ainda pouco explorado na região, consolidou a decisão de dedicar a dissertação à violência obstétrica.

Aceitar a proposta de alteração do tema da dissertação foi o primeiro passo para a autora descobrir como podia estar tão próxima das protagonistas dessas violências, protagonistas que acabam ficando em segundo plano, tornando-se número em pesquisas que são sobre elas. Além disso, há a possibilidade de desenvolver uma pesquisa que futuramente pode beneficiar um grupo maior, fazer os envolvidos refletirem e instruir o máximo de pessoas.

A jornada acadêmica da autora, apesar de estar no início na área da violência obstétrica, estudos de gênero e violências, se constrói apoiando-se em autores de extrema importância para qualquer estudo que esteja articulado com a dominação masculina, patriarcado e binarismo, que molda e aprisiona mentes e corpos, reduzindo os indivíduos a atos performativos que violam suas particularidades, a saber, os autores no campo de gênero: Butler (2021), Wittig (2022), Bourdieu (2023), Solnit (2017) e Federici (2023).

Ao longo dessa trilha acadêmica, a autora não se restringiu ao estudo teórico e se envolveu em vários aspectos da realidade da violência obstétrica, com o objetivo de compreender as complexidades desse problema em um contexto prático e empírico. Uma parte essencial desse engajamento foi sua atuação como preceptora e psicóloga no Sistema Único de Saúde (SUS), onde prestou atendimento a diversas mulheres com diversas demandas de saúde.

Essa experiência direta no SUS permitiu à autora entrar em contato com a realidade de um número significativo de mulheres, cada uma com suas histórias únicas e desafios específicos. Ao lidar com essas situações, a autora pôde aprofundar sua compreensão sobre a violência obstétrica e como ela afeta a vida das pessoas que gestam em diferentes circunstâncias. As interações com as/os pacientes não apenas as sensibilizaram para as necessidades reais das pessoas que gestam, mas também forneceram uma base sólida para a reflexão e o aprimoramento de sua pesquisa acadêmica sobre o tema.

A autora também se envolveu ativamente nas ações da Comissão de Violência Obstétrica, onde teve a oportunidade de conhecer a realidade das maternidades e unidades de saúde de forma mais abrangente. Essa imersão prática permitiu que a autora visse em primeira mão os desafios enfrentados pelas pessoas que gestam durante o ciclo gravídico-puerperal e entendesse as dinâmicas institucionais que contribuem para a violência obstétrica. Esse cenário, indicou uma realidade cruel, denunciando a fragilidade de instituições e leis que deveriam proteger a todos.

Para compartilhar seu conhecimento e sensibilizar um público mais amplo, a autora também promoveu e participou de diversas oficinas temáticas sobre o tema. Essas oficinas não apenas permitiram que ela compartilhasse informações valiosas sobre a violência obstétrica, mas também proporcionaram um espaço para levantamento de reflexões sobre como enfrentar essa realidade.

Do ponto de vista pessoal, esta pesquisa se baseia no interesse em explorar estudos relacionados a gênero e violência contra a mulher cisgêneras, pessoas não-binárias, gênero fluido e homens trans. A autora deste projeto tem se dedicado a investigar as várias formas de violência que afetam esses indivíduos, reconhecendo a importância de abordar essa temática e encontrar soluções que envolvem a prevenção e a intervenção.

Ademais, é importante ressaltar que a autora se identifica como uma pessoa não-binária, e ela reconhece a importância de ampliar o debate sobre a "violência obstétrica" para abranger também homens trans, pessoas não-binárias e de gênero fluido. Esta ampliação do foco é de grande relevância, uma vez que a violência obstétrica afeta indivíduos que frequentemente enfrentam desvantagens sociais, em parte devido às complexas interações entre a socialização baseada em conceitos biológicos e a biologização das normas sociais.

Por fim, a abordagem da temática da violência obstétrica assume relevância intrínseca, em virtude da vivência pessoal da mãe da autora, que vivenciou essa forma de violência durante o parto. Discutir esse tema não apenas busca conferir visibilidade a essas experiências, mas também validar a violência perpetrada por profissionais de saúde que necessitam rever suas

práticas. Embora os profissionais aleguem que suas ações estejam em conformidade com procedimentos padrão, estes, de fato, no caso em questão, constituíram uma transgressão ao corpo de uma jovem mãe. Portanto, a imersão nesse diálogo revela-se necessário no sentido de fomentar a sensibilização e promover as mudanças neste contexto.

INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica (V.O.) é caracterizada como uma violência de gênero praticada por profissionais de saúde ou por aqueles envolvidos na atenção à saúde da mulher, manifestando-se durante o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva (S, Marques, 2020). Esses atos de violência podem ser direcionados não apenas as mulheres cisgêneras, mas também a homens transexuais, pessoas não-binárias e de gênero fluído. Assim, qualquer pessoa com órgãos reprodutores femininos, que esteja no período que abrange a gestação ao puerpério, pode estar vulnerável a esse tipo de violência (Leite & Marinho, 2022).

A V.O. não se restringe apenas à questão de gênero; abrange também outros aspectos sociais (e.g. raça, etnia e classe social). Crenshaw (2002) argumenta que, assim como a dimensão de gênero (categoria), a dimensão racial (grupos) também desempenha um papel significativo na perpetuação da subordinação de minorias. Pessoas que gestam podem se inserir tanto na categoria de gênero quanto no grupo racial, de modo que os fenômenos de opressão descrita pela autora se interrelacionam, criam um sistema de opressão, refletindo a intersecção de marcadores sociais e conseqüentemente múltiplas formas de discriminação vivenciadas por esta população. Mulheres negras e indígenas, por exemplo, estão mais vulneráveis à violência obstétrica, apresentando taxas de mortalidade materna relacionadas a causas obstétricas significativamente mais altas em comparação com mulheres brancas (Corrêa & Torres 2021). Dessa forma, evidencia-se que a violência obstétrica não pode ser entendida apenas sob a perspectiva de gênero, mas deve ser abordada em um contexto mais amplo, considerando as disparidades raciais e étnicas que agravam a vulnerabilidade de determinados grupos que gestam durante o processo de parto e pós-parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) aponta que, apesar das evidências de maus-tratos e desrespeito na assistência ao parto, ainda não há consenso internacional sobre a definição e mensuração científica dessas violências. Embora existam legislações em alguns países para mulheres cisgêneras, se faz importante avançar na discussão do tema que envolva uma perspectiva interseccional e ampliar o rol de pesquisas com instrumentos para mensuração que considerem diversos marcadores sociais (Lima, 2019; A, Marques, 2020).

Na América Latina, países como Venezuela e Argentina têm legislações que protegem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, reconhecendo a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero (Leite et al., 2022). A Venezuela se destacou na América Latina ao se tornar pioneira no reconhecimento da violência obstétrica por meio da implementação da Lei Orgânica nº38.668, intitulada "*Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*," que

está em vigor desde 2007. Essa legislação identifica a violência obstétrica como uma das 19 formas de violência de gênero, definindo-a como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos por parte dos profissionais de saúde, os quais frequentemente a expressam por meio de tratamentos desumanizados. Isso resulta na privação das mulheres do direito à autonomia e à capacidade de decidir sobre seus próprios corpos e sexualidade (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

A Argentina, em 2009, criou a Lei nº 26.485, que define não apenas a violência obstétrica, mas também a violência contra a liberdade reprodutiva e a violência institucional. A lei considera que a violência obstétrica é exercida pela equipe de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, caracterizada pelo tratamento desumanizado e pelo abuso da medicalização e intervenções nos processos naturais do parto (Argentina, 2009). Sobre a definição da violência contra a liberdade reprodutiva, a Argentina conceitua como uma violação aos direitos de a mulher decidir livremente sobre o número de gestações ou o intervalo entre os partos (Argentina, 2009). Enquanto a violência institucional é praticada por profissionais e agentes pertencentes a qualquer órgão, entidade ou instituição pública, cuja finalidade seja retardar, dificultar ou impedir que as mulheres tenham acesso às políticas públicas (Argentina, 2009).

No Brasil, não há uma lei federal específica para combater a violência obstétrica, embora esse fenômeno tenha sido objeto de pesquisa desde a década de 1980, especialmente por ativistas do movimento feminista que, por meio de etnografia, documentaram os maus-tratos sofridos por mulheres em instituições de saúde (Diniz et al., 2015). Desta forma, a América Latina, tem apresentado estudos que levantam questões relacionadas à violência obstétrica, sobretudo, nas ciências sociais (Villamil et al., 2019). Na área das ciências da saúde, dentre as pesquisas nacionais analisadas destacam-se os estudos voltados a humanização do parto e violência obstétrica (T, Lima, 2019).

No Amazonas, no ano de 2015, ocorreu um momento crucial na conscientização sobre a violência obstétrica no Brasil, com a realização da primeira audiência pública a respeito desse tema. Esse marco teve origem no caso de Gabriela Repolho de Andrade, que, após ter seus direitos violados durante o parto de sua filha, buscou justiça. Esse episódio desencadeou um significativo movimento de sensibilização e discussão em todo o país. Apesar dessa movimentação, as vítimas de violência obstétrica precisam recorrer à Lei Estadual nº 4.848, de 3 de julho de 2019, que estabelece medidas contra esse tipo de violência nas redes de saúde públicas e privadas do estado (Amazonas, 2019). Em estados onde não há leis estaduais específicas, e pessoas que tem seus direitos violados dentro desse contexto de violência, podem

invocar a Constituição Federal, que tem o dever de garantir a proteção, saúde e integridade física e mental (Brasil, 1988).

Além disso, há uma lei federal que se apresenta como uma contribuição ao enfrentamento da violência obstétrica que é a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Essa lei alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços de saúde (Brasil, 1990). A Lei do Acompanhante garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (Brasil, 2005), o que permite que pessoas de sua rede (companheiro, companheira, mãe) identifiquem situações de violência, caso elas ocorram.

Considerando este cenário, no Amazonas, em 2017, foi criado o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica (CEVO), que tem parceria com instituições públicas como a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), Ministério Público do Estado do Amazonas (MP/AM), Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC), Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP), Defensorias Públicas da União (DPU) e do Estado do Amazonas (DPE/AM), Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas (Coren/AM), Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Amazonas (CEDIM), Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Destaca-se que as ações de enfrentamento a violência obstétrica do comitê multi-institucional da UFAM englobam o ensino, a pesquisa e a extensão. Inicialmente, este comitê teve como representantes as professoras Dra. Iolete Ribeiro (curso de Psicologia) e a Dra. Patrícia Sampaio (curso de História), atualmente compõem este comitê as professoras: Dra. Consuelena Lopes Leitão (curso de Psicologia), Dra. Fátima Weiss de Jesus (curso de Antropologia Social) e a Dra. Jaila Dias Borges Lalwani (curso de Farmácia).

Contribuindo para o debate sobre a violência obstétrica, destacam-se organizações como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que possui associados em todo o Brasil e busca promover a assistência perinatal baseada em evidências científicas com atuação em parceria com as universidades e comitê estadual. No Amazonas, a Associação Humaniza Coletivo Feminista desempenha um papel importante como representante da sociedade civil junto ao Comitê Estadual de Violência Obstétrica. E nessa organização estiveram nomes como Maria Carolina Oliveira de Sá, Gabriela Repolho de Andrade, Rachel Geber Corrêa, Neliane Tavares de Souza, Natalia Demes Bezerra Tavares Pereira e Marília Freire da Silva que também atua no comitê da UFAM e no comitê interestadual. Outro nome

que se destaca em estudos e atuação no cenário da violência obstétrica é a Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes, professora da Universidade Estadual do Amazonas – UEA.

Apesar dos esforços de profissionais e ativistas sociais de todo o Brasil para reverter esse cenário, a falta de reconhecimento do conceito de violência obstétrica, especialmente por parte dos profissionais de saúde, representa um desafio para a criação de estratégias de prevenção mais eficazes. É essencial alertar tanto as pessoas que gestam quanto a equipe de saúde sobre essa forma de violência, frequentemente desconhecida ou tratada como parte inevitável do ciclo gravídico-puerperal no âmbito hospitalar. Segundo a OMS (2014), é necessário não apenas programas que melhorem a qualidade de cuidados de saúde materna, mas que garantam o desenvolvimento de políticas sobre direitos e normas éticas, promovendo o treinamento de profissionais de saúde em saúde materna e neonatal para prevenir a violência obstétrica.

Dentro dessa concepção as violências mais relatadas na literatura que tem levantado essa problemática, ocorrem durante o pré-parto, parto e pós-parto, incluem o abuso físico, verbal, discriminação e negligência por parte dos profissionais e estes acreditam que não se trata de violências e normalizam essas práticas, fundamentadas na cultura e nas relações de gênero, refletindo a perpetuação de sistemas patriarcais e capitalistas que persistem ao longo da história.

A construção social é apontada na literatura como um dos fatores para a resistência dos profissionais em aceitar o termo ‘violência obstétrica’, visto que as práticas tradicionais estão em confronto com a resistência em admitir que essas práticas geram violências. Essa resistência se manifesta por meio das relações de poder e do machismo estrutural presente no discurso de profissionais de saúde, que reproduzem o mito da sexualidade feminina, que se baseia na perspectiva de que o corpo feminino é passivo. Conseqüentemente, as pessoas que gestam acabam sendo privadas de autonomia durante os procedimentos de parto, tornando-se vítimas de práticas que ferem seus direitos sexuais e reprodutivos.

O mito da ‘essência feminina’ é frequentemente usado para justificar a cristalização da violência no cotidiano. A dor seria apenas a ‘herança de Eva’, um destino que recai em todas as pessoas que podem gestar. Esse conceito torna mais fácil culpabilizar corpos vistos como o negativo do masculino, reduzindo-os à condição passiva de qualquer procedimento, sem questionamentos sobre a adequação de sua aplicação no corpo com vulva (Federici, 2023; Butler, 2021).

Para Grobério (2022), essa relação de submissão no cenário obstétrico ocorre devido a violência simbólica, um termo proposto por Bourdieu, que está ligado a dominação masculina.

Segundo Bourdieu (2023), a violência simbólica está presente tanto intrinsecamente nos dominantes quanto nos dominados. Nos dominantes para impô-la e nos dominados para acatá-la, pois estes foram socializados de modo a não apenas normalizá-la, mas também reproduzi-la (Grobério, 2022).

Esses corpos que gestam são sexualizados e violentados cotidianamente, são moldados em um sistema em que aqueles que possuem genitálias masculinas são privilegiados em detrimento daqueles que não têm. Crença em que está inserida no repertório cultural de subordinação dos corpos femininos e é uma das justificativas histórico-social para que a violência obstétrica seja invisibilizada e a mortalidade materna, seja normalizada e vista apenas como números.

De acordo com os dados divulgados pela Plataforma integrada de vigilância em saúde (IVIS) (Brasil, 2022), no ano de 2021, foi registrado um total de 94.826 óbitos maternos no Brasil, em 2022 o número registrado foi de 69.089, e na cidade de Manaus, nos anos de 2021 e 2022, respectivamente, foram registradas 2.064 e 1.307 mortes maternas. Destaca-se a relevância das pesquisas em investigar prioritariamente as mortes maternas, deixando de lado os casos de morbidade materna, ou seja, as vítimas de violência obstétrica. Ainda que essas pesquisas possam potencial para se tornarem ferramentas para a construção de uma assistência médica mais segura e humanizada, percebe-se que o foco ainda está nos procedimentos médicos, deixando em segundo plano as pessoas que gestam (Grobério, 2022).

Dessa forma, a partir da discussão acerca da violência obstétrica, levantaram-se as questões: como a construção social reflete nas práticas da medicina hegemônica, que por sua vez perpetua resistências no profissional em reconhecer as violências que ocorre antes, durante o pré e após o parto? E quais seriam essas resistências na prática?

Essas inquietações motivaram este estudo que se caracteriza como uma pesquisa de mestrado realizado no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI – UFAM), dividiu-se em dois estudos: O Estudo I se qualifica como uma revisão de escopo das publicações científicas sobre as características da violência obstétrica, identificando o escopo das pesquisas (características das participantes, metodologia, instrumentos) e diferenciando as características das publicações científicas entre participantes mulheres que vivenciam a violência obstétrica e profissionais de saúde.

O estudo II é uma adaptação cultural do Questionário sobre a Percepção da Violência Obstétrica em Estudantes de Ciências da Saúde (*PercOV-S*), desenvolvido por Mena-Tudela et al. (2020), para mensuração de violência obstétrica percebida por profissionais da saúde e suas

implicações para o contexto brasileiro, com foco no exame das evidências psicométricas de validade de conteúdo e estrutura interna do instrumento.

Ao longo da construção desta dissertação, adotou-se o termo “‘pessoas que gestam’” para incluir as experiências e vivências corporais das pessoas que fogem da lógica binária de gênero (Barrera & Moretti-Pires, 2021). O estudo buscou representar tanto mulheres cisgêneras quanto pessoas que não se enquadram nos polos binários, em decorrência das lacunas de estudos articulados acerca do tema violência obstétrica. O acervo de pesquisa destinado a esse público se concentra nas experiências de maternidade e paternidade em uma sociedade transfóbica, não enfatizando as violências que ocorrem no cenário obstétrico.

ESTUDO I

A VIOLÊNCIA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

RESUMO

A Violência Obstétrica (VO) é caracterizada como uma violência de gênero praticada por profissionais de saúde ou por aqueles envolvidos na atenção à saúde das pessoas que gestam, manifestando-se durante o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Esta revisão de escopo teve como objetivo analisar as publicações científicas sobre as características da violência obstétrica na literatura mundial. Utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) para se chegar à pergunta norteadora: quais as principais características da violência obstétrica na publicação científica mundial? Por meio do método do *Joanna Briggs Institute*, realizou-se um levantamento em quatro bases de dados: Scopus, PubMed, Embase e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos, de 2018 a 2023, os quais apresentam o conceito/ definição de violência obstétrica em diversos contextos culturais, assim como as características dos participantes, a metodologia, os instrumentos e as limitações dos estudos. Identificaram-se 660 artigos, porém após a aplicação dos critérios e a leitura na íntegra, foram analisados 26 artigos de diferentes continentes. Os principais resultados indicaram que a violência obstétrica possui inúmeras definições, dependendo do contexto social, os atos de violência podem ser ressignificados, as pessoas que estão no ciclo gravídico-puerperal apresentam características de vulnerabilidade ligadas a questões raciais, de orientação sexual e de classe, os atos de violência tendem a se repetir em hospitais públicos e privados e alguns profissionais de saúde reconhecerem os atos de violência em suas práticas.

Palavras-chave: Saúde Materna; Violência Obstétrica; Violência Contra a Mulher; Parto.

1. INTRODUÇÃO

O termo/nomenclatura Violência Obstétrica (VO) também é conhecido por: maus-tratos, violência institucional, violência no parto, assistência desumanizada, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto, crueldade no parto e entre outras denominações (Tesser et al., 2015). Apesar dos diferentes termos, é caracterizada como uma

violência de gênero, que ocorre por meio dos atos praticados por profissionais da área da saúde ou profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher e se manifestam no exercício da saúde sexual e reprodutiva (Marques, 2020). Os atos de violência obstétrica podem ser direcionados a qualquer pessoa com órgãos reprodutores femininos e que se encontre no período que abrange a gestação ao puerpério pode estar sujeito à vulnerabilidade a esse tipo de violência (Leite & Marinho, 2022).

As vítimas de violência obstétrica estão associadas as questões de classe social, racial e étnicas, como as mulheres pretas e indígenas, se refletindo nas taxas de mortalidade relacionadas a causas obstétricas significativamente mais altas em comparação com mulheres brancas (Corrêa & Torres, 2021). Considerando estas especificidades, a violência obstétrica também deve ser entendida sob a perspectiva de gênero e abordada em um contexto mais amplo, considerando as disparidades raciais e étnicas que agravam a situação de determinados grupos de mulheres e pessoas que gestam durante o processo de parto e pós-parto.

Apesar das evidências de maus-tratos e desrespeito na assistência ao parto, ainda não se chegou a um consenso internacional sobre como essas violências podem ser cientificamente definidas e medidas (Organização Mundial da Saúde, 2014). Todavia, os abusos, maus-tratos e desrespeito podem ser identificados por meio de expressões de discriminação, repreensões, comentários maldosos, abuso físico, psicológico, cuidados não dignos, utilizando de métodos invasivos, privacidade violada e necessidades das parturientes negadas (Santiago et al., 2018; Abbasi et al., 2022). Além disso, estas violências, definidas como apropriações dos corpos e dos processos reprodutivos, são normalizadas em unidades hospitalares independentemente do país (Mena-Tudela et al., 2023; Asefa et al., 2018).

Os estudos analisados nesta revisão, indicam um fator importante para a discussão em torno da violência obstétrica, a questão Inter territorial (Mena-Tudela et al., 2020), considerando o número de artigos que estão sendo analisados, cuja maioria foram produzidos na América Latina, Europa e Ásia, nos fazendo considerar a forma que os sistemas de saúde funcionam em todos os continentes e como essas práticas são normalizadas tanto para os profissionais quanto para as mulheres. Esses estudos mostram que essa violência se manifesta cotidianamente através das práticas intervencionistas, devido ao abismo social entre os profissionais de saúde e as mulheres que estão no ciclo gravídico-puerperal, ou seja, a violência está ligada aos fatores raciais, de classe e de gênero (Molla et al., 2022; Martínez-Galiano et al., 2021).

Embora os esforços dos diversos atores sociais, em reverter este cenário, devido à falta de reconhecimento do conceito de violência obstétrica, especialmente por parte dos

profissionais de saúde, surge o desafio de criar estratégias de prevenção mais eficazes para alertar as pessoas que estão no ciclo gravídico-puerperal e a equipe de saúde sobre essa forma de violência praticada no âmbito hospitalar, muitas vezes desconhecida ou considerada parte inevitável do processo de gestação, do parto e pós-parto.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as publicações científicas sobre as características da violência obstétrica na literatura internacional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as publicações científicas sobre as características da violência obstétrica na literatura internacional.

2.2 Objetivos específicos

- (1) Identificar o escopo (características das participantes, metodologia, instrumentos) das pesquisas nos diferentes países;
- (2) Diferenciar as características das publicações científicas entre participantes mulheres que vivenciam a violência obstétrica e profissionais da área da saúde.

3. MÉTODO

Este estudo se caracteriza como uma revisão de escopo (scoping review), cujo objetivo é mapear e explorar o campo de estudos sobre um determinado tópico de pesquisa, identificando as lacunas de conhecimento, mapeando conceitos, teorias e evidências existentes, além de fornecer uma base sólida para estudos futuros (Barbosa Filho & Tricco, 2019).

A revisão de escopo utiliza uma abordagem iterativa, permitindo a adaptação e refinamento das estratégias de busca e critérios de inclusão à medida que o estudo avança. Além disso, pode envolver a consulta de especialistas no campo, revisão de documentos e a inclusão de estudos tanto publicados quanto não publicados (Ferraz et al., 2019).

A revisão foi desenvolvida a partir das diretrizes propostas por Joanna Briggs Institute (2022), e teve seu protocolo registrado na plataforma Open Science Framework (OSF). Para a elaboração da questão norteadora da pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC (população,

conceito e contexto), sendo comumente empregada em revisões de escopo, na qual, população se refere às mulheres e profissionais da área da saúde; violência obstétrica corresponde ao conceito; e o contexto são as publicações científicas.

A pergunta principal do estudo foi: "Quais são as principais características da violência obstétrica descritas na publicação científica internacional?". Utilizou-se quatro bases de dados para fazer o levantamento dos artigos, Pubmed, Scopus, Embase e BVS no período de junho a julho de 2023. Os descritores e operadores booleanos utilizados para a busca dos artigos foram "maternal health" AND "obstetric violence" OR "violence against women" AND "parturition".

Ao todo, a busca inicial resultou em 660 publicações científicas, sendo estas levantadas nas bases de dados: Pubmed (n= 118), Scopus (n =164), Embase (n = 333) e BVS (n= 45 artigos). Foram encontrados, 187 artigos duplicados, e selecionadas para leitura dos títulos e resumos após a retirada das duplicatas 473 artigos, conforme a leitura do título e resumo, foram excluídas 395. Na etapa de elegibilidade, seguindo a estratégia PCC, foi aplicado os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão buscavam estudos que conceituasse a violência obstétrica, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês nos últimos cinco anos (2018-2023), artigos que abordassem a violência obstétrica em diferentes metodologias (quantitativas, qualitativas, mistas, capítulos de livro e cartilhas) e cujos participantes estivessem diretamente envolvidos na violência obstétrica, incluindo profissionais da área da saúde ou mulheres que vivenciaram a violência.

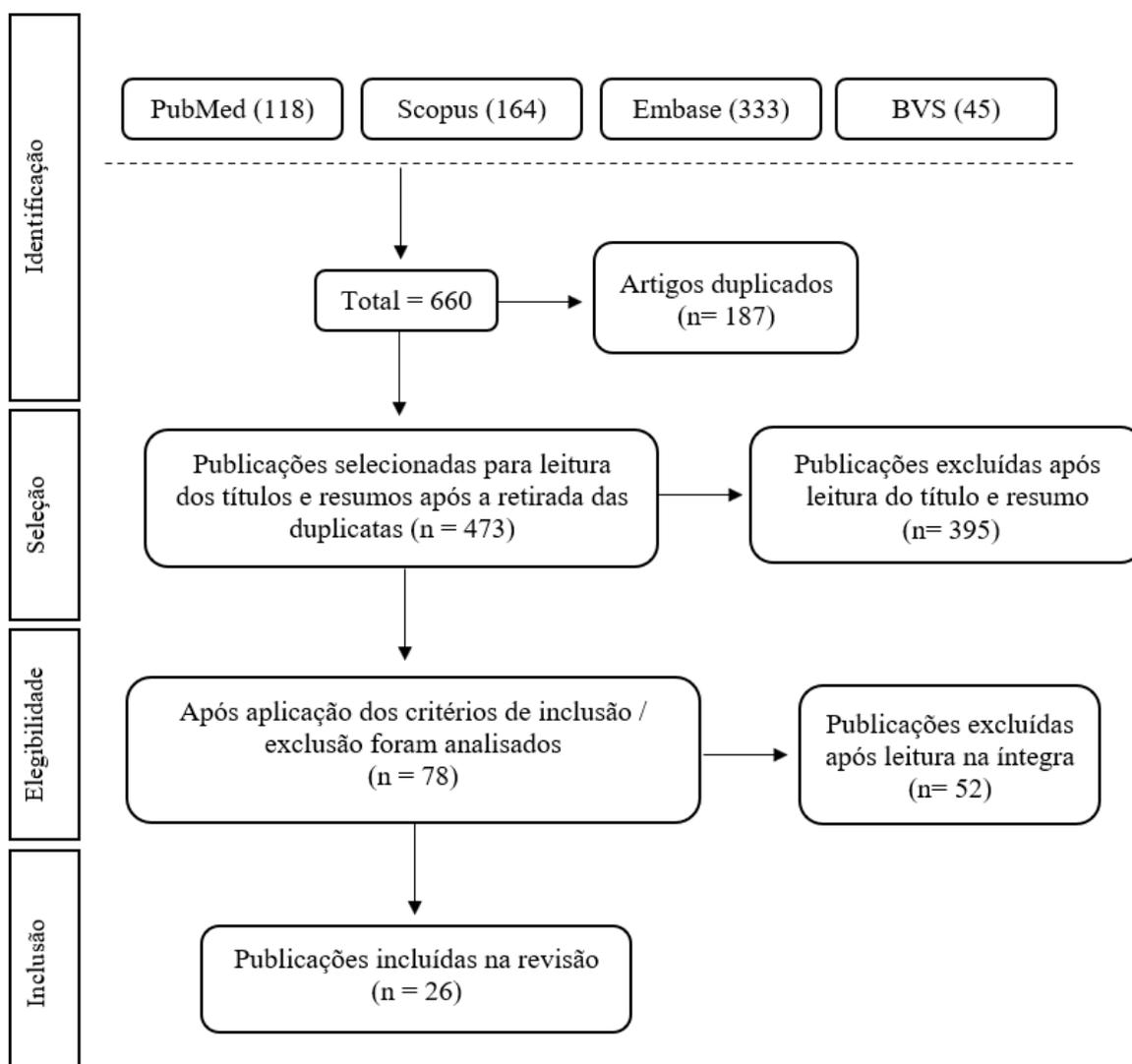
Foram excluídos artigos duplicados, artigos que abordavam a violência praticada por parceiros íntimos contra mulheres grávidas, artigos de revisões de literatura (narrativas, sistemáticas, escopo), dissertações, teses, editoriais, artigos que utilizavam outros termos para descrever a violência obstétrica e artigos que não apresentavam uma definição clara de violência obstétrica. Após essa etapa de seleção, a amostra foi composta por 78 artigos, lidos na íntegra e analisados por duas juízas às cegas, esse processo contribuiu para garantir a imparcialidade na seleção dos estudos e aumentar a confiabilidade dos resultados obtidos. Nessa etapa, foram analisadas as categorias: (1) conceito de violência obstétrica, (2) objetivos, (3) país, (4) ano de publicação, (5) método (delineamento, participantes e instrumentos), (6) principais resultados e (7) limitações dos estudos. A amostra final foi de 26 artigos e excluídos 52, pois não apresentavam os critérios estabelecidos para serem inclusos.

Foi utilizado o *software Rayyan*, o qual é uma ferramenta projetada especificamente para auxiliar pesquisadores no processo de diferentes tipos de estudos acadêmicos. Ajudando a agilizar a triagem inicial de resumos e títulos usando o processo de semiautomação ao mesmo tempo, em que incorpora um alto nível de usabilidade.

Os tópicos analisados dos artigos foram: objetivo, método, conceito de violência obstétrica e principais resultados, posteriormente esses cinco tópicos foram agrupados em quatro categorias. Em seguida, foi feito um recorte dos dados de cada uma das categorias reagrupadas em subcategorias. Abaixo, na figura 1, consta o fluxograma das etapas de seleção dos artigos.

Figura 1

Fluxograma das etapas de seleção dos artigos



Quadro 1

Artigos selecionados para a revisão de acordo com autores, ano, país, objetivo principal, método, conceito de violência obstétrica e principais resultados.

Nº	Autores/ Ano/ País	Objetivo	Método	Conceito de violência obstétrica	Resultados principais
1	Asefa et al. (2018), Etiópia	Avaliar o desrespeito e abuso em unidade de saúde	Quantitativo; questionário; 57 profissionais	Condições humilhantes ou indignas no parto	Alta proporção de desrespeito e abuso
2	Perera et al. (2018), Sri Lanka	Quebrar a cultura de silêncio em torno da violência obstétrica	Qualitativa; grupo focal; entrevista; 28 parteiras e 38 gestantes	Problema sistêmico de gênero institucionalizado e estrutural	A violência obstétrica se cruzar com sistemas de poder e opressão
3	Santiago et al. (2018), México	Analisar discriminação estrutural e de gênero durante a assistência ao parto	Métodos mistos; questionário; entrevista; grupo focal; 512 mulheres; 31 profissionais	Abuso por profissionais contra gestantes, parturientes e puérperas	Abuso físico e psicológico durante o atendimento
4	Alexandria et al. (2019), Brasil	Avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre violência obstétrica	Qualitativo; entrevista; 10 enfermeiros	Humilhação, medicalização e patologização dos processos naturais do parto	Conhecimento dos profissionais sobre a violência obstétrica
5	Miranda et al. (2019), Brasil	Identificar as percepções dos enfermeiros obstétricos sobre violência obstétrica	Qualitativo; entrevista; 16 enfermeiras obstétricas	Negligência e uso inadequado da tecnologia e procedimentos desnecessários	Reconhecimento da existência e repercussões da violência obstétrica
6	Swahnberg et al. (2019), Sri Lanka	Avaliar uso de teatro participativo como método de prevenção de abuso	Quantitativo; workshops; questionário; 50 profissionais da saúde	Desrespeito, abuso e maus-tratos durante a gravidez, o parto e o pós-parto	Aumento na capacidade de conceituar o abuso
7	Mena-Tudela et al. (2020), Espanha	Visibilizar V.O. como critério de equidade interterritorial	Quantitativo; Questionário; 17.742 mulheres	Ato de ignorar a autonomia da mulher	Ocorrência em redes privadas
8	Oliveira et al. (2020), Brasil	Compreender significado da violência obstétrica para mulheres	Qualitativo; Entrevistas; 10 mulheres	Ações agressivas e invasivas	Escassez de instruções durante o pré-natal
9	Martinez-Galiano et al. (2021), Espanha	Determinar prevalência e os fatores associados à violência obstétrica	Quantitativo; questionário; 899 mulheres	Desumanização e perda de autonomia	As mulheres múltiparas são mais propensas a sofrer violência obstétrica
10	Lima et al. (2021), Brasil	Compreender as vivências de mulheres negras nos cuidados do parto	Qualitativo; Entrevista; 9 mulheres	Desumanização e perpetuação do ciclo de opressão pelo próprio sistema de saúde	Incerteza e angústia sobre o local de parto
11	Mena-Tudela et al. (2021), Espanha	Determinar os níveis de intervenção e medicalização no parto; perceber a violência obstétrica pelas mulheres	Quantitativo; Questionário; 17.541 mulheres atendidas no período de 2009 a 2018	Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais	Maiores níveis de intervenção no setor privado; a violência obstétrica é percebida também no setor privado
12	Orso et al. (2021), Brasil	Descrever a compreensão, a experiência e proposições da equipe	Qualitativo; Entrevista; 43 profissionais da saúde	Apropriação de processos corporais e reprodutivos pelo profissional de saúde	Desconhecimento sobre a temática da violência obstétrica e condutas impróprias

		em saúde sobre a violência obstétrica			
13	Abbasi et al. (2022), Paquistão	Avaliar o desrespeito e abuso de profissionais	Quantitativo; questionário; 200 pacientes	Violência física, verbal e sexual, negligência e discriminação	Cuidados não dignos, e exposição à violência física
14	Al-Khushayban et al. (2022), Arábia Saudita	Determinar prevalência de violência contra a mulher durante a gravidez e pós-parto	Quantitativo; Questionário; 753 mulheres	Violência física e verbal, negligência, omissão, discriminação e desrespeito por profissionais de saúde	Associação entre a violência e acompanhamento
15	Castro e Rates (2022), Chile	Informar os resultados da primeira pesquisa sobre violência obstétrica no Chile e comparar o serviço de parto	Quantitativo; questionário; 2.105 mulheres	Apropriação do corpo das mulheres por parte do pessoal de saúde	Relação entre idade, identificação étnica e a orientação sexual e violência obstétrica
16	Dornelas et al. (2022), Brasil	Comparar a frequência de situações de ADM durante a assistência ao parto entre coortes de nascimentos de 1978/94	Quantitativo; questionário; 745 mulheres (632 da coorte de 1978/79 e 113 da coorte de 1994)	“Violência obstétrica” é utilizado para descrever essas práticas de ADM (abuso, desrespeito e maltrato)	Não houve diferenças socioeconômicas entre as mulheres. A maioria dos partos ocorreu em instituições públicas
17	Mena-Tudela et al. (2022), Espanha	Analisar a percepção de mulheres sobre violência obstétrica relacionados ao apoio à amamentação durante a COVID-19	Quantitativo; questionário; 6060 mulheres (que deram à luz de março de 2020 a abril de 2021)	Profissionais de saúde apropriam-se dos corpos e processos reprodutivos, gerando perda de autonomia das mulheres	Relatos de que receberam menos apoio para amamentação ou mais alimentação com fórmula
18	Molla et al. (2022), Etiópia	Avaliar a magnitude da violência obstétrica e fatores associados entre mulheres durante o parto	Métodos mistos; entrevista; questionário; 661 mulheres	Desumanização, abuso e medicalização durante o parto	Alta magnitude de violência obstétrica. Cuidados não dignos e não consentidos
19	Paiz et al. (2022), Brasil	Verificar associação de maus-tratos durante o parto e sintomas de depressão pós-parto	Quantitativo; questionário; entrevista; 287 mulheres	Uma violação dos direitos humanos em período de vulnerabilidade feminina	Maus-tratos relacionados a maior prevalência de sintomas sugestivos de depressão pós-parto
20	Paiz et al. (2022), Brasil	Estruturar proposta de instrumento para mensurar maus tratos de mulheres durante o parto	Quantitativo; questionário; entrevista; 287 mulheres	Termo violência obstétrica é mais utilizado na América Latina e seu uso representa um posicionamento político	Prevalência de 23,7% de maus-tratos durante o parto. Padronizar a mensuração do instrumento
21	Van der Pijl et al. (2022), Holanda	Examina frequência de desrespeito e abuso durante o trabalho de parto e nascimento	Qualitativo; Questionário; 12.957 mulheres	Interações ou condições de instalações que o consenso local considera humilhantes ou indignas	Desrespeito e abuso foram relatados como perturbadores. Primiparidade é um fator de risco
22	Wudneh et al. (2022), Etiópia	Explorar a experiência de mulheres com deficiência em relação à violência obstétrica durante o parto	Qualitativo; Entrevistas; 22 mulheres com deficiência	Violação dos direitos das mulheres durante o parto	Violências mais vivenciadas: abuso físico, verbal, estigma, discriminação, negligência e abandono
23	Avci e Kaydirak (2023), Turquia	Examinar e explicar as experiências de mulheres que sofreram violência obstétrica	Qualitativo; Entrevista; 27 mulheres que relataram ter sofrido violência obstétrica	Apropriação dos corpos e processos reprodutivos das mulheres	Relatos de sentir estresse, ansiedade, preocupação, tristeza e impotência
24	Azzam et al. (2023), Jordânia	Avaliar prevalência e os fatores de risco da violência obstétrica	Estudo de caso-controlado; questionário; 259 mulheres	Controle do corpo e das práticas reprodutivas, levando	Aspectos maus-tratos durante o parto. Menos suscetibilidade à

		entre grávidas em hospitais públicos e privados		à perda da autonomia das mulheres	violência obstétrica em ambientes privados
25	Mena-Tudela et al. (2023), Espanha	Explorar conhecimento atuais e desenvolver um modelo teórico para explicar o conceito de violência obstétrica	Qualitativa; Entrevista; 20 profissionais multidisciplinar	Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres	Termo “violência obstétrica” contribui para a conscientização sobre a violência, podendo ser implementado em políticas e legislações
26	Terribile e Sartorao Filho (2023), Brasil	Descrever percepções de médicos obstetras sobre o termo violência obstétrica	Quantitativo; questionário; 506 médicos obstetras	Interações que ofendam a dignidade e a autonomia, que podem levar a uma ruptura na relação médico-paciente	Termo violência obstétrica é considerado prejudicial ao exercício profissional, especialmente por médicos formados antes de 2000

Figura 2

O mapa abaixo indica a distribuição geográfica dos artigos que constam no estudo 1.



4. RESULTADOS

Dos artigos selecionados, a distribuição dos países em que foram produzidos consiste em quatro continentes, asiático (n= 5: 2, 6, 13, 14 e 24), africano (n=3: 1, 18 e 22), europeu (n=6: 7, 8, 11, 17, 21 e 25), e América latina (n=12: 3, 4, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 19, 20 e 26), sendo um dos países transcontinentais (Turquia), fazendo parte de dois continentes da Eurásia (n=1: 23).

Os vinte seis estudos estão distribuídos em 11 países, a seguir, os países serão apresentados e entre parênteses, o número do artigo correspondendo ao quadro 1 que será apresentado posteriormente. Um na Arábia Saudita (14), dez no Brasil (4, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 19, 20 e 26), um no Chile (15), três na Etiópia (1, 18 e 22), cinco na Espanha (7, 8, 11, 17 e 25), um na Holanda (21), um na Jordânia (24), um no México (3), um no Paquistão (13), dois no Sri Lanka (2 e 6) e um na Turquia (23). Dos 26 artigos encontrados, dez (2, 4, 5, 9, 10, 12, 21, 22, 23 e 25) foram realizados utilizando delineamento qualitativo, treze (1, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 24 e 26) foram realizados no delineamento quantitativo, e dois (3 e 18) foram delineados utilizando métodos mistos (quantitativo-qualitativa).

O número de participantes variou entre 9 e 17.742. Um dos estudos (26) foi aplicado com médicos, outro (2) com mulheres e parteiras, dois (4 e 5) com enfermeiros, três (1, 6 e 12) foram realizados com a equipe multidisciplinar de saúde e dezoito (3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24) com mulheres que sofreram violência obstétrica.

Os estudos apresentaram variabilidade quanto aos instrumentos de coleta de dados. Em doze artigos (1, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 24 e 26) foi utilizado o questionário e em oito (4, 5, 9, 10, 12, 22, 23 e 25) a entrevista. Houve combinações de instrumentos em três (18, 19 e 20) como questionário e entrevista, em apenas um (2) teve a combinação de grupo focal com entrevista, em outro estudo (3), os autores utilizaram do questionário, entrevista e grupo focal. E em um (6) foi apresentado como intervenção a combinação de Workshops e questionário.

Na análise do estudo descrito, foram consideradas cinco categorias: (1) objetivo geral, (2) método, (3) principais resultados e (4) conceito de violência obstétrica.

Na análise dos objetivos, emergiram cinco subcategorias: sete estudos se propuseram avaliar a magnitude da violência obstétrica (1, 3, 10, 13, 18, 22 e 23). Cinco buscaram determinar a prevalência da violência obstétrica (7, 14, 16, 21 e 24). Sete pretenderam dar visibilidade para a violência obstétrica (2, 8, 9, 11, 15, 19 e 25). Cinco dos estudos almejavam identificar e descrever o intervencionismo nas práticas obstétrica (4, 5, 12, 17 e 26). E dois apresentaram estratégias de programas para prevenção da violência obstétrica (6 e 20).

No método, apareceram três subcategorias: dos 26 artigos encontrados, dez (2, 4, 5, 9, 10, 12, 21, 22, 23 e 25) foram realizados na abordagem qualitativa, treze (1, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 24 e 26) foram realizados na abordagem quantitativa. E dois (3 e 18) utilizaram de métodos mistos (quantitativo-qualitativa).

Na categoria conceitos de violência obstétrica emergiram seis subcategorias: três abordam desrespeito e interações que afetam a dignidade da mulher (3, 13, 22 e 26). Seis dos estudos tratam da definição de violência e apropriação do corpo da mulher (11, 12, 15, 17, 23

e 25). Cinco identificam o desrespeito a práticas, falta de cuidado, conduta desumana, bullying, coerção, problema sistêmico de gênero institucionalizado e estrutural (2, 7, 10, 18 e 24). Sete conceituam a violência obstétrica como desrespeito, abuso, maus-tratos e negligência indicando procedimentos, aplicação de procedimentos não negociados e impostos a parturiente (4, 5, 6, 8, 9, 14 e 19). Três relacionam com as condições estruturais de instalações, consideradas indignas e humilhantes (1, 20 e 21). E um traz outras definições (6).

Na análise dos principais resultados dos vinte e seis estudos, destacam-se seis subcategorias: onze dos artigos relataram os tipos de violência obstétrica percebidos pelas mulheres (1, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21 e 22). Quatro abordaram as relações de poder entre médico-paciente (2, 3, 7 e 15). Quatro identificaram profissionais que não reconhecem a violência obstétrica (4, 5, 12 e 26). Dois apresentaram as consequências da violência obstétrica (19 e 23). Três dos resultados indicaram que a violência obstétrica pode ser mais suscetível dependendo do ambiente hospitalar: público ou privado (8, 11 e 24). E dois relataram sobre as intervenções obstétricas (6 e 25).

5. DISCUSSÃO

A análise dos resultados da revisão de escopo sobre violência obstétrica apresenta uma distribuição significativa dos estudos ao longo dos anos, com um aumento gradual no número de artigos publicados, especialmente a partir de 2022. Esse crescimento reflete maior interesse e reconhecimento do tema nas discussões acadêmicas, sociais e sobretudo de saúde pública.

A diversidade geográfica demonstra abrangência de estudos em países dos quatro continentes, com destaque para a América Latina, que concentra a maioria dos estudos. Isso sugere que a violência obstétrica é um tema que tem ganhado a visibilidade como um problema de saúde pública e requer atenção e ação em diversas regiões do mundo. Em relação aos países que compõe o rol dos estudos sobre violência obstétrica, destacam-se o Brasil e a Espanha, que apresentam o maior número de artigos nesta revisão.

Quanto aos participantes dos estudos, os resultados indicam que diversos profissionais estão envolvidos na prática da violência obstétrica, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e outros profissionais da área de saúde. Observa-se a necessidade de capacitar todos os profissionais que atuam no contexto da assistência obstétrica, uma vez que cada um desempenha um papel importante na prevenção desse problema. Reconhecer a diversidade de atores envolvidos é fundamental para uma compreensão abrangente da violência, pois cada grupo oferece perspectivas únicas e complementares para a

prevenção da violência obstétrica, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada e para a promoção da saúde materno-infantil. Somando-se a isso, se faz necessário uma sensibilização para a mudança de cultura e práticas que vão além do treinamento, envolvendo uma revisão das normas e valores arraigados nas instituições de saúde. A diversidade de atores envolvidos sublinha a complexidade desse processo de mudança para que os profissionais reconheçam e valorizem uma abordagem multidisciplinar que nomeie e valide a violência obstétrica para sua prevenção e para reconhecer e valorizar uma assistência em saúde centrada ao binômio mãe-bebê.

Entre os objetivos dos estudos analisados, dar visibilidade para a violência obstétrica foi uma das características recorrentes, para quebrar a cultura tradicional de silêncio em torno da violência obstétrica e chamar atenção para as implicações resultantes na qualidade do atendimento dirigido as mulheres principalmente durante o parto. Os objetivos incluíram a determinação dos níveis de intervencionismo e medicalização durante o parto²¹, para verificar a relação entre ter sido exposta a maus-tratos durante o parto e apresentar os sintomas sugestivos de depressão pós-parto (Paiz et al., 2022).

Na análise da prevalência da violência obstétrica apresenta objetivos que investigam a ocorrência da violência, que varia entre 12,5% e 23,7% no Brasil (Paiz et al., 2022), em outros países varia de 15% a 91%, essa variabilidade está ligada as diferentes formas de medir esse fenômeno, como a definição, tipo de violência obstétrica, instrumento e o método utilizado (Martínez-Galiano et al., 2021). Ademais, os estudos se propõem a avaliar a prevalência, os fatores e determinantes de risco dos diferentes ambientes hospitalares, tais como raça, idade, estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconômico, paridade, profissão, tipo de parto, natureza da instituição (pública ou privada) entre outros fatores (Martine-Galiano et al., 2021). Além disso, identificam a frequência com que as mulheres sofrem desrespeito e abuso durante o trabalho de parto, como ameaças, repreensões, intolerância, desinteresse, falta de privacidade, exames de toque frequentes e procedimentos desnecessários de episiotomia (Avci & Kaydirak, 2023).

A comparação da incidência de abuso, desrespeito e maus-tratos (ADM) durante a assistência ao parto ressalta a necessidade de enfrentar práticas assistenciais que persistem no sistema de saúde em diversos lugares do mundo inadvertidamente (Dornelas et al., 2022; Azzam et al., 2023). O conceito de "*habitus*", conforme proposto por Bourdieu (2023), pode ser aplicado para compreender a persistência da violência obstétrica nos contextos de assistência ao parto. O *habitus*, como um conjunto de disposições internalizadas e incorporadas pelos agentes sociais, molda suas práticas e percepções de mundo de maneira muitas vezes

inconsciente. No caso dos profissionais de saúde que atuam na obstetrícia, suas práticas são influenciadas por uma série de elementos, como a formação acadêmica, a cultura organizacional das instituições de saúde, as normas profissionais predominantes e as relações de poder dentro desses ambientes.

Quanto às características da violência obstétrica, os artigos abordam a relevância, a consequência e o intervencionismo nas práticas e estratégias de saúde. As análises vão além de sua magnitude, investigando também suas nuances e impactos. Na Etiópia, o resultado de fatores associados entre mulheres durante o parto, mostrou que 79,7% das mulheres sofreram violência obstétrica, e a violência mais relatada foi o cuidado não consentido (66%), seguido pelo cuidado não digno (40,5%) e esses fatores estão ligados a baixa escolaridade, se as mulheres tiveram pré-natal, e ao tempo de internação nas unidades, visto que as mulheres que permanecem por mais de 48 horas, estão mais propensas a sofrerem violência obstétrica (Molla et al., 2022). Os demais artigos exploram experiências de desrespeito e abuso de mulheres que prestam serviços durante o parto (Asefa et al., 2018), e 31,6% relatam uma alta carga de trabalho nas instalações. Enquanto outros destacam sentimentos e experiências de mulheres que vivenciaram violências no ciclo gravídico-puerperal, dentre as violências, destaca-se a violência verbal: profissionais sendo rude, desrespeitosos, intolerantes e desinteressados; e física: contenção e exposições em intervenções cirúrgicas (Avci & Kaydirak, 2023).

Na identificação e descrição do intervencionismo nas práticas obstétricas dos diversos profissionais, foram identificados artigos que: (1) avaliam o conhecimento dos profissionais de enfermagem, que estão envolvidos na assistência ao parto, sobre violência obstétrica (Alexandria et al., 2019); (2) descrevem as percepções dos profissionais médicos obstetras sobre este termo (Terribile & Sartorao Filho, 2023), e (3) analisam a percepção de mulheres sobre a violência obstétrica (Mena-Tudela et al., 2022). Destaca-se que muitos profissionais não reconhecem a violência obstétrica e acreditam que este termo prejudica sua prática médica. Essas crenças sustentam práticas intervencionistas associadas a falta de atualização de conhecimentos relacionados a campos interdisciplinares, que vão além dos conhecimentos em saúde, como os estudos interseccionais que envolve gênero, raça, etnia e classe, que deveriam fazer parte da grade curricular dos cursos em saúde. As limitações dos profissionais neste campo dificultam o reconhecimento da autonomia e a necessidade do consentimento da mulher para a realização de procedimentos que dizem respeito ao seu corpo, mantendo práticas que violam direitos e a dignidade da mulher. Práticas como a episiotomia podem causar danos irreversíveis na saúde sexual e reprodutiva.

Em relação às estratégias de programas para prevenção da violência obstétrica estão presentes em dois artigos, um avalia as possibilidades de utilização de uma técnica de teatro participativo denominada Fórum Play em oficinas de formação como método de redução e prevenção de abuso (Swahnberg et al., 2019). E o outro artigo estrutura como proposta de instrumento para mensurar o nível de maus-tratos de mulheres durante o parto, utilizando a teoria de resposta ao item. Essas estratégias devem se basear em evidências científicas que considerem as complexidades culturais e contextuais dos ambientes obstétricos (Lopes, 2018). Da mesma forma, a proposta de um instrumento para mensurar o nível de maus-tratos durante o ciclo gravídico-puerperal pode oferecer uma abordagem para entender a extensão do problema. É essencial que a implementação dessas medidas não seja apenas um exercício técnico, mas um meio para promover mudanças nas práticas dos profissionais.

Quanto à diversidade de abordagens metodológicas utilizada, que incluem métodos qualitativos, quantitativos e mistos, os estudos demonstram a complexidade do tema e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para sua investigação. Nos artigos quantitativos, o maior número de participantes foi no estudo de Mena-Tudela et al. (2020), com um total de 17.742 participantes, mulheres atendidas no período de 2009 a 2018 em hospitais na Espanha, foi utilizado um questionário online. E o menor número de participantes foi de 57 profissionais de saúde na Etiópia, no estudo de Asefa et al. (2018), que também contou com a utilização do questionário online. Em relação aos artigos qualitativos, o maior número de participantes consta no estudo de Van der Pijl et al. (2022), realizado na Holanda, e contou com a participação de 12.957 mulheres que deram à luz até cinco anos, foi utilizado um questionário online. O menor número foi no estudo de Lima et al. (2021), que entrevistou de forma estruturada 9 mulheres negras, entre 22 e 33 anos, com filhos de até dois anos, que passaram pelo serviço público de saúde (SUS) em algum momento durante o ciclo gravídico-puerperal. Por fim, os artigos com métodos mistos apresentaram o maior valor no estudo de Abbasi et al. (2022), realizado no Paquistão, obtendo a participação de 661 participantes mulheres em uma entrevista em profundidade e com a utilização de um questionário estruturado. No estudo de Santiago et al. (2018), realizado no México, apresentou o menor número de participantes: 512 mulheres que receberam cuidados de saúde para parto vaginal ou cesariana em dois hospitais públicos, sendo que 20 participaram da entrevista 31 profissionais participaram de três grupos focais e o resto das participantes responderam um questionário.

A análise dos conceitos de violência obstétrica revela uma ampla gama de definições, que vão desde o desrespeito e apropriação do corpo da mulher até a falta de cuidado e conduta desumana por parte dos profissionais de saúde. Com relação ao desrespeito e interações que

afetam a dignidade da mulher, Terribile e Sartarao Filho (2023) definem a violência obstétrica como interações que ofendem a dignidade e autonomia da gestante para se alcançar um resultado desejado pelos obstetras e pela equipe de saúde que podem levar a uma ruptura na relação médico-paciente. A violência obstétrica pode ser conceituada como uma apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos pelos profissionais da saúde, que se expressa no tratamento desumanizado, no abuso de medicamentos e na conversão de processos naturais em patológicos, impactando nas decisões das mulheres sobre seus corpos e sexualidade (Mena-Tudela et al., 2023; 2022; 2021), Avci e Kaydirak (2023), Castro e Rates (2022), Orso et al. (2021). Porém, não é o fato de o corpo feminino ser capaz de gestar que o torna vulnerável à violência obstétrica, mas as construções sociais realizadas a partir do biológico, ou seja, a biologização do social e a socialização do biológico, termos estes propostos por Bourdieu (Grobério, 2022).

Ademais, foram identificados conceitos em que estão articulados com o desrespeito a práticas, falta de cuidado, conduta desumana, bullying, coerção, problema sistêmico de gênero institucionalizado e estrutural. No estudo de Azzam et al. (2023), Molla et al. (2022) e Martinez-Galiano et al. (2021), a violência obstétrica é definida como uma ação dos profissionais de saúde em controlar as práticas reprodutivas e os corpos, afetando sua qualidade de vida. Ou como uma representação da desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (2021). E é comparado a um bullying, um problema sistêmico de gênero institucionalizado e estrutural (Perera et al., 2018). Sobre a articulação de alguns resultados com o desrespeito, abuso, maus-tratos e negligência, indicando procedimentos, aplicação de procedimentos não negociados e impostos à parturiente. Miranda et al. (2019) utilizam o conceito que a considera como um uso inadequado da tecnologia, com intervenções e procedimentos desnecessários resultando em potenciais sequelas.

Referente às condições estruturais de instalações, consideradas indignas e humilhantes. Paiz et al. (2022) argumenta que o termo “violência obstétrica” é mais utilizado na América Latina e carrega um posicionamento político, ao reconhecer as intersecções que atravessam as principais vítimas desta violência e implica o reconhecimento de problemas estruturais que afetam negativamente as experiências no parto e pós-parto. Outra definição que contribui significativamente é a de Dornelas et al. (2022), que usa a sigla ADM (abuso, desrespeito e maus-tratos) para definir violência obstétrica. Em síntese, essa diversidade de conceitos reflete a complexidade do fenômeno e a necessidade de uma abordagem mais sensível e multidimensional para o reconhecimento dessa violência, bem como da sua prevenção e enfrentamento.

A existência de uma ampla gama de definições da violência obstétrica evidencia a complexidade e a natureza multifacetada dessa prática. No entanto, essa diversidade de conceitos pode criar desafios que dificultam a comparação de dados e resultados entre estudos e regiões geográficas, prejudicando esforços para prevenção e intervenção no desenvolvimento de estratégias consistentes para lidar com a violência obstétrica. Embora a diversidade de definições reflita a complexidade do fenômeno, é importante trabalhar em direção a uma definição mais uniforme e abrangente da violência obstétrica. O que exige um diálogo contínuo entre pesquisadores, profissionais de saúde, legisladores, visando desenvolver uma compreensão compartilhada para prevenção dessa forma de violência contra as mulheres.

Os principais resultados dos estudos destacam a diversidade de tipos de violência obstétrica percebidos pelas mulheres, que vão desde o desrespeito à autonomia e integridade física até a falta de informação e comunicação por parte dos profissionais de saúde. Em relação à violência obstétrica percebida pelas mulheres, um dos resultados aponta a escassez de instruções a gestante durante o pré-natal até o puerpério por parte da equipe de enfermagem, identificando a necessidade do fortalecimento da consulta de pré-natal, que aborde temas reflexivos (Oliveira et al., 2020). Além de indicar uma alta proporção de participantes que relataram desrespeito frequente, sugerindo que os abusos podem ser normalizados nas unidades de saúde investigadas (Asefa et al., 2018). Ademais, os cuidados não dignos e não consentidos podem levar uma mulher a optar pelo parto domiciliar em vez do atendimento em uma instituição hospitalar (Molla et al., 2022). Outro resultado aponta que os desrespeitos ou maus-tratos não se limitam a uma característica socioeconômica ou demográfica (Dornelas et al., 2022). Em contrapartida, a primiparidade e a origem migrante são vistos como fatores de risco para as mulheres serem desrespeitadas e sofrerem abusos considerados perturbadores (Pijl et al., 2022). E uma das formas encontradas de identificar a prevalência de maus-tratos durante o parto é a padronização e mensuração dos maus-tratos, pois dessa forma irá criar estimativas mais precisas de sua prevalência (Paiz et al., 2022).

Referente às relações de poder entre profissionais da área da saúde, a violência obstétrica se cruza com o sistema de poder e opressão vinculados a desigualdades estruturais de gênero, sociais, linguísticas e culturais (Perera et al., 2018). Foi relatado abuso físico, psicológico, narrativas que continham expressões de discriminação por parte dos profissionais, quanto às mulheres, estas demonstraram comportamento passivo durante as intervenções (Santiago et al., 2018). E há uma relação significativa entre idade, identificação étnica e orientação sexual que tornam esse grupo mais vulnerável a sofrer a violência obstétrica, além de que a maioria das vítimas são usuárias do sistema de saúde público, ao todo 2.015 mulheres

consideram que experimentaram a violência no parto (Castro & Rates, 2022). Outro fator de vulnerabilidade é ser múltipara (Martínez-Galiano et al., 2021).

Sobre os profissionais que não reconhecem a violência obstétrica, dois dos artigos analisados indicam que os profissionais reconhecem a violência obstétrica e as repercussões na qualidade de vida das mulheres afetadas (Alexandria et al., 2019; Miranda et al., 2019). Em contrapartida, dois artigos evidenciam o desconhecimento sobre o tema e alguns profissionais não identificam em suas práticas de violência (Orso et al., 2021), 73,9% consideram que o termo “violência obstétrica” é nocivo ao exercício profissional e para a relação médico-paciente, enquanto 68,9% concordam que o termo parece inadequado, tendencioso e injusto (Terribile & Sartarao Filho, 2023).

As consequências da violência obstétrica se apresentam em dois artigos que identificaram que as mulheres que sofreram maus-tratos durante o parto apresentaram a prevalência de sintomas depressivos pós-parto (Paiz et al., 2022). E, ao ser exposta a diversos tipos de violência obstétrica, acarretou estresse, ansiedade, preocupação, tristeza, impotência, raiva e medo (Avci & Kaydirak, 2023). A violência obstétrica pode ser mais suscetível dependendo do ambiente hospitalar: público ou privado, e os resultados indicam que a violência obstétrica é menos suscetível em ambientes privados, quando comparado com os públicos (Azzam et al., 2023). Porém, algumas participantes apontaram sensações de insegurança, vulnerabilidade, culpa e incapacidade em uma instituição privada, tornando assim o resultado divergente do anterior (Mena-Tudela et al., 2020). E corroborando para tal resultado, os maiores níveis de intervencionismo foram percebidos no setor privado, assim como a violência obstétrica teve maior presença em instituições privadas (Mena-Tudela et al., 2021).

Em relação às intervenções obstétricas, indicou-se que a violência obstétrica é o termo mais preciso para descrever essas violências, ter uma definição contribui para a conscientização contínua, ajudando a implementar políticas e legislações para auxiliar no enfrentamento (Mena-Tudela et al., 2023). Esses resultados ressaltam a necessidade de uma abordagem ampla e inclusiva para o combate à violência obstétrica, que considere não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais envolvidos.

Os estudos mostram evidências que as intervenções sejam direcionadas não apenas para corrigir práticas individuais, mas para abordar as estruturas e normas institucionais que perpetuam o ciclo da violência, para tanto se faz importante a implementação de políticas e legislação que contribuam para uma mudança de cultura no sistema de saúde como um passo essencial para garantir os direitos e dignidade das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta revisão de escopo indicam que o termo "violência obstétrica" é mais usado/utilizado na América Latina, enquanto em outros países são mais comuns termos como "maus-tratos/violência no parto" e outras definições. Entretanto, com a adoção deste termo e com a padronização de um conceito para todos os países, a violência obstétrica poderia ser validada pelos profissionais de saúde e assim vista como ela é, uma ameaça não à relação médico-paciente, mas algo nocivo à saúde do binômio mãe-bebê. Padronizar um termo e conceito é dar nome a violência que faz vítimas em todo o mundo, é dar protagonismo as pessoas que gestam, é reconhecer que certas práticas podem ser nocivas e novas práticas podem surgir para levar dignidade, respeito e compreensão aos corpos que gestam em um momento de grande vulnerabilidade: o ciclo gravídico-puerperal.

Ademais, destaca-se que, apesar da temática violência obstétrica ser mais pesquisada nos países da América latina, principalmente no Brasil, considerando o número de artigos achados e selecionados, esta discussão ainda está ganhando espaço no meio acadêmico, devido à divergência de opiniões entre os profissionais de diversas áreas que acreditam que o termo é nocivo para a profissão ou que a definição não condiz com a prática. E essa ideia pouco flexível de continuar a usar práticas que não possuem evidências científicas, que são abusivas e desrespeitosas, está interligada com o pensamento da medicina hegemônica, que considera saberes tradicionais da medicina.

Os estudos de diversas áreas da saúde corroboram para o conhecimento da existência da violência obstétrica e discutir mais a temática possibilita que novas legislações e diretrizes de atendimento à saúde materno-infantil sejam refletidas e formuladas ao ter como base estudos científicos de qualidade.

Embora os artigos apresentem amostras significativas para a discussão em torno da violência obstétrica, destacam-se algumas limitações: como a falta de inclusão de pessoas de gênero/ orientação dissidentes e as violações que sofrem no processo de gestação ou puerpério, as amostras limitadas e validade do instrumento são uma das principais limitações dos estudos. Uma amostra limitada dificulta a generalização dos resultados, além de não representar uma população (Wudneh et al., 2022; Terribile & Sartarao Filho, 2023; Lima et al., 2021) e a validade do instrumento repercute nos resultados da pesquisa, pois se o instrumento não foi validado, não há como comparar com outros estudos, tornando os resultados pouco precisos (Abbasi et al., 2022; Terribile & Sartarao Filho, 2023).

Esta revisão apresentou os estudos internacionais sobre a temática violência obstétrica, identificando os principais conceitos e definições, participantes, e instrumentos para se chegar aos objetivos propostos dos artigos incluídos. Apesar das limitações, este estudo contribuiu significativamente para apresentar o atual cenário obstétrico mundial.

REFERÊNCIAS

- Abbasi, S., Sadiq, S. S., Naz, S., Khalid, S., Bukhari, A. (2022). Women's Experience with Obstetric Violence during Hospital Birth. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), p.506-508.
- Alexandria, S. T. de, Oliveira, M. do S. S. de, Alves, S. M., Bessa, M. M. M., Albuquerque, G. A., Santana, M. D. R. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los Cuidados*, 23(53), p.119-128.
- Avci, N., Kaydirak, M. M. (2023). A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery*, 121.
- Asefa, A., Bekele, D., Morgan, A., Kermode, M. (2018). Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*, 15(4).
- Azzam, O. A., Sindiani, A. M., Eyalsalman, M. M., Odeh, M. K., AbedAlkareem, K. Y., Albanna, S. A., Abdulrahman, E. M., Abukhadrah, W. Q., Hazaimah, H. O., Zaghloul, A. A., Mahgoub, S. S. (2023). Obstetric Violence among Pregnant Jordanian Women: An Observational Study between the Private and Public Hospitals in Jordan. *Healthcare*, 11(5), p.1-10.
- Barbosa Filho, V. C., Tricco, A. C. (2019). Scoping review: a relevant methodological approach for knowledge synthesis in Brazil's health literature. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, 24, p.1-6.
- Bourdieu, P. (2023). *A dominação masculina*. 21. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), p.77-101.

- Castro, M. C., Rates, S. S. (2022). Violencia obstétrica em Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Rev. Panam. Salud Publica*, 46.
- Corrêa, A. P. D., Torres, I. C. (2021). Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social. *Argum.*, 13(3), p.90-102.
- Dornelas, A. C. V. de R., Rodrigues, L. dos S., Penteado, M. P., Batista, R. F. L., Bettioli, H., Cavalli, R. de C., Grandi, C., Cardoso, V. C. (2022). Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), p.535-544.
- Ferraz, L., Pereira, R. P. G., Pereira, A. M. R. da C. (2019). Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. *Saúde Debate*, 43, p.200-216.
- Grobério, I. (2022). *Violência obstétrica e patriarcado: como “destino biológico” das fêmeas humanas faz surgir a violência no parto*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Joana Briggs Institute. (2022). JBI Manual for Evidence Synthesis.
- Leite, G. P., Marinho, N. (2022). Violência obstétrica em um contexto sociocultural. As práticas tecnocráticas em um contexto de interseccionalidade. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, 8(10), 1009-1029.
- Lima, K. D. de, Pimentel, C., Lyra, T. M. (2021). Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, p. 4909-4918.
- Lopes, J. M. de. (2018). When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*, 23(1), p.60-69.
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34, p.526-536.

- Marques, S. B. (2020). Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, 9(1), p.97-119.
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casas, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., Valero-Chillerón, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17.
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casas, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., Valero-Chillerón, M. J. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part II): Medicalization during Birth. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18.
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casas, S., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., González-Chordá, V. M., Valero-Chillerón, M. J. (2022). Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19.
- Mena-Tudela, D., Roman, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., Roperio-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, 36, p.219-226.
- Miranda, F. L., Velloso, G. S., Lima, P. de O., Rangel, S. C., Almeida, H. F. de, Pinheiro, M. L. P., Costa, L. N. V. (2019). Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. *HU Revista*, 45(4), p.415-420.
- Molla, W., Wudneh, A., Tilahun, R. (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22.
- Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014.

- Oliveira, M. R. R. de, Elias, E. A., Oliveira, S. R. de. (2020). Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem da enfermagem. *Revista de enfermagem (UFPE online)*, 14.
- Orso, L. F., Silva, A. de L. e, Marques, S. R. A., Mazzetto, F. M. C., Jamas, M. T., Costa, M. C. G. da. (2021). Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde. *Revista de Enfermagem (UFPE online)*, 15(2).
- Paiz, J. C., Castro, S. M. de J., Giugliani, E. R. J., Ahne, S. M. dos S., Dall'Aqua, C. B., Giugliani, C. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22.
- Paiz, J. C., Castro, S. M. de J., Giugliani, E. R. J., Ahne, S. M. dos S., Dall'Aqua, C. B., Giugliani, C. (2022). Development of an instrument to measure mistreatment of women during childbirth through item response theory. *PLOS ONE*, 17 (7).
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J. (2018). 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18.
- Pijl, M. S. G. v. d., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., Linden, T. v. d., Kingma, E., Hollander, M. H., Jonge, A. de. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reproductive Health*, 19.
- Santiago, R. V., Monreal, L. A., Carmona, A. R., Domínguez, M. S. (2018). "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18.
- Swahnberg, K., Zbikowski, A., Wijewardene, K., Josephson, A., Khadka, P., Jeyakumaran, D., Mambulage, U., Infanti, J. J. (2019). Can Forum Play Contribute to Counteracting Abuse in Health Care? A Pilot Intervention Study in Sri Lanka. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(9).
- Terribile, D. C., Sortorao Filho, C. I. (2023). Perceptions of the Brazilian obstetrics physicians about the term obstetric violence: a cross-sectional study. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 69(2), p.252-256.

Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. de A. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 10(35), p.1-12.

Wudneh, A., Cherinet, A., Abebe, M., Bayisa, Y., Mengistu, N., Molla, W. (2022). Obstetric violence and disability overlaps: obstetric violence during childbirth among womens with disabilities: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 22.

ESTUDO II

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM ESTUDANTES (PERCOV-S) PARA O BRASIL

RESUMO

A Violência Obstétrica, apesar das diferentes terminologias usadas, é caracterizada por ações e comportamentos negligentes, desrespeitosos ou abusivos praticados pela equipe de saúde em assistência materna e obstétrica contra pessoas no ciclo gravídico-puerperal. O objetivo desta pesquisa foi realizar uma adaptação cultural do questionário *PercOV-S*, para mensuração de violência obstétrica percebida por profissionais da assistência materna e obstétrica e suas implicações. O estudo foi dividido em duas etapas: a primeira diz respeito às etapas da adaptação semântica, e a segunda etapa descreve as análises fatoriais exploratória e confirmatória da escala de Percepção da Violência Obstétrica em Profissionais (PercOV-P). Como instrumentos, foram utilizados o questionário sociodemográfico e o instrumento PercOV-S. Foram realizadas Análise Fatorial Exploratória, Análise Fatorial Confirmatória, análise de redes e teste de Mann-Whitney. O instrumento PercOV-S foi validado no contexto brasileiro e demonstrou uma estrutura fatorial interna consistente.

Palavras-chave: Adaptação cultural, violência obstétrica; saúde materna; profissionais de saúde

A literatura nacional e internacional não apresenta consenso quanto à terminologia e à definição mais adequada para descrever os atos de desrespeito, abuso e maus-tratos praticados por profissionais de saúde durante a assistência no ciclo gravídico-puerperal. Essa falta de consenso é intensificada pela resistência de alguns profissionais que não reconhecem esses procedimentos como abusivos, mas os consideram parte inerente da atenção à saúde materna (Leite et al., 2022).

Neste contexto, tais atos são considerados no Brasil e em outros lugares do mundo, com outras nomenclaturas como violência institucional, violência no parto, desrespeito e abuso no parto, maus-tratos, violência obstétrica, entre outras denominações. A terminologia 'Violência Obstétrica' (V.O) começou a ser utilizada na América Latina e na Espanha no início dos anos 2000, a partir de movimentos pela humanização do parto, que criticavam o modelo tecnocrático de assistência e hoje representa uma forma de chamar a atenção dos profissionais e da

sociedade sobre atos que se distanciam de um modelo mais humanizado de assistência à saúde de pessoas que gestam (Katz et al. 2020).

Diante da ausência de um conceito oficial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) define a violência obstétrica como uma violência de gênero que se manifesta por meio de ações físicas, verbais, psicológicas e raciais durante procedimentos invasivos, coercitivos, não consentidos e prejudiciais, os quais são desprovidos de evidências científicas. Como a episiotomia, manobra de Kristeller, tricotomia, clister (i.e., realização de enema), cesariana por conveniência do profissional, restrição de acompanhante, aplicação de ocitocina, dentre outras práticas violentas que roubam o direito do indivíduo de decidir sobre seu corpo (Tesser et al., 2015).

Apesar de a violência obstétrica ser reconhecida como um grave problema de saúde pública, no Brasil, não há uma legislação federal específica, e as vítimas precisam recorrer a leis estaduais. Porém, essa lacuna desencoraja denúncias, invisibiliza a violência e perpetua a vulnerabilidade dos corpos que gestam (Pantoja et al., 2024). No Amazonas, há duas leis que se alinham em torno do combate à violência obstétrica: a Lei nº 4.4848 dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes públicas e particulares de saúde do estado do Amazonas. E a Lei Estadual nº 4.749, que dispõe sobre o parto humanizado, e o Plano de Parto Individual (PPI), assegurando as pessoas que estão no ciclo gravídico-puerperal o direito de receber a assistência humanizada na rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual (Martins et al., 2022).

As medidas para reverter os casos de violência obstétrica tornam-se mais relevantes, quando se considera o número de denúncias levadas a Defensoria Pública do Estado do Amazonas, realizadas entre 2019 e 2023, cerca de 60 denúncias e catalogadas 324 relatos oriundos das ouvidorias das maternidades de Manaus (Amazonas atual, 2024). No interior do Amazonas, no ano de 2021, as denúncias correspondem a 11% de todas as denúncias de violência obstétrica no estado registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista (Corrêa, 2022).

Considerando a geografia do norte do país, observa-se que, apesar das deficiências das instituições de saúde, as políticas implementadas na capital apresentam um desempenho relativamente melhor em comparação à assistência oferecida nas áreas mais remotas do interior do Amazonas, indicam um cenário precário, marcado por atos que prejudicam a saúde materno-infantil e que se manifestam por meio de sequelas ou pela mortalidade materna, uma violência que muitas vezes não é reconhecida ou é reduzida em prol das instituições de saúde, no Amazonas.

Considerando esse contexto, este estudo é relevante para o cenário amazônico, ao buscar adaptar um instrumento que contribua para a avaliação da assistência materna, uma vez que ainda não existem instrumentos psicométricos validados para mensurar a violência obstétrica no Brasil, especialmente sob a perspectiva dos profissionais da área. A adaptação proposta possibilita uma avaliação do cenário e das práticas em saúde, ao avaliar a perspectiva dos profissionais, para identificar as necessidades específicas enfrentadas no cotidiano do atendimento, e levantar estratégias para melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil.

Embora a utilização de instrumentos psicométricos validados não seja novidade, muitos estudos sobre violência obstétrica não utilizam ferramentas com validade psicométrica, limitando a comparação entre amostras (Leite et al., 2022).

Assim, devido à ausência de instrumentos validados que mensuram a percepção dos profissionais de saúde materna e obstétrica no Brasil, buscou-se como objetivo deste estudo realizar a adaptação cultural do questionário denominado “Percepção da Violência Obstétrica em Estudantes (PercOV-S)” desenvolvido por Mena-Tudela et al. (2020), para mensuração de violência obstétrica percebida por profissionais da assistência materna e obstétrica e suas implicações para o contexto brasileiro. Como objetivos específicos, constam a (1) realização da tradução do espanhol para o português, adaptando culturalmente o instrumento PercOV-S para o contexto brasileiro; e (2) exame das evidências psicométricas de validade de conteúdo e a consistência da estrutura interna do instrumento.

O instrumento PercOV-S possui uma estrutura interna consistente e validada psicometricamente na Espanha exclusivamente para estudantes de graduação em enfermagem, medicina e especialização em obstetrícia e ginecologia, e o estudo que ora se apresenta, se caracteriza como adaptação cultural, deste instrumento, para a versão brasileira, que a partir de sua validação com os profissionais de saúde da assistência materna e obstétrica, receberá a denominação de “Percepção da Violência Obstétrica em Profissionais (PercOV-P)”.

A longo prazo, o uso estratégico desse instrumento pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico no Brasil, promovendo uma abordagem mais ética e respeitosa durante o ciclo gravídico-puerperal e melhorando a humanização do parto. A partir da perspectiva dos profissionais da assistência materna, essa adaptação contribui para os estudos que envolvem novas abordagens sistematizadas que possam influenciar políticas públicas e programas de saúde voltados à prevenção da violência obstétrica e ao aprimoramento das práticas obstétricas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a adaptação cultural do questionário PercOV-S, desenvolvido por Mena Tudela et al. (2020), para mensuração de violência obstétrica percebida por profissionais da saúde e suas implicações.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

(1) Realizar a tradução do espanhol para o português, adaptando culturalmente o instrumento PercOV-S para o contexto brasileiro;

(2) Examinar as evidências psicométricas de validade de conteúdo e a consistência da estrutura interna do instrumento.

3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

O presente estudo é uma adaptação cultural de instrumento baseado nas etapas propostas por Borsa et al. (2012). A primeira etapa diz respeito as etapas da adaptação semântica, e a segunda etapa descreve as análises fatoriais exploratória e confirmatória da escala de Percepção da Violência Obstétrica em Profissionais (PercOV-P).

ETAPA I – PROCEDIMENTOS PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO PERCOV-S

A adaptação da versão brasileira do instrumento PercOV-S se baseou nas diretrizes propostas por Borsa et al. (2012) composta por seis etapas, a saber: 1) tradução do instrumento para o idioma-alvo; 2) síntese das versões traduzidas; 3) avaliação da síntese do instrumento por juízes *experts*; 4) avaliação do instrumento pelo público-alvo; 5) tradução reversa – *Back-translation*; e 6) estudo-piloto. Abaixo foram detalhadas as etapas desse processo.

A tradução do instrumento do espanhol para o português do Brasil foi realizada por dois tradutores bilíngues e nativos do idioma-alvo, sendo um da área da psicologia que entendia de psicométrica, e as traduções foram feitas às cegas. Após a realização de ambas as traduções foi feita a síntese das traduções, onde foram comparadas as equivalências semânticas para o contexto cultural que era o foco, na qual participou desta etapa a autora, a professora

orientadora, o professor coorientador, uma aluna de graduação e uma de mestrado, assim se chegou a única versão do instrumento, que foi encaminhada aos *experts*.

Na terceira etapa, o comitê de *experts* foi composto por três juízas que tinham os títulos de doutoras em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Ciências infecciosas e parasitárias, e Ciências Médicas. Após a avaliação das *experts*, o instrumento passou por outra síntese, utilizando dessa vez as sugestões das juízas para a adaptação do questionário, que somente dessa forma pôde ser aplicado ao grupo piloto. Na terceira etapa, também participaram da síntese a autora, a professora orientadora, o professor coorientador, uma aluna de graduação e uma aluna de mestrado.

Ademais, na quarta etapa, que consistia na avaliação pelo público-alvo, o instrumento PercOV-S foi aplicado para 30 alunos de graduação na área da saúde (curso de enfermagem, fisioterapia e medicina). O intuito dessa aplicação foi avaliar a compreensão em torno da semântica dos itens do instrumento, suas instruções e a validade psicométrica.

Na quinta etapa, da Tradução Reversa ou *Back-Translation*, um tradutor, que não participou das primeiras traduções, traduziu o instrumento do português do Brasil para o espanhol. Por fim, o instrumento foi enviado a autora original do instrumento PercOV-S para verificar se o instrumento não perdeu o sentido durante o processo de adaptação cultural. Após o *feedback* da autora do instrumento, a adaptação cultural foi aprovada, e a sexta etapa consistiu na validação do instrumento, que foi aplicado para 326 profissionais da área da saúde, com foco na obstetrícia, com atuação direta no parto (técnico de enfermagem, enfermagem e medicina) e na assistência (psicologia, farmácia, fisioterapia e serviço social), em todas as capitais do Brasil através do *Google Forms*.

Assim como proposto por Borsa et al. (2012), apesar de não estar incluída como uma sétima etapa no processo de adaptação, foi realizada a avaliação da estrutura fatorial do instrumento, que confirmou se ele se manteve estável quando comparado a versão original. E para isso, utilizou dos procedimentos estatísticos como a análise fatorial exploratória e confirmatória. A seguir, no quadro 1, estão os processos de adaptação cultural descritos de forma mais detalhada, se baseando nas diretrizes propostas por Borsa et al. (2012).

Quadro 1

Processo de adaptação cultural com base nas diretrizes propostas por Borsa et al. (2012).

Etapa 1	
Objetivo	Tradução inicial do idioma de origem para o idioma-alvo
Descrição	
<p>A partir das recomendações de Borsa et al. (2012) e da literatura científica, a primeira etapa deve-se evitar a tradução dos itens do instrumento de forma literal, pois as expressões e costumes do país de origem do instrumento podem não ser compreendidos ou ter sentidos diferentes no Brasil. Além disso, devem ser feitas, pelo menos, duas traduções do instrumento do idioma de origem (espanhol) para o idioma-alvo (português). É necessário participar do processo de tradução dois tradutores bilíngues, que deverão fazer as traduções às cegas. Um dos tradutores precisa ser da área da Psicologia e entender de Psicometria, enquanto o outro pode estar ligado a outras áreas que não seja a Psicologia, e que não tenha afinidade com os objetivos da tradução. Borsa et al. (2012) pontua que o segundo tradutor, o que não tem envolvimento com a área na qual o instrumento está sendo adaptado, por ser menos influenciado pelo instrumento, possibilita apresentar a versão que reflita uma linguagem mais acessível para o público-alvo, diferente do primeiro tradutor, que apresentará a linguagem mais científica.</p>	
Etapa 2	
Objetivo	Síntese das versões traduzidas
Descrição	
<p>Após obter ambas as versões do instrumento traduzido, o processo seguinte é a síntese das versões, que consiste em comparar as traduções, avaliando as discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, ou seja, os aspectos culturais, para se chegar a uma versão única (Borsa et al., 2012). Antes de comparar os itens da tradução 1 e 2, os autores e os juízes vão sempre voltar ao instrumento original, para verificar se o item traduzido não perdeu o sentido, então, a partir disso, avaliar a tradução 1 e 2.</p>	
Etapa 3	
Objetivo	Avaliação da síntese por <i>Experts</i>
Descrição	
<p>Obtendo uma versão única a partir da síntese das traduções 1 e 2, a terceira etapa consiste em enviar essa versão do instrumento para um comitê de experts/juízes na área. Recomenda-se que no mínimo sejam 3 experts, doutores e especialistas na temática do instrumento. Nesse caso, os experts serão profissionais da área da saúde, médicos e doutores. Os experts vão avaliar o instrumento às cegas, considerando cada item, se os termos ou expressões se adequam ao contexto cultural e ao público-alvo. Vale ressaltar que será disponibilizado ao comitê o instrumento original ao lado da versão sintetizada. E após as considerações dos experts, o instrumento passará por outra síntese, na qual os autores vão considerar essas sugestões para se chegar à versão que será aplicada ao público-alvo.</p>	
Etapa 4	
Objetivo	Avaliação pelo Público-Alvo
Descrição	
<p>Na quarta etapa, o objetivo é verificar se as instruções, os itens e a escala de resposta são compreensíveis e adequados para o público-alvo. E os indivíduos que vão participar desta etapa podem variar com as características dos participantes a que o instrumento será destinado (Borsa et al., 2012). Destaca-se que não será</p>	

realizado nenhum procedimento estatístico, o que será avaliado é a adequação dos itens e a estrutura do instrumento. Dessa forma, o participante irá fazer sugestões, caso haja má compreensão dos itens.

Etapa 5

Objetivo	Tradução Reversa – <i>Back-translation</i>
Descrição	
A tradução reversa é a tradução da versão sintetizada e revisada do instrumento para o idioma de origem, é a versão final que será enviada para o autor do instrumento avaliar. O objetivo desta etapa é verificar se a versão traduzida não perdeu o sentido da versão original, porém, não se busca uma equivalência literal entre as versões original e traduzidas. Recomenda-se que, pelo menos, dois tradutores, que não fizeram parte da primeira tradução, participem desta etapa.	

Etapa 6

Objetivo	Estudo-Piloto
Descrição	
O estudo-piloto é uma aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que tenha as características da população-alvo. A literatura científica sugere que seja realizado o segundo estudo-piloto, ou quantos forem precisos, para avaliar o instrumento que está sendo adaptado, assim este estará pronto para ser utilizado.	

Etapa 7

Objetivo	Validação do instrumento
Descrição	
Para um instrumento ser validado para o contexto ao qual foi adaptado, é necessário ser realizada a avaliação da estrutura fatorial.	

Nota: Adaptado de Borsa et al. (2012)

ETAPA II – VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA POR MEIO DE ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa, 326 trabalhadoras/trabalhadores da área da saúde materna, sendo 84,3%, mulheres cisgênero, 14,1% homens cisgêneros, 0,3%, mulheres transgênero, 0,9% gênero fluído e 0,3% pessoas não binárias. A idade variou entre 21 e 68 anos (M=37,3; DP = 10,4). Em relação a escolaridade, participaram 70,4% com graduação completa, 13,9% com nível de mestrado e 13,9% com ensino técnico de enfermagem 2,7% com titulação de doutorado e 0,6% com pós-doutorado. Em relação à profissão, 51,8% eram da área da enfermagem, seguida de 16,2% técnicos de enfermagem, 15,9% profissionais de psicologia, 8,5% da área da medicina, e 2,7% da farmácia, 2,4% fisioterapia e 2,1% do serviço social. O

tempo de experiência, o mínimo, foi de 1 ano e o máximo de 50 anos ($M=10,0$; $DP=8,4$). Em relação ao estado, 75,1% dos participantes eram do Amazonas e o restante, 24,9%, das outras regiões do país, incluindo o Distrito Federal. Por fim, ao indicar sua instituição de trabalho, 76% eram de serviços de saúde pública, 12,5% privada e 11,3% de ambas as instituições.

INSTRUMENTOS

1) Questionário Sociodemográfico: Foi utilizado esse instrumento para investigar as características sociodemográficas, como identidade de gênero, idade, Estado, Cidade, nível de escolaridade, área de atuação, tempo de experiência na área da saúde e tipo de instituição que o participante trabalha.

2) Questionário *PercOV-S*: Este instrumento mensura a percepção dos profissionais da área da saúde a respeito da violência obstétrica a partir de quatro momentos: antes do parto, durante o parto, cesárea, após o parto. O questionário *PercOV-S* foi desenvolvido por Mena-Tudela et al. (2020) e é medido por meio da escala de *Likert* de cinco pontos (1 nada a 5 muito). O questionário possui 33 itens divididos em três momentos: antes do parto, durante o parto (cesárea) e após o parto. O questionário avalia duas dimensões, (1) Violência obstétrica protocolada ou visível. Os itens que pertencem a essa dimensão são: 1, 2, 3, 4, 6, 15, 16 e 28. (2) Violência obstétrica não protocolada ou invisível. Esta dimensão é composta pelos itens: 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33. Para calcular a pontuação geral do *PercOV-S* deve-se realizar a soma de todos os resultados dos itens e dividir esse resultado pelo número de itens (33 itens). Já para calcular o resultado de cada dimensão, deve-se fazer a média de cada uma das dimensões. No estudo de Mena-Tudela et al. (2020) a validação desse instrumento, as duas dimensões apresentaram 54,47% da variância, obtendo a consistência interna média através do Alfa de Cronbach de: Global = 0,936; Dimensão (1) Violência obstétrica protocolada ou visível = 0,802; e Dimensão (2) Violência obstétrica não protocolada ou invisível = 0,952.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O questionário *PercOV-S* foi aplicado de modo online por meio da ferramenta do Google Forms, o qual é um formulário autoaplicável que permite a coleta de dados e estabelece relatórios em tempo real. A amostra para fazer a validação psicométrica do instrumento foi

recrutada por meio de divulgações em mídias sociais (e.g., *Whatsapp*, *E-mail*, *Instagram*), possibilitando a participação de profissionais de outros estados, que fazem parte de grupos sobre violência obstétrica a participarem. O *link* do instrumento foi enviado para os participantes via e-mail, Instagram e WhatsApp, por meio do *link* contendo a descrição dos objetivos da pesquisa e da população-alvo. O tempo de aplicação do instrumento foi em média 10 minutos. Após o *link* acessado pelos participantes, era gerada uma página com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes responderam ao instrumento apenas após a leitura e o aceite Do TCLE e tiveram acesso a uma cópia do TCLE em formato PDF por meio de um *link*. A coleta dos dados foi realizada entre abril e junho de 2024.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Para analisar a estrutura interna do PercOV-S (Mena-Tudela et al., 2020), uma validação cruzada estratégica foi empregada, dividindo a amostra em dois grupos utilizando o programa IBM SPSS. Com a primeira amostra ($n = 169$), realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE) utilizando o programa FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2013). A análise foi implementada utilizando uma matriz policórica e o método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Asparouhov & Muthen, 2010). A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e a rotação utilizada foi a Robust Promin (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019c).

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice H (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). O índice H avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator comum (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Os valores de H variam de 0 a 1. Valores altos de H ($> 0,80$) sugerem uma variável latente bem definida, o qual é provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de H sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Por fim, o parâmetro de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados utilizando a parametrização de Reckase (Reckase, 1985).

Com a segunda amostra ($n = 157$), foi realizada análise fatorial confirmatória (AFC) para testar dois modelos, cada um com dois fatores: a) modelo 1, o modelo proposto por Mena-Tudela et al. (2020), e b) modelo 2, uma nova proposta com diferentes carregamentos de itens nos fatores e fornecendo uma melhor justificativa do ponto de vista teórico no Brasil. A análise foi implementada utilizando o método de estimação Robust Diagonally Weighted Least

Squares (RDWLS) (Distefano & Morgan, 2014; Li, 2016). Para essa etapa foi utilizado o software JASP 0.18.1 (Jasp Team, 2023).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo foi desenvolvido após a avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), aprovado com o parecer nº 6.785.683. Todos os participantes foram incluídos após a leitura e aceite do TCLE.

4. RESULTADOS

A Escala de Percepção de Violência Obstétrica para Estudante (PercOV-S) composta por 33 itens construída por Mena-Tudela et al. (2015) apresenta um modelo de dois fatores, sendo o fator 1 denominado de Violência obstétrica protocolizada ou visível composto pelos itens 1, 2, 3, 4, 6, 15, 16 e 28, e o fator 2 que avalia a Violência obstétrica não protocolizada ou invisível inclui os itens 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33. Na adaptação da EP para o contexto brasileiro, ao realizar análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC) a estrutura fatorial apresentou resultados de ajuste contraditórios aos do modelo original.

4.1 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA (AFE)

Para obtenção de um modelo com propriedades psicométricas satisfatórias e consistência teórica, foram empregadas técnicas de análise exploratórias e confirmatórias. Na etapa exploratória, com metade da amostra ($N = 169$), foram extraídos dois fatores por meio dos métodos Kaiser-Gutman, Análise Paralela (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). A matriz de correlação policórica dos itens atendeu aos pressupostos da AFE (Tabachnick & Fidell, 2013), pois o KMO foi de 0,96, o teste de Bartlett foi significativo ($\chi = 1797.9$; $gl = 528$; $p < 0,001$), e cargas fatoriais superiores a 0,3 (Tabela 1). Assim, a AFE realizada com os 33 itens originais da escala indicou a existência de dois fatores correlacionados (Violência obstétrica protocolizada ou visível e Violência obstétrica não protocolizada ou invisível ($r = 0,53$; $p < 0,001$). Isso posto, pode-se afirmar que os dados empíricos obtidos na amostra brasileira se ajustaram de modo compatível com a teoria da escala original.

Tabela 1

Estrutura Fatorial da Escala PercOV-S

Itens	Fator 1	Fator 2
1. Puncionar acesso venoso periférico na admissão das gestantes	0.64	-
2. Para aliviar a dor, é necessário dizer à gestante (ou parturiente) a posição mais confortável em que ela deve ficar	0.84	-
3. Administrar medicação para acelerar o mecanismo do trabalho de parto	-	0.61
4. Realizar enema (lavagem intestinal)	-	0.78
5. Romper artificialmente a bolsa amniótica para acelerar o trabalho de parto.	-	0.84
6. Raspar os pelos pubianos (Tricotomia)	0.36	
7. Caso a gestante esteja muito inquieta, ela pode ser contida	-	0.92
8. Realizar o toque vaginal sem consentimento da gestante	-	0.96
9. Não oferecer medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor	-	0.82
10. Tentar convencer a gestante a aceitar o uso da anestesia peridural	-	0.72
11. Deixar de respeitar a privacidade da gestante (ou parturiente)	-	1.01
12. Tentar convencer a gestante a optar pelo parto Cesária garantindo que será sem dor e/ou mais rapidamente	-	0.92
13. Convencer a gestante (ou parturiente) das decisões clínicas tomadas sem considerar a sua opinião	-	0.97
14. Tirar fotos sem consentimento da parturiente durante o parto	-	1.02
15. No período expulsivo, o/a profissional deve assegurar-se de que a parturiente esteja em posição litotômica (posição ginecológica)	0.47	-
16. Durante o período expulsivo e pós-parto imediato, a parturiente pode estar acompanhada caso o parto não tenha sido instrumentalizado ou uma cesariana	0.58	-
17. Realizar episiotomia, quando necessário, sem pedir permissão prévia da parturiente.	-	0.96
18. Verbalizar ou expressar: "Você não está fazendo força o suficiente"	-	0.95
19. Realizar a manobra de Kristeller (pressionando o útero da parturiente no mesmo instante da contração, simulando um empurrão ao feto)	-	0.94
20. Realizar episiotomia sem anestesia	-	1.01
21. Durante o trabalho de parto, manter jejum e/ou proibir ingestão hídrica	-	0.95
22. Não disponibilizar/oferecer cobertores/aquecimento, conforto mínimo adequado durante o parto	-	0.95
23. Verbalizar ou expressar: "Pare de reclamar que não é para tanto"	-	1.01
24. Tentar convencer a parturiente de que gritar durante o parto pode acabar assustando as demais gestantes e/ou puérperas e acompanhantes da enfermaria (ou da sala de pré-parto)	-	0.99
25. Optar pela realização de parto cesárea com a justificativa de que está havendo demora na dilatação	-	0.76
26. Frente à necessidade de realizar uma cesariana de emergência, explicar o conteúdo do consentimento informado, verificar o conteúdo do consentimento informado, mas não verificar se a gestante está	-	0.84

ciente do que lhe está sendo explicado, nem se foi assinado qualquer consentimento		
27. Não autorizar a entrada do acompanhante durante a cesariana/parto instrumentalizado	-	0.90
28. Imediatamente após o nascimento, o cordão umbilical deve ser cortado	0.40	-
29. Diante de uma laceração, realizar a episiorrafia sem anestesia	-	0.99
30. Separar o binômio mãe-bebê, sem razão médica apoiada em evidências científicas	-	1.01
31. O contato pele a pele deve ser estimulado pelos profissionais de saúde (parteira e/ou pediatria) após o exame pediátrico do recém-nascido	0.59	-
32. Incentivar o repouso materno, mesmo que a amamentação não tenha sido estabelecida	0.66	-
33. Oferecer ao recém-nascido, no hospital, outra alimentação que não seja o leite materno, sem a autorização da mãe	-	0.96
Confiabilidade Composta	0.79	0.99
H-Latent	0.90	0.99
H-Observed	0.92	1.02

Nota: Todos os parâmetros apresentaram, $p < 0,001$. As cargas padronizadas marcadas em negrito permaneceram na estrutura da escala associadas aos respectivos fatores

Os itens apresentaram cargas fatoriais adequadas, em seus respectivos fatores. No entanto, os itens 3 e 4 carregaram melhor no fator 2, e os itens 28, 31 e 32 carregaram melhor no fator 1, ocasionando uma mudança da estrutura da escala para o contexto brasileiro.

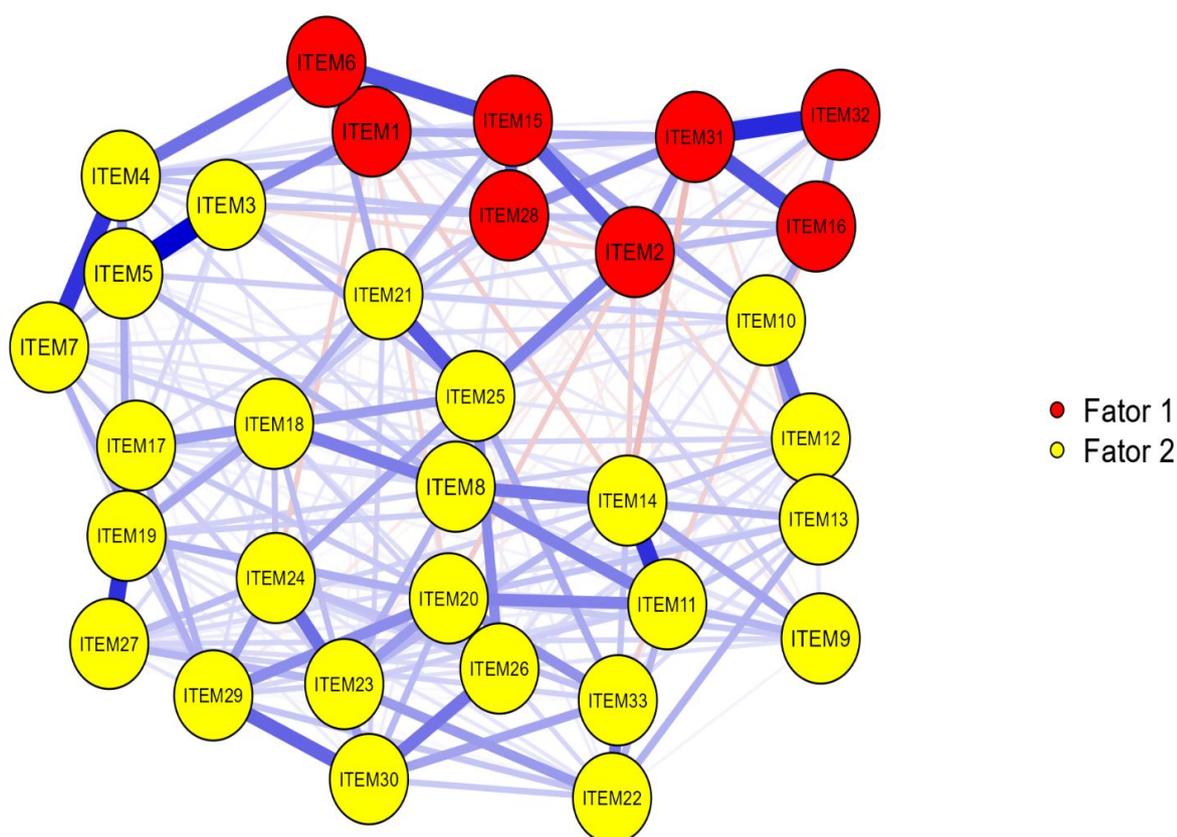
Os índices de ajuste do instrumento foram adequados (RMSEA = 0,000; CFI = 0,999; TLI = 1,507). A fidedignidade composta dos fatores também se mostrou aceitável (acima de 0,70) para todos os fatores. A medida de replicabilidade da estrutura fatorial (*H*-index), sugeriu que a escala pode ser replicável em estudos futuros ($H < 0,80$) (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018).

A fim de aprofundar o conhecimento das relações dos itens da Escala, foi empregada a técnica multivariada de Análise de Redes (Golino & Epskamp, 2017). Esse método multivariado exploratório controla o problema do super ajuste dos itens por meio da penalização do índice *Extended Bayesian Information Criterion* (EBIC), fixando em zero as correlações parciais de baixo peso. Como desfecho, há o melhor tratamento da multicolinearidade e a redução das correlações espúrias entre os itens, resultando em compreensões mais apuradas sobre os fatores, sua representação gráfica e a dinâmica das relações dos itens (Golino & Epskamp, 2017). Assim, foi possível confirmar o número de fatores, explorar a representação gráfica da estrutura e a dinâmica das relações entre os itens. A Figura 1, da análise de redes, corrobora o modelo de dois fatores descrito na Tabela 1 cujos itens 1, 2, 6, 15, 16, 28, 31 e 32 pertencem ao fator Violência obstétrica protocolizada ou visível (VoP) e os itens 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27,

29, 30 e 33 à Violência obstétrica não protocolizada ou invisível (VonP). A magnitude das correlações entre os itens é representada pela espessura e intensidade da cor das arestas. A análise de rede também confirmou a mudança de fatores dos itens 3, 4, 28, 31 e 32. É possível ver na figura 1 que os itens em questão se diferem da escala original. Isso posto, restou clara a estrutura bidimensional do instrumento, consonante com o modelo proposto por Mena-Tudela et al. (2020).

Figura 1

Rede Exploratória da Escala PercOV-S



4.2 ANALISE FATORIAL CONFIRMATORIA (AFC)

Na fase confirmatória, a partir de análises com a parte da amostra que não foi utilizada na fase exploratória ($n = 157$), buscou-se investigar se o modelo bidimensional se ajusta à matriz de correlação policórica dos itens. A análise foi implementada utilizando o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Distefano & Morgan, 2014; Li, 2016). Com base no exposto, dois modelos de medida, com os fatores Violência obstétrica

protocolizada ou visível e o fator 2 que avalia a Violência obstétrica não protocolizada ou invisível, foram testados na busca de melhores índices de ajuste: o Modelo 1 que é o modelo original proposto por Mena-Tudela et al. (2020) e o modelo 2 foi o modelo encontrado na etapa da Análise Fatorial Exploratória anteriormente detalhado, ambos com 33 itens.

Os índices de ajuste utilizados foram: X^2 ; X^2/gl ; Comparative Fit Index (CFI); Tucker-Lewis Index (TLI); Standardized Root Mean Residual (SRMR) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Valores de X^2 não devem ser significativos; a razão X^2/gl deve ser < que 5 ou, preferencialmente, < que 3. Valores de CFI e TLI devem ser > que 0,90 e, preferencialmente, acima de 0,95; Valores de RMSEA devem ser < que 0,08 ou, preferencialmente, < que 0,06, com intervalo de confiança (limite superior) < 0,10 (Brown, 2015). A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) indicou que o modelo original apresentou melhores índices de ajuste ao contexto brasileiro, mantendo a estrutura dos itens, sem a necessidade de inversão nos fatores, como indicado pela Análise Fatorial Exploratória (AFE), conforme Tabela 2.

Tabela 2

Índices de Ajuste do Modelo da PercOV-S

Modelo	X^2 (gl)	X^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90% IC)
Modelo 1	915,053	2,060	0,937	0,930	0,055	0,082
(Original)	(444)					(0,0075-0,090)
Modelo 2	926,668	2,886	0,917	0,909	0,029	0,011
	(321)					(0,101 -0,118)

Nota: X^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; SRMR = *Standardized Root Mean Square Residual*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; ** p < 0,001

Os índices de confiabilidade das escalas foram satisfatórios. Os índices de confiabilidade, medidos pelo coeficiente alfa de Cronbach (α), foram adequados nos dois fatores da PercOV, no fator Violência obstétrica protocolizada ou visível o alfa de Cronbach $\alpha = 0,76$ e o fator 2 que avalia a Violência obstétrica não protocolizada ou invisível, $\alpha = 0,98$ e o alfa geral da escala é 0,97.

As relações entre as dimensões foram analisadas por meio das correlações de *Spearman*, pois não houve normalidade dos dados para as dimensões. As relações tiveram magnitude

moderada e se relacionaram positivamente, e esse resultado mostra que a escala investiga a percepção de profissionais sobre violência obstétrica e que as dimensões não se sobrepõem (Tabela 3).

Tabela 3.

Médias, Desvios Padrão e Correlações com Intervalos de Confiança e Tamanho de Efeito

Fatores	M	DP	r
1. Violência Obstétrica Protocolizada ou visível	20,9	5,1	
2. Violência Obstétrica Não Protocolizada ou invisível	61,6	21,0	0,532*** (0,434 -0,616) d = 0,058

Nota: M = Média, DP = Desvio padrão, [] = valores entre colchetes indicam o intervalo de confiança de 95% para cada correlação, * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$, d = Tamanho de Efeito (Fisher's z).

Foi realizado um teste de Mann-Whitney para investigar em que medida os fatores PercOV eram equivalentes entre profissionais do Grupo 1 (assistência obstétrica) com atuação ao longo de toda a gestação, com ênfase particular no momento do parto (técnico de enfermagem, enfermagem e medicina) e profissionais do Grupo 2 (assistência materna) que atuam na assistência de suporte (psicologia, farmácia, fisioterapia e serviço social). Os resultados demonstraram não haver diferenças entre profissionais nos índices de Violência Protocolizada ou visível ($U = 8398,000$, $rg = -0,116$, $p = 0,125$) e Violência não protocolizada ou invisível ($U = 8033,500$, $rg = -0,154$, $p = 0,042$). O tamanho de efeito dos fatores foi baixo em relação aos profissionais (Ver tabela 4).

Tabela 4: Diferenças das Médias dos Fatores da Escala PercOV-S para Profissões (N=326)

	Vpv	U	Rg	Vnpi	U	rg
	M(DP)			M(DP)		
Profissões						
Grupo 1	20,6(5,2)	8398,00	-0,116	60,2(21,0)	8033,500	-0,154
Grupo 2	21,8(4,7)			66,1(20,5)		

Vpv = Violência Protocolizada ou visível, Vnpi = Violência não protocolizada ou invisível, rg = rank-biserial correlation (Tamanho de Efeito).

5. DISCUSSÃO

Este estudo de adaptação cultural validou o instrumento PercOV-S para o contexto brasileiro, que apresentou uma estrutura fatorial consistente. Assim, o modelo original, da Espanha, mostrou boa confiabilidade, se ajustado aos dados. As análises indicaram, que os ajustes na estrutura dos fatores, foram realizados para melhor refletir o contexto local, mas a validade geral do instrumento foi mantida.

A versão original do instrumento PercOV-S, desenvolvida por Mena-Tudela et al. (2020), inclui 33 itens organizados em quatro seções: (1) antes do parto, (2) durante o parto, (3) em casos de cesárea e (4) após o parto. Inicialmente destinado a estudantes de saúde, como graduação em enfermagem, medicina e especialização em obstetrícia e ginecologia, o instrumento foi adaptado para incluir profissionais da assistência materna e obstétrica no Brasil. Dada a falta de instrumentos psicométricos validados sobre violência obstétrica para a equipe de saúde, a versão adaptada passou a ser chamada PercOV-P.

A aplicação do PercOV-P a profissionais busca abordar lacunas significativas no campo da violência obstétrica no Brasil, que incluem a falta de consenso sobre definição e terminologia, bem como sobre posturas e procedimentos prejudiciais. A invisibilidade e a falta de validação da violência obstétrica contribuem para a resistência dos profissionais em reconhecer práticas que configuram maus-tratos e violação dos direitos sexuais e reprodutivos durante o ciclo gravídico-puerperal (Henriques, 2021).

Dado o ciclo gravídico-puerperal, a adaptação cultural deste instrumento visa avançar na discussão sobre violência obstétrica, criando uma ferramenta ajustável a diferentes contextos sociais e culturais. A adaptação pretende promover práticas obstétricas mais humanizadas, apoiar a formação e sensibilização dos profissionais de saúde, e desenvolver estratégias eficazes para enfrentar e reduzir a violência obstétrica. Além disso, a versão adaptada pode informar políticas e práticas institucionais, bem como fornecer dados para a elaboração de programas de treinamento e prevenção.

No processo de adaptação do instrumento PercOV-P que ora se apresenta, foram realizadas três análises: (1) análise fatorial exploratória, (2) análise de redes e (3) análise fatorial confirmatória. A análise fatorial exploratória (AFE), foi a primeira análise a ser realizada, e teve o objetivo de identificar as correlações subjacentes entre as variáveis medidas, agrupando-as em fatores, reduzindo os dados para se alcançar as variáveis mais representativas ou criando um conjunto de variáveis menor que o original (Hongyu, 2018).

Esta análise inicial, utilizou metade da amostra (N = 169), e indicou que o instrumento possui uma estrutura bidimensional, ou seja, é explicado por dois fatores ou dimensões

subjacentes. Esses fatores identificados, se alinham com o proposto inicialmente por Mena-Tudela et al. (2020), sendo estes: fator (1) Violência Obstétrica Protocolizada ou Visível (VoP) e fator (2) Violência Obstétrica Não Protocolizada ou Invisível (VonP).

A Violência Protocolizada ou Visível refere-se a intervenções, formalmente protocolizadas e frequentemente naturalizadas dentro das instituições de saúde. Por outro lado, a Violência Não Protocolizada ou Invisível abrange práticas de violência que permanecem ocultas e, portanto, são mais difíceis de identificar. Essas dimensões refletem como a cultura e os protocolos de cada país podem influenciar o reconhecimento e a classificação das práticas violentas (Mena-Tudela et al., 2020).

Neste estudo, na análise fatorial exploratória (AFE) do PercOV-P, os itens do fator 1 (VoP): Item 3 (administração de medicação para acelerar o mecanismo do trabalho de parto) e item 4 (realização do enema (lavagem intestinal)) se adequaram melhor ao fator 2. O mesmo ocorreu em três itens, sendo estes 28, 31 e 32, do fator 2 (VonP), cujos itens: 28 (imediatamente após o nascimento, o cordão umbilical deve ser cortado); item 31 (o contato pele a pele que deve ser estimulado pelos profissionais de saúde (parteira e/ou pediatra) após o exame pediátrico do recém-nascido), e item 32 (incentivar o repouso materno, mesmo que a amamentação não tenha sido estabelecida) se adequaram melhor ao fator 1.

Essa inversão dos itens está associada às formas diferentes que os itens carregam em cada fator, a estrutura bidimensional deste instrumento busca de forma eficaz a representação que melhor se adequa para esses padrões de carga (Hair et al., 2014; Thompson, 2004). A inversão dos fatores está ligada aos aspectos culturais na percepção e experiência dos profissionais, ou seja, algumas práticas vistas como violentas ou inaceitáveis em um país pode ser visto sob outra perspectiva em outro, levando a inversão dos fatores do instrumento quando adaptado a um novo contexto. Mesmo com esta inversão, a análise fatorial exploratória indicou que a versão adaptada poderia ser reaplicada em estudos futuros.

No segundo momento, procedeu-se à análise de redes. Esta análise permite explorar visualmente, por meio de gráficos, as relações que ocorrem simultaneamente entre múltiplas variáveis (Leme et al., 2020). O processo de análise de redes confirmou o número de fatores e as inversões dos itens, conforme o modelo proposto pela AFE.

A última etapa foi a análise fatorial confirmatória, que se caracteriza como um tipo de modelagem de equações estruturais voltadas a modelo de mensuração, que avaliam a relação entre variáveis observadas e latentes (Damásio, 2013). Nesta fase, foi investigado se o modelo identificado como bidimensional (fator 1 e fator 2) se ajusta à matriz de correlação policórica dos itens. A matriz policórica mostra as correlações entre variáveis ordinais. E para isso,

utilizou-se parte da amostra que não foi usada anteriormente (n= 157). Esta análise utilizou o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), que ajusta os parâmetros do modelo de forma robusta, lidando com as complexidades e as características específicas dos dados. Os modelos testados foram: o modelo 1, proposto por Mena-Tudela et al. (2020), e o modelo 2, proposto a partir da AFE, ambos os modelos com 33 itens e foram testados para determinar qual se ajustava melhor aos dados. Ambas as escalas apresentaram boa confiabilidade, porém, o modelo proposto por Mena-Tudela et al. (2020) foi considerado mais adequado, por apresentar melhores índices de ajuste ao contexto brasileiro. Em função disso, a escala brasileira será aplicada conforme o modelo original.

Dentro da análise fatorial confirmatória, o último teste realizado foi o de Mann-Witney, que investigou se os fatores 1 (VoP) e 2 (VonP) do PercOV-P indicavam equivalência entre os participantes do grupo 1 (assistência obstétrica) com atuação direta no parto (técnico de enfermagem, enfermagem e medicina) e profissionais do Grupo 2 (assistência materna) que atuam na assistência de suporte (psicologia, farmácia, fisioterapia e serviço social). O questionário foi validado e não houve diferença significativa entre os profissionais do grupo um e do grupo dois. Com isso, pode-se afirmar que o instrumento é aplicável a profissionais de diferentes áreas, uma vez que os resultados indicam que ele pode ser utilizado de maneira generalizada, sem distinção entre os grupos analisados. Dessa forma, a escala pode ser utilizada para todos os profissionais que atuam na saúde materno-infantil, como uma estratégia para sensibilização e conscientização, auxiliando na capacitação desses profissionais para assim melhorar a forma que a assistência ao ciclo gravídico-puerperal ocorre.

Em comparação a outras adaptações realizadas com o instrumento PercOV-S, na Turquia, a amostra foi de 140 residentes de obstetrícia e ginecologia. Yenioçak et al. (2024) realizaram a análise fatorial inicial de componentes principais, por meio do Alfa de Cronbach, com um valor de 0,70. A consistência interna foi satisfatória. Porém, a viabilidade da análise fatorial foi confirmada por meio do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($p = 0,814$) e do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 1898,897$; $p \leq 0,001$). E adotou-se a rotação Varimax, pois não houve correlações entre os fatores. A confiabilidade geral do questionário, conforme indicado pelo escore Alpha de Cronbach, foi de 0,840, apoiando a consistência interna do questionário e sugerindo adequação para análise ao nível individual no idioma turco, indicando que a versão turca do PercOV-S Q é uma ferramenta confiável e válida para avaliar as percepções de violência obstétrica entre os profissionais de saúde desse país.

No Brasil, foram identificadas duas adaptações do PercOV-S. A primeira é o estudo de Bernardo (2022), cuja versão adaptada culturalmente do instrumento PercOV-S teve como foco

de amostra enfermeiros obstetras. Utilizando o teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.942$), e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 4736.238$; $p = 0.000$), evidenciou-se a adequabilidade da amostra. Porém, a análise fatorial exploratória apresentou quatro fatores, mas, como um dos fatores foi constituído de dois itens, forçou-se esta estrutura primeiramente a três fatores e posteriormente a dois fatores. Entretanto, devido à dificuldade em interpretar os fatores, a estrutura que melhor apresentou o valor de 52.72% da variabilidade foi a versão da escala unifatorial, composta por 31 itens. Na análise fatorial confirmatória, a estrutura fatorial ficou constituída por 22 itens. Essa configuração apresentou melhor adequação estatística, indicando que o instrumento é apropriado para a aplicação de enfermeiros obstetras no Brasil. No entanto, o fato de o questionário ter sido aplicado para 172 profissionais de uma mesma categoria (enfermeiros obstetras), pode indicar uma limitação quanto à amostra, além de reduzir a robustez estatística do estudo.

Na adaptação realizada por Acciarito et al. (2022), para o contexto brasileiro, o instrumento PercOV-S teve uma amostra de estudantes de medicina e enfermagem ($N=105$), e foi aplicada a análise fatorial exploratória, cujo resultado levou em conta o modelo de 33 itens distribuídos em 4 fatores, mas ao realizar a análise de dimensionalidade por análise paralela, foi indicado melhor ajuste com uma distribuição em dois fatores. A variabilidade dos fatores na matriz de correlação de Pearson demonstrou ser excelente (Teste de Bartlett = 1061.1 $p < 0.01$; $KMO = .926$) e os resultados indicaram validade do instrumento. No entanto, foi recomendada uma posterior ampliação no tamanho amostral para a realização da análise fatorial confirmatória.

Corroborando para a discussão, Borsa et al. (2012), cuja, diretrizes propostas para a adaptação cultural foram aplicadas no estudo do PercOV-P, considera que os dados obtidos de diferentes amostras e contextos, utilizando um mesmo instrumento, permite uma maior equidade na avaliação, generalização e investigação de diferenças populacionais. Mesmo que os estudos de adaptação cultural, na Psicologia estejam em expansão, exigindo mais rigor e preocupação à qualidade e à adequação das medidas adaptadas e validadas, parte das adaptações são invalidadas devido sua inadequação dos procedimentos de equivalência semântica e na análise das propriedades psicométricas do instrumento original e da nova versão.

A literatura alerta a respeito da necessidade de avaliação das propriedades de medida de questionários, que apesar da criação de instrumentos, estes não estão sendo avaliados adequadamente (Souza et al., 2017). Instrumentos mal-adaptados apresentam problemas em estudos posteriores, gerando dados incoerentes e não fidedignos (Borsa et al., 2012). No Brasil,

alguns dos estudos realizados e que tiveram os instrumentos desenvolvidos por seus autores, também não passaram pelo processo de validação psicométrica, indicando a ausência de confiabilidade e precisão necessárias para avaliar os constructos aos quais se refere, sendo estas as principais limitações de alguns dos estudos brasileiros, a falta de confiabilidade e precisão que acaba refletindo nos resultados (Paiz, 2023).

Diante desse cenário, se faz importante o desenvolvimento e validação de instrumentos para medir a violência obstétrica, que passem por rigorosos processos de validação psicométrica, para garantir a adequação. A ausência da padronização compromete a comparabilidade dos resultados de diferentes estudos, limitando o avanço dos estudos de violência obstétrica no âmbito das políticas de saúde. Tais instrumentos devem ser desenvolvidos e validados para profissionais e para pessoas que gestam. Para profissionais, é importante que os questionários avaliem suas percepções a respeito da violência obstétrica, assim como o conhecimento e atitudes, práticas relacionadas ao atendimento obstétrico, enquanto para as pessoas que gestam, os instrumentos necessitam ser voltados para captar as experiências durante o pré-natal, parto e pós-parto.

A maioria dos estudos sobre a temática “violência obstétrica”, possuem instrumentos para medir a prevalência de maus-tratos, desrespeito e abuso, e a padronização da mensuração dos maus-tratos às gestantes durante o parto pode criar estimativas mais precisas de sua prevalência e contribuir para estratégias para sistematizar o conceito de violência obstétrica e suas tipificações (Paz, 2023). Na literatura, encontra-se uma lacuna nos estudos acerca do desrespeito, abuso, maus-tratos e violência na saúde das pessoas que gestam e do recém-nascido. E essa carência no campo é decorrente da falta de consenso em relação à terminologia, definição e inexistência de um instrumento validado para captar o constructo (Leite et al., 2022).

Considerando que os resultados da adaptação do instrumento PercOV-P fazem parte de um estudo introdutório, se faz importante aprofundar estudos futuros na discussão em torno da diferença dos profissionais da assistência materna e obstétrica. É importante observar que muitos cursos de saúde seguem um currículo tradicional e tecnicista, onde a relação entre paciente e profissional é frequentemente marcada por uma dinâmica de poder hierárquico. Essa estrutura pode influenciar a maneira como a violência obstétrica é percebida e abordada, e a adaptação cultural busca refletir essas nuances para melhorar a eficácia do instrumento em contextos variados.

A adaptação abre margem para posteriormente estudos investiguem ambos os grupos com uma maior amostra utilizando um instrumento que apresenta uma estrutura interna

consistente, contribuindo para o cenário da psicométrica e complementando pesquisas qualitativas, que apesar de serem importantes para entender certas perspectivas apresentam limitações quanto a generalização dos resultados. Além disso, o instrumento pode ser utilizado como uma estratégia metodológica na capacitação de profissionais, para verificar a percepção inicial e posteriormente se houve mudança na forma como o profissional percebe a violência obstétrica nos procedimentos e comportamentos.

No Brasil, esta adaptação do instrumento foi realizada em um estudo nacional, com maior participação de profissionais da região Norte, especialmente do Amazonas, devido à facilidade de contato com redes privilegiadas, como comitês de profissionais e grupos voltados ao enfrentamento da violência obstétrica. No entanto, a generalização dos resultados para outras regiões e populações requer estudos adicionais, visto que o número de participantes foi menor no restante do país. A ampliação da amostra e a inclusão de participantes de diferentes contextos socioculturais são passos importantes para fortalecer a validade da escala.

Estudos futuros devem focar no refinamento dos itens que apresentaram a inversão, garantindo que a escala seja precisa e relevante em todos os contextos. Além disso, é importante explorar a aplicação da escala em diferentes ambientes de saúde, incluindo hospitais, clínicas e Unidade Básicas de Saúde (UBSs), para verificar sua robustez e aplicabilidade. A realização de estudos longitudinais pode fornecer parâmetros sobre a eficácia da escala ao longo do tempo e em diferentes estágios da carreira dos profissionais de saúde.

As limitações do estudo destacam a importância de uma abordagem contínua e evolutiva na validação de instrumentos de avaliação. Investir em pesquisas e adaptações periódicas, treinamentos, torna-se uma estratégia para que a escala PercOV-P seja uma ferramenta eficaz para avaliar e combater a violência obstétrica, além de suscitar novos caminhos como a realização de programas de prevenção primária para promoção de práticas obstétricas mais de humanizadas, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto as/os pacientes atendidas.

Como implicações práticas, destaca-se a ampliação da amostra e a inclusão de diversos profissionais de diferentes contextos socioculturais para fortalecer a validade da escala e assegurar que o instrumento possa ser utilizado em diversos contextos brasileiros. Esse aprimoramento permitirá uma avaliação mais precisa da violência obstétrica, facilitando a identificação de padrões regionais e o desenvolvimento de políticas públicas específicas para diferentes contextos sociais. Outras implicações envolvem o aprimoramento dos protocolos de atendimento, com os dados coletados pelo instrumento, as instituições de saúde poderão revisar e atualizar seus protocolos obstétricos, garantindo que práticas abusivas ou desrespeitosas

sejam identificadas e eliminadas, promovendo um atendimento mais ético e de qualidade. Além disso, o instrumento validado pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas focadas na prevenção da violência obstétrica.

A validação e a adaptação cultural de instrumentos para medir a violência obstétrica são importantes para garantir a precisão e confiabilidade dos dados em diferentes contextos socioculturais. A utilização desse instrumento validado não só aprimora a identificação e monitoramento da violência obstétrica, como também contribui para a melhoria dos protocolos de atendimento e para a criação de políticas públicas direcionadas à prevenção. Esses avanços são fundamentais para promover um atendimento obstétrico mais humanizado e respeitoso, impactando positivamente a saúde e o bem-estar das pessoas que gestam.

REFERÊNCIAS

- Acciarito, M. F. T. G., Prado, V. R., Prado, G. R., Aragão, J. C. S. (2022). Adaptação transcultural e indícios de validade do questionário PercIV-S para o português do Brasil. *In: Casanova, J. R., Almeida, L. S., Araujo, C. M., Fleith, D., Peixoto, F., Silva, J. C. Atas do I Congresso Internacional de Investigação e Intervenção em Psicologia Escolar e da Educação*. pp. 66-74.
- Amazonas Atual. (2024). MPF, MPAM e DPE cobram medidas contra violência obstétrica no AM. <https://amazonasatual.com.br/mpf-mpam-e-dpe-cobram-medidas-contraviolencia-obstetrica-no-am/>.
- Argentina. (2009). *Lei n ° 26.485 de 11 de março de 2009*. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
- Asparouhov, T., Muthén, B. (2010). *Weighted least squares estimation with missing data*. *Mplus Web Notes*, 22.
- Bernardo, G. T. de B. T. F. (2022). Percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica.

- Butler, J. (2021). *A força da não violência: Um vínculo ético-político*. Boitempo.
- Bourdieu, P. (2023). *A dominação masculina*. 21. ed. Bertrand Brasil.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22 (53), 423-432.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Brasil. (1990). *Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. (2005). *Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
- Brasil. Amazonas. (2019). *Lei Estadual nº 4.848 de 3 de julho de 2019*. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas.
https://legisla.imprensaoficial.am.gov.br/diario_am/12/2019/7/199
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2022). *Plataforma integrada de vigilância em saúde (IVIS)*. <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Guilford Press.
- Corrêa, A. P. D., Torres, I. C. (2021). Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social. *Argum.*, 13 (3), 90-102.
<http://10.47456/argumentum.v13i3.35383>
- Corrêa, A. P. D. (2022). *Atenção ao parto e nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista*.

Dissertação (Mestrado em Serviço social e sustentabilidade na Amazônia), Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10 (1), 171-188.

http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=pt&nrm=iso

Damásio, B. F. (2013). Contribuições da análise fatorial confirmatória multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. *Psico-USF*, 18(2).

<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>

Diniz, S. G., Salgado, H. de O., Andrezzo, H. F. de A., Carvalho, P. G. C. de, Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. de A., Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25 (3), 377-384. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

Distefano, C., Morgan, G. (2014). Structural equation modeling: The role of robust methods. *Psychological Methods*, 19(3), p. 438-455.

DiStefano, C., & Morgan, G. (2014). *Computational methods for factor analysis. Psychological Methods*, 19(4), p.569-586.

Federici, S. (2023). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e a acumulação primitiva*. 2. ed. Elefante editora.

Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U. (2018). Evaluating the replicability of factor structures: The H-index. *Psychological Methods*, 23(2), p.232-244.

Grobério, I. (2022). *Violência obstétrica e patriarcado: como “destino biológico” das fêmeas humanas faz surgir a violência no parto*. Lumen Juris.

- Golino, H., Epskamp, S. (2017). Exploratory Network Analysis: A tutorial on how to do it. *Psychological Methods*, 22(2), p. 217-229.
- Hair, J. F., Black, W., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*. 7. Ed. Pearson.
- Henriques, T. (2021). Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. *Páginagrená: publicações do Centro de Ensino e Pesquisa e Pesquisa do IMS/UERJ*.
<https://www.ims.uerj.br/2021/02/22/violencia-obstetrica-um-desafio-para-saude-publica-no-brasil/>
- Hongyu, K. (2018). Análise fatorial exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação. *E&S Engineering and Science*, 7 (4), p. 88-103.
<https://doi.org/10.18607/ES201877599>
- JASP Team. (2023). *JASP (Version 0.18.1) [Computer software]*. Available from <https://jasp-stats.org>
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano J. C., Bastos, M. H. (2020). Quem tem medo da violência obstétrica? *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 20(2), p. 627-631.
<https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- Leite, G. P., Marinho, N. (2022). Violência obstétrica em um contexto sociocultural. As práticas tecnocráticas em um contexto de interseccionalidade. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, 8 (10), 1009-1029.
<https://doi.org/10.51891/rease.v8i10.7212>
- Leite, T. H., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., Nucci, M. F., Portella, Y., Leal, M. do C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (2), 483-491.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
- Li, C. (2016). The importance of robust estimation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 23(2), p.215-227.

- Li, Y. (2016). *The impact of factor rotation methods on factor extraction. Psychological Test and Assessment Modeling*, 58(2), p.215-229.
- Lima, T. M. M. de. (2019). *Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório aberto da Universidade Federal de Pernambuco.
<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33886>
- Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J. (2013). Assessing the number of dimensions to retain in exploratory factor analysis: A new algorithm. *Psychological Methods*, 18(2), p.207-219.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019). Promin: A method for oblique factor rotation. *Psychological Methods*, 24(2), p.183-198.
- Marques, A. de O. (2020). *Estigma sexual entre mulheres lésbicas, bissexuais e que não se identificam sexualmente (LB+): estudos em psicometria, saúde e sociedade*. [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Repositório aberto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
<https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/17413>
- Marques, S. B. (2020). Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, 9 (1), 97-119. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087840>
- Mena-Tudela, D., Andreu-Pejó, L., Cervera-Gasch, A., Gonzáles-Chordá, M., Alemany-Anchel, M. J. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, 17, 8022, 03-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Oliveira, A. M. de A. (2019). *Violência obstétrica na percepção de profissionais e instituições de saúde: uma revisão integrativa*. [Pós-graduação em Saúde materna infantil, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório aberto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44468>

- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=39E6C9FDA3A5C27DC480D9C41CC32C3D?sequence=3
- Paiz, J. C. (2023). *Elaboração de um instrumento para mensuração da violência obstétrica em uma amostra de mulheres de maternidades de Porto Alegre-RS e associação com sintomas sugestivos de depressão pós-parto*. [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório aberto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10183/257484>
- Pantoja, J. C., Batisti, M. B., Pereira, M. C. de A. R. (2024). Repensando o nascimento como um direito integral na luta contra a violência obstétrica no Brasil. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, 13(2), p. 41-61. <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i2.1233>
- Reckase, M. D. (1985). The emergence of the polytomous item response models. *Psychometrika*, 50(3), p. 359-373.
- República Bolivariana da Venezuela. (2007). *Lei n. 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência Venezuela*.
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf#:~:text=La%20presente%20Ley%20tiene%20por%20objeto%20garantizar%20y,una%20sociedad%20justa%20democrática%2C%20participativa%2C%20paritaria%20y%20protagónica
- Ribeiro, A. A. V. (2021, 19 de outubro). *A busca por autonomia ginecológica e o conhecimento médico-científico: entre diálogos e disputas* [apresentação remota]. 45º Encontro Anual da ANPOCS, 2021, na forma remota.
- Solnit, R. (2017). *Os homens explicam tudo para mim*. Editora Cultrix.
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26 (3). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.

Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. de A. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 10 (35), 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

Thompson, J. B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications* American Psychological Association

Timmerman, M. E., Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items: Theoretical considerations and an empirical example. *Psychological Methods*, 16(2), p. 223-239.

Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items: Theoretical considerations and an empirical example. *Psychological Methods*, 16(2), p.223-239.

Villamil, M. M. L., León, D. C. R., Rubio, A. P., Crespo, A. F. C. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales em América Latina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 18 (36), 1-18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp18-36.volc>

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESTUDO I E II

A presente dissertação foi dividida em dois estudos: (1) revisão de escopo e (2) adaptação cultural. A revisão de escopo identificou os principais conceitos e definições, participantes e instrumentos na literatura internacional acerca da violência obstétrica. Enquanto a adaptação cultural adaptou para o contexto brasileiro um instrumento que mensura a percepção dos profissionais sobre violência obstétrica. Ambos os estudos se entrelaçam e se complementam, pois a revisão de escopo busca compreender o panorama internacional desta violência, além de indicar que o continente latino-americano está em evidência quando o assunto é estudo a respeito da violência obstétrica. E a adaptação cultural é um avanço no campo da violência obstétrica no Brasil, principalmente para a região Norte, proporcionando um instrumento psicométrico bem estruturado, servindo de base para futuras pesquisas e intervenções que visem melhorar a qualidade do atendimento e respeitando os direitos das pessoas que gestam.

Ademais, os resultados da revisão de escopo destacam a forma como a violência é perpetrada, ou seja, os atores da violência são os profissionais da assistência materna e obstétrica. Por isso, o instrumento adaptado no estudo 2 possibilita uma nova forma de intervir nas práticas de maus-tratos, ao abordar de forma educativa e de sensibilização os profissionais envolvidos na assistência do ciclo gravídico-puerperal. E a capacitação se apresenta como um evento ideal para a aplicação do PercOV-P, pois este momento é dedicado para a revisão das normas éticas para combater as práticas distanciadas da humanização do parto, promovendo uma assistência centrada na autonomia e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos daqueles que gestam.

Em síntese, a revisão de escopo e a adaptação do instrumento PercOV-P são uma tentativa de oferecer a este cenário, um conjunto de possibilidades, estratégias e informações para reverter o cenário da violência obstétrica. E para isso, a revisão de escopo reúne internacionalmente como a violência obstétrica é vista pelos atores da violência e a adaptação cultural é uma estratégia para possíveis intervenções ligadas a formação contínua dos profissionais de saúde e a abordagem holística e multidisciplinar, que considere as interseccionalidades para assim garantir os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que estão no ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS INTRODUÇÃO

- Argentina. (2009). Lei n° 26.485 de 11 de março de 2009. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
- Barrera, D. C., Moretti-Pires, R. O. (2021). Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. *Revista Estudos Feministas*, 29(1).
<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n162136>
- Bourdieu, P. (2023). A dominação masculina. 21. ed. Bertrand Brasil.
- Butler, J. (2021). Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade. 21. ed. Civilização Brasileira.
- Brasil. (1990). Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (2005). Lei n° 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
- Brasil. Amazonas. (2019). Lei Estadual n° 4.848 de 3 de julho de 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas. https://legisla.imprensaoficial.am.gov.br/diario_am/12/2019/7/199
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2022). Plataforma integrada de vigilância em saúde (IVIS).
<http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>
- Corrêa, A. P. D., Torres, I. C. (2021). Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social. *Argum.*, 13 (3), 90-102. <http://10.47456/argumentum.v13i3.35383>
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10 (1), 171-188.

http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2002000100011&lng=pt&nrm=isso

Diniz, S. G., Salgado, H. de O., Andrezzo, H. F. de A., Carvalho, P. G. C. de, Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. de A., Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25 (3), 377-384.

<https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

Federici, S. (2023). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e a acumulação primitiva*. 2. ed. Elefante editora.

Grobério, I. (2022). Violência obstétrica e patriarcado: como “destino biológico” das fêmeas humanas faz surgir a violência no parto. *Lumen Juris*.

Leite, G. P., Marinho, N. (2022). Violência obstétrica em um contexto sociocultural. As práticas tecnocráticas em um contexto de interseccionalidade. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, 8 (10), 1009-1029. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i10.7212>

Leite, T. H., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., Nucci, M. F., Portella, Y., Leal, M. do C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (2), 483-491.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>

Lima, T. M. M. de. (2019). *Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório aberto da Universidade Federal de Pernambuco. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33886>

Marques, A. de O. (2020). *Estigma sexual entre mulheres lésbicas, bissexuais e que não se identificam sexualmente (LB+): estudos em psicométrica, saúde e sociedade*. [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Repositório aberto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/17413>

Marques, S. B. (2020). Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, 9 (1), 97-119.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087840>

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=39E6C9FDA3A5C27DC480D9C41CC32C3D?sequence=3

República Bolivariana da Venezuela. (2007). Lei n. 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência Venezuela.

https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf#:~:text=La%20presente%20Ley%20tiene%20por%20objeto%20garantizar%20y,una%20sociedad%20justa%20democrática%2C%20participativa%2C%20paritaria%20y%20protagónica

Villamil, M. M. L., León, D. C. R., Rubio, A. P., Crespo, A. F. C. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales em América Latina. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 18 (36), 1-18.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp18-36.volc>



ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **Adaptação cultural do instrumento PercOV-S na abordagem da violência obstétrica: um estudo comparativo e uma revisão de escopo internacional**, cuja pesquisadora responsável é Karolayne Rodrigues Silva. Os objetivos do projeto são: Realizar a adaptação cultural do questionário *PercOV-S*, desenvolvido por Mena-Tudela et al. (2020), para mensuração de violência obstétrica percebida por profissionais da saúde e suas implicações. Os objetivos específicos, serão: (1) Realizar a tradução do espanhol para o português, adaptando culturalmente o instrumento *PercOV-S* para o contexto brasileiro; (2) Relacionar os profissionais que possuem maior e menor pontuação no questionário e relacionar com resistência, naturalização da violência e resistência ao termo; e (3) Examinar as evidências psicométricas de validade de conteúdo e estrutura do instrumento. O(A) Sr.(a) está sendo convidado por que está incluso no grupo de pessoas que são profissionais da área da saúde residentes em qualquer estado do Brasil.

O(A) Sr.(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço. Neste caso, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do e-mail: karol_gois@live.com

Caso aceite participar, sua participação consiste em responder um questionário online, contendo 33 itens, atribuindo uma pontuação de 1 (nada) a 5 (muito), marcando com um "X" dentro do círculo correspondente, conforme o grau em que você considera os itens como violência obstétrica.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) é a possível causar situações de desconforto e/ou constrangimento devido ao seu caráter pessoal e profissional, onde podem vir à tona emoções e sentimentos negativos

direcionados à determinados pensamentos e sentimentos. Deixa-se claro que caso haja necessidade, a sua participação pode ser suspensa em prol de sua saúde psíquica.

É esperado como benefício com esta pesquisa, a contribuição científica sobre temática violência obstétrica e adaptação cultural de instrumentos de mensuração.

Se julgar necessário, o(a) Sr.(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr.(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Também estão assegurados ao(à) Sr.(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr.(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/índiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Garantimos ao(à) Sr.(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr.(a). pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Karolayne Rodrigues Silva, a qualquer tempo para informação adicional no endereço eletrônico karol_gois@live.com ou através do número de telefone (92) 98428-5961.

O(A) Sr.(a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr.(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que concordo em participar da pesquisa Adaptação cultural do instrumento PercOV-S na abordagem da violência obstétrica: um estudo comparativo e uma revisão de escopo internacional.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO II

Questionário sobre a Percepção da Violência Obstétrica em Estudantes de Ciências da Saúde (Percov-S)

Olá!

A seguir, estão anexados os itens relacionados ao questionário PercOV-S (Percepção da violência obstétrica em estudantes). Para apurar esse questionário, tal como ele é validado, lembre-se de que cada item deve ser pontuado em uma escala *Likert* com escore de 1 (nada) a 5 (muito).

Você pode ver que os itens são divididos em seções: antes do parto, durante o parto, cesariana, depois do parto. Contudo, a validação do questionário oferece duas dimensões explicadas abaixo para que você possa fazer os cálculos pertinentes:

- Dimensão ou domínio 1: este domínio intitula-se “Violência obstétrica protocolizada ou visível”. Os itens pertencentes a esse domínio são: 1, 2, 3, 4, 6, 15, 16 e 28.
- Dimensão ou domínio 2: este domínio foi intitulado “Violência obstétrica não protocolizada ou invisível”. Os itens que pertencem a esse domínio são: 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32 e 33.

Segundo a validação do estudo, essas duas dimensões explicaram 54,47% da variância, obtendo-se uma consistência interna média por meio do alfa de *Cronbach* de: a) global = 0,936; b) protocolizada-visível = 0,802 e c) não-protocolizada-invisível = 0,952.

Para se calcular o escore geral do PercOV-S, basta calcular a média do total de itens, ou seja, somar o resultado de todos os itens e dividir esse resultado pelo número de itens (33 itens). Para calcular-se o resultado de cada dimensão, você deverá calcular a média de cada uma das dimensões.

TRADUÇÃO
PERCEPÇÃO:
Atribua uma pontuação de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo plenamente), escolhendo a opção correspondente, conforme o grau em que você considera as seguintes ações como violência obstétrica.
ANTES DO PARTO
1. Puncionar acesso venoso periférico na admissão das gestantes.

2. Para aliviar a dor, é necessário dizer à gestante (ou parturiente) a posição mais confortável em que ela deve ficar.
3. Administrar medicação para acelerar o mecanismo do trabalho de parto.
4. Realizar enema (lavagem intestinal).
5. Romper artificialmente a bolsa amniótica para acelerar o trabalho de parto.
6. Raspar os pelos pubianos (Tricotomia).
7. Caso a gestante esteja muito inquieta, ela pode ser contida.
8. Realizar o toque vaginal sem consentimento da gestante.
9. Não oferecer medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor.
10. Tentar convencer a gestante a aceitar o uso da anestesia peridural
11. Deixar de respeitar a privacidade da gestante (ou parturiente).
12. Tentar convencer a gestante a optar pelo parto Cesária garantindo que será sem dor e/ou mais rapidamente.
13. Convencer a gestante (ou parturiente) das decisões clínicas tomadas sem considerar a sua opinião.
DURANTE O PARTO
14. Tirar fotos sem consentimento da parturiente durante o parto.
15. No período expulsivo, o/a profissional deve assegurar-se de que a parturiente esteja em posição litotômica (posição ginecológica).

16. Durante o período expulsivo e pós-parto imediato, a parturiente pode estar acompanhada caso o parto não tenha sido instrumentalizado ou uma cesariana.
17. Realizar episiotomia, quando necessário, sem pedir permissão prévia da parturiente.
18. Verbalizar ou expressar: "Você não está fazendo força o suficiente".
19. Realizar a manobra de Kristeller (pressionando o útero da parturiente no mesmo instante da contração, simulando um empurro ao feto).
20. Realizar episiotomia sem anestesia.
21. Durante o trabalho de parto, manter jejum e/ou proibir ingestão hídrica.
22. Não disponibilizar/oferecer cobertores/aquecimento, conforto mínimo adequado durante o parto.
23. Verbalizar ou expressar: "Pare de reclamar que não é para tanto".
24. Tentar convencer a parturiente de que gritar durante o parto pode acabar assustando as demais gestantes e/ou puérperas e acompanhantes da enfermaria (ou da sala de pré-parto).
CESARIANA
25. Optar pela realização de parto cesárea com a justificativa de que está havendo demora na dilatação.
26. Frente à necessidade de se realizar uma cesariana de emergência, explicar o conteúdo do consentimento informado, verificar o conteúdo do consentimento informado, mas não precisa verificar se a gestante está ciente do que lhe está sendo explicado, nem se foi assinado qualquer consentimento.
27. Não autorizar a entrada do acompanhante durante a cesariana/parto instrumentalizado.
DEPOIS DO PARTO
28. Imediatamente após o nascimento, o cordão umbilical deve ser cortado.

29. Diante de uma laceração, realizar a episiorrafia sem anestesia.

30. Separar o binômio mãe-bebê, sem razão médica apoiada em evidências científicas.

31. O contato pele a pele deve ser estimulado pelos profissionais de saúde (parteira e/ou pediatria) após o exame pediátrico do recém-nascido.

32. Incentivar o repouso materno, mesmo que a amamentação não tenha sido estabelecida.

33. Oferecer ao recém-nascido, no hospital, outra alimentação que não seja o leite materno, sem a autorização da mãe.

ANEXO III**Questionário Sociodemográfico**

1. Qual o seu e-mail?
2. Quantos anos de idade você tem?
3. Em qual Estado do Brasil você vive?
4. Em qual cidade?
5. Qual é sua identidade de gênero?
6. Qual seu tempo de experiência na área da saúde?
7. Qual seu nível de escolaridade?
8. Em que área da saúde você trabalha?
9. Em qual tipo de instituição você trabalha?