



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB**
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MAENF
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ICS

RAISSA EMANUELLE MEDEIROS SOUTO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

REDENÇÃO - CE

2020

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA- UNILAB**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

RAISSA EMANUELLE MEDEIROS SOUTO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientador: Dra. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em saúde no cenário dos países lusófonos.

REDENÇÃO - CE

2020

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira Sistema de
Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Souto, Raissa Emanuelle Medeiros. S728c

Construção e validação de um questionário de identificação de violência
obstétrica / Raissa Emanuelle Medeiros Souto. - Redenção, 2021.
118f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de
Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi.

1. Parto (Obstetrícia). 2. Parto humanizado. 3. Violência
contra mulher. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 618.82

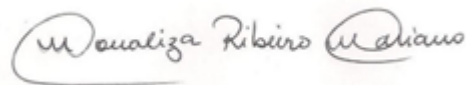
RAISSA EMANUELLE MEDEIROS SOUTO

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Aprovada em: 03/12/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi, UNILAB
Presidente da banca

PARTICIPAÇÃO POR VIDEO CONFERENCIA

Prof. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos, UECE
Examinador Externo à Instituição

PARTICIPAÇÃO POR VIDEO CONFERENCIA

Prof. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno, UFC
Examinador Externo à Instituição

PARTICIPAÇÃO POR VIDEO CONFERENCIA

Prof. Dra. Emanuella Silva Joventino Melo, UNILAB
Examinador Interno

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo desenvolver um Questionário de Identificação de Violência Obstétrica, em seguida realizar a validação de conteúdo com os juízes e a análise semântica com o público-alvo. Trata-se de um estudo metodológico, onde foi utilizado o pilar proposto por Coluci, Alexandre e Milani. Para construção do Questionário, seguiu-se as seguintes etapas: estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; construção dos itens e das escalas de resposta, seleção e organização dos itens; estruturação do instrumento; validade de conteúdo; e pré-teste ou análise semântica. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando a seguinte pergunta norteadora: quais as formas de violência obstétrica mais prevalentes de acordo com a literatura científica? Foram utilizados os descritores controlados: “mulheres grávidas”, “mulheres”, “pessoal de saúde”, “parto”, “parto normal”, “parto humanizado”, “gravidez”, “trabalho de parto”, “violência” e “violência contra a mulher” com o uso dos operadores booleanos AND e OR como ferramenta para o cruzamento. O levantamento dos artigos foi feito nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE, SCOPUS e Web of Science. A seleção dos juízes foi por meio da amostragem de rede ou bola de neve, dos quais 35 juízes foram selecionados. A coleta de dados ocorreu em maio e junho de 2020, sendo enviada uma carta-convite via *e-mail*, correio postal ou via *WhatsApp*® aos juízes. Os critérios avaliados pelos juízes foram de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Após a validação de conteúdo, foi realizada a análise semântica com 35 mulheres. A seleção da amostra se deu por amostragem de rede ou bola de neve. Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos e ter tido pelo menos uma experiência com parto. Foram excluídas mulheres que apresentassem dificuldade na compreensão para avaliação do questionário. A coleta de dados ocorreu em setembro de 2020 por meio do envio de um formulário eletrônico via *e-mail* ou *WhatsApp*®. Inicialmente, foi enviado o formulário eletrônico, o qual continha TCLE, que após o consentimento em participar do estudo, este era direcionado para o instrumento de avaliação semântica dos itens pelo público-alvo. Os dados de identificação dos juízes e os sociodemográficos e gineco-obstétricos das mulheres foram processados e analisados de forma descritiva, por meio dos cálculos para frequência absoluta e relativa, médias e desvios padrão das variáveis numéricas. A partir da revisão integrativa surgiram as 7 categorias de violência obstétrica: verbal, psicológica, física, sexual, discriminatória, institucional e financeira. O Questionário foi composto de 67 itens do tipo *likert* e *check list*, sendo dividido em três blocos: Dados de identificação, Antecedentes obstétricos e Categorias de violência obstétrica. A validação de conteúdo pelos juízes aos critérios de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica atingiram uma média de IVC, respectivamente, de 0,95; 0,97 e 0,97; evidenciando congruência entre os itens e tornando-os validados. A média de alfa de Cronbach para os critérios acima citados foram, respectivamente, 0,94; 0,96 e 0,96; evidenciando boa consistência interna entre os itens. Após a validade de conteúdo, o Questionário foi submetido a análise semântica dos itens pelo público-alvo com uma amostra de 35 mulheres. A análise apresentou média de 0,91 para os valores de IVC e para os valores de alfa de Cronbach de 0,98, tornando o Questionário validado. O Questionário de Identificação de Violência obstétrica foi considerado válido para aplicação com o público alvo, podendo ser utilizado pelos profissionais de saúde, a fim de identificar uma possível violência obstétrica, e contribuir para melhoria da assistência de saúde.

Palavras-chaves: Obstetrícia; Humanização do parto; Violência contra a mulher; Estudos de validação; parto; trabalho de parto.

ABSTRACT

The present study aims to develop a Questionnaire for the Identification of Obstetric Violence, then perform content validation with the judges and semantic analysis with the target audience. This is a methodological study, where the pillar proposed by Coluci, Alexandre and Milani was used. To construct the Questionnaire, the following steps were followed: establishment of the conceptual structure and definition of the objectives of the instrument and the population involved; construction of items and scales of response, selection and organization of items; structuring of the instrument; content validity; and pre-test or semantic analysis. An integrative literature review was conducted, using the following guide question: which forms of obstetric violence are most prevalent according to the scientific literature? The controlled descriptors were used: "pregnant women", "pregnancy", "women", "health personnel", "childbirth", "normal childbirth", "humanized childbirth", "pregnancy", "labor", "violence" and "violence against women" with the use of Boolean operators AND and OR as a tool for crossing. The articles were collected in LILACS, BDNF, MEDLINE, SCOPUS and Web of Science databases. The selection of judges was through network or snowball sampling, of which 35 judges were selected. Data collection took place in May and June 2020, and an invitation letter was sent via *email*, postal mail or via *WhatsApp*® to judges. The criteria evaluated by the judges were of language clarity, practical relevance and theoretical relevance. After content validation, semantic analysis was performed with 35 women. The sample was selected by sampling of net or snowball. The inclusion criteria were: being 18 years of age or older and having had at least one experience with childbirth. Women who presented difficulty in understanding to evaluate the questionnaire were excluded. Data collection occurred in September 2020 by sending an electronic form via email or *WhatsApp*®. Initially, the electronic form was sent, which contained the TCLE, which after consent ing to participate in the study, was directed to the semantic evaluation instrument of the items by the target audience. The identification data of the judges and the sociodemographic and gynecological-obstetric data of the women were processed and analyzed descriptively, through the calculations for absolute and relative frequency, means and standard deviations of numerical variables. From the integrative review, the 7 categories of obstetric violence emerged: verbal, psychological, physical, sexual, discriminatory, institutional and financial. The Questionnaire was composed of 67 *likert and check list items*, being divided into three blocks: Identification Data, Obstetric History and Categories of Obstetric Violence. The validation of content by the judges to the criteria of language clarity, practical relevance and theoretical relevance reached an average of CVI, respectively, of 0.95; 0.97 and 0.97; evidencing congruence between the items and making them validated. Cronbach's alpha mean for the above criteria were 0.94, respectively; 0.96 and 0.96; evidencing good internal consistency between the items. After content validity, the Questionnaire was submitted to semantic analysis of the items by the target audience with a sample of 35 women. The analysis presented an average of 0.91 for the CVI values and for cronbach's alpha values of 0.98, making the questionnaire validated. The Questionnaire for the Identification and Classification of Obstetric Violence was considered valid for application with the target audience, and can be used by health professionals in order to identify possible obstetric violence, and contribute to the improvement of health care.

Keywords: Obstetrics; Humanization of childbirth; Violence against women; Validation studies; childbirth; labor.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

I-CVI - Level Content Validity Index

MS - Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Parto e Nascimento

PROPGPQ - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

S-CVI - Scale Level Content Validity Index

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNILAB - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1	As etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa. Redenção, 2019.	25
Figura 2	Fluxograma das etapas de construção e validação do Questionário de identificação de violência obstétrica. Redenção, 2019.	28
Figura 3	Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA <i>Statement</i> . Redenção, 2020.	32
Quadro 1	Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos. Redenção, 2019.	22
Quadro 2	Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Redenção, 2020.	30
Quadro 3	Distribuição dos cruzamentos dos descritores de acordo com a base de dados. Redenção, 2020.	31
Quadro 4	Conjunto de requisitos adaptados para definição de juízes docentes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para seleção e recrutamento dos juízes para avaliação de conteúdo do questionário. Redenção, 2019.	34
Quadro 5	Síntese dos estudos incluídos na revisão. Redenção, 2020.	42
Quadro 6	Caracterização e exemplificação da VO, segundos estudos incluídos. Redenção, 2020	47
Gráfico 1	Distribuição da média dos Índices de Validação de Conteúdo (IVC) para os critérios clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica do Questionário. Redenção, 2020.	65
Gráfico 2	Distribuição da média dos valores de Alfa de Cronbach para os critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica do Questionário. Redenção, 2020.	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos dados segundo a caracterização dos juízes especialistas para validação do Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica. Redenção, 2020.	53
Tabela 2	Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de Jasper (1994) adaptado. Redenção, 2020.	54
Tabela 3	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Antecedentes obstétricos do questionário. Redenção, 2020.	55
Tabela 4	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência verbal do questionário. Redenção, 2020.	56
Tabela 5	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência institucional do questionário. Redenção, 2020.	57
Tabela 6	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência financeira do questionário. Redenção, 2020.	58
Tabela 7	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência psicológica do questionário. Redenção, 2020.	60
Tabela 8	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência sexual do questionário. Redenção, 2020.	63
Tabela 9	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência discriminatória do questionário. Redenção, 2020.	64
Tabela 10	Distribuição dos dados segundo a caracterização do público-alvo para análise semântica do Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica. Redenção, 2020.	68
Tabela 11	Distribuição dos dados segundo características clínicas obstétricas do público-alvo do Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica. Redenção, 2020.	69
Tabela 12	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo do público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Antecedentes obstétricos do questionário. Redenção, 2020.	70
Tabela 13	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância	72

	teórica do bloco Categoria de Violência verbal do questionário. Redenção, 2020.	
Tabela 14	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência psicológica do questionário. Redenção, 2020.	74
Tabela 15	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência sexual do questionário. Redenção, 2020.	79
Tabela 16	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência discriminatória do questionário. Redenção, 2020.	81
Tabela 17	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência institucional do questionário. Redenção, 2020.	83
Tabela 18	Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência financeira do questionário. Redenção, 2020.	85

SUMÁRIO

1	Introdução.....	11
2	Objetivos.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	Referencial teórico.....	15
3.1	Políticas públicas do Brasil voltadas a assistência à saúde da mulher...	15
3.2	Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto.....	18
3.3	A violência obstétrica.....	20
4	Referencial Metodológico.....	25
4.1	Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida.....	26
4.2	Construção dos itens e das escalas de respostas.....	26
4.3	Seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento.....	26
4.4	Validação de conteúdo.....	27
4.5	Pré-teste ou análise semântica	27
5	Método.....	28
5.1	Tipo de estudo.....	28
5.2	Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida.....	29
5.3	Validade de Conteúdo.....	32
5.4	Pré-teste ou análise Semântica.....	36
5.5	Análise dos dados.....	37
5.6	Aspectos Éticos.....	39
6	Análise e discurso dos resultados.....	40
6.1	Processo de estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida.....	40
6.1.1	Levantamento bibliográfico sobre violência obstétrica.....	40
6.2	Seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento.....	51
6.2	Processo de validação de conteúdo pelos juízes.....	53
6.3	Pré-teste ou análise semântica pelo público-alvo.....	67
7	Conclusão.....	87
	REFERÊNCIAS.....	88
	APÊNDICES.....	101
	ANEXOS.....	112

1 INTRODUÇÃO

O processo de parto, compreendido como o trabalho de parto e parto, é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui um momento muito especial para a mãe e o bebê (CARNEIRO *et al.*, 2015). Com o passar dos anos, percebeu-se que a assistência prestada à mulher neste contexto vem sofrendo diversas transformações. O processo parturitivo deixou de ser um fenômeno de natureza familiar, individualizado, fisiológico e passou a ser um momento repleto de intervenções que proporcionam experiências, algumas vezes, negativas; tirando, assim, o protagonismo da mulher (BESERRA, 2017).

Com o surgimento desse novo modelo de cuidado dentro das instituições hospitalares, o parto assumiu um caráter patológico com um cuidado invasivo e sem privacidade para a paciente, sendo essa submetida à terapêutica profissional, provocando alterações na fisiologia de seu processo parturição (DINIZ *et al.*, 2015).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos terem proporcionado uma assistência segura e terem reduzido a morbimortalidade materna e neonatal, esses também permitiram a concretização de um modelo inadequado que considera a gravidez, o parto e o nascimento como eventos patológicos e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma cautelosa e apenas em situações de necessidade, e não rotineiras (BRASIL, 2017).

Com isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o modelo de atenção ao parto em nosso país se caracteriza por altos índices de intervenção, contrariando as recomendações mundiais sobre os critérios no uso das práticas obstétricas. O recurso à intervenção médica na gravidez, no trabalho de parto e parto pode salvar vidas. No entanto, quando utilizada de forma inadequada, a intervenção médica pode levar a complicações evitáveis, causando danos e até a morte materna ou neonatal (WHO, 2013).

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), existe um grande objetivo voltado para a saúde, o ODS-3, referente a boa saúde e bem-estar, no qual uma de suas metas é reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015).

A maioria das mortes materno-infantis são evitáveis através da combinação de estratégias que incluem cuidado durante o pré, o trans e o pós-parto por parte de profissionais experientes em facilitar a normal fisiologia do nascimento e o acesso a cuidados obstétricos com atendimento qualificado (WHO, 2013).

Com isso, o Ministério da Saúde (MS) vem, ao longo das últimas décadas, propondo políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança, com vistas à humanização da assistência ao parto, à promoção da cidadania, à autonomia da mulher, à garantia de atendimento de qualidade e ao uso adequado das tecnologias disponíveis objetivando a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014). Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento objetivando investir na melhoria da assistência obstétrica e neonatal, na universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto, na realização dos exames de rotina e na diminuição das taxas de cesárea desnecessária (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

Neste programa, os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal, parto e nascimento desempenham um papel fundamental ao colocar seu conhecimento a serviço do processo de parturição, sendo imprescindível a comunicação respeitosa entre profissionais e parturiente. Sendo garantido, também, o direito da parturiente a autonomia e a escolha informada e consentida no trabalho de parto e parto (BRASIL, 2014).

Na prática, infelizmente, nem sempre esses direitos são plenamente respeitados. Em um contexto em que a falta de assistência qualificada pode gerar violações dos direitos humanos da parturiente, abusos e maus-tratos durante a atenção obstétrica, os quais violam seus direitos mais valiosos, como o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação. É fundamental que seja garantido a toda mulher o acesso ao melhor padrão possível de saúde. Iniciando-se pelo acolhimento na recepção, desde sua chegada na unidade, sendo a instituição responsável por ouvir suas angústias, queixas e preocupações, garantindo a atenção e suporte necessários para qualquer necessidade e eventualidade (BRASIL, 2014).

O que se observa é que, apesar dos esforços em torno da humanização do cuidado à mulher dentro das instituições de saúde, ainda persiste o poder e o domínio dos profissionais sob a parturiente, o que acaba extrapolando e recaindo na desumanização, podendo ser considerado ato de violência obstétrica. Um estudo qualitativo realizado no sul do Brasil concluiu que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, principalmente na visão das parturientes, pois ocorre em um momento em que as mulheres vivenciam emoções marcantes que as deixam vulneráveis e as fazem se calar (SANTOS; SOUZA, 2017).

A OMS (2014) define violência como qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência obstétrica é caracterizada como toda e qualquer forma específica de violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes (SAUAIA; SERRA, 2016).

No momento em que a parturiente sofre maus-tratos físicos, psicológicos e verbais torna-se vítima de violência obstétrica. Como, também, é considerada a realização de procedimentos desnecessários e danosos, dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, coação, restrição à presença de acompanhante, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos e procedimentos médicos não consentidos (TESSER *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a violência obstétrica, pode ser entendida como uma forma de violência institucional decorrente das relações sociais marcadas pelo descaso com os aspectos humanos do cuidado, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com as pacientes, das falhas no processo de comunicação, do uso inadequado da tecnologia e do não compromisso dos profissionais com o processo de cuidar (SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com o estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma a cada quatro mulheres declarou já ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, constatando-se um cenário crítico para o sistema de saúde pública brasileira, em especial pela falta de conhecimento e de informações por parte das parturientes sobre o assunto (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Com vista as possíveis dificuldades vivenciadas pelas mulheres em seu processo parturitivo, quanto ao desamparo, abandono, desrespeito, à falta de informação e ao despreparo profissional para oferta de uma assistência de qualidade, esse estudo objetiva desenvolver um Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica, adotando criteriosamente os passos metodológicos do processo de validação. O intuito de validação desse instrumento deu-se por não existir na literatura instrumento validado acerca do tema.

A partir dessa pesquisa, acredita-se que seja possível a identificação rápida de situações de violência obstétrica, para que sejam prontamente determinadas medidas que garantam a implementação de estratégias de cuidado e promoção ao parto humanizado. Acredita-se que a validação de um instrumento dessa natureza irá contribuir de forma particular na realidade de nossa assistência obstétrica, contribuindo, assim, para a promoção da saúde materna e infantil.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

- Desenvolver um Questionário de identificação da Violência Obstétrica.

2.2 Objetivos Específicos:

- Construir um Questionário de identificação da Violência Obstétrica.
- Validar um Questionário de identificação da Violência Obstétrica quanto ao conteúdo com especialistas.
- Validar um Questionário de identificação da Violência Obstétrica quanto a análise semântica com o público-alvo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas públicas do Brasil voltadas a assistência à saúde da mulher.

Os movimentos feministas travam batalhas antigas, precedentes a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e reivindicam reformas nas instituições de saúde e de ensino. Como marco histórico, a proposta do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), na década de 80, demonstrou a necessidade de mudanças na abordagem à saúde da mulher por parte dos serviços, comprometendo-se a atender as mulheres de maneira integral, respeitando suas especificidades do ciclo vital e valorizando seu contexto sociocultural e histórico (SANTOS, 2011).

O PAISM tinha por objetivos: melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por profissionais qualificados; diminuir os índices de cesáreas desnecessárias; aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo, fornecendo as condições para a implantação do sistema de alojamento conjunto nas maternidades; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer de colo de útero e de mama, além das infecções sexualmente transmissíveis; atividades de planejamento familiar e evitar aborto provocado, mediante gravidezes não desejadas (BRASIL, 1985).

O PAISM é considerado um importante marco nas políticas públicas na área de saúde da mulher, pois buscou romper com os paradigmas das políticas reducionistas e fragmentadas ao adotar um discurso de saúde integral pautada na assistência holística da mulher (FREITAS *et al*, 2009). Apesar dos grandes esforços para implementação desse programa, o mesmo não foi efetivo dentro do território nacional, mostrando um importante distanciamento entre o conceito e a prática assistencial (TYRRE; SOUZA; SOUZA, 2010).

Em 1996, a OMS divulgou mundialmente um guia prático com a versão completa e atualizada dos estudos realizados pela Iniciativa *Cochrane*, sistematizando todos os estudos com rigor metodológico (ensaios controlados randomizados) para orientar as práticas no cuidado da assistência ao parto normal. Nesse guia, as práticas eram classificadas de acordo com as melhores evidências existentes e trouxe, também, uma categorização acerca dos benefícios e malefícios das práticas obstétricas comumente utilizadas na assistência. A classificação das práticas obstétricas de rotina foram divididas em quatro categorias: **A** - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; **B** - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; **C** - Práticas que não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que, devem ser utilizadas com cautela, enquanto

pesquisas adicionais comprovem o assunto, e **D** - Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais dano do que benefício (OMS, 1996).

Na constante busca pela construção de uma política humanizada e qualificada para atender ao binômio mãe-bebê, outras ações estratégicas foram realizadas. O MS, em 1998, criou o Prêmio Galba de Araújo para maternidades humanizadas. Os critérios para obter a premiação eram baseados nas recomendações da OMS (1996) que deveriam ser implementadas como, por exemplo, a garantia da presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por profissionais não médicos e o controle das taxas de cesarianas (DINIZ, 2005). Em 1999, o MS propôs ainda a implementação de Casas de Parto, com a preconização da realização de partos naturais e assistidos por enfermeiras obstétricas (BRASIL, 1999).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN), onde o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a percepção da mulher como sujeito foram destacados como prioridades para uma assistência pautada na humanização. Esse programa tem como objetivo principal garantir às gestantes e ao recém-nascido um acompanhamento pré-natal de qualidade, melhorando o acesso e a cobertura a esse público; tem ainda como uma de suas prioridades, a redução das taxas de morbimortalidade materna, bem como a mortalidade perinatal e neonatal, além da ampliação das ações destinadas às gestantes como, por exemplo, investir na qualidade do pré-natal de alto risco (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde com reforço dos movimentos feministas de saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), estando comprometida em executar medidas de saúde que cooperem para assegurar os direitos humanos das mulheres e que reduzam a morbimortalidade materna por causas previsíveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi aprovada a Lei 11.108/2005 que reforça os princípios para humanização da atenção à assistência ao parto e garante às parturientes um acompanhante de sua escolha durante todo o nascimento no âmbito do SUS, incluindo as mulheres assistidas nas instituições privadas (BRASIL, 2005).

Em 2011, o governo federal lançou a Rede Cegonha, objetivando reduzir as taxas de mortalidade no país, a qual foi organizada para garantir acesso, acolhimento, resolutividade e a redução da mortalidade materna e infantil. Seu principal propósito era de ampliar o acesso e trazer melhorias para a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério, como, também, assistência a crianças com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011).

Em 2016, foram elaboradas as ‘Diretrizes para Atenção ao Parto Normal’ pela Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS (CONITEC). Esse documento proposto pelo MS teve na sua elaboração a participação da sociedade civil por meio de uma consulta pública. O objetivo era de fornecer aos profissionais de saúde, gestores e mulheres, um documento atualizado sobre as práticas com respaldo científico que buscam fomentar cuidado de qualidade. Incentivos são feitos para incluir as mulheres em todos os processos de tomada de decisão junto aos profissionais de saúde durante todo o processo de cuidado do nascimento (BRASIL, 2016).

Em fevereiro de 2018, a OMS lançou novas diretrizes para o estabelecimento de padrões de cuidados para gestantes saudáveis e redução de intervenções médicas desnecessárias, onde as equipes de prestação de assistência, médica e de enfermagem, não devem interferir no trabalho de parto e parto de forma a acelerá-lo, exceto quando existir riscos reais de complicações. São 56 recomendações, pautadas em evidências científicas, as quais incluem ter uma companhia à sua escolha durante o trabalho de parto e o parto; receber atendimento respeitoso e acesso a boa comunicação com os profissionais de saúde; manter privacidade e confidencialidade da parturiente; ter autonomia decisória sobre a gestão da dor, posições, entre outras recomendações (WHO, 2018).

Contudo, apesar das iniciativas feitas durante esses anos, muitos problemas ainda permeiam a assistência ofertada a mulher. Relata-se desrespeito aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres e problemas de assistência que colocam a vida das mulheres e dos recém-nascidos em risco. A segmentação entre a rede básica e hospitalar e o excesso de intervenção são apontados como obstáculos a serem superados (BRASIL, 2001). O termo humanização do parto foi adotado oficialmente pelo Ministério da Saúde a partir do ano 2000, com o lançamento do PHPN (BRASIL, 2001; RATTNER, 2009).

A humanização possibilita o entendimento de dois aspectos fundamentais. O primeiro deles é referente ao dever que todas as unidades de saúde têm de acolher com dignidade e respeito a gestante/puérpera, bem como seus familiares e seu recém-nascido. Para tal, é preciso que os profissionais e as instituições tenham uma postura ética e solidária a fim de proporcionar um ambiente acolhedor, rompendo com rotinas técnicas que impõem isolamento à mulher. Já o segundo aspecto fundamental refere-se à adoção de medidas para acompanhamento do pré-natal, do trabalho de parto e nascimento de forma benéfica, evitando medidas desnecessárias que possam causar riscos à saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2002).

Dentro deste contexto, as diretrizes elaboradas enfatizam a importância de se inserir a mulher como protagonista de seu processo de parturição, valorizando suas experiências e preferências; fornecendo às mesmas informações sobre o trabalho de parto e parto; diminuindo possíveis dúvidas e colaborando para reduzir ansiedades; acolhendo a gestante e seu acompanhante nos serviços de saúde; e evitando a realização de intervenções desnecessárias (MILFONT *et al.*, 2011).

3.2. Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, existem práticas danosas à saúde da mulher durante o trabalho de parto e parto e que podem acarretar complicações físicas, podendo repercutir de forma negativa, tanto no lado emocional como no físico (CARVALHO *et al.*, 2012; OMS, 1996; BRASIL, 2017). Com isso, destaca-se a necessidade de se estabelecer mudanças no modelo da assistência ao parto, o que objetiva uma melhor reorganização das práticas de saúde voltadas a humanização, a ética, a comunicação entre as mulheres, a família e os profissionais. Devem-se considerar também as mudanças culturais na organização dos processos de trabalho dentro dos serviços de saúde, os quais são hegemonicamente pautados em valores médicos ou dos profissionais, em detrimento às políticas públicas, as práticas sustentadas por evidências e, às necessidades e demandas das mulheres (PONTES *et al.*, 2014).

Segundo a OMS (1996), a humanização é compreendida como um conjunto de práticas que incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica do nascimento, nas quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos disponíveis e pautados em evidências científicas.

O Ministério da Saúde afirma que as práticas em saúde devem ser pautadas no princípio da humanização, sendo compreendidas como atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde afim de reforçar o conceito de atenção à saúde como direito, procurando melhorar o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida (BRASIL, 2004).

Em 1985, em Fortaleza, houve a Conferência Internacional “Tecnologia apropriada para o Nascimento”, realizada pela OMS e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a qual estabeleceu o parto como um processo fisiológico, estimulou o respeito, a autonomia e o direito ao acompanhante e propôs recomendações para uma assistência ao parto com menos intervenções e medicações (OMS, 1985).

Participaram do evento parteiras, obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores e mães. Dessa conferência, foi construído o artigo “*World Health Organization Appropriate Technology for Birth*” publicado na revista *Lancet* em 1985. Este artigo ficou conhecido, no Brasil, como “Carta Fortaleza”, o mesmo contém o resultado de uma cuidadosa revisão de todo o conhecimento da época a respeito das tecnologias em saúde voltadas para assistência ao trabalho de parto e parto (WHO, 1985).

A partir de então, a OMS (1996) publicou o documento “Assistência ao parto normal: um guia prático”, o qual foi um marco na promoção no trabalho de parto e parto saudável. Este documento traz uma série de recomendações sobre as práticas que devem ser adotadas na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado nesse processo. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas em pesquisas feitas no mundo e divididas em 4 categorias.

Das práticas comuns na condução do parto normal, a OMS (1996) orienta quanto ao que deve e o que não deve ser feito no processo de parturição. Dentre as práticas úteis e que devem ser estimuladas, pode-se citar o plano individual de cuidado, o respeito à escolha das mulheres, o fornecimento de informações claras e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Evidencia-se também, como práticas prejudiciais ou ineficazes, o uso rotineiro de enema, a tricotomia, a posição litotômica; e como prática sem evidência científica suficiente, e que, portanto, devem ser utilizadas com cautela, o uso rotineiro da ocitocina; e ainda, como práticas usadas de modo inadequado a restrição hídrica e alimentar, o controle da dor por analgesia peridural, a correção da dinâmica uterina com utilização da ocitocina e exames vaginais, como toque vaginal rotineiramente.

Já recentemente em 2017, o MS publicou as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil. Os profissionais devem sempre tê-las em mente e considerar a prática dessas, para efetivação de uma assistência humanizada (BRASIL, 2017).

Os profissionais de saúde devem ser coadjuvantes dessa experiência e desempenhar um importante papel, com objetivo de acompanhar o processo, entendendo o processo de parturição e seus aspectos fisiológicos. Devem dispor seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ao reconhecer os momentos passivos de intervenção, para assegurar a saúde de ambos. Tornando, assim, possível otimizar recursos; minimizar os medos, os desconfortos e a dor; prover suporte; esclarecer; orientar; enfim, auxiliar e assistir a parturiente durante o trabalho de parto e o bebê ao nascimento. Esses profissionais devem ter consciência

da responsabilidade em um processo de múltiplos nascimentos: o nascimento de um bebê, uma mãe, um pai e uma nova família (BRASIL, 2017).

Apesar das dificuldades ainda encontradas na realidade brasileira, a utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento devem ter seu uso encorajado dentro da prática clínica por todos os profissionais de saúde que assistem à mulher e ao bebê durante o trabalho de parto e parto, tendo em vista os diversos benefícios que essas práticas proporcionam. A utilização das boas práticas é fundamental para consolidação do processo de humanização do parto e nascimento, contribuindo positivamente na satisfação da mulher com sua experiência de parir, promovendo, assim, a autonomia e o resgate ao protagonismo da mesma.

3.3 A violência obstétrica

A OMS (2014b) define violência obstétrica como qualquer intervenção ou ato direcionado à gestante, parturiente ou puérpera sem seu devido consentimento explícito ou com desrespeito à sua autonomia, integridade física, mental ou emocional. Ou seja, qualquer ação empregada por profissionais de saúde que caracterizem uma assistência desumanizada, o tornar patológico os processos fisiológicos da gestação e parto e o abuso de medicalização.

O termo violência obstétrica é usado para descrever e incluir diversas formas de abusos durante a prática profissional no campo da obstetrícia. Reúne maus tratos físico, psicológico e verbal, além de condutas dispensáveis e danosas como, por exemplo, episiotomias irrestritas, restrição ao leito no trabalho de parto, clister, tricotomia, ocitocina de rotina e proibição da presença de acompanhante (TESSER *et al.*, 2015).

Em um estudo desenvolvido em Portugal com 519 mulheres, constatou-se que 38,5% das participantes sentiram-se desrespeitadas em algum momento do trabalho de parto; 17,4% referiram ter sido ameaçadas ou ofendidas verbalmente; 2,7% relataram agressões físicas e 1,7% indicaram ter sido alvo de assédio sexual (ROHDE, 2016). No Brasil, um grande estudo realizado com 23.894 mulheres, evidenciou a realização da manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia em 37%, 56% e 92% das parturientes, respectivamente (LEAL *et al.*, 2014). Somando-se a isso, constatou-se que a aceleração do parto é um dos eventos mais constante da prática obstétrica brasileira, não respeitando a autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle sobre o tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto traduzem o índice excessivo de intervenções, resultando, assim, em uma assistência focada na decisão profissional e não nas peculiaridades do corpo da mulher. Esse agravo tem início no cuidado pré-natal quando as mulheres não tem acesso as informações sobre as boas práticas e assistência obstétrica adequada, culminando em despreparo e desconhecimento, contribuindo,

assim, para que a mulher não se aproprie de seu parto. Nas maternidades, há a continuidade de tal processo ao serem realizadas uma gama de intervenções sem evidências científicas, propiciando uma experiência de parto desqualificada para as parturientes (LEAL *et al.*, 2014).

Pesquisas realizadas em diversos países têm evidenciado o uso abusivo por muitos profissionais de saúde dos corpos e da sexualidade das mulheres dentro dos serviços de saúde (GOER, 2010; YAJAHUANCA *et al.*, 2014; ARGUEDAS, RAMÍREZ, 2014). Browser e Hill (2010) categorizaram os principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto, sendo elaborado um quadro com as categorias adaptadas por Tesser *et al.* (2015), conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos. Redenção, 2019.

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: Tesser *et al.*, 2015.

Uma pesquisa realizada em uma maternidade de São Paulo evidenciou que 27,9% da amostra do estudo foram vítimas de algum tipo de violência obstétrica, sendo destacadas com 27,3%, a realização de procedimentos sem explicações prévias ou consentimento pela mulher, como, por exemplo, a episiotomia, a amniotomia artificial e o enema, e ainda com 9,3% a proibição da presença do acompanhante (BICEGLI *et al.*, 2015). Em um outro estudo, realizado na região nordeste, houve uma prevalência de 86,57% de casos de violência obstétrica sendo associada as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal, como, por exemplo, puxos dirigidos (65%), administração de ocitocina sem uma real indicação (41%) e o uso rotineiro da posição supina (39%) (ANDRADE *et al.*, 2016).

Estudo com desenho etnográfico, realizado no Peru, com 25 puérperas a fim conhecer e descrever a cultura e a experiência de atendimento ao parto e pós-parto dessas mulheres. Os dados mostraram a falta de informação e privacidade, a indiferença por parte dos profissionais durante a assistência e a aceleração do parto com medicação, episiotomia e privação da livre movimentação da paciente durante o parto (YAJAHUANCA *et al.*, 2014).

Moyer *et al.* (2014) realizaram estudo no Norte de Ghana, na África, com o objetivo de explorar as atitudes dos profissionais de saúde no cuidado durante o parto. As autoras evidenciaram abuso físico, abandono e discriminação das mulheres, sendo expressos por toques vaginais sucessivos, manobra de Kristeller, golpes nas pernas, beliscões e a não utilização de medicação analgésica, quando tecnicamente indicada.

A violência obstétrica que prevalece em países como Brasil, Peru, Tanzânia, México, Chile, Venezuela, Costa Rica, África, Canadá, Estados Unidos é evidenciada por negligência, por violência verbal ou psicológica, incluindo ameaças, gritos e humilhações, falta de respeito, violência física e negligência (BOWSER, HILL, 2010; GARCIA *et al.*, 2012; MOYER *et al.*, 2014; PICLKES, 2015).

A atenção obstétrica agressiva, sem respaldo científico e que, em muitas vezes viola os direitos humanos básicos das mulheres, está atrelada ao modelo de parto vigente (SANTOS; SOUZA, 2017), além disso uma pesquisa realizada no Nordeste brasileiro cujo objetivo foi conhecer a percepção das puérperas no tocante às violências obstétricas demonstrou um desconhecimento destas em relação a esse tema, concluindo que devido a esse desconhecimento, as parturientes sofrem violência sem perceber, de maneira velada e com “naturalidade”, como se isso fosse intrínseco ao processo de parir (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

A ausência de informação das parturientes as leva a compreender que todos os procedimentos, aos quais estão sendo submetidas, são rotinas da instituição e irão auxiliar e

beneficiar o nascimento fetal, o que culmina na perda da autonomia feminina no momento do parto (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Tendo em vista que a violência obstétrica (VO) se trata de um tema importante e que engloba a possibilidade de várias formas de desrespeitar a mulher no ciclo gravídico puerperal, a Organização Mundial da Saúde reconheceu, em 2014, a VO como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês (LANSKY *et al.*, 2019).

Arguedas-Ramírez (2014) afirma que as mulheres que sofrem ou já sofreram violência obstétrica convivem com diversas consequências como: dificuldade de vínculo afetivo com o bebê, alterações na relação sexual com o parceiro, autoimagem corporal depreciativa, não desejo de engravidar novamente, sentimento de incapacidade e depressão.

Necessita-se ter a consciência do impacto que a violência contra a mulher gera, tanto nela quanto na sociedade como um todo, com prejuízos físicos, emocionais e econômicos, gerando custos nos sistemas de saúde para o desenvolvimento de ações de enfrentamento que envolvem diversos setores organizados em uma rede (BRASIL, 2004a; SILVA; OLIVEIRA, 2015; PACHECO, 2015).

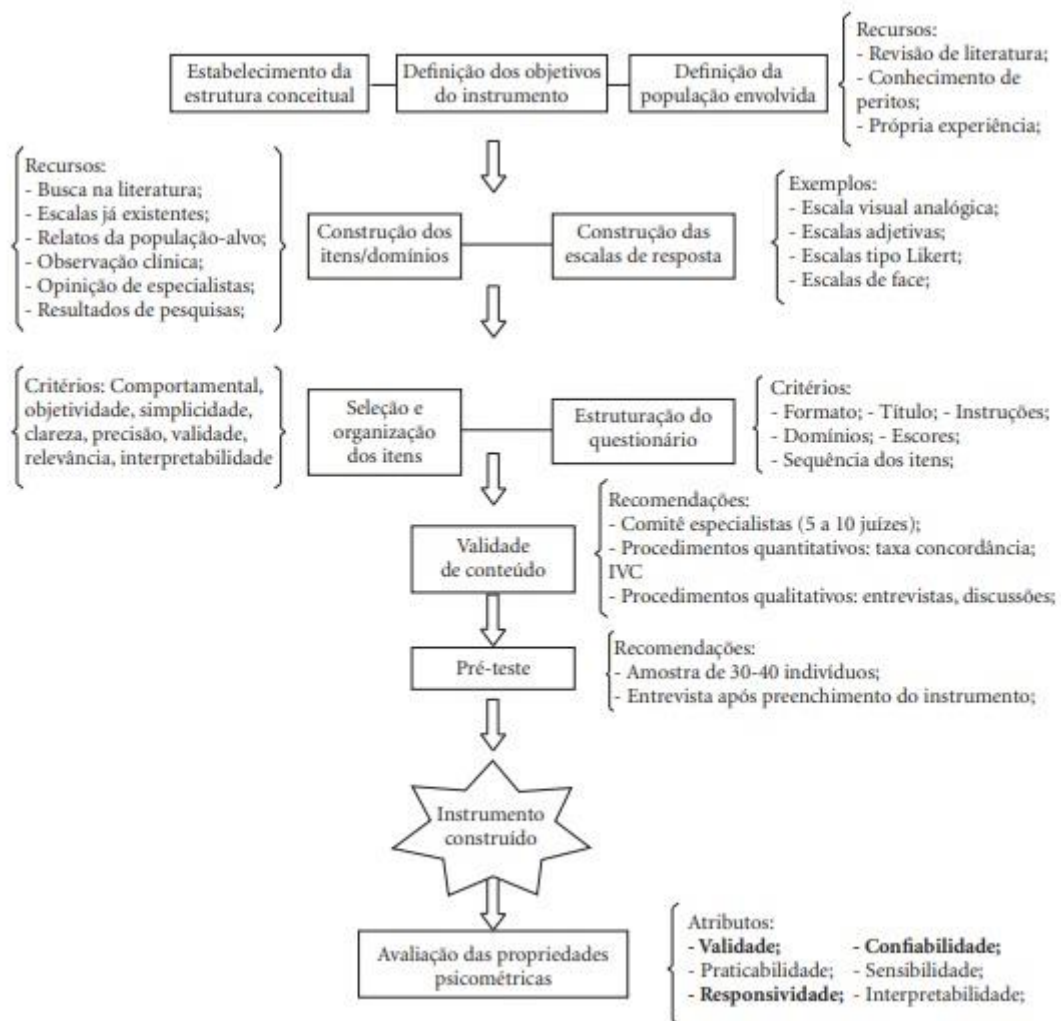
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para construção e validação do instrumento proposto neste estudo, foi utilizado como pilar metodológico o proposto por Coluci, Alexandre e Milani (2015) para a construção de instrumentos de medida na área da saúde.

Para construção do Questionário, seguiu-se as seguintes etapas: I- Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; II- Construção dos itens e das escalas de resposta, seleção e organização dos itens; III-Estruturação do instrumento; IV-Validade de Conteúdo; e V-Pré-teste ou análise semântica.

A Figura 1 ilustra esse processo e apresenta de maneira resumida os recursos, critérios e/ou recomendações que geralmente são utilizados em cada etapa.

Figura 1 – As etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa. Redenção, 2019.



4.1 Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida

Nesta primeira etapa, faz-se necessário o estabelecimento dos objetivos do instrumento como, também, é imprescindível que exista conexão com os conceitos que serão abordados. Esta etapa é responsável por definir o contexto do instrumento e dar base teórica ao desenvolvimento dos itens e escalas de respostas (PASQUALI, 1998).

Para a realização desta etapa sugere-se seja feita uma revisão integrativa da literatura. Segundo Soares *et al.* (2014) é considerado um tipo de revisão que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, o qual permite aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos. Para que esse processo ocorra de maneira lógica, a revisão integrativa requer que os revisores procedam à análise e à síntese dos dados primários de forma sistemática e rigorosa.

Acredita-se que com a aplicação deste instrumento as mulheres que já tiveram alguma experiência com processo parturitivo, facilitará na identificação de falhas e dará oportunidade de inovação/mudanças na assistência, a fim de proporcionar maior autonomia e satisfação nas mulheres em vivenciar o trabalho de parto e parto.

4.2 Construção dos itens e das escalas de respostas

Os itens e as escalas de respostas não podem ser construídos aleatoriamente, estes devem ter base teórica sustentada nas definições operacionais do constructo (PASQUALI, 1998).

Várias são as possibilidades para a construção dos itens, dentre elas: busca na literatura, questionários já existentes, relatos da população-alvo, observação clínica, opinião de especialistas, resultados de pesquisa, teorias, dentre outros (CARDOSO *et al.*, 2011).

Além da construção dos itens, nesta etapa, faz-se necessário a elaboração e escolha de um método para obtenção das respostas. Segundo Streiner e Norman (2008), as escalas de respostas podem possuir várias formas como, escalas do tipo *Likert*, escalas de face, *check list*, dentre outras. Lembrando que a escolha do método de resposta deve ser determinada pela natureza da pergunta realizada.

4.3 Seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento

Nesta etapa, o pesquisador necessita adotar alguns critérios para seleção dos itens a serem utilizados. Dentre estes, estão: o critério comportamental, o critério da objetividade, da simplicidade, da clareza, da precisão, da validade, da relevância e da interpretabilidade. A

adoção de algum destes critérios objetiva eliminar qualquer item que esteja ambíguo, incompreensível, com termos vagos, com duplas perguntas, que tenha jargões ou que remeta a juízo de valor (GUNTHER, 2003; PASQUALI, 1998; CARDOSO *et al.*, 2011).

A seleção, organização e estruturação do instrumento tem como objetivo minimizar o esforço físico e/ou mental dos participantes, contribuindo, também, para que todos sejam tratados de forma equitativa e seja mantido o interesse em responder o instrumento até o final (GUNTHER, 2003).

4.4 Validação de conteúdo

As propriedades psicométricas podem embasar, padronizar e aferir o instrumento em estudo. Logo, a melhor qualidade de um instrumento de avaliação é definida por variáveis com propriedades psicométricas, atestadas, tais como, a validade e a confiabilidade. A validade é a capacidade que um instrumento possui em medir com precisão um fenômeno a ser estudado, já a confiabilidade é definida como a capacidade de um instrumento de medir fielmente um fenômeno (PASQUALI *et al.*, 2010).

A validade de conteúdo verifica se as questões do instrumento são representativas dentro do universo de todas as questões que podem ser feitas sobre o assunto, isto é, permite verificar se o instrumento contém todos os componentes e domínios relevantes sobre o fenômeno (GUBERT, 2011).

4.5 Pré-teste ou análise semântica

A etapa de pré-teste ou análise semântica tem como objetivo avaliar se todos os itens do instrumento são, de fato, compreensíveis pela população a qual este se destina (PASQUALI, 2010).

Esta etapa é um momento importante, o qual possibilita verificar o que não foi compreendido, o que deve ser acrescentado ou aperfeiçoado, além de se perceber algum distanciamento entre o que foi exposto e o que foi compreendido pela população-alvo (FONSECA *et al.*, 2004; RODRIGUES *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2015).

5. MÉTODO

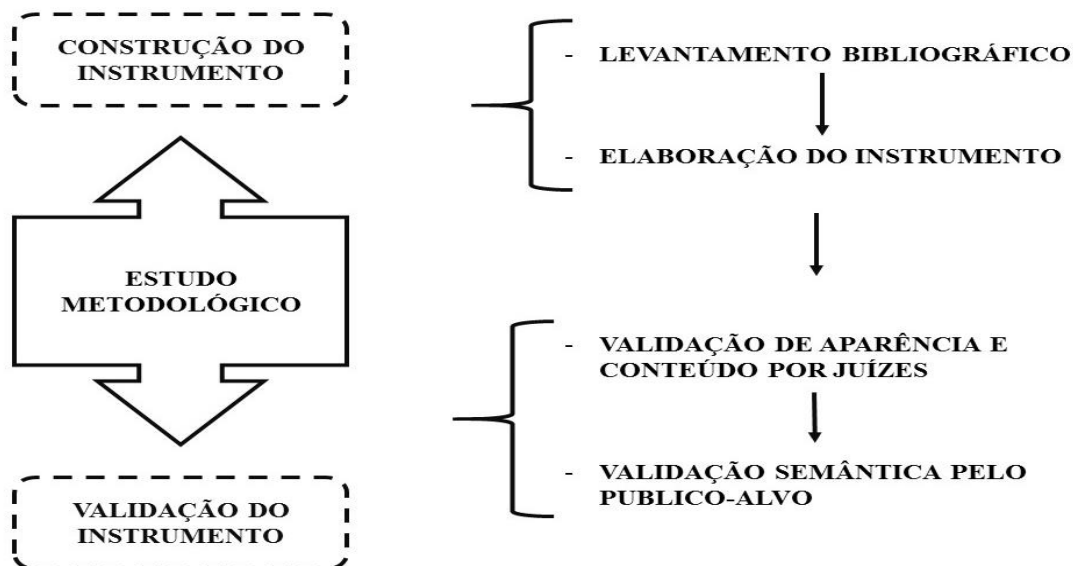
5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico. As pesquisas metodológicas abordam o desenvolvimento, a validação e a avaliação de métodos de ferramentas e de pesquisa (POLIT; BECK, 2019).

As crescentes demandas por avaliações de resultados confiáveis e sólidos, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados para alcance de dados tem levado ao crescente interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (POLIT; BECK, 2019).

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a pesquisa metodológica busca elaborar, validar e avaliar instrumentos para que possam ser utilizados por outros pesquisadores. Portanto a investigação metodológica inclui alguns passos, como: definição do construto, elaboração dos itens do instrumento e avaliação psicométrica (testes de confiabilidade e validade). Esses procedimentos diferem de acordo com o seu uso, propósito e fase de evolução do instrumento. Todavia, o aspecto mais significativo e criticamente importante na pesquisa metodológica chama-se: avaliação psicométrica.

Figura 2 – Fluxograma das etapas de construção e validação do Questionário de identificação de violência obstétrica. Redenção, 2019.



Fonte: Elaborada pela própria autora.

5.2 Estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida

Para desenvolvimento desta etapa, foi realizada uma busca nas publicações do Ministério da Saúde do Brasil, Organização Mundial da Saúde e periódicos sobre violência obstétrica com o intuito de levantar as informações existentes para compor o instrumento.

Além disso, levando em consideração a necessidade de um aprofundamento consistente para identificar as principais publicações acerca da temática e para embasar a formulação do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2014), foi feita uma revisão integrativa sobre o tema.

A revisão integrativa da literatura se trata de um tipo de pesquisa fundamentada na prática baseada em evidências (PBE), proporcionando a síntese do conhecimento do tema investigado (SOARES *et al.*, 2014), com o objetivo de caracterizar, de acordo com a produção científica, as formas de violência mais prevalentes no cenário da atenção obstétrica.

Para atender ao rigor metodológico necessário à uma revisão integrativa as seguintes etapas serão seguidas: 1) identificação da hipótese ou questão norteadora; 2) seleção da amostragem; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos; 5) discussão e interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a presente revisão, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Quais as formas de violência obstétrica mais prevalentes, de acordo com a literatura científica?

Utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *Patient, Intervention, Comparison, Outcomes*) para formular a questão de pesquisa. A Prática Baseada em Evidências (PBE) propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e organizados utilizando essa estratégia (CAMARGO *et al.*, 2018).

Para compor a amostra do estudo foi realizado um levantamento de artigos nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BDNF (Base de Dados de Enfermagem) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), acessados por meio do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES). Como também foram utilizadas as bases de dados SCOPUS e Web of Science (WOS).

A busca realizou-se a partir dos descritores controlados: Grávida (*pregnant women*), Gravidez (*pregnancy*), Mulheres (*women*), Pessoal de saúde (*health personnel*) Parto (*parturition*), Parto normal (*natural childbirth*), Parto humanizado (*humanizing delivery*), Gravidez (*pregnancy*), Trabalho de parto (*labor, obstetric*), Violência (*violence*) e Violência

contra a mulher (*violence against women*), consultados previamente no Decs (Descritores em Ciência e Saúde) e no Mesh (*Medical Subject Headings*).

A fim de combinar os descritores nas estratégias de busca inicialmente, utilizou-se o operador booleano OR e posteriormente o operador AND, como mostrado no quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Redenção, 2020.

Bases de dados	P	I/C	O
MEDLINE/ LILACS/ BDENF / SCOPUS/ WEB OF SCIENCE	("pregnant women" OR "pregnancy" OR "women" OR "health presonnel")	(" violence against women" OR "parturition" OR "labor, obstetric" OR "violence")	("natural childbirth" OR "humanizing delivery")

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em virtude das características específicas de cada base, bem como de seu acesso, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma delas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, de modo a manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

Foram incluídos estudos conduzidos com mulheres ou profissionais que abordavam a temática, com delineamento quantitativo e qualitativo, sem restrição de data ou idioma e produzidos em países lusófonos. Optou-se por selecionar apenas estudos realizados nesta região, visto que existe uma particularidade cultural que pode influenciar na ocorrência de violência obstétrica, além disso, este estudo dará subsídio para a elaboração de um material educativo acerca da violência obstétrica para mulheres. Sendo excluídas as cartas, resenhas, editoriais, reflexões teóricas, dissertações, teses, monografias, resumos em anais de eventos, resumos expandidos, publicações duplicadas ou que não responderam à pergunta norteadora do estudo.

O Quadro 3 mostra os estudos encontrados a partir dos cruzamentos citados e os achados nas bases de dados.

Quadro 3 - Distribuição dos cruzamentos dos descritores de acordo com a base de dados. Redenção, 2020.

Cruzamentos	LILACS	BDENF	SCOPUS	MEDLINE	WOS	Total
<i>“pregnant women” OR “pregnancy” OR “women” X “violence” OR “violence against women” AND “parturition” OR “labor, obstetric” X “natural childbirth” OR “humanizing delivery”</i>	142	89	163	313	271	978
<i>“health presonnel” X “violence” OR “violence against women” AND “parturition” OR “labor, obstetric” X “natural childbirth” OR “humanizing delivery”</i>	11	03	10	12	18	54

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Inicialmente, foram localizadas 1.032 publicações cujos títulos e resumos foram lidos por dois revisores independentes, bem como avaliados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, sendo excluídas 961 publicações.

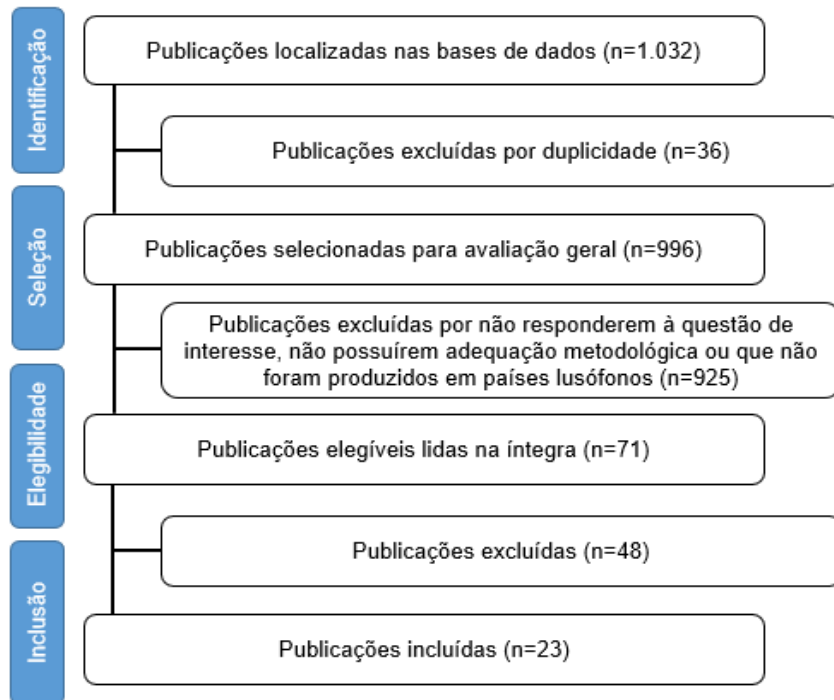
Nesse processo de seleção, foram refinados os textos que realmente respondiam à questão de interesse, que possuíam adequação metodológica e com discussão consistente da temática proposta e que foram produzidos em quaisquer países lusófonos. Ao final, foram selecionadas 71 publicações para leitura na íntegra. Os dados dos manuscritos foram extraídos por meio do instrumento de coleta de dados adaptado de Ursi (2005) (ANEXO A), onde são descritos os seguintes dados: título, autor, ano de publicação, periódico, objetivo, método, resultados e conclusão. A avaliação da qualidade dos manuscritos selecionados foi realizada através da aplicação das listas de verificação de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI) (ANEXOS B, C, D, E e F), instituição que fornece orientação formal para revisões.

As revisões do JBI visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes dentro dos limites de um único documento usando métodos rigorosos e transparentes, sendo assim, há uma lista de verificação para cada delineamento de pesquisa. Isso produz a tomada de decisão que considera a viabilidade, adequação, pertinência e eficácia da prática de saúde (SANTOS; SECOLI; PUSCHEL, 2018).

Após a leitura, as publicações que apresentaram alguma discordância de sua aceitação para compor a amostra final foram novamente analisadas, sendo excluídas ou não.

Cessada a etapa de pré-seleção e seleção do material, permaneceram 23 publicações, que contemplam a amostra final que compõe esta revisão (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement. Redenção, 2020.



Fonte: elaboração própria.

5.3 Validade de Conteúdo

Após a etapa de construção do questionário, foi realizada a validação do mesmo, para que, assim, possa ser aplicado com segurança e de maneira confiável. Para isso, é necessário que o construto possua validade e esteja associado ao conceito que é medido ou que busca avaliar, com menor erro possível. O processo de validação é uma etapa fundamental antes da utilização do instrumento, possibilitando, assim, a verificação da qualidade dos dados, como, também, sua aplicação a uma população específica (BOAVENTURA, 2004; MATTEI, 2015).

Dentre os tipos de validação, optou-se, neste estudo, pelas análises de conteúdo e de aparência. A primeira é realizada para que se possa verificar se os conceitos estão representados de modo adequado, bem como se os itens são representativos (POLIT; BECK, 2011). A análise de aparência é necessária para que os juízes possam avaliar clareza e compreensão para a população à qual se destina (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

É importante ressaltar que, para a validação de conteúdo é essencial que os juízes sejam realmente *experts* na área de interesse do construto, pois somente assim terão a capacidade de avaliar corretamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens que compõe o construto.

Foi realizada a seleção dos juízes por meio da amostragem de rede ou bola de neve. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), esta é uma estratégia utilizada para localizar amostras de difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras. Logo, ao ser encontrado um sujeito que se enquadre nos critérios de inclusão estabelecidos, será solicitado ao mesmo que faça a indicação de outros possíveis participantes, tratando-se, assim, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Quanto ao número de juízes para participar do processo de validação, não existe uma padronização que indique esta quantidade, desta forma, alguns autores sugerem o número de juízes. Fehring (1994) recomenda 25 a 50 especialistas; Pasquali (1997) propõe que esse número pode variar entre seis e 20 sujeitos e Lynn (1986) refere um quantitativo entre três e dez juízes. No presente estudo, optamos pelas recomendações de Fehring (1994) para a seleção dos juízes. É válido ressaltar a necessidade de uma quantidade ímpar de juízes, com a finalidade de evitar empate de opiniões (VIANNA, 1982). Optou-se por seguir o referencial de Fehring (1994).

Para seleção e recrutamento dos juízes para validação de foram utilizados os critérios de Jasper (1994), os quais apontam que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: ter habilidade/conhecimento adquirido pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; ter aprovação em um teste específico para identificar juízes; e ter classificação alta atribuída por uma autoridade.

Com isso, foi estipulado que os juízes de conteúdo atendessem a pelo menos dois dos requisitos descritos acima, para serem considerados especialistas na área temática. Foram estabelecidas características específicas referentes a cada um dos requisitos citados, devendo o participante atender a, no mínimo, uma das características para o requisito em que se enquadra. Destaca-se que esta forma de seleção também foi realizada no estudo de Mota (2014).

O Quadro 4 apresenta o conjunto de requisitos para definição de juízes de conteúdo, respectivamente, conforme recomendações de Jasper (1994), assim como as características referentes a cada requisito, elaboradas para o presente estudo, e adotadas para identificar e selecionar os peritos em Saúde da Mulher/Violência Obstétrica para avaliação do instrumento.

Quadro 4 – Conjunto de requisitos adaptados para definição de juízes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para seleção e recrutamento dos juízes para avaliação de conteúdo do questionário. Redenção, 2019.

(Continua)

Requisitos	Características específicas
<p>Possuir habilidade/ conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de interesse*; - Possuir título de especialista com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.
<p>Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial a mulheres no ciclo gravídico puerperal por um período mínimo de 1 ano; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas junto a mulheres no ciclo gravídico puerperal.
<p>Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Saúde, especificamente estudos de desenvolvimento ou metodológicos. - Ter autoria em artigo(s) científico(s) de estudos de desenvolvimento ou metodológicos publicado(s) em periódico(s) com fator de impacto; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) que envolvam estudos de desenvolvimento ou metodológicos.
<p>Ter aprovação em um teste específico para identificar juízes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Enfermagem como Enfermeiro Obstetra ou titulado em exame específico mediante comprovação de longa atuação na Enfermagem Obstétrica e comprovação da mesma pela Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO).

Quadro 2 – Conjunto de requisitos adaptados para definição de juízes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para seleção e recrutamento dos juízes para avaliação de conteúdo do questionário. Redenção, 2019.

(Conclusão)

Ter classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição científica conhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área à área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área à área de interesse*.
---	---

*Área de interesse: saúde materna, violência obstétrica, enfermagem obstétrica e humanização do parto e nascimento.

Foi realizada uma consulta aos seus currículos disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para verificação dos critérios de elegibilidade.

Aos juízes que preencheram os critérios de elegibilidade, respeitando aos requisitos mínimos propostos por Jasper (1994), foi enviada uma Carta-Convite (APÊNDICE A) em maio e junho de 2020, via *e-mail*, correio postal ou via *whatsapp*, explicitando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem da mesma. Optou-se por este tipo de coleta por conta da pandemia de COVID-19, na qual foi necessária adaptação do método para manutenção do isolamento social.

Após aceitação, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), para que confirmassem formalmente a participação no presente estudo; um questionário de caracterização dos juízes, juntamente ao instrumento de validação (APÊNDICE C) e uma cópia do Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica.

Os juízes realizaram a avaliação do instrumento no próprio domicílio, ou em outro local mais conveniente, sendo estabelecido um prazo de 10 dias para que o mesmo realizasse a análise, preenchesse o instrumento de avaliação e os devolvesse à pesquisadora via correio eletrônico ou pessoalmente.

O atendimento aos critérios de seleção dos juízes foi verificado por meio do instrumento de caracterização, o qual possui uma parte destinada à trajetória profissional (APÊNDICE C). Este instrumento possui questões abertas e com escala do tipo Likert, cujo resultado mostra a equivalência de conteúdo. Nesse momento, itens do instrumento foram avaliados em três critérios: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica (PASQUALI, 2010). Além disso, o instrumento contém uma coluna destinada às sugestões dos juízes.

Para auxiliar no preenchimento adequado, os juízes receberam instruções quanto aos critérios analisados: clareza da linguagem (considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. Avaliaram se a linguagem utilizada era suficientemente clara, compreensível e adequada para a população); pertinência prática (analisou se cada item possui importância para o instrumento) e relevância teórica (considerava o grau de associação entre os itens e a teoria que embasa o construto). As respostas foram avaliadas segundo grau de concordância aos critérios, de forma que 1 representa “pouquíssima”, 2 representa “pouca”, 3 representa “média”, 4 representa “muita” e 5 representa “muitíssima”.

Após não haver nenhuma sugestão, e após consenso entre os juízes sobre o conteúdo do questionário, este foi considerado adequado. Em seguida submetido a análise semântica dos itens com o público-alvo.

5.4 Pré-teste ou análise semântica

Após a validação de conteúdo pelos juízes e realizadas as alterações necessárias no instrumento, foi realizada a análise semântica com o público-alvo.

A análise semântica envolve a compreensão dos itens pela população-alvo, ou seja, a população a qual se destina o instrumento, tendo relevância quanto à inteligibilidade dos itens e a validade aparente (PASQUALI, 2010).

A inteligibilidade avalia se os itens são compreensíveis ao estrato mais baixo da população-alvo. Entendendo-se por estrato mais baixo, aquele segmento da população que apresenta menor nível de habilidade, de forma que a dificuldade na compreensão dos itens não deve se constituir em fator complicador no momento de responder aos itens (PASQUALI, 2010).

No que concerne ao tamanho amostral, as recomendações de Fehring (1986) sugerem um número de 25 a 50 sujeitos para validação de tecnologias/instrumentos. Desse modo, foi utilizado um número ímpar de sujeitos para evitarem-se empates nas respostas e nos questionamentos dúbios (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008; NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Os critérios de inclusão dos participantes foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos e ter tido pelo menos uma experiência com parto. Foi considerado como critério de exclusão: mulheres que apresentem dificuldade na compreensão para avaliação do questionário. Esta seleção se deu por amostragem de rede ou bola de neve. A primeira participante foi contactada por meio de contato profissional. Após ser encontrado um sujeito que se enquadre

nos critérios de inclusão estabelecidos, sendo solicitado que este faça a indicação de outros possíveis participantes, tratando-se, assim, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2019).

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2020 por meio do envio de um formulário eletrônico via *e-mail* ou *whatsapp*. Optou-se por este tipo de coleta nesta fase também, por conta da pandemia de COVID-19, na qual foi necessária adaptação do método de coleta de dados para evitar aglomerações.

Inicialmente, foi enviado o formulário eletrônico, o qual continha TCLE (APÊNDICE D), que após o consentimento em participar do estudo, este era direcionado para instrumento de avaliação semântica dos itens pelo público-alvo (APÊNDICE E).

Foi realizada a aplicação do instrumento de avaliação semântica dos itens pelo público-alvo, adaptado de Dodt (2011) (APÊNDICE E). Estima-se uma duração de 20 a 30 minutos, individualmente, para coleta de dados.

O instrumento (APÊNDICE E) avaliou a análise semântica dos itens junto à população-alvo usando critérios quanto a clareza, a relevância e ao grau de relevância dos itens (DODT, 2011) contendo também um instrumento de caracterização sociodemográfica e gineco-obstétricos das mulheres.

Foram consideradas as dificuldades e observações feitas pelas mulheres, as quais eram registradas no próprio formulário para realização de possíveis reajustes. Assim, tal etapa teve como finalidade verificar se as mulheres compreendiam o instrumento, avaliando o sistema de atribuição das respostas, o formato e o tempo de aplicação do mesmo.

As sugestões de mudanças foram agregadas e compiladas ao construto final.

5.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados, processados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e apresentados em tabelas e gráficos.

Para análise da validade de conteúdo foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado com base em duas equações matemáticas: I-CVI (Level Content Validity Index) – validade de conteúdo dos itens individuais e o S-CVI (Scale Level Content Validity Index) – média dos resultados dos índices de validade de conteúdo resultando em um IVC geral (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). O IVC varia de -1 a 1 e considera-se válido o item cuja concordância entre os juízes seja igual ou maior que 0,80 (NORWOOD, 2006).

O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância

sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala do tipo Likert com pontuação de um a cinco. Portanto, para o cálculo do IVC da validação de conteúdo dos juízes considerou-se 1 (pouquíssima) e 2 (pouca) como “não é relevante”, 3 (média) como “item necessita de grande revisão”, 4 (muita) como “item necessita de pequena revisão” e 5 (muitíssima) como “item relevante”. Dessa forma, o escore foi calculado pela soma de concordância dos itens 4 ou 5, conforme apresentado na fórmula abaixo: (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “4” ou “5”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Ressalta-se, desta forma, que 0,8 é o valor mínimo como critério de decisão de permanência do item avaliado. Assim, essa informação não significa afirmar que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas houve relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos dos demais (ORÍÁ, 2008).

Quanto a análise semântica dos itens, também será utilizado o cálculo do IVC para o critério de grau de relevância do item. Neste critério é considerada uma escala do tipo Likert com pontuação de um a quatro. Portanto, para o cálculo do IVC considerou-se 1 (irrelevante) e 2 (pouco relevante) como “não é relevante” e os itens 3 (realmente relevante) e 4 (muito relevante) como “item relevante”. Dessa forma, o escore foi calculado pela soma de concordância dos itens 3 ou 4, conforme apresentado na fórmula abaixo: (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Com relação aos outros critérios da análise semântica, estes são compostos por itens dicotômicos onde serão calculados média, mediana e desvio-padrão.

Considerando a necessidade de obter um instrumento que retrate a realidade de forma confiável, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, com o objetivo de expressar por meio de um fator, o grau de confiabilidade das respostas dadas pelos juízes.

Vale ressaltar que para diversos autores, os valores do coeficiente alfa de Cronbach devem ter o valor mínimo de 0,70, pois, abaixo do valor mínimo, a consistência interna é considerada baixa (STREINER, 2003; MAROCO; GARCIMARQUES, 2006).

Os dados de identificação dos juízes e os sociodemográficos e gineco-obstétricos das mulheres foram compilados em um banco de dados produzido no *Excel 2010*, processados

e analisados de forma descritiva, por meio dos cálculos para frequência, médias e desvios padrão das variáveis numéricas.

Os dados quantitativos foram apresentados por meio de quadros e tabelas, e, posteriormente analisados a luz da literatura pertinente sobre o assunto.

Ademais, foram consideradas as sugestões dos juízes para manutenção, alteração, agrupamento, divisão e/ou exclusão dos itens do instrumento.

5.6 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) com parecer N° 3.824.951 e CAAE: 28050920.2.0000.5576.

Foram respeitados todos os princípios éticos de Pesquisas com seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B e APÊNDICE D), sendo garantido privacidade e sigilo sobre todas as informações fornecidas, assegurando o anonimato das participantes, segundo as normas da resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADO

Os resultados estão apresentados em dois tópicos, de acordo com os objetivos deste estudo. No primeiro, estão descritos os resultados relativos ao processo de construção do questionário; no segundo, a validação de conteúdo do questionário pelos juízes e, por fim, a avaliação semântica com o público-alvo.

6.1 Processo de estabelecimento da estrutura conceitual e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida

A construção de instrumentos na área da saúde proporciona evolução para a assistência e, conseqüentemente, para a segurança do paciente à medida que vem com a finalidade de conferir embasamento científico ao profissional (CATUNDA *et al.*, 2017).

Optou-se pela confecção do questionário, pois não se identificou a produção de material semelhante validado na literatura científica.

A seguir, tem-se a descrição dos passos seguidos no processo de construção do questionário em estudo.

6.1.1 Levantamento bibliográfico sobre violência obstétrica

A construção do questionário deu-se a partir da revisão integrativa sobre as formas mais prevalentes de violência obstétrica, buscando-se reunir o que existe de mais atual sobre esse tema.

Foram analisadas 23 publicações inclusas na revisão integrativa, onde observou-se que 87% delas foram escritas nos últimos cinco anos 2015 (2); 2016 (1); 2017 (8); 2018 (3); 2019 (5) e um estudo publicado em 2020, fato que reflete a contemporaneidade do tema “Violência Obstétrica” e a crescente necessidade de discussão desse assunto no cenário dos países lusófonos. Em relação ao idioma de publicação, 82% foram em português (19) e o restante em inglês.

Houve predominância de estudos realizados no Brasil 91% (21), os demais estudos foram realizados na Guiné Bissau (1) e em Moçambique (1). A maioria das publicações foi realizada em periódicos de Enfermagem 48% (11), o restante dos artigos estava publicado em Revistas interdisciplinares (6), de Saúde Pública (5) e de Psicologia (1), o que demonstra tratar-se de uma temática de interesse generalizado. Destaca-se que foram encontradas publicações de outras áreas, como direito e jornalismo, porém, não se encaixavam nos critérios de inclusão.

A maior parte dos estudos foi realizada somente com puérperas 69% (16), dois estudos foram realizados com profissionais de saúde de modo geral, um apenas com médicos

obstetras, um apenas com enfermeiros obstetras, um apenas com residentes em enfermagem obstétrica, um com gestantes e um realizou investigação com puérperas, médicos e enfermeiros obstetras. Em relação à distribuição dos desenhos dos estudos, 65% (15) são de natureza qualitativa, 30% (7) e um adotou delineamento misto (qualitativo e quantitativo).

Para melhor identificação das publicações que compõem esta revisão, construiu-se um quadro-síntese com informações pertinentes à autoria, ano de publicação, país de realização, idioma, população e amostra, tipo de estudo e objetivo original da publicação (Quadro 4).

Quadro 5 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Redenção, 2020.

N	Autor/ Ano	Periódico	País/ Idioma	População e amostra (n)	Tipo de abordagem	Objetivo
1	Teixeira; Pereira, 2006	Rev. Brasileira de Enfermagem	Brasil Português	Puérperas (10)	Qualitativa	Analisar, a partir dos discursos de mulheres residentes na periferia de Cuiabá-MT, vários dos aspectos culturais subjetivos e objetivos que atravessaram suas vivências ao passar pela experiência do parto normal em instituições públicas hospitalares ou conveniadas com o SUS.
2	Wolff; Waldow, 2008	Rev. Saúde e Sociedade	Brasil Português	Puérperas (33)	Qualitativa	Descrever, analisar e discutir as representações das mulheres sobre a assistência prestada no trabalho de parto e parto, com perspectivas de humanização.
3	Aguiar; d'Oliveira; Schraiber, 2013	Cadernos de Saúde Pública	Brasil Português	Profissionais de saúde (18)	Qualitativa	Discutir sobre a violência institucional em maternidades públicas, analisada à luz das relações entre o poder e a autoridade médicos e as relações de gênero.
4	Biscegli <i>et al.</i> , 2015	Cuidarte Enfermagem	Brasil Português	Puérperas (172)	Quantitativa	Verificar a prevalência de violência obstétrica (VO) na Maternidade de um hospital escola e descrever as características do atendimento.
5	Rodrigues <i>et al.</i> , 2015	Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem	Brasil Português	Puérperas (56)	Qualitativa	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direitos de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento.
6	Andrade <i>et al.</i> , 2016	Rev. Brasileira de Saúde Materna e Infantil	Brasil Português	Puérperas (603)	Quantitativa	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.
7	Cardoso <i>et al.</i> , 2017	Rev. de enfermagem UFPE on line	Brasil Português	Profissionais de saúde (20)	Qualitativa	Avaliar os saberes e práticas sobre violência obstétrica na percepção dos profissionais da saúde.

Quadro 5 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Redenção, 2020.

(Continuação)

8	Oliveira; Mercedes, 2017	Rev. de enfermagem UFPE on line	Brasil Português	Puérperas (10)	Qualitativa	Conhecer a percepção das puérperas no tocante às violências obstétricas.
9	Oliveira; Penna, 2017.	Texto e Contexto Enfermagem	Brasil Português	Parturientes (36) Enfermeiros obstetras (10) Médicos obstetras (14)	Qualitativa	Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto.
10	Palma; Donelli, 2017	Psico	Brasil Português	Puérperas (1626)	Quantitativa	Verificar a ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras.
11	Pedroso; López, 2017	Physis Revista de Saúde Coletiva	Brasil Português	Puérperas (25)	Qualitativa	Refletir sobre as experiências de mulheres em relação a assistência ao parto numa maternidade pública de Porto Alegre-RS.
12	Rodrigues <i>et al.</i> , 2017	Texto e Contexto Enfermagem	Brasil Português	Puérperas (56)	Qualitativa	Analisar a percepção das mulheres acerca do descumprimento da Lei do Acompanhante, com foco no seu direito constituído legalmente e nos sentimentos por elas vivenciados durante o parto e o nascimento.
13	Sá <i>et al.</i> , 2017	Rev. de enfermagem UFPE on line	Brasil Português	Puérperas (28)	Qualitativa	Analisar as situações de violência obstétrica perpetrada por profissionais de saúde durante o processo parto/nascimento sob a percepção das puérperas acerca do direito ao acesso à maternidade e a ter um acompanhante de sua livre escolha.
14	Souza; Rattner; Gubert, 2017	Rev. de Saúde Pública	Brasil Inglês	Puérperas (432)	Quantitativa	Investigar a associação entre violência institucional em obstetrícia e depressão pós-parto (depressão por PP) e o efeito potencial de raça, idade e nível educacional neste desfecho.

Quadro 5 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Redenção, 2020.

(Continuação)

15	Costa, 2018	Rev. Baiana de Enfermagem	Brasil Português	Puérperas (37)	Qualitativa	Analisar as percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar.
16	Leal <i>et al.</i> , 2018	Cogitare Enfermagem	Brasil Inglês	Enfermeiros Obstetras (19)	Qualitativa	Conhecer a percepção de enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica.
17	Silva <i>et al.</i> , 2018	Rev. de enfermagem UFPE online	Brasil Português	Puérperas (169)	Quantitativa	Investigar as formas de violência obstétrica na assistência prestada ao parto e ao nascimento.
18	Bohren <i>et al.</i> , 2019	Lancet	Guiné Inglês	Puérperas (682)	Quantitativa	Desenvolver e implementar ferramentas validadas e baseadas em evidências para medir maus-tratos durante o parto.
19	Lansky <i>et al.</i> , 2019	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil Português	Gestantes (555)	Quantitativa e Qualitativa	Analisar o perfil das gestantes que visitaram a Sentidos do Nascer, a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos e assistenciais associados ao relato de VO.
20	Mocumbi <i>et al.</i> , 2019	BMC Pregnancy and Childbirth	Moçambique e Inglês	Puérperas (4358)	Quantitativa	Avaliar as experiências e a satisfação das mães com os cuidados durante o parto.
21	Oliveira <i>et al.</i> , 2019	Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde	Brasil Português	Puérperas (15)	Qualitativa	Analisar as experiências de trabalho de parto e parto de mulheres que sofreram violência obstétrica.
22	Sens; Stamm; 2019	Interface (Botucatu)	Brasil Português	Médicos Obstetras (23)	Qualitativa	Identificar a percepção dos obstetras que prestam assistência ao parto em uma maternidade humanizada do sul do Brasil.

Quadro 5 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Redenção, 2020.

(Continuação)

23	Menezes <i>et al.</i> , 2020	Interface (Botucatu)	Brasil Português	Residentes em Enfermagem Obstétrica (15)	Qualitativa	Compreender a percepção de residentes em Enfermagem Obstétrica sobre violência obstétrica em uma maternidade referência do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil.
----	------------------------------	----------------------	------------------	--	-------------	---

Fonte: elaboração própria

Os dados de caracterização dos artigos incluídos na presente revisão corroboram com os achados de outra revisão integrativa realizada contexto brasileiro que encontraram uma predominância de estudos publicados a partir de 2015, com idioma português, maior percentual de publicações em periódicos de Saúde Coletiva e Enfermagem. Ainda nesta revisão a abordagem qualitativa foi a mais frequente, sendo que as publicações com abordagem quantitativa eram estudos descritivos, na maioria das publicações a mulher foi o sujeito de pesquisa, vítima e relatora da violência institucional no parto (MARRERO; BRUGGEMANN, 2018).

Observa-se que a violência obstétrica se trata de um fenômeno que se estabelece por meio de diferentes tipos de violência que acontecem no contexto da gestação, do parto, do puerpério e ainda nas situações de abortamento e no pós-abortamento (VACAFLOR, 2016). Portanto, torna-se importante averiguar se existem possíveis categorizações em que os atos de violência podem se enquadrar.

Os estudos foram analisados de forma a possibilitar a construção de categorias considerando os discursos das mulheres e dos profissionais de saúde, bem como as definições dos diferentes autores sobre maus-tratos, abusos e direitos violados de mulheres em instituições de saúde durante a assistência ao parto. Sendo, portanto, divididos em: violência verbal, psicológica, física, sexual, discriminatória, institucional, financeira, negligência e uso inadequado de procedimentos e tecnologias, conforme o Quadro 4.

Quadro 6 – Categorização e exemplificação da VO segundo estudos incluídos. Redenção, 2020.

Categoria	Exemplos	Artigos
Violência Verbal	Tratamento desrespeitoso, com maus tratos e juízos de valor, bem como falas grosseiras, coercitivas, repreensão, gritos, xingamentos, comentários irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação.	1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23.
Violência Psicológica	Ameaças, tratamento autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes, chantagens, culpabilização da mulher, especialmente em situações de sofrimento fetal e dificuldade de realizar puxos no período expulsivo, atribuição de incapacidade de parir à paciente, desqualificação da opinião da mulher, imposição de decisões, fornecimento de informações duvidosas ou não informação.	1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23.
Violência Física	Empurrar, realizar toques vaginais repetitivos, especialmente para fins didáticos, ou agressivos, que provoquem dor, cirurgia cesariana sem necessidade, manobra de <i>Kristeller</i> , restringir os movimentos e obrigar a parturiente a manter posições não desejadas por ela, procedimentos sem a analgesia adequada (retirada manual da placenta, sutura, episiotomia, episiorrafia), tapas e beliscões, contenção física de pernas e braços.	1, 2, 4, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23.
Violência Sexual	Realização de toque vaginal sem luvas, manipulação, exposição ou visualização desnecessárias das genitálias, tocar nas mamas ou realizar toque retal na mulher sem o seu consentimento.	4, 5, 7, 9, 15, 17, 20, 21.
Violência Discriminatória	Depreciação ou negação do atendimento baseado em atributos raciais e sociais, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua condição econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade.	1, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 16, 20, 22, 23.
Violência institucional	Peregrinação, não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, falta de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos a parturiente (como proibição do acompanhante, ou jejum prolongado durante o trabalho de parto).	3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 19, 21, 23.
Violência Financeira	Cobrar taxa para realizar assistência ao parto normal, ou realizar tratamento diferenciado para quem possui condição financeira melhor, cobrar por procedimentos realizados em instituições públicas.	3, 4, 15, 19.

Fonte: elaboração própria.

A Organização Mundial da Saúde trata da VO a partir de cinco categorias principais que norteiam as definições legais, são elas: 1 – intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (sobre a mãe ou o bebê); 2 – abuso, humilhação e agressão verbal ou física; 3 – falta de insumos e instalações inadequadas; 4 – práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe, após informações completas, verídicas e suficientes e 5 – discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos (WHO, 2014).

Permanece ainda, em algumas instituições, uma cultura enraizada que trata a violência obstétrica como um evento banal, invisível e até mesmo natural no contexto assistencial. Tal fato acarreta um paradigma marcado por discursos opostos entre profissionais, que não reconhecem a prática de violação dos direitos humanos, e usuárias que se sentem violentadas por esses (CASTRILLO, 2016; PERDOMO-RUBIO *et al.*, 2019).

Recentemente, um inquérito realizado com 23.894 mulheres em âmbito nacional intitulado “Nascer no Brasil”, identificou que 36,4% recebeu medicação estimulante para o parto; 53,5% teve episiotomia; 36,1% recebeu manobras mecânicas para acelerar o nascimento; 52% foi submetida à cesariana sem justificativa; 55,7% foi mantida restrita ao leito; 74,8% ficou em jejum e 39,1% foi submetida à amniotomia (DINIZ *et al.*, 2015).

Anteriormente, outra pesquisa nacional já tinha dado visibilidade ao tema, pois identificou que uma entre quatro mulheres que tinham parido, e também aproximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de violência obstétrica (VENTURI; GODINHO, 2013).

Os fatos supracitados representam apenas a ponta de um *iceberg* com o qual a tanto a sociedade quanto os profissionais têm convivido de forma velada. Sabendo que a prevenção quaternária é a atitude e a ação de identificação e evitação de risco de hipermedicalização, intervenções desnecessárias e danos (TESSER *et al.*, 2015) torna-se importante considerar a VO como um de seus alvos.

Devido a magnitude e complexidade desse constructo no Brasil, são indicados dois tipos de ações de prevenção quaternária: ações individuais, familiares e comunitárias realizadas na Atenção Primária à Saúde, por meio do pré-natal; e ações em maior escala (social, política e institucional).

Com relação ao componente pré-natal, apesar da sua elevada cobertura (98,7%) no Brasil, apenas 40% das mulheres afirmam ter recebido orientações sobre

práticas benéficas para o trabalho de parto e parto (DINIZ *et al.*, 2018). É importante mudar essa visão e instrumentalizar os profissionais para orientar as gestantes e famílias quanto aos benefícios do parto natural e às possíveis complicações de intervenções questionáveis a fim de empoderar mulheres e famílias e possibilitar que elas exijam um atendimento obstétrico seguro e digno.

Portanto, trabalhar essa temática exige uma educação contínua da comunidade e uma responsabilidade por parte dos profissionais em se atualizar, mudar práticas consideradas prejudiciais no cenário obstétrico e assumir um cuidado além de rotinas e procedimentos.

6.2 Seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento

O levantamento de conteúdo sobre a temática é essencial para definir conceitos, descrever o conteúdo com clareza e fundamentação teórica, sendo de grande importância a realização de uma reflexão sobre o assunto em questão e ações que possam auxiliar na mudança de paradigma (ECHER, 2005).

Após o levantamento, houve a seleção das principais informações a serem abordadas no questionário, as quais emergiram de exemplificações trazidas pelas mulheres e profissionais de saúde. Segundo Streiner e Norman (2008), a experiência da população-alvo é um recurso significativo e excelente para elaboração dos itens.

Em seguida, realizou-se a leitura minuciosa e o fichamento do material selecionado. Assuntos semelhantes oriundos de diversas bibliografias foram condensados em um mesmo tópico, tornando-o mais completo.

O material selecionado proporcionou informações relevantes. Porém, por se tratarem de materiais científicos, as informações vinham dotadas de termos técnicos, havendo a necessidade de serem decodificados e transformados em uma linguagem simples e acessível ao senso comum.

O conteúdo abordado foi organizado e distribuído em blocos, objetivando-se manter a coerência das informações abordadas em cada bloco, tendo em vista que o questionário precisa apresentar informações completas e que contemplem o que se necessita investigar. Dessa forma foram criados os blocos: Dados de identificação, Antecedentes obstétricos e Categorias de violência obstétrica.

O bloco Dados de identificação é composto por dez itens, do tipo *likert* e questões abertas, contendo questões de cunho sócio-demográfico. Este bloco não foi

inserido na validação de conteúdo dos juízes, visto que ficará aberta para cada pesquisador montar seu banco de dados avaliando a finalidade de sua pesquisa.

Os dados sócio-demográficos têm grande relevância no processo de planejamento do cuidado e da tomada de decisão quanto às estratégias a serem adotadas. O entendimento dessas tendências de distribuição é fundamental para o delineamento e elaboração de políticas públicas que têm públicos-alvo determinados com comportamentos e necessidades de saúde inerentes a cada grupo (GUIMARÃES, 2016).

O bloco Antecedentes obstétricos é composto por nove perguntas, do tipo *likert* que variam de dois a seis pontos. Este bloco é referente ao passado obstétrico da mulher.

Vale ressaltar, que um instrumento de coleta de dados bem elaborado é aquele que, de forma organizada, agrupa os dados para facilitar o pensamento crítico do investigador.

E, por fim, o último bloco de perguntas é intitulado como Categorias de violência obstétrica. Este é subdividido por categorias e traz em cada uma delas, exemplos de violência obstétrica, objetivando facilitar a compreensão do investigado. Conforme emergiram na revisão integrativa, este bloco é composto 7 categorias: violência verbal, violência psicológica, violência física, violência sexual, violência discriminatória, violência institucional e violência financeira. Este bloco possui 57 itens do tipo *check list*.

O uso de *checklist* contribui para fornecer dados precisos acerca das práticas de saúde, surgindo como um instrumento relevante para a rápida identificação de práticas, recomendadas ou não (FIORETTI *et al.*, 2016).

Em suma, o questionário foi composto por 3 blocos divididos em dados de identificação, antecedentes obstétricos e categorias de violência obstétrica, totalizando 67itens.

Após a construção e organização dos itens tem-se uma hipótese sobre a possibilidade desses itens estarem representando adequadamente esse referido constructo. Por ser uma hipótese, é necessário testá-la em relação a avaliação de outras pessoas, que possam assegurar sua validação. Para esse tipo de avaliação há duas possibilidades: avaliação dos juízes e análise semântica (PASQUALI, 2010).

6.2 Processo de validação de conteúdo pelos juízes

Para esta etapa do estudo foram convidados 63 juízes especialistas, porém apenas 35 aceitaram participar e fizeram a devolutiva do material avaliado, conforme os critérios anteriormente citados.

Quanto ao sexo, predominou o sexo feminino, com 33 (94,3%), fato já esperada pela hegemonia feminina na profissão de enfermagem. A média de idade dos juízes foi de 32 anos (DP± 5,5 anos), variando de 24 a 46 anos.

Apresenta-se na tabela 1, a caracterização dos juízes que participaram da validação de conteúdo do questionário.

Tabela 1 - Distribuição dos dados segundo a caracterização dos juízes especialistas para validação do Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica. Redenção, 2020.

Caracterização dos juízes (N=35)	n (%)
Função	
Docente	5 (14,3)
Enfermeiro obstetra assistencial	27 (77,1)
Coordenador/gestor	3 (8,6)
Titulação	
Doutorado	6 (17,1)
Mestrado	7 (20,0)
Especialização/Residência	22 (62,9)
Tempo de experiência em trabalho na área (em anos)	
< 5 anos	19 (54,3)
5 a 9	12 (34,3)
10 a 14	2 (5,8)
15 a 19	1 (2,8)
≥ 20	1 (2,8)
Tempo de formação (em anos)	
< 5 anos	10 (28,6)
5 a 9	15 (42,8)
10 a 14	5 (14,2)
15 a 19	2 (5,7)
≥ 20	3 (8,7)
Publicação de pesquisa envolvendo a temática:	
Não respondeu	13 (37,1)
Obstetrícia	5 (14,3)
Trabalho de Parto e Parto	1 (2,9)
Trabalho de Parto, Parto e Obstetrícia	7 (20,0)
Trabalho de Parto, Parto e Violência Obstétrica	9 (25,7)

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto a titulação dos juízes, observa-se que todos possuem o título de especialista em enfermagem obstétrica, sendo 22 (62,9%) com especialização ou residência, 7 (20%) com mestrado e 6 (17,1%) com doutorado.

Com relação a área de atuação dos demais juízes, 27 (77,1%) atuam na assistência, 5 (14,3%) são docentes e 3 (8,6%) são coordenadores/gestores. Todos os juízes possuem experiência assistencial em enfermagem obstétrica, o que torna possível uma melhor avaliação do questionário.

Quanto ao tempo de trabalho na área de atuação, a média foi de 5,6 anos, com uma variação de 1 a 20 anos, apresentando o desvio-padrão de $\pm 4,6$ anos. A média do tempo de formação profissional foi de 7,9 anos, com variação de 2,6 a 22 anos, desvio-padrão de $\pm 3,6$ anos.

Com relação as publicações na área, observou-se que 22 (62,9%) possuem publicações envolvendo as temáticas: trabalho de parto, parto, obstetrícia e violência obstétrica. A maioria dos juízes (62,9%), além de possuírem experiência prática também produzem conhecimento científico e estão engajados em pesquisas.

A tabela 2 apresenta a caracterização dos juízes segundo Jasper (1994).

Tabela 2 - Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de Jasper (1994) adaptado. Redenção, 2020.

Crítérios de classificação dos juízes (N=35)	n	%
Possuir habilidade/ conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto.	35	100,0
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	35	100,0
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	22	62,9
Possuir aprovação em um teste específico para identificar experts.	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	-	-

* Área de interesse: saúde materna, violência obstétrica, enfermagem obstétrica e humanização do parto e nascimento.

Quanto aos critérios adotados de Jasper (1994), todos os juízes atingiram no mínimo dois requisitos acima citados e 13 (37,1%) enquadraram-se em três requisitos. Com isso, tem-se um elevado nível de juízes selecionados proporcionando melhor avaliação do instrumento e garantindo uma boa validação de conteúdo.

A validade de conteúdo pode ser conceituada como o grau em que os itens de um instrumento representam satisfatoriamente o conteúdo do conceito que está sendo

medido. O processo de validação é fundamental após a elaboração de um instrumento, considerando a necessidade de que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e opinar com sugestões para seu aperfeiçoamento (POLIT, BECK, 2011; LIMA, 2014; TELES *et al.*, 2014; SABINO, 2016).

A Tabela 3 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de Antecedentes obstétricos.

Tabela 3 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Antecedentes obstétricos do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS										IVC		
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima			Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%		n	%
Clareza de linguagem¹													
C11	-	-	1	2,9	-	-	14	40,0	20	57,1	35	100,0	90,3
C12	1	2,9	-	-	2	5,7	8	22,9	24	68,6	35	100,0	90,9
C13	1	2,9	-	-	1	2,9	7	20,0	26	74,3	35	100,0	92,6
C14	-	-	1	2,9	1	2,9	7	20,0	26	74,3	35	100,0	93,1
C15	1	2,9	-	-	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	90,9
C16	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
C17	-	-	-	-	3	8,6	9	25,7	23	65,7	35	100,0	91,4
C18	-	-	-	-	1	2,9	5	14,3	29	82,9	35	100,0	96,0
C19	-	-	1	2,9	-	-	5	14,3	29	82,9	35	100,0	95,4
Total	3	1,0	3	8,6	9	25,7	75	23,8	225	71,4	315	100,0	92,8
Pertinência prática²													
P11	-	-	-	-	2	5,7	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,6
P12	1	2,9	-	-	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	90,9
P13	1	2,9	-	-	3	8,6	9	25,7	22	62,9	35	100,0	89,1
P14	-	-	2	5,7	-	-	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,0
P15	1	2,9	-	-	-	-	7	20,0	27	77,1	35	100,0	93,7
P16	-	-	-	-	-	-	7	20,0	28	80,0	35	100,0	96,0
P17	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
P18	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,7
P19	-	-	1	2,9	-	-	8	22,9	26	74,3	35	100,0	93,7
Total	3	1,0	3	1,0	7	2,2	77	24,4	225	71,4	315	100,0	92,9
Relevância teórica³													
R11	-	-	-	-	2	5,7	11	31,4	22	62,9	35	100,0	91,4
R12	1	2,9	-	-	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	90,9
R13	1	2,9	1	2,9	2	5,7	10	28,6	21	60,0	35	100,0	88,0
R14	-	-	1	2,9	-	-	8	22,9	26	74,3	35	100,0	93,7
R15	1	2,9	-	-	-	-	6	17,1	28	80,0	35	100,0	94,3
R16	-	-	-	-	-	-	7	20,0	28	80,0	35	100,0	96,0
R17	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
R18	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,7
R19	-	-	1	2,9	-	-	11	31,4	23	65,7	35	100,0	92,0
Total	3	1,0	3	1,0	6	1,9	82	26,0	221	70,2	315	100,0	92,7

¹Alfa de Cronbach = 0,940; ²Alfa de Cronbach = 0,935; ³Alfa de Cronbach = 0,925

Conforme ilustra a Tabela 3, os itens que compõem o bloco de Antecedentes obstétricos mostram resultados satisfatórios quanto a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, apresentando elevada taxa de concordância entre os juízes. Assim, confirma sua validação de conteúdo, pois todos os itens obtiveram IVCs superiores a 0,8, o qual foi o ponto de corte utilizado no presente estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os resultados do coeficiente alfa de Cronbach mostraram ótimos níveis de consistência interna, sendo de 0,94 para a clareza de linguagem; 0,93 para pertinência prática e 0,92 para relevância teórica, evidenciando congruência e correlação entre os itens.

A Tabela 4 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência verbal.

Tabela 4 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência verbal do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA VERBAL												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	-	-	5	14,3	3	8,6	27	77,1	35	100,0	92,6
C20	-	-	2	5,7	-	-	1	2,9	32	91,4	35	100,0	96,0
C21	-	-	-	-	2	5,7	3	8,6	30	85,7	35	100,0	96,0
C22	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	100,0	97,1
C23	-	-	-	-	3	8,6	-	-	32	91,4	35	100,0	96,6
Total	-	-	2	1,1	10	5,7	12	6,9	151	86,3	175	100,0	95,7
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P20	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9
P21	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P22	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	100,0	97,1
P23	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
Total	-	-	-	-	-	-	9	5,1	166	94,9	175	100,0	99,0
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R20	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9
R21	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R22	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	100,0	97,1
R23	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
Total	-	-	-	-	-	-	9	5,1	166	94,9	175	100,0	99,0

¹Alfa de Cronbach = 0,358; ²Alfa de Cronbach = 0,588; ³Alfa de Cronbach = 0,588

Quanto aos itens do bloco de Categoria de violência verbal, obteve-se, também, resultados satisfatórios apresentando o menor valor de IVC de 0,92. Um dos itens atingiu o valor de 1, mostrando total concordância entre os juízes, conforme ilustrado na tabela 4.

A Tabela 5 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência institucional.

Tabela 5 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência institucional do questionário. Redenção, 2020. (Continua)

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	-	-	3	8,6	1	2,9	31	88,6	35	100,0	96,0
C57	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7
C58	-	-	-	-	-	-	4	11,4	31	88,6	35	100,0	97,7
C59	-	-	-	-	-	-	4	11,4	31	88,6	35	100,0	97,7
C60	1	2,9	1	2,9	1	2,9	2	5,7	30	85,7	35	100,0	93,7
C61	-	-	-	-	-	-	4	11,4	31	88,6	35	100,0	97,7
C62	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9
C63	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
C64	1	2,9	-	-	-	-	1	2,9	33	94,3	35	100,0	97,1
Total	2	0,6	1	0,3	5	1,6	21	6,7	286	90,8	315	100,0	97,3
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
P57	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P58	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7
P59	-	-	-	-	-	-	4	11,4	31	88,6	35	100,0	97,7
P60	1	2,9	-	-	1	2,9	1	2,9	32	91,4	35	100,0	96,0
P61	-	-	-	-	-	-	8	22,9	27	77,1	35	100,0	95,4
P62	-	-	-	-	1	2,9	-	-	34	97,1	35	100,0	98,9
P63	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
P64	1	2,9	-	-	-	-	-	-	34	97,1	35	100,0	97,7
Total	2	0,6	-	-	3	1,0	16	5,1	294	93,3	315	100,0	98,1
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R57	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R58	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3
R59	-	-	-	-	-	-	4	11,4	31	88,6	35	100,0	97,7
R60	1	2,9	-	-	1	2,9	1	2,9	32	91,4	35	100,0	96,0
R61	-	-	-	-	-	-	7	20,0	28	80,0	35	100,0	96,0
R62	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R63	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R64	1	2,9	-	-	-	-	-	-	34	97,1	35	100,0	97,7

Total **2** **0,6** - - **1** **0,3** **17** **5,4** **295** **93,7** **315** **100,0** **98,3**

¹Alfa de Cronbach = 0,639; ²Alfa de Cronbach = 0,500; ³Alfa de Cronbach = 0,549

Conforme observado na tabela 5, os itens do bloco Categoria de violência institucional mostraram valores de IVCs satisfatórios, apresentando o valor mínimo de 0,93. Três itens atingiram o valor de 1, evidenciando concordância de 100% entre os juízes. Apresentando, assim, boa consistência interna entre os itens.

A Tabela 6 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência financeira.

Tabela 6 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência financeira do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA FINANCEIRA												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	-	-	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	100,0	97,1
C65	-	-	-	-	-	-	4	11,4	31	88,6	35	100,0	97,7
C66	-	-	1	2,9	1	2,9	2	5,7	31	88,6	35	100,0	96,0
C67	-	-	-	-	5	14,3	2	5,7	28	80,0	35	100,0	93,1
Total	-	-	1	0,7	7	5,0	11	7,9	121	86,4	140	100,0	96,0
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P65	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P66	-	-	1	2,9	-	-	1	2,9	33	94,3	35	100,0	97,7
P67	-	-	-	-	1	2,9	5	14,3	29	82,9	35	100,0	96,0
Total	-	-	1	0,7	1	0,7	8	5,7	130	92,9	140	100,0	98,1
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R65	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R66	-	-	1	2,9	-	-	1	2,9	33	94,3	35	100,0	97,7
R67	-	-	-	-	1	2,9	5	14,3	29	82,9	35	100,0	96,0
Total	-	-	1	0,7	1	0,7	8	5,7	130	92,9	140	100,0	98,1

¹Alfa de Cronbach = 0,494; ²Alfa de Cronbach = 0,698; ³Alfa de Cronbach = 0,698

A tabela 6 mostra que todos os itens obtiveram pontuação acima de 0,80 na avaliação dos juízes, apresentando, assim, uma excelente consistência interna entre os itens.

Com relação ao Alfa de Cronbach para as categorias de Violência verbal, institucional e financeira, os valores foram inferiores a 0,70. Contudo a literatura aponta que mesmo que o alfa seja baixo, quando existe correlação significativa com outras variáveis a consistência interna está constatada (VIEIRA, 2016). Apesar de alguns

estudos determinarem que 0,70 seja o valor ideal para o alfa de Cronbach, algumas literaturas consideram valores abaixo de 0,70, porém bem próximos a 0,60 como apropriados (STREINER, 2008; STREINER; KOTTNER, 2014).

É importante ressaltar que a confiabilidade não é uma propriedade fixa de um instrumento. O valor da confiabilidade depende da função do questionário, da população, do contexto, ou seja, o mesmo instrumento pode não ser considerado confiável segundo diferentes condições (KESZEI, NOVAK, ETREINER, 2010).

As Tabela 7, 8 e 9 apresentam os valores de IVC entre os juízes para os blocos das categorias de violência psicológica, sexual e discriminatória, respectivamente.

Tabela 7 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência psicológica do questionário. Redenção, 2020. (Continua)

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para violência psicológica												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	1	2,9	5	14,3	2	5,7	27	77,1	35	100,0	91,4
C24	-	-	-	-	3	8,6	4	11,4	28	80,0	35	100,0	94,3
C25	-	-	1	2,9	2	5,7	6	17,1	26	74,3	35	100,0	92,6
C26	-	-	-	-	1	2,9	5	14,3	29	82,9	35	100,0	96,0
C27	1	2,9	1	2,9	1	2,9	4	11,4	28	80,0	35	100,0	92,6
C28	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
C29	-	-	-	-	2	5,7	1	2,9	32	91,4	35	100,0	97,1
C30	-	-	-	-	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	100,0	97,1
C31	-	-	-	-	4	11,4	6	17,1	25	71,4	35	100,0	92,0
C32	-	-	-	-	4	11,4	3	8,6	28	80,0	35	100,0	93,7
C33	-	-	-	-	2	5,7	3	8,6	30	85,7	35	100,0	96,0
C34	-	-	1	2,9	6	17,1	4	11,4	24	68,6	35	100,0	89,1
C35	-	-	1	2,9	1	2,9	6	17,1	27	77,1	35	100,0	93,7
C36	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
C37	-	-	-	-	1	2,9	5	14,3	29	82,9	35	100,0	96,0
C38	-	-	-	-	4	11,4	3	8,6	28	80,0	35	100,0	93,7
C39	-	-	-	-	2	5,7	2	5,7	31	88,6	35	100,0	96,6
C40	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7
C41	1	2,9	1	2,9	6	17,1	9	25,7	18	51,4	35	100,0	84,0
C42	-	-	-	-	3	8,6	7	20,0	25	71,4	35	100,0	92,6
C43	-	-	1	2,9	3	8,6	6	17,1	25	71,4	35	100,0	91,4
C44	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3
C45	-	-	-	-	2	5,7	6	17,1	27	77,1	35	100,0	94,3

													(Continuação)	
C46	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4	
C47	-	-	-	-	1	2,9	-	-	34	97,1	35	100,0	98,9	
C48	-	-	-	-	5	14,3	-	-	30	85,7	35	100,0	94,3	
C49	-	-	1	2,9	1	2,9	-	-	33	94,3	35	100,0	97,1	
Total	2	0,2	8	0,8	61	6,5	92	9,7	782	82,8	945	100,0	94,8	
Pertinência prática²														
Exemplo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4	
P24	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
P25	-	-	1	2,9	-	-	3	8,6	31	88,6	35	100,0	96,6	
P26	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3	
P27	1	2,9	-	-	-	-	2	5,7	32	91,4	35	100,0	96,6	
P28	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
P29	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7	
P30	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
P31	-	-	-	-	4	11,4	1	2,9	30	85,7	35	100,0	94,9	
P32	-	-	-	-	2	5,7	1	2,9	32	91,4	35	100,0	97,1	
P33	-	-	-	-	2	5,7	3	8,6	30	85,7	35	100,0	96,0	
P34	-	-	1	2,9	-	-	5	14,3	29	82,9	35	100,0	95,4	
P35	-	-	1	2,9	-	-	5	14,3	29	82,9	35	100,0	95,4	
P36	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
P37	-	-	-	-	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	100,0	97,1	
P38	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3	
P39	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3	
P40	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
P41	2	5,7	-	-	1	2,9	10	28,6	22	62,9	35	100,0	88,6	
P42	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	100,0	97,1	
P43	-	-	1	2,9	1	2,9	7	20,0	26	74,3	35	100,0	93,1	
P44	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4	
P45	-	-	-	-	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	100,0	97,1	

(Continuação)													
P46	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P47	-	-	-	-	2	5,7	-	-	33	94,3	35	100,0	97,7
P48	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
P49	-	-	1	2,9	1	2,9	1	2,9	32	91,4	35	100,0	96,6
Total	3	0,3	5	0,5	19	2,0	60	6,3	858	90,8	945	100,0	97,4
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R24	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R25	-	-	2	5,7	-	-	2	5,7	31	88,6	35	100,0	95,4
R26	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3
R27	1	2,9	-	-	-	-	2	5,7	32	91,4	35	100,0	96,6
R28	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R29	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7
R30	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R31	-	-	-	-	4	11,4	1	2,9	30	85,7	35	100,0	94,9
R32	-	-	-	-	2	5,7	1	2,9	32	91,4	35	100,0	97,1
R33	-	-	-	-	2	5,7	3	8,6	30	85,7	35	100,0	96,0
R34	-	-	1	2,9	1	2,9	4	11,4	29	82,9	35	100,0	94,9
R35	-	-	1	2,9	-	-	5	14,3	29	82,9	35	100,0	95,4
R36	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R37	-	-	-	-	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	100,0	97,1
R38	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
R39	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
R40	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
R41	2	5,7	-	-	1	2,9	10	28,6	22	62,9	35	100,0	88,6
R42	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	100,0	97,1
R43	-	-	1	2,9	1	2,9	6	17,1	27	77,1	35	100,0	93,7
R44	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R45	-	-	-	-	1	2,9	3	8,6	31	88,6	35	100,0	97,1

	(Conclusão)												
R46	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
R47	-	-	-	-	2	5,7	-	-	33	94,3	35	100,0	97,7
R48	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
R49	-	-	1	2,9	1	2,9	1	2,9	32	91,4	35	100,0	96,6
Total	3	0,3	6	0,6	20	2,1	57	6,0	859	90,9	945	100,0	97,3

¹Alfa de Cronbach = 0,897; ²Alfa de Cronbach = 0,928; ³Alfa de Cronbach = 0,924

Tabela 8 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência sexual do questionário. Redenção, 2020.
(Continua)

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA SEXUAL												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
C50	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
C51	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7
C52	-	-	1	2,9	2	5,7	4	11,4	28	80,0	35	100,0	93,7
C53	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3
C54	-	-	-	-	1	2,9	2	5,7	32	91,4	35	100,0	97,7
Total	-	-	1	0,5	6	2,9	13	6,2	190	90,5	210	100,0	97,3
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0
P50	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3
P51	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4
P52	-	-	-	-	1	2,9	4	11,4	30	85,7	35	100,0	96,6
P53	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9
P54	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3

														(Conclusão)
Total	-	-	-	-	3	1,4	9	4,3	198	94,3	210	100,0	98,6	
Relevância teórica³														
Exemplo	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
R50	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3	
R51	-	-	-	-	-	-	1	2,9	34	97,1	35	100,0	99,4	
R52	-	-	-	-	1	2,9	4	11,4	30	85,7	35	100,0	96,6	
R53	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9	
R54	-	-	-	-	1	2,9	1	2,9	33	94,3	35	100,0	98,3	
Total	-	-	-	-	3	1,4	9	4,3	198	94,3	210	100,0	98,6	

¹Alfa de Cronbach = 0,714; ²Alfa de Cronbach = 0,876; ³Alfa de Cronbach = 0,876

Tabela 9 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre os juízes quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência discriminatória do questionário. Redenção, 2020. (Continua)

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA DISCRIMINATÓRIA												IVC	
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Clareza de linguagem¹														
Exemplo	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3	
C55	-	-	-	-	2	5,7	3	8,6	30	85,7	35	100,0	96,0	
C56	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	100,0	97,1	
Total	-	-	-	-	2	1,9	11	10,5	92	87,6	105	100,0	97,1	
Pertinência prática²														
Exemplo	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9	
P55	-	-	-	-	-	-	-	-	35	10,0	35	100,0	100,0	
P56	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3	
Total	-	-	-	-	-	-	5	4,8	100	95,2	105	100,0	99,0	

	(Conclusão)													
Relevância teórica³														
Exemplo	-	-	-	-	-	-	2	5,7	33	94,3	35	100,0	98,9	
R55	-	-	-	-	-	-	-	-	35	100,0	35	100,0	100,0	
R56	-	-	-	-	-	-	3	8,6	32	91,4	35	100,0	98,3	
Total	-	-	-	-	-	-	5	4,8	100	95,2	105	100,0	99,0	

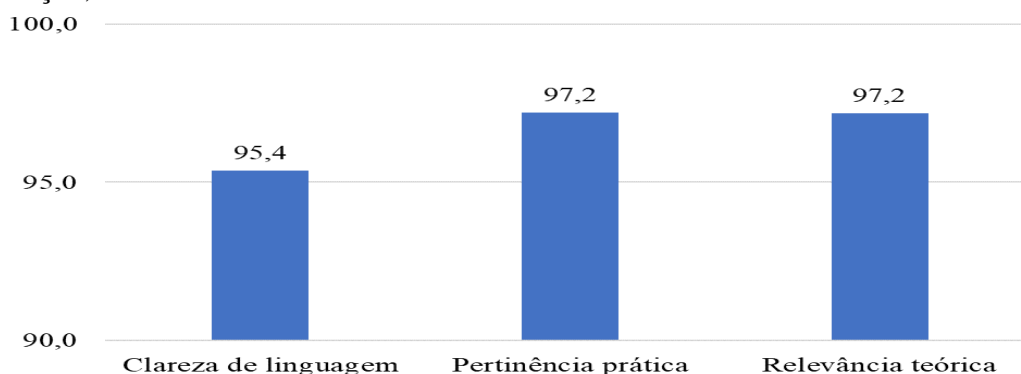
¹Alfa de Cronbach = 0,827; ²Alfa de Cronbach = 0,891; ³Alfa de Cronbach = 0,891

Conforme ilustrado nas tabelas 7,8 e 9, os itens das categorias de Violência psicológica, sexual e discriminatória foram validados com IVC de 1 ou bem próximo desse valor, apresentando, assim, elevada taxa de concordância entre os itens. As três categorias acima citadas, obtiveram valores de alfa de Cronbach acima de 0,70, comprovando, assim, a consistência interna e congruência dos itens.

A partir de uma busca minuciosa na literatura, foi realizada uma revisão integrativa que a partir de tal, surgiram as categorias de violência obstétrica juntamente com exemplificações. Cada categoria possui exemplos, para facilitar o entendimento do leitor. Todos os exemplos foram avaliados pelos juízes quanto aos critérios de validade de conteúdo, utilizados no presente estudo. O menor valor de IVC foi de 0,91 e o maior de 1, evidenciando, assim, a validação de conteúdos pelos juízes.

Ao fim da análise dos IVCs dos critérios: Clareza da linguagem, Pertinência prática e Relevância teórica foram calculadas as médias destes para cada uma das categorias acima citadas, considerando todos os itens avaliados do questionário, as mesmas estão representadas no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1 - Distribuição da média dos Índices de Validação de Conteúdo (IVC) para os critérios clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica do Questionário. Redenção, 2020.



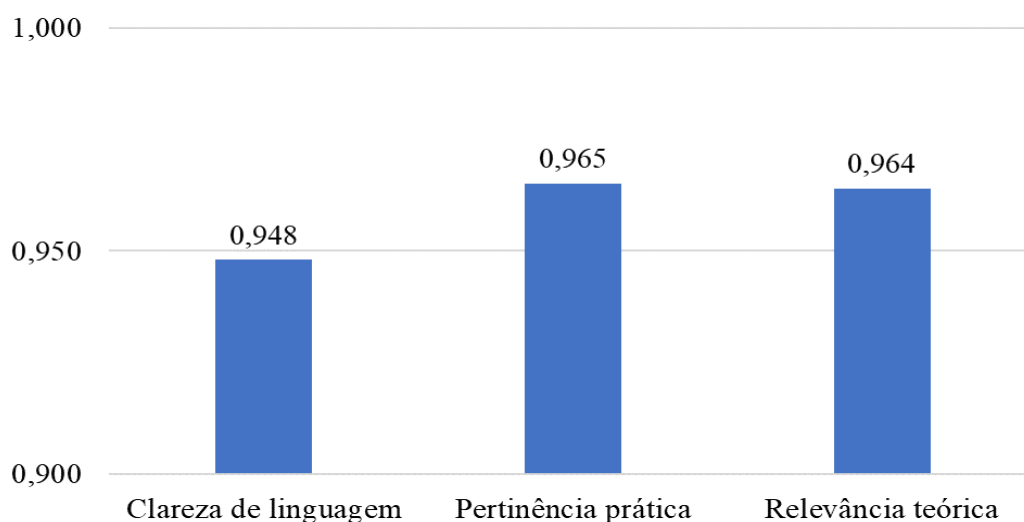
Fonte: Elaborada pela autora.

Nas três categorias, a média de IVC dos itens é superior a 0,8 e bem próxima de 1, sendo bastante satisfatório e tornando válido o conteúdo apresentado no material. O processo de validação confere confiabilidade ao questionário, respaldando seu uso. Validade é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir. Não se pode dizer que determinado instrumento possui ou não validade, pois é uma questão de grau. O pesquisador não valida um instrumento em si, mas alguma aplicação deste instrumento. Em relação à validade de conteúdo, nesta verifica-se que os conceitos são

representados de forma adequada, sendo representativos ao universo do construto teórico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2019).

Foram calculadas também a média dos valores de Alfa de Cronbach dos critérios Clareza da linguagem, Pertinência prática e Relevância teórica, conforme ilustra o gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição da média dos valores de Alfa de Cronbach para os critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica do Questionário. Redenção, 2020.



Fonte: Elaborada pela autora.

Apesar de algumas categorias de violência apresentarem valores de alfa de Cronbach inferiores a 0,70, a média dos valores dos critérios avaliados apresentam valores satisfatórios, revelando uma boa consistência interna entre os itens do questionário.

Em relação ao Alfa de Cronbach do questionário quanto aos critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, obtiveram-se os valores, respectivamente, 0,94; 0,96 e 0,96, demonstrando, assim, uma excelente homogeneidade entre as respostas dos participantes. Quanto mais homogênea a amostra de respondentes, maior a possibilidade de um coeficiente alto (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011).

Com isso, a etapa de validação de conteúdo pelos juízes do “Questionário de Identificação e Caracterização de Violência Obstétrica” foi realizada, sendo o conteúdo do material considerado validado para que, assim, o público-alvo possa realizar a validação semântica. Não houveram modificações no Questionário original,

permanecendo com a mesma quantidade de categorias e questões. Apesar de algumas sugestões de alteração, estas foram bem pontuais e como a média dos valores de IVC ficaram acima de 0,9 não houve a necessidade de nenhuma mudança.

6.3 Pré-teste ou análise semântica pelo público-alvo

Após a validação de conteúdo pelos juízes, o questionário foi submetido a análise semântica pelo público-alvo. Segundo Pasquali (2010), a análise semântica envolve a compreensão dos itens pela população a qual se destina o instrumento, tendo relevância quanto a inteligibilidade dos itens e a validade aparente.

O questionário foi avaliado por 35 mulheres, sendo esse total alcançado somente pelos materiais devolvidos e avaliados na íntegra.

A média de idade das mulheres foi de 36,8 anos ($DP \pm 9,9$), variando de 26 a 59 anos, uma realidade aproximada a de um estudo descritivo realizado em um hospital universitário no estado do Rio Grande do Sul, em que a média de idade era de 26,4 anos ($DP \pm 6,70$), variando de 13 a 46 anos (RODRIGUES; PADOIN; ALDRIGHI, 2016).

Pode-se perceber que no presente estudo houve um aumento no perfil de idade dessas mulheres. De acordo com Soares (2015), essa modificação pode estar associada à mudança de papel que a mulher vem assumindo nas últimas décadas, traduzida em maior dedicação ao trabalho e aos estudos, postergando, assim, o planejamento de tornar-se mãe.

Tal fato converge com outro dado encontrado no presente estudo, onde a maioria (51,4%) das participantes têm o ensino superior completo, este achado pode ser justificado também pela amostragem de bola de neve utilizada para seleção das mulheres.

O nível educacional consiste em um aspecto essencial, uma vez que interfere diretamente na saúde e planejamento familiar da mulher. É evidente que um nível maior de escolaridade se relaciona à busca por serviços de promoção da saúde e, conseqüentemente, um melhor cuidado. (SILVA *et al.*, 2014).

De acordo com Mascarenhas *et al.* (2017), a baixa escolaridade é um importante marcador obstétrico de risco, pois pode refletir em vários pontos como, no baixo peso ao nascer, na relação conjugal, na adesão da mulher às consultas pré-natais, na compreensão das informações oferecidas no ciclo gravídico puerperal, na mortalidade materna e neonatal, na ocorrência de violência obstétrica e na prática do aleitamento materno.

Na tabela 10, têm-se a caracterização do público-alvo para análise semântica do Questionário.

Tabela 10 - Distribuição dos dados segundo a caracterização do público-alvo para análise semântica do Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica. Redenção, 2020.

Caracterização do público-alvo (N=35)	n (%)
Escolaridade	
Analfabeta	-
Ensino fundamental incompleto	-
Ensino fundamental completo	-
Ensino Médio incompleto	3 (8,6)
Ensino Médio completo	5 (14,3)
Ensino Superior incompleto	9 (25,7)
Ensino Superior completo	18 (51,4)
Cor da pele	
Branca	12 (34,3)
Parda	23 (65,7)
Preta	-
Amarela	-
Indígena	-
Estado Civil	
Solteira	9 (25,7)
Casada/ União estável	22 (62,9)
Viúva	-
Divorciada	4 (11,4)
Você reside	
Interior	7 (20,0)
Capital	28 (80,0)

Fonte: Elaborada pela autora

No tocante à raça, a maioria das mulheres enquadra-se na categoria pardas. Pacheco *et al.* (2018) afirmam que a variável raça/cor não representa um marcador genético ou biológico, mas sim um construto social, sendo capaz de influenciar nas condições de saúde e na assistência prestada a mulher em seu ciclo gravídico puerperal.

Quanto ao estado civil, 22 (62,9%) eram casadas ou em união estável. Tal achado vai ao encontro dos resultados dos estudos (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015; SOUSA; OLIVEIRA; MAIA, 2015; SILVA, 2018; COSTA *et al.*, 2016).

O estado civil é um fator contribuinte que pode refletir nos aspectos de apoio emocional e conjugal da mulher. De acordo com Ferreira e Madeira (2016), um parceiro contribui com a sensação de segurança pelo suporte afetivo, podendo fornecer confiança

para mulher, encorajando-a a enfrentar situações de incertezas, sofrimento, angústia e medo, as quais as tornam mais vulneráveis a sofrer violência obstétrica.

De acordo com os dados encontrados, mais da metade das mulheres participantes do estudo eram procedentes de Fortaleza (80%) e as restantes provenientes de municípios pertencentes ao estado do Ceará. Esses dados reafirmam a importância da regionalização, das definições de Regiões em Saúde e a função dos Hospitais de Referência que estão em vigor no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) definida pela Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010c).

Na tabela 11, têm-se a distribuição das características gineco-obstétricas do público-alvo.

Tabela 11 - Distribuição dos dados segundo características gineco-obstétricas do público-alvo do Questionário de identificação e caracterização de Violência Obstétrica. Redenção, 2020.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Gestações	2,0	0,9
Parto vaginal	0,8	1,1
Cesárea	1,0	0,7
Aborto	0,2	0,4

De acordo com os antecedentes obstétricos, têm-se que as participantes tiveram uma média de 2 gestações (DP \pm 0,9), ligeiramente superior à média nacional de 1,74 segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2014). A média de cesárea apresentou-se pouco maior que a de partos vaginais, o mesmo foi evidenciado no estudo de Palma e Donelli (2017).

Ainda sobre a história reprodutiva, 20% das mulheres relataram histórico de abortamento, o que se aproxima de uma realidade observada em um descritivo realizado na região leste de São Paulo com uma amostra de 78 mulheres, na qual 20,5% tinham história de aborto (SILVA *et al.*, 2020).

A Tabela 12 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco antecedentes obstétricos.

Tabela 12 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo do público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Antecedentes obstétricos do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
C11	-	-	3	8,6	-	-	12	34,3	20	57,1	35	100,0	88,0
C12	1	2,9	2	5,7	1	2,9	3	8,6	28	80,0	35	100,0	91,4
C13	-	-	2	5,7	2	5,7	10	28,6	21	60,0	35	100,0	88,6
C14	-	-	1	2,9	1	2,9	12	34,3	21	60,0	35	100,0	90,3
C15	-	-	3	8,6	6	17,1	5	14,3	21	60,0	35	100,0	85,1
C16	-	-	1	2,9	4	11,4	11	31,4	19	54,3	35	100,0	87,4
C17	-	-	2	5,7	1	2,9	12	34,3	20	57,1	35	100,0	88,6
C18	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
C19	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
Total	1	0,3	16	5,1	15	4,8	83	26,3	200	63,5	315	100,0	89,5
Pertinência prática²													
P11	-	-	2	5,7	1	2,9	7	20	25	71,4	35	100,0	91,4
P12	1	2,9	1	2,9	1	2,9	6	17,1	26	74,3	35	100,0	91,4
P13	-	-	2	5,7	3	8,6	9	25,7	21	60,0	35	100,0	88,0
P14	-	-	1	2,9	1	2,9	12	34,3	21	60,0	35	100,0	90,3
P15	-	-	2	5,7	2	5,7	7	20,0	24	68,6	35	100,0	90,3
P16	-	-	1	2,9	4	11,4	8	22,9	22	62,9	35	100,0	89,1
P17	-	-	1	2,9	3	8,6	11	31,4	20	57,1	35	100,0	88,6
P18	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
P19	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
Total	1	0,3	12	3,8	15	4,8	78	24,8	209	66,3	315	100,0	90,6
Relevância teórica³													
R11	1	2,9	1	2,9	2	5,7	6	17,1	25	71,4	35	100,0	90,3
R12	1	2,9	1	2,9	2	5,7	5	14,3	26	74,3	35	100,0	90,9
R13	-	-	2	5,7	3	8,6	9	25,7	21	60,0	35	100,0	88,0
R14	-	-	1	2,9	2	5,7	11	31,4	21	60,0	35	100,0	89,7
R15	-	-	1	2,9	3	8,6	7	20,0	24	68,6	35	100,0	90,9
R16	-	-	1	2,9	6	17,1	7	20,0	21	60,0	35	100,0	87,4
R17	-	-	2	5,7	2	5,7	11	31,4	20	57,1	35	100,0	88,0
R18	-	-	1	2,9	1	2,9	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,0
R19	-	-	1	2,9	-	-	10	28,6	24	68,6	35	100,0	92,6
Total	2	0,6	11	3,5	21	6,7	75	23,8	206	65,4	315	100,0	89,97

¹Alfa de Cronbach = 0,915; ²Alfa de Cronbach = 0,945; ³Alfa de Cronbach = 0,946

Conforme ilustra a Tabela 12, há uma elevada taxa de concordância entre o público alvo quanto a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, do bloco antecedentes obstétricos, apresentando valores de IVC superiores a 0,8. Demonstrando, assim, boa consistência interna entre os itens.

Quanto aos valores de alfa de Cronbach desse bloco, evidenciou-se boa congruência e correlação entre os itens, apresentando valores superiores a 0,9 para os critérios avaliados.

O bloco de antecedentes obstétricos é composto com informações sobre as gestações, partos e abortos prévios da paciente. Foi introduzido na intenção de conhecer o perfil obstétrico da mulher investigada. Segundo Andrade *et al.* (2018), avaliar o perfil da paciente é de grande importância, para que possam ser traçados os indicadores sócio demográficos e obstétricos dessa população, permitindo, assim, caracterizar a realidade da comunidade para um devido planejamento e efetivação de estratégias para melhorias das condições de saúde.

Dentro deste bloco, investiga-se a realização do acompanhamento pré-natal, o qual é considerado um indicador de qualidade da assistência. Conforme Costa, César e Silva (2016) é fundamental que as mulheres tenham acesso ao pré-natal, para que sejam informadas sobre seus direitos e sobre as práticas recomendadas para a segurança do processo parturitivo. As expectativas das gestantes quanto ao tipo de parto, baseiam-se, em muito, na maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizados e acessíveis a elas. Assim, o pré-natal tem papel importante, pois é ele que interfere nas expectativas geradas, sendo esse espaço para o compartilhamento de dúvidas e oferecimento de informações (PONTES, 2016).

Estudo realizado em maternidade de um município paraibano mostrou que cerca de 121 mulheres relataram não ter sofrido nenhum tipo de violência obstétrica (VO) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, porém quando interrogadas sobre outros assuntos no decorrer da entrevista verbalizaram algumas condutas que são consideradas VO. A maioria das puérperas respondeu não saber o que é VO, as que mencionaram saber sobre a temática afirmaram que as informações foram obtidas através da internet e televisão e que não foram repassadas durante o acompanhamento das consultas de pré-natal (PASCOAL *et al.*, 2020).

A preparação para o parto amplia o nível de conhecimento, facilita escolhas benéficas para o trabalho de parto e parto, disponibiliza métodos de respiração e

relaxamento, proporciona maior satisfação da mulher com a vivência do parto, fornece instrumentos para a manifestação de uma postura ativa e autônoma, além de favorecer a adesão da mulher a práticas menos intervencionistas. Somado a isso, o conhecimento, quando adquirido corretamente, possibilita um processo decisório consciente e com responsabilidade por parte das mulheres, reduzindo, assim, o risco da ocorrência de violência obstétrica (MELO *et al.*, 2015; BRITO *et al.*, 2015).

A Tabela 13 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência verbal.

Tabela 13 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência verbal do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA VERBAL												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	1	2,9	3	8,6	9	25,7	22	62,9	35	100,0	89,7
C20	-	-	1	2,9	4	11,4	9	25,7	21	60,0	35	100,0	88,6
C21	-	-	4	11,4	2	5,7	4	11,4	25	71,4	35	100,0	88,6
C22	-	-	1	2,9	-	-	8	22,9	26	74,3	35	100,0	93,7
C23	-	-	2	5,7	3	8,6	6	17,1	24	68,6	35	100,0	89,7
Total	-	-	9	5,1	12	6,9	36	20,6	118	67,4	175	100,0	90,1
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	1	2,9	1	2,9	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,6
P20	-	-	1	2,9	4	11,4	9	25,7	21	60,0	35	100,0	88,6
P21	-	-	4	11,4	3	8,6	5	14,3	23	65,7	35	100,0	86,9
P22	-	-	1	2,9	-	-	10	28,6	24	68,6	35	100,0	92,6
P23	-	-	2	5,7	4	11,4	5	14,3	24	68,6	35	100,0	89,1
Total	-	-	9	5,1	12	6,9	37	21,1	117	66,9	175	100,0	89,9
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	1	2,9	1	2,9	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,6
R20	-	-	1	2,9	5	14,3	7	20	22	62,9	35	100,0	88,6
R21	-	-	4	11,4	5	14,3	5	14,3	21	60,0	35	100,0	84,6
R22	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
R23	-	-	2	5,7	4	11,4	5	14,3	24	68,6	35	100,0	89,1
Total	-	-	9	5,1	15	8,6	34	19,4	117	66,9	175	100,0	89,6

¹Alfa de Cronbach = 0,948; ²Alfa de Cronbach = 0,960; ³Alfa de Cronbach = 0,954

Conforme ilustra a Tabela 13, os valores de IVC do bloco Categoria de violência verbal são satisfatórios, sendo o valor mínimo de 8,8. Os valores de alfa de Cronbach também se mostram satisfatórios e maiores que 0,9 e bem próximos de 1, o que torna validada a categoria.

No item de exemplificação da categoria, apenas 2,9% dos avaliadores classificaram o item como “pouco” quanto aos critérios de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

A violência verbal é exemplificada no questionário como, ‘tratamento desrespeitoso, com maus tratos e juízos de valor, bem como falas grosseiras, coercitivas, repreensão, gritos, xingamentos, comentários irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação’.

O que converge com o achado do estudo de Fontes e Bittencourt (2015), os quais afirmam a ocorrência de opressão durante a gestação, como a desigualdade, abuso, preconceito, discriminação, maus tratos, impunidade e a injustiça, envolvendo as mulheres durante o atendimento nas consultas pré-natais, no trabalho de parto e no parto, sendo praticadas pelos profissionais de saúde. Nesta pesquisa, foi demonstrado que 11,2% das parturientes entrevistadas se sentiram desrespeitadas e 15,8% agredidas durante o trabalho de parto de um dos seus filhos, tornando esse momento traumático e inseguro.

A violência na assistência ao processo parturitivo constitui-se como um dos graves problemas a saúde da mulher. Evidencia-se que 25% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência durante seu trabalho de parto, parto e puerpério (ALVES, 2017).

Estudo descritivo realizado em onze maternidades do estado do Ceará, com uma amostra de 3.765 puérperas, que tinha o objetivo de analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza, mostrou que: 67,9% afirmaram sentir medo, 8,2% terem sido ameaçadas, 6,9% terem recebido críticas, 5,5% terem sido tratadas de forma irônica, 24,6% terem recebido apelidos, 28,3% terem sido ordenada a parar de gritar, 3,8% receberam gritos dos profissionais de saúde e 3,4% ouviram piadas durante a assistência prestada (RODRIGUES *et al.*, 2017).

A Tabela 14 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência psicológica.

Tabela 14 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência psicológica do questionário. Redenção, 2020. (Continua)

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	2	5,7	2	5,7	7	20,0	24	68,6	35	100,0	90,3
C24	-	-	2	5,7	-	-	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,0
C25	-	-	1	2,9	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	91,4
C26	-	-	1	2,9	1	2,9	12	34,3	21	60,0	35	100,0	90,3
C27	-	-	-	-	1	2,9	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,3
C28	-	-	-	-	-	-	8	22,9	27	77,1	35	100,0	95,4
C29	-	-	-	-	-	-	11	31,4	24	68,6	35	100,0	93,7
C30	-	-	1	2,9	-	-	5	14,3	29	82,9	35	100,0	95,4
C31	-	-	1	2,9	5	14,3	8	22,9	21	60,0	35	100,0	88,0
C32	1	2,9	-	-	3	8,6	7	20,0	24	68,6	35	100,0	90,3
C33	-	-	-	-	-	-	11	31,4	24	68,6	35	100,0	93,7
C34	-	-	-	-	5	14,3	7	20,0	23	65,7	35	100,0	90,3
C35	1	2,9	1	2,9	1	2,9	9	25,7	23	65,7	35	100,0	89,7
C36	-	-	2	5,7	-	-	6	17,1	27	77,1	35	100,0	93,1
C37	1	2,9	-	-	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	92,6
C38	-	-	-	-	2	5,7	6	17,1	27	77,1	35	100,0	94,3
C39	1	2,9	-	-	1	2,9	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,0
C40	-	-	-	-	1	2,9	10	28,6	24	68,6	35	100,0	93,1
C41	-	-	1	2,9	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	91,4
C42	-	-	-	-	-	-	13	37,1	22	62,9	35	100,0	92,6
C43	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
C44	-	-	-	-	6	17,1	7	20,0	22	62,9	35	100,0	89,1
C45	-	-	-	-	1	2,9	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,3
C46	-	-	-	-	-	-	6	17,1	29	82,9	35	100,0	96,6
C47	-	-	-	-	-	-	6	17,1	29	82,9	35	100,0	96,6
C48	-	-	-	-	2	5,7	5	14,3	28	80,0	35	100,0	94,9
C49	-	-	-	-	-	-	9	25,7	26	74,3	35	100,0	94,9
Total	4	0,4	12	1,3	33	3,5	224	23,7	672	71,1	945	100,0	92,8
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	1	2,9	-	-	10	28,6	24	68,6	35	100,0	92,6
P24	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
P25	-	-	1	2,9	-	-	10	28,6	24	68,6	35	100,0	92,6
P26	-	-	2	5,7	-	-	13	37,1	20	57,1	35	100,0	89,1
P27	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,7
P28	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
P29	-	-	-	-	-	-	11	31,4	24	68,6	35	100,0	93,7
P30	-	-	-	-	-	-	7	20,0	28	80,0	35	100,0	96,0
P31	-	-	-	-	4	11,4	9	25,7	22	62,9	35	100,0	90,3
P32	-	-	-	-	4	11,4	7	20,0	24	68,6	35	100,0	91,4
P33	-	-	-	-	1	2,9	10	28,6	24	68,6	35	100,0	93,1
P34	-	-	-	-	5	14,3	9	25,7	21	60,0	35	100,0	89,1
P35	-	-	2	5,7	5	14,3	6	17,1	22	62,9	35	100,0	87,4

												(Conclusão)	
P36	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
P37	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
P38	-	-	-	-	2	5,7	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,6
P39	-	-	1	2,9	1	2,9	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,6
P40	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,7
P41	-	-	1	2,9	2	5,7	11	31,4	21	60,0	35	100,0	89,7
P42	-	-	-	-	3	8,6	7	20,0	25	71,4	35	100,0	92,6
P43	-	-	-	-	3	8,6	12	34,3	20	57,1	35	100,0	89,7
P44	-	-	1	2,9	4	11,4	10	28,6	20	57,1	35	100,0	88,0
P45	-	-	-	-	2	5,7	12	34,3	21	60,0	35	100,0	90,9
P46	-	-	-	-	-	-	9	25,7	26	74,3	35	100,0	94,9
P47	-	-	-	-	-	-	8	22,9	27	77,1	35	100,0	95,4
P48	-	-	-	-	-	-	6	17,1	29	82,9	35	100,0	96,6
P49	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,7
Total	-	-	11	1,2	39	4,1	249	26,3	646	68,4	945	100,0	92,4
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	1	2,9	1	2,9	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,0
R24	-	-	1	2,9	1	2,9	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,6
R25	-	-	1	2,9	1	2,9	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,0
R26	-	-	2	5,7	1	2,9	13	37,1	19	54,3	35	100,0	88,0
R27	-	-	-	-	1	2,9	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,3
R28	-	-	-	-	-	-	11	31,4	24	68,6	35	100,0	93,7
R29	-	-	-	-	-	-	11	31,4	24	68,6	35	100,0	93,7
R30	-	-	-	-	-	-	6	17,1	29	82,9	35	100,0	96,6
R31	-	-	-	-	4	11,4	7	20,0	24	68,6	35	100,0	91,4
R32	-	-	-	-	4	11,4	7	20,0	24	68,6	35	100,0	91,4
R33	-	-	-	-	1	2,9	10	28,6	24	68,6	35	100,0	93,1
R34	-	-	1	2,9	5	14,3	8	22,9	21	60,0	35	100,0	88,0
R35	-	-	2	5,7	6	17,1	5	14,3	22	62,9	35	100,0	86,9
R36	-	-	1	2,9	-	-	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,1
R37	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	93,7
R38	-	-	1	2,9	1	2,9	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,0
R39	-	-	-	-	2	5,7	8	22,9	25	71,4	35	100,0	93,1
R40	-	-	-	-	1	2,9	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,3
R41	-	-	1	2,9	3	8,6	11	31,4	20	57,1	35	100,0	88,6
R42	-	-	-	-	4	11,4	10	28,6	21	60,0	35	100,0	89,7
R43	-	-	-	-	3	8,6	9	25,7	23	65,7	35	100,0	91,4
R44	-	-	-	-	4	11,4	10	28,6	21	60,0	35	100,0	89,7
R45	-	-	-	-	4	11,4	10	28,6	21	60,0	35	100,0	89,7
R46	-	-	-	-	1	2,9	10	28,6	24	68,6	35	100,0	93,1
R47	-	-	-	-	-	-	7	20,0	28	80,0	35	100,0	96,0
R48	-	-	-	-	2	5,7	6	17,1	27	77,1	35	100,0	94,3
R49	-	-	-	-	2	5,7	8	22,9	25	71,4	35	100,0	93,1
Total	-	-	11	1,2	53	5,6	236	25,0	645	68,3	945	100,0	92,6

¹Alfa de Cronbach = 0,967; ²Alfa de Cronbach = 0,978; ³Alfa de Cronbach = 0,976

A Tabela 14 mostra que, os critérios de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, apresentaram excelentes valores de IVC, com valor mínimo de 0,86; como, também, ótimos valores de alfa de Cronbach sendo bem próximos a 1. Demonstrando, assim, que a categoria está validada pelo público-alvo.

A exemplificação desta categoria foi bem avaliada, apresentando ótimos valores de IVC. O que direciona melhor o entendimento do leitor para quais questões serão abordadas. Sendo exemplificada como: “ameaças, tratamento autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes, chantagens, culpabilização da mulher, especialmente em situações de sofrimento fetal e dificuldade de realizar puxos no período expulsivo, atribuição de incapacidade de parir à paciente, desqualificação da opinião da mulher, imposição de decisões, fornecimento de informações duvidosas ou não informação, banalização da dor, sofrimento ou necessidades da mulher”.

Em um estudo realizado com 1626 mulheres que deram à luz em maternidades públicas ou privadas brasileiras, pertencentes às cinco diferentes regiões do país, foi evidenciado que 42,2% dessas mulheres sentiram-se pouco à vontade para fazer perguntas, porque não as respondiam ou respondiam mal; 52,3% sentiram-se inferiores, vulneráveis e inseguras; 25,3% relataram que receberam gritos por seus lamentos ou choro de dor; 20,8% afirmam terem sido realizados toques vaginais repetitivos; 23,8% realização de toques vaginais por diferentes pessoas; 21% administração de ocitocina sintética; 20,7% realização de episiotomia; 9% realização de tricotomia; 5,7% administração de enema; 14% realização de manobra de Kristeller; 17,1% afirmaram ter sido impossibilitadas de procurar posições mais confortáveis; 18,6% afirmaram ter tido as mãos amarradas, impedindo-as de tocar seu bebê; 27,7% afirmaram que tiveram o bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo e 26,8% relataram ter sido impedidas de amamentar na primeira hora de vida do bebê, sem ser justificada tal atitude (PALMA; DONELLI, 2017).

A omissão ou negação de informações, os procedimentos não esclarecidos, a falta de uma escuta qualificada por parte dos profissionais, a banalização da dor, os comentários indevidos e inapropriados são categorizados como violência obstétrica por gerarem na mulher um sofrimento psíquico que pode afetar sua saúde reprodutiva e sexual, além de transformar o processo parturitivo em uma experiência negativa (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

O exame de toque vaginal repetitivo realizado na mesma parturiente por diferentes profissionais configura-se numa prática de violência obstétrica. Este tipo de prática é desconfortável e reflete o desrespeito e a exposição desnecessária da intimidade da mulher (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018).

O exame de toque recorrente, de acordo com Barboza e Mota (2016), é uma manipulação vaginal desnecessária e, frequentemente, dolorosa e constrangedora, gerando uma violência física e psicológica no momento do trabalho de parto.

Os procedimentos inadequados realizados durante o processo parturitivo estão relacionados à medicalização, instrumentalização e a uma cascata de intervenções iatrogênicas, as quais podem ser observadas, por meio de procedimentos como: punção venosa sem indicação obstétrica, amniotomia artificial, administração de ocitocina sintética e soluções glicosadas (soro glicofisiológico ou soro glicosado), tricotomia, jejum, enema, proibição da livre deambulação no primeiro período do parto, obrigar a mulher a parir em posições horizontais, episiotomia, clampeamento precoce do cordão umbilical, entre outros. Estas práticas realizadas no trabalho de parto e parto foram naturalizadas como de rotina, normais e necessárias, porém são consideradas desnecessárias e até danosas, do ponto de vista das evidências científicas. Além de caracterizar-se como situações de violência obstétrica no trabalho de parto, parto e pós-parto (OMS, 2014).

O Ministério de Saúde vem ao longo dos anos, na tentativa de resgatar a fisiologia do processo parturitivo e do empoderamento feminino, adotando medidas importantes para a melhoria da qualidade e para assegurar uma assistência pautada no respeito e no atendimento digno. Para isto, é necessária uma assistência que reestabeleça e resgate a cultura que havia sido esquecida no processo de gestação e nascimento, na tentativa de assegurar as mulheres o respeito à fisiologia de seu corpo.

A apropriação do corpo da mulher pelos profissionais de saúde e o abuso de autoridade excluem a mulher dos processos decisórios e violam os direitos sexuais e reprodutivos. Tal fato foi evidenciado em uma pesquisa realizada em Tangará da Serra, na qual as mulheres participantes indicaram que os principais profissionais de saúde que cometeram a violência obstétrica foi o médico e o enfermeiro, conjuntamente. Entre eles, o médico é a principal figura responsável pela violência obstétrica (LEITE; MENDES; MENDES, 2020). Segundo Silva (2020), este profissional é visto como detentor soberano de conhecimento, sendo suas escolhas, na perspectiva das gestantes, a melhor para garantir o sucesso do parto e nascimento (SILVA, 2020).

A conduta médica não implica em um poder excepcional sobre a vida ou a saúde do paciente. Por isso, todos os esclarecimentos nessa relação são considerados incondicionais e obrigatórios, sendo o dever de informar requisito prévio ao consentimento (COSTA; OSELKA; GARRAFA, 1998)

Outra realidade vivenciada por muitas mulheres é a culpabilização pelas agressões sofridas durante a assistência à saúde. Recai sobre a mulher, a imposição social de responsabilização da agressão. A atitude de culpabilizar a vítima é desprovida de reflexão; atribui-se a culpa de um ato violento justamente à parte mais prejudicada com o sofrimento e o constrangimento dele decorrentes (PEIXOTO; NOBRE, 2015). A falta de informações torna as parturientes mais vulneráveis a sofrer violência, contudo é um ato absurdo culpabilizá-las, pois isso afeta a dignidade da mulher vítima de qualquer agressão.

Em meio a tantas mudanças, a mulher foi perdendo sua autonomia de parir, assim retrata Ferreira e Madeira (2016), onde a família deixou de participar do processo de nascimento, sendo este transferido ao médico e às instituições hospitalares. Com isso, a mulher passa a ser “acompanhada” pela equipe médica, colocando a família ou o acompanhante como sujeitos passivos no processo de trabalho de parto e parto, prejudicando a assistência humanizada.

Sandim (2017) evidenciou em sua pesquisa que 19% das mulheres entrevistadas relataram o uso de ocitocina sem prévio consentimento. Tal prática além de caracterizar um ato de violência obstétrica, pode trazer danos ao binômio mãe-bebê quando erroneamente indicada.

Um dos principais problemas no que diz respeito ao enfrentamento da violência obstétrica é a invisibilidade de seu conceito e ocorrência em mulheres que a vivenciaram, sem conseguir identificá-la e, conseqüentemente, sem procurar por medidas resolutivas que a impeçam e/ou denunciem (LEITE; MENDES; MENDES, 2020).

Zanardo *et al.* (2017) afirma que a sensação de alegria gerada na gestante em ter seu bebê, pode mascarar as situações de violência que ela tenha sofrido durante o processo de parir, como, também, o senso comum de que a qualidade de um parto se relaciona apenas com a sua velocidade e com o estado de saúde do neonato, o que faz com que o uso de algumas intervenções que caracterizam a violência obstétrica, seja aceito socialmente.

Faz-se necessária uma maior conscientização acerca da violência obstétrica, principalmente voltada aos profissionais de saúde, para que os direitos mais básicos das

mulheres não sejam violados, observando-se as propostas de humanização e recomendação da Organização Mundial de Saúde. Como, também, é importante que existam políticas vigentes no Brasil que vede a prática da violência obstétrica, estabelecendo sanções na esfera penal àqueles que praticam tais condutas (SANDIM, 2017).

A Tabela 15 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência sexual.

Tabela 15 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência sexual do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para violência sexual												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	8	22,9	27	77,1	35	100,0	97,1
C50	-	-	-	-	-	-	8	22,9	27	77,1	35	100,0	97,1
C51	-	-	1	2,9	1	2,9	4	11,4	29	82,9	35	100,0	95,4
C52	-	-	-	-	2	5,7	7	20,0	26	74,3	35	100,0	93,1
C53	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	96,0
C54	1	2,9	-	-	-	-	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,9
Total	1	0,5	1	0,5	3	1,4	45	21,4	160	76,2	210	100,0	94,2
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	6	17,1	29	82,9	35	100,0	98,3
P50	-	-	1	2,9	1	2,9	5	14,3	28	80,0	35	100,0	94,9
P51	-	-	1	2,9	1	2,9	4	11,4	29	82,9	35	100,0	95,4
P52	-	-	-	-	1	2,9	6	17,1	28	80,0	35	100,0	96,0
P53	-	-	-	-	-	-	9	25,7	26	74,3	35	100,0	96,6
P54	-	-	1	2,9	-	-	8	22,9	26	74,3	35	100,0	95,4
Total	-	-	3	1,4	3	1,4	38	18,1	166	79,0	210	100,0	94,7
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	6	17,1	29	82,9	35	100,0	98,3
R50	-	-	1	2,9	1	2,9	6	17,1	27	77,1	35	100,0	94,3
R51	-	-	1	2,9	-	-	5	14,3	29	82,9	35	100,0	97,1
R52	-	-	-	-	1	2,9	6	17,1	28	80,0	35	100,0	96,0
R53	-	-	-	-	1	2,9	9	25,7	25	71,4	35	100,0	94,3
R54	-	-	1	2,9	-	-	8	22,9	26	74,3	35	100,0	95,4
Total	-	-	3	1,4	3	1,4	40	19,0	164	78,1	210	100,0	94,5

¹Alfa de Cronbach = 0,860; ²Alfa de Cronbach = 0,919; ³Alfa de Cronbach = 0,922

O bloco de questões da categoria violência sexual apresentou excelentes valores de IVC, conforme ilustra a Tabela 15, sendo acima de 0,9 e bem próximo a 1.

Quanto ao alfa de Cronbach, os valores foram para clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, respectivamente, 0,86; 0,91 e 0,92; evidenciando, assim, boa consistência interna entre os itens.

Esta categoria é exemplificada como, “realização de toque vaginal sem luvas, manipulação, exposição ou visualização desnecessárias das genitálias, tocar nas mamas ou realizar toque retal na mulher sem o seu consentimento”.

Em um estudo transversal realizado em Recife com 450 puérperas, foi evidenciado que 10% das mulheres afirmaram ter recebido exame retal durante a assistência ao trabalho de parto (ANDRADE *et al.*, 2016). Tal prática foi considerada pela OMS (1996) como claramente desnecessária, prejudicial, ineficaz e/ou sem evidências científicas. Outro agravante para tal prática é a falta de consentimento por parte da paciente para realização e a falta de informação sobre qual a real necessidade de da prática.

A OMS (2014) afirma que os relatos acerca da violência obstétrica envolvem procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade e não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos.

Palma e Donelli (2017) afirmam que a realização de toques vaginais repetidos e realizados por diferentes pessoas apresentou-se como preditor para a vivência de violência obstétrica. Assim, além deste procedimento potencializar a sensação de dor na mulher, muitas vezes, por ser realizado sem esclarecimentos ou seu consentimento, acaba por aumentar sua sensação de submissão, vulnerabilidade e exposição. Muitas vezes, esta intervenção é realizada sem preservar a privacidade da mulher, deixando-a exposta à vista de outros profissionais e até mesmo outros familiares, que muitas vezes, estão no mesmo ambiente, como acompanhantes de outras parturientes.

A Tabela 16 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência discriminatória.

Tabela 16 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência discriminatória do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA DISCRIMINATÓRIA												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	-	-	4	11,4	5	14,3	26	74,3	35	100,0	92,6
C55	-	-	1	2,9	-	-	10	28,6	24	68,6	35	100,0	92,6
C56	1	2,9	-	-	3	8,6	9	25,7	22	62,9	35	100,0	89,1
Total	1	1,0	1	1,0	7	6,7	24	22,9	72	68,6	105	100,0	91,4
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
P55	1	2,9	-	-	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	90,9
P56	1	2,9	1	2,9	5	14,3	6	17,1	22	62,9	35	100,0	86,9
Total	2	1,9	1	1	6	5,7	26	24,8	70	66,7	105	100,0	90,7
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
R55	-	-	1	2,9	1	2,9	10	28,6	23	65,7	35	100,0	91,4
R56	-	-	2	5,7	5	14,3	6	17,1	22	62,9	35	100,0	87,4
Total	-	-	3	2,9	6	5,7	26	24,8	70	66,7	105	100,0	91,0

¹Alfa de Cronbach = 0,800; ²Alfa de Cronbach = 0,864; ³Alfa de Cronbach = 0,865

Quanto ao IVC do bloco categoria de violência discriminatória, teve-se ótima concordância entre os itens com valores acima de 0,87. Os valores de alfa de Cronbach demonstraram boa congruência entre os itens do bloco.

Os valores de IVC apresentados no item de exemplificação demonstram que os itens estão de fácil compreensão ao leitor. Este item é descrito no questionário como, “depreciação ou negação do atendimento baseado em atributos raciais e sociais, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua condição econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade”

Silva *et al.* (2019) ao estudarem o conhecimento das mulheres puerperais sobre a violência obstétrica, salientam que a desinformação sobre o assunto está atrelada ao nível de ensino que a mulher obteve, pois quanto menor for a escolaridade maior será a ocorrência da violência.

O que corrobora com os achados de Diniz *et al.* (2016), ao investigarem as desigualdades sócio-demográficas na assistência entre puérperas no sudeste brasileiro segundo cor da pele, foi achado um percentual significativo de mulheres negras e pardas, além dos preconceitos raciais como fortes indicadores de saúde, que neste caso,

mostravam-se desfavoráveis para esses grupos tornando-os mais vulneráveis a ocorrência da violência obstétrica.

O que se configura como racismo institucional, o qual é caracterizado pelo fracasso coletivo do sistema, instituições e/ou organizações em prestar um serviço adequado e profissional às pessoas em razão de sua cor, cultura ou origem étnica (LÓPEZ, 2012; PRESTES, 2013).

Este é manifestado na forma de discriminação em virtude de preconceitos, na forma de tratamento grosseiros, desrespeitosos, falta de atenção que colocam determinados grupos étnico-raciais em condições de estereótipos e desvantagens, ou melhor, em desigualdade de acesso e redução na qualidade dos atendimentos prestados baseados na raça e cor das mulheres quando buscam assistência a sua saúde (LÓPEZ, 2012; PRESTES, 2013).

É considerado um tipo de violência obstétrica e denominada como violência discriminatória. Vale ressaltar que esse tipo de violência pode ocorrer em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, classe geracional, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência (BRASIL, 2011).

Tais fatos inserem a mulher em condições de submissão e subordinação, o que deve levar os profissionais de saúde a uma reflexão acerca das relações de poder e desigualdades de gênero geradas durante a prestação da assistência, sendo estes enraizados e considerados rotineiros e normais. Esta cultura necessita ser modificada para o restabelecimento do bem-estar da mulher durante o processo parturitivo.

A Tabela 17 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência institucional.

Tabela 17 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência institucional do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	-	-	1	2,9	1	2,9	11	31,4	22	62,9	35	100,0	90,9
C57	-	-	-	-	-	-	10	28,6	25	71,4	35	100,0	94,3
C58	-	-	-	-	1	2,9	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,3
C59	-	-	-	-	2	5,7	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,6
C60	1	2,9	1	2,9	2	5,7	8	22,9	23	65,7	35	100,0	89,1
C61	-	-	-	-	4	11,4	12	34,3	19	54,3	35	100,0	88,6
C62	-	-	-	-	2	5,7	12	34,3	21	60,0	35	100,0	90,9
C63	-	-	-	-	3	8,6	7	20,0	25	71,4	35	100,0	92,6
C64	-	-	1	2,9	4	11,4	6	17,1	24	68,6	35	100,0	90,3
Total	1	0,3	3	1,0	19	6,0	83	26,3	209	66,3	315	100,0	91,5
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	1	2,9	3	8,6	7	20,0	24	68,6	35	100,0	90,9
P57	-	-	-	-	1	2,9	10	28,6	24	68,6	35	100,0	93,1
P58	-	-	-	-	3	8,6	6	17,1	26	74,3	35	100,0	93,1
P59	-	-	-	-	4	11,4	7	20,0	24	68,6	35	100,0	91,4
P60	1	2,9	1	2,9	2	5,7	8	22,9	23	65,7	35	100,0	89,1
P61	-	-	1	2,9	6	17,1	10	28,6	18	51,4	35	100,0	85,7
P62	1	2,9	1	2,9	5	14,3	9	25,7	19	54,3	35	100,0	85,1
P63	-	-	-	-	3	8,6	6	17,1	26	74,3	35	100,0	93,1
P64	-	-	2	5,7	3	8,6	5	14,3	25	71,4	35	100,0	90,3
Total	2	0,6	6	1,9	30	9,5	68	21,6	209	66,3	315	100,0	90,2
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	4	11,4	7	20	24	68,6	35	100,0	91,4
R57	-	-	-	-	1	2,9	10	28,6	24	68,6	35	100,0	93,1
R58	-	-	-	-	1	2,9	8	22,9	26	74,3	35	100,0	94,3
R59	-	-	-	-	4	11,4	6	17,1	25	71,4	35	100,0	92,0
R60	1	2,9	1	2,9	2	5,7	6	17,1	25	71,4	35	100,0	90,3
R61	-	-	1	2,9	7	20,0	9	25,7	18	51,4	35	100,0	85,1
R62	1	2,9	1	2,9	5	14,3	10	28,6	18	51,4	35	100,0	84,6
R63	-	-	-	-	3	8,6	6	17,1	26	74,3	35	100,0	93,1
R64	-	-	1	2,9	4	11,4	5	14,3	25	71,4	35	100,0	90,9
Total	2	0,6	4	1,3	31	9,8	67	21,3	211	67,0	315	100,0	90,5

¹Alfa de Cronbach = 0,890; ²Alfa de Cronbach = 0,912; ³Alfa de Cronbach = 0,905

A categoria violência institucional apresentou valores de IVC acima de 0,84, conforme ilustra a Tabela 17. Quanto ao alfa de Cronbach, os valores foram para clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, respectivamente, 0,89; 0,91 e 0,90; evidenciando, assim, boa consistência interna entre os itens.

Esta categoria é exemplificada como, “peregrinação, não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, falta de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos a parturiente (como proibição do acompanhante, ou jejum prolongado durante o trabalho de parto) ”.

No contexto brasileiro, apesar da legislação garantir acesso universal e equitativo, na prática, o acesso ainda é seletivo, focalizado e excludente (ASSIS; JESUS, 2012). Mesmo após 20 anos da implementação do Sistema Único de Saúde e dos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda é um desafio (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Fabbro e Machado (2017) evidenciaram em sua pesquisa, elementos considerados excludentes e elementos transformadores durante a experiência de trabalho de parto e parto. Os resultados apontam que os elementos excludentes mais citados foram: maus tratos e frustração, falta de orientação profissional, insatisfação com o serviço, procedimentos inadequados no parto, falta de apoio à amamentação, privação de acompanhantes e discriminação de classe e raça.

Estudo realizado com 1626 mulheres que deram à luz em maternidades públicas ou privadas brasileiras, foi evidenciado que 24,5% destas foram impedidas de ter acompanhante em seu trabalho de parto e parto (PALMA; DONELLI, 2017). Corroborando com os achados acima mencionados, Sandim (2017) foi evidenciado o impedimento ao direito de acompanhante por 18,1% das mulheres participantes do estudo.

Wolff (2016) ressalta a lei 11.108 de 2005, na qual se assegura a presença, junto à mulher, de um acompanhante de sua livre escolha, pois essa decisão traz benefícios para a parturiente, como mais segurança, diminuindo a ansiedade e favorecendo a evolução do trabalho de parto e a assistência prestada durante esse processo.

Ao ser investigado o descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica, foi evidenciado que a desinformação por parte das mulheres a respeito da lei ainda é um dos fatores agravantes para a ocorrência da situação, associado a isso, tem-se “políticas internas” das instituições que acabam impedindo que o direito da mulher seja garantido (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Os mesmos autores mencionados acima também encontraram que 70,8% das mulheres tiveram restrição de ingestão hídrica no momento do trabalho de parto e parto.

Este achado também foi encontrado por Palma e Donelli (2017) onde 16,4% das participantes do estudo foram proibidas de ingerir alimentos ou bebidas. Dados que vão de encontro as recomendações da OMS (1996), nas quais as mulheres devem ter liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto.

Outras atitudes que caracterizam a violência institucional é a recusa em administrar analgésicos, cuidados negligentes durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento também é caracterizado como violência institucional (OMS, 2014).

A Tabela 18 apresenta o IVC entre os juízes para o bloco de categoria violência financeira.

Tabela 18 – Distribuição do Índice de Validade de Conteúdo entre o público-alvo quanto à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica do bloco Categoria de Violência financeira do questionário. Redenção, 2020.

Variáveis	Itens dos critérios de avaliação para VIOLÊNCIA FINANCEIRA												IVC
	Pouquíssima		Pouca		Média		Muita		Muitíssima		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clareza de linguagem¹													
Exemplo	1	2,9	-	-	2	5,7	11	31,4	21	60,0	35	100,0	89,1
C65	1	2,9	-	-	4	11,4	6	17,1	24	68,6	35	100,0	89,7
C66	-	-	-	-	1	2,9	7	20,0	27	77,1	35	100,0	94,9
C67	-	-	1	2,9	2	5,7	6	17,1	26	74,3	35	100,0	92,6
Total	2	1,4	1	0,7	9	6,4	30	21,4	98	70,0	140	100,0	91,6
Pertinência prática²													
Exemplo	-	-	1	2,9	3	8,6	9	25,7	22	62,9	35	100,0	89,7
P65	-	-	1	2,9	2	5,7	10	28,6	22	62,9	35	100,0	90,3
P66	-	-	1	2,9	1	2,9	8	22,9	25	71,4	35	100,0	92,6
P67	-	-	0	0,0	4	11,4	8	22,9	23	65,7	35	100,0	90,9
Total	-	-	3	2,1	10	7,1	35	25,0	92	65,7	140	100,0	90,9
Relevância teórica³													
Exemplo	-	-	-	-	4	11,4	9	25,7	22	62,9	35	100,0	90,3
R65	-	-	1	2,9	3	8,6	9	25,7	22	62,9	35	100,0	89,7
R66	-	-	-	-	2	5,7	9	25,7	24	68,6	35	100,0	92,6
R67	-	-	-	-	4	11,4	8	22,9	23	65,7	35	100,0	90,9
Total	-	-	1	0,7	13	9,3	35	25,0	91	65,0	140	100,0	90,9

¹Alfa de Cronbach = 0,884; ²Alfa de Cronbach = 0,881; ³Alfa de Cronbach = 0,914

A última categoria do questionário é a de violência financeira, na qual apresentou boa análise semântica pelo público-alvo, apresentando valores de IVC acima de 0,89 apresentando uma média de 0,91. Os valores de alfa de Cronbach também foram

satisfatórios, apresentando uma média de 0,98, indicando boa consistência interna entre os itens.

O item de exemplificação deste bloco é descrito como, “cobrar taxa extra para realizar assistência ao parto normal, ou realizar tratamento diferenciado para quem possui condição financeira melhor, cobrar por procedimentos realizados em instituições públicas”.

A cobrança de taxa por disponibilidade obstétrica no SUS é inadmissível, como previsto na Constituição Federal. As ações e serviços de saúde que integram o SUS devem seguir fundamentalmente os princípios de universalidade, integralidade, preservação da autonomia, igualdade da assistência e direito à informação. Cobranças a usuários do SUS são consideradas improbidade administrativa, inadequação ao padrão ético e moral e corrupção passiva (BRASIL, 1990).

Pereira (2004) aponta em seu estudo a existência de diferenças significativas nas atitudes dos profissionais a depender da natureza do serviço (público ou privado) e situação econômica da mulher.

No âmbito da equidade, espera-se que o atendimento seja equânime para todas as mulheres, independentemente da fonte de pagamento. Em um estudo realizado sobre desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil, foi evidenciado que a fonte de pagamento privada esteve associada à menor prevalência de violência. Além disso, o pagamento privado também esteve associado a mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões (D’ORSI *et al.*, 2014).

Por fim, a etapa de análise semântica pelo público-alvo do “Questionário de Identificação e Caracterização de Violência Obstétrica” foi realizada e concluída com êxito, sendo o material considerado validado.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo conclui ter atingido os objetivos propostos. Foi construído e realizada a validação de conteúdo do Questionário de Identificação e Classificação de Violência Obstétrica. O instrumento foi considerado válido quanto aos critérios de clareza de linguagem, relevância teórica e pertinência prática pelos juízes, tendo obtido significância estatística em todos dos itens avaliados, e apresentou uma boa consistência interna representada pelo Alfa de Cronbach.

Após a validação de conteúdo pelos juízes, o questionário foi submetido a análise semântica dos itens pelo público-alvo, sendo este considerado validado.

Assim, ao fim deste estudo percebe-se a relevância deste Questionário no auxílio da rápida identificação de situações de violência obstétrica, para que, dessa forma sejam determinadas medidas para garantia de implementação de estratégias de cuidado e promoção ao parto humanizado.

A violência obstétrica ainda é um tema restrito que precisa ser desmistificado e expandido para a realidade das mulheres, abrindo portas para o reconhecimento dos atos e empoderamento da mulher para desfrutar dos seus direitos. Vale ressaltar que não existe, na literatura, nenhum material validado acerca do tema. Acredita-se que com a validação deste Questionário, a realidade da assistência obstétrica possa tomar rumos diferentes, apontando para a melhoria do cuidado prestado.

A escassez de estudos acerca da validação de tecnologias sobre violência obstétrica foi uma limitação, dificultando a comparação e discussão dos resultados. Logo, a divulgação deste estudo poderá ajudar a reduzir essa lacuna.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais. **Cad. Saúde Pública [Internet]**. v. 29, n.11, p: 2287-96, 2013.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.
- ALVES, V. B. O. **Percepções de puérperas acerca da violência obstétrica** [dissertação]. [internet]. Programa de pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2017.
- ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 14, n. 2, p.641-649, ago. 2016.
- ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL, M. G.; Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 3, p. 711-717, 2015.
- ANDRADE, P. O. N.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M. F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v.16, n.1, p: 29-37, 2016.
- ARGUEDAS-RAMÍREZ, G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. **Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]**, San José, Costa Rica, v. 11, n. 1, p. 145-69, 2014.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.17, p. 2865-75, 2012.
- BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. v.5, n.1, p. 119-129, 2016.
- BESERRA, Gilmara de Lucena. **Comunicação enfermeiro e parturiente na fase ativa do trabalho de parto: cenário Brasil e Cabo Verde**. 2017. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, Redenção, 2017.
- BISCEGLI, T. S.; GRIO, J. M.; MELLES, L. C.; RIBEIRO, S. R. M. I.; GONSAGA, A. T. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **Cuid Arte Enferm**. v. 9, n.1, p:18-25, 2015.
- BOHREN, M. A.; MEHRTASH, H.; FAWOLE, B.; MAUNG, T. M.; BALDE, M. D.; MAYA, E.; THIWN, S. S.; ADEROBA, A. K.; VOGEL, J. P.; IRINYENIKAN, T. A.; ADEYANJU, A. O.; MON, O. N.; ADU-BONSAFFOH, K.; LANDOULSI, S.; GUURE, C.; ADANU, R.; DIALLO, B. A. GÜLMEZOGLU, A. M.; SOUMAH, A.;

SALL, A. O.; TUNÇALP, O. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, n. 10210, p. 1750-1763, nov. 2019.

BOAVENTURA, A. P. **Registro de atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: validade e aplicabilidade de um instrumento** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2004.

BOWSER D, HILL K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project; 2010.

BRASIL. Lei nº8080/90- Capítulo II: **Princípios e diretrizes do SUS**. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 27p., 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 07 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**. Diário Oficial da União, 08 abr 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto, humanização do Pré – Natal e Nascimento**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília (Brasil) 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 985, de 05 de agosto de 1999. **Institui o centro de parto normal – CPN no âmbito de Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial da União, 06 ago 1999 [portaria na internet].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação**. Brasília: Distrito Federal, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS/CONITEC. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal – relatório de recomendações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Política para Mulheres**. Brasília, DF, 104 p., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010c.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF; 2012.

BRITO, C. A.; SILVA, A. S. S.; CRUZ, R. S. B. L. C.; PINTO, S. L. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. **Rev Rene. [Internet]**. v. 16, n.4, p. 470-78, 2015.

CARDOSO, F.J.C.; COSTA, A. C. M.; ALMEIDA, M. M.; SANTOS, T. S.; OLIVEIRA, F. B. M. Violência obstétrica institucional no nascimento: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 11, n. 9, p. 3346-3353, ago. 2017.

CARDOSO, C.S.; BANDEIRA, M.; RIBEIRO, A.L.P.; OLIVEIRA, G.L.; CAIAFFA, W. T. Escalas de satisfação com o atendimento às doenças cardiovasculares: Cardiosatis- usuário equipe. **Cien Saude Colet**,v. 16(Supl. 1), p. 1401-1407.

CARNEIRO, L. M. A.; PAIXÃO, G. P. N.; SENA, C. D.; SOUZA, A. R.; SILVA, R. S.; PEREIRA, A. Parto natural x parto Cirúrgico: percepções de mulheres que experimentaram ambos momentos. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.5, n.2, p. 1574-1585, mai/ago, 2015.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B. G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 30-37, 2012.

CASTRILLO, B. Tell me by whom is defined and i'll tell if it is violent: a reflection on obstetric violence. **Sex Salud Soc.** n. 24; p. 43-68, dez. 2016.

CATUNDA, O. L. H. BERNARDO, E. B. R.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B.; AQUINO, P. S. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm**, n.26, n.2, e00650016, 2017.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015.

COSTA, A.L.T.; CÉSAR, I. A. P.; SILVA, C. R. Episiotomia sob o ponto de vista da gestante. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v.2, 9f., ago. 2016.

COSTA, L. D.; CURA, C. C.; PERONDI, A. R.; FRANÇA, V. F.; BORTOLOTTI, D. S. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01 – 08, abr./jun. 2016.

COSTA, R. L. M. Percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 1-12, 4 dez. 2018.

COSTA, S.I.; OSELKA, G., GARRAFA, V. **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.

DINIZ, C. S. G.; BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. SCHLITZ, A. O. C; et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Revista Saúde e Sociedade**, v. 25, n.3, p. 561-572, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet]. v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. N. Violência Obstétrica como questão para a Saúde Pública no Brasil: Origens, Definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. [Internet]. v.25, n.3, p: 377-76, 2015.

DINIZ, C.S.G.; RATTNER, D.; LUCAS D'OLIVEIRA, A. F. P.; DE AGUIAR, J. M.; NIY, D.Y. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**. v.26, n. 53, p. 19-35, 2018.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **J Hum Growth Dev**. v. 25, n. 3, p. 377-84, 2015.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O. M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A.; ÂNGULO-TUESTA, A.; RATTNER, D.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Publica**. 30 Suppl, p.154-68, 2014.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n 5, p. 754-57, 2005.

FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. **Atas-Investigação Qualitativa em Saúde**. v.2, p. 1226-1235, 2017.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-7.

FERREIRA, K. A.; MADEIRA, L. M. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. **Enfermagem Obstétrica**, v. 3, e29, p. 1-6, 2016.

FIGLIOLI, F. C. C. F.; MANZO, B. F.; MONTENEGRO, L. C.; CORRÊA, A. R.; MARTINS, T. C. R.; COSTA, D. M. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 11, p.3883-3891, nov. 2016.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.11, n.2, p:424-428, 2009.

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M.M.; LEITE, A.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.1, p. 65-75, 2004.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública**. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo, agosto de 2010.

GARCIA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.; ACOSTA ALAMO, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro (RJ), v. 17, n. 7, p. 1893-902, jul. 2012.

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **J. Perinat. Educ.** v. 19, n. 3, p. 33-42, Summer 2010.

GUBERT, F.A. **Tradução, adaptação e validação das escalas *parent adolescent Communication scale e partner communication scale*: Tecnologia para prevenção de dst/HIV**. 2011.131 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, 2011.

GUIMARAES, L.B.E.; JONAS, E.; AMARAL, L.R.O.G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev Estudos Femin.**, v.26, n.1, e43278, 2018.

GUIMARÃES, J. R. S. A importância do uso das informações sociodemográficas no processo de planejamento. Disponível em:
<http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/joseribeiroguimaraes.htm>.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-76, 1994.

KESZEI, A.P.; NOVAK, M.; STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

LANSKY, S.; Souza, K. V.; Peixoto, E. R. M.; Oliveira, B. J.; Diniz, C. S. G.; Vieira, N. F.; Cunha, R. O.; Friche, A. A. L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019.

LEAL, S.Y.P.; LIMA, V. L. A.; SILVA, A. F.; SOARES, P. D. F. L.; SANTANA, L. R.; PEREIRA, A. Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 1-7, 18 abr. 2018.

LEITE, M.C.P.; MENDES, D.C.O.; MENDES, P.A. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres vítimas de violência obstétrica no médio norte Matogrossense. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 10 , p.77230-77249, oct. 2020.

LIMA, A. C. M. A. C. C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV**, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n. 40, p. 121-34, 2012.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.** v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?

Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O.M. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, maio 2018.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, Feb. 2014.

MASCARENHAS, P.M; SILVA, G.R; REIS, T.T; CASOTTI, C.A; NERY, A.A. Análise da mortalidade materna. **Rev enferm UFPE**. v.11, n.11, p.4653-4662, 2017.

MATTEI, A. T. **Validação do conteúdo de uma escala com fatores preditivos de complicações da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária**. 2015. 207f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

MELO, R. M.; ANGELO, B. H. B.; PONTES, C. M.; BRITO, R. S. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. **Esc Anna Nery**. [Internet]. v.19, n. 3, p. 454-59, 2015.

MENDES, K.S; SILVEIRA, R. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008.

MENEZES, F.R.; REIS, G. M.; SALES, A. A. S.; JARDIM, D. M. B.; LOPES, T. C. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. 1-14, 2020.

MILFONT, P.M.S.; SILVA, V.M.; CHAVES, D.B.R.; BELTRÃO, B.A. Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres. **Online braz. J. nurs.** (Online); v.3, n.10, set-dez, 2011.

MOCUMBI, S.; HÖGBERG, U.; LAMPA, E.; SACOOR, C.; VALÁ, A.; BERGSTRÖM, A.; DE DADELSZEN, P.; MUNGUAMBE, K.; HANSON, C.; Sevene, E. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern mozambique.: a cross-sectional survey in southern Mozambique. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-14, 19 ago. 2019.

MOYER, C. A.; ADONGO, P. B.; ABORIGO, R. A.; HODGSON, A.; ENGMANN, C. M. "They treat you like you are not a human being": maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. **Midwifery**. v. 30, n. 2, p. 262-8, feb., 2014.

MOTA, F. R. do N. **Adaptação transcultural e validação do Caregiver Reaction Assessment para uso no Brasil: aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

NASCIMENTO, L.A. do. **Promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil – efeitos de uma intervenção combinada:** vídeo educativo e roda de conversa. 131f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2015.

NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses.** Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2006.

OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C. Perceptions on obstetric violence in the puerperas view. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 2483-2489, maio 2017. ISSN 1981-8963.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.; SAWADA, N.O. Educational handbook for selfcare in women with mastectomies: a validation study. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, M.S.S.; ROCHA, V. S. C.; ARRAIS, T. M. S. N.; ALVES, S. M.; MARQUES, A. A.; OLIVEIRA, D. R.; SANTANA, M. D. R. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **Abcs Health Sciences**, v. 44, n. 2, p. 114-119, ago. 2019.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Relatório de Grupo Técnico. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS; 2014b.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação de Breastfeeding Self-Efficacy Inventory: aplicação em gestantes.** 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

PACHECO, L. R. **A prática assistencial na rede de enfrentamento da violência contra as mulheres em Palmas/TO.** 2015. 170 p. Tese (doutorado), Faculdade de enfermagem de Goiânia, Goiás, 2015.

PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R.; SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan. 2018.

PALMA, C.C.; DONELLI, T.M.S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 29 set. 2017.

PASCOAL, K. C. F.; FILGUEIRAS, T. F.; CARVALHO, M. A.; CANDEIA, R. M. S.; PEREIRA, J. B.; CRUZ, R. A. O. Obstetric violence in the perception of puerperal women. **Nursing (São Paulo)**; v.265, n. 23, p. 4221-4226, 2020.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L.; CAPOVILLA, A. G. S.; ALONSO, A. O. L.; ALVES, A. R.; BORBA, A. C. P.; BATISTA, C. G et al. **Instrumentação psicológica – Fundamentos e práticas**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clin**, v. 25, n.5, p. 206-213, 1998.

PEDROSO, C.N.L.S.; LÓPEZ, L.C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, dez. 2017.

PERDOMO-RUBIO, A.; MARTÍNEZ-SILVA, P. A.; LAFAURIE-VILLAMIL, M. M.; CAÑÓN-CRESPO, A. F.; RUBIO-LEÓN, D. C. Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**. v. 37, n. 2, p. 125-35, 2019.

PEIXOTO, A.F.; NOBRE, B.P.R. A responsabilização da mulher vítima de estupro. **Revista Transgressões – Ciências Criminais em Debate**. [Internet]. v.1, n.3, p. 227-39, 2015.

PICKLES, C. Eliminating abusive „care“: a criminal law response to obstetric violence in South Africa. **South African Crime Quarterly**, v. 54, n. 2015, p. 5-16, dec. 2015.

PRESTES, C. R. S. **Feridas até o coração, ergem-se negras guerreiras: transmissão psíquicas e pertencimentos**. Dissertação Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

~~POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.~~

PONTES, M. G. A.; LIMA, G. M. B.; FEITOSA, I.P., TRIGUEIRO, J.V.S. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v.12, n.1, p.69-78, Jun. 2014.

PONTES, M. J. B. **O que diz a literatura sobre o plano de parto frente as boas práticas no parto e nascimento**. 2016. 27f. Universidade Federal de Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso, Porto Alegre. 2016.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.1, p: 759–768, 2009.

- RODRIGUES, A. P.; NASCIMENTO, L.A. do; DODT, R.C.M.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 586-593, 2013.
- RODRIGUES, A. P.; PADOIN, S. M. M.; ALDRIGHI, J. D.; PAULA, C. C.; XIMENES, L. B. Caracterização sociodemográfica e obstétrica de puérperas internadas em alojamento conjunto no Brasil. **Ciênc e Enferm**, v. 22, n. 1, p. 113-123, 2016.
- RODRIGUES, D.P. ALVES, V. H.; PENNA, L. H. G.; PEREIRA, A. V.; BRANCO, M. B. L. R.; SOUZA, R. M. P. O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-10, 21 ago. 2017.
- RODRIGUES, D.P.; ALVES, V. H.; PENNA, L. H. G.; PEREIRA, A. V.; BRANCO, M. B. L. R.; SILVA, L. A. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics: a violence in the field of obstetrics. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.
- RODRIGUES, F.A.C.; LIRA, S.V. G.; MAGALHAES, P. H.; FREITAS, A. L. V.; MITROS, V. M. S.; ALMEIDA, P. C. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Revista Reprod Clim.** 7f. mar. 2017.
- SÁ, A.M.P.; ALVES, H. V.; RODRIGUES, D. P.; BRANCO, M. R. B. L.; DE PAULA, E.; MARCHIORI, G. R. S. The right to access and accompanying of labor and childbirth: women's point of view. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2683-2690, jun 2017.
- SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação.** 2016. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- SANDIM, N.F.C. **Nível do conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.** Dissertação (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília, 2017.
- SANTOS, A.L.M.; SOUZA, M.H.T. Elaboration of new technologies in nursing: use of a prevention booklet. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 3893-3898, out. 2017.
- SANTOS, W.M.; SECOLI, S.R.; PUSCHEL, V.A.A. A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3074, 2018.
- SANTOS, A.L.M.; SOUZA, M.H.T. Elaboration of new technologies in nursing: use of a prevention booklet. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 3893-3898, out. 2017.
- SANTOS, D. S. **A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes.** 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-

graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, W.M.; SECOLI, S.R.; PUSCHEL, V.A.A. A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3074, 2018.

SAUAIA, A.S.S.; SERRA, M.C.M. **Uma dor além do parto: Violência obstétrica em foco**. Rev. De Direitos Humanos e Efetividade. Brasília, v.2, n.1, jan./jun. 2016.

SENS, M.M.; STAMM, A.M.N.F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-16, 2019.

SILVA, T. M. Avaliação do estresse percebido em gestantes de alto risco. 2018. 50 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]**. v.20, n.11, p: 3523-32, 2015.

SILVA, M.C.; FEIJÓ, M. B.; LOPES, F. A. N. S. P.; GUERRA, F. J. F.; SANTOS, I. S.; RODRIGUES, G. O.; SANTOS, M. P.; DOS ANJOS, S. J. S. B. Trabalho de parto e nascimento na região rural: violência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2407-2417, set. 2018.

SILVA, T.S.; MELO, R. O.; SODRÉ, M. P.; MOREIRA, R. C. R.; SOUZA, Z. C. S. N. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Rev. Ciência em Extensão**. v.13, n.1, 2017.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.335-345, 2014.

SOARES, P. R. A. L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**. 2015. 165 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, dez., 2015.

SOUZA, K.J.; RATTNER, D.; GUBERT, M.B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-11, 20 jul. 2017.

SOUZA, W. P. S.; OLIVEIRA, M. A. M.; MAIA, E. M. C. Perfil sociodemográficos e bemestar subjetivo em gestantes tardias e adultas jovens. **Asunción (Paraguay)**, v. 12, n. 1, p. 61 – 72, 2015.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does

- and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment.**, v. 80, p. 217-222, 2003.
- STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: A practical guide to their development and use.** Oxford: Oxford University Press, 2008.
- STREINER, D.L.; KOTTNER, J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. **J Adv Nurs**, v. 70, n. 9, p. 1970-1979, 2014.
- TELES, L. M. R.; OLIVEIRA, A. S.; CAMPOS, F. C.; LIMA, T. M.; COSTA, C. C.; GOMES, L. F. S.; ORIÁ, M.O.B.; DAMASCENO, A. K. C. Development and validating an educational booklet for childbirth companions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (Impresso), v. 48, n. 6, p. 977-84, 2014.
- TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 59, n. 6, p. 740-4, nov. 2006.
- TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Bras. de Med. de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, v.10, n. 35, 12f., 2015.
- TYRREL, M. A. R.; SOUZA, M. H. N.; SOUZA, K. V. Políticas de saúde da mulher no Brasil: marcos evolutivos e implicações para o exercício profissional do enfermeiro. IN: SILVA, I. A. (Org) **PROENF: Programa de atualização em enfermagem.** Saúde materna e neonatal. Ciclo I, modulo 4. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, p. 129-164, 2010.
- URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório:** revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2005
- VACAFLOR, C.H. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. **Reprod Health Matters.** v. 24, n. 47, p. 65-73, Mai 2016.
- VENTURI, G.; GODINHO, T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP; 2013.
- VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, v. 24, p.100-12, 2015.
- ZANARDO, G.L.P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicol. Soc.**, v. 29, e155043, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Millennium Development Goals, Report 2013.** United Nations, 2013; UNDP, UNFPA; UNICEF; UN Women, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Appropriate Technology for Birth, Lancet [Internet]**. v.2, n.8452, p:436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. Geneva: 2014.

WOLFF, A.C. **Participação do acompanhante no parto e no nascimento: percepção da equipe multiprofissional**. Universidade de Santa Cruz do Sul, 51f. jun. 2016.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

YAJAHUANCA, A. S. R.; FONTENELE, C. V.; SENA, B. F.; DINIZ, S. G. Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. **J. Hum. Growth Dev. [Internet]**. v. 23, n. 3, p. 1-9, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE PARA OS JUÍZES
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - MAENF
CARTA CONVITE

Eu, Raissa Emanuelle Medeiros Souto, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, estou desenvolvendo um estudo intitulado “ **Construção e validação de um Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica**” no qual uma das etapas refere-se à avaliação por especialistas. Esse trabalho objetiva desenvolver um Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica.

Considerando sua especialidade, gostaria de convidá-lo (a) a participar da validação de conteúdo tendo em vista que seus conhecimentos científicos relacionados a temática são relevantes para avaliar o questionário desenvolvido.

Após sua aceitação em participar desse estudo irei enviar-lhe via e-mail, correio postal ou pessoalmente duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente a uma cópia do “Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica ” e o instrumento de avaliação desse recurso que foi construído contemplando sua área de especificidade e apoia-se na literatura pertinente para avaliação dos aspectos envolvidos nesse instrumento.

Diante de seus conhecimentos e de sua experiência teórica e prática, enfatizo que é fundamental contar com a sua participação no engrandecimento desse trabalho, pois o instrumento será reformulado segundo suas sugestões, para posteriormente ser aplicado. Agradeço desde já a sua colaboração e atenção.

Atenciosamente,

Enfa. Raissa Emanuelle Medeiros Souto
Mestranda do Mestrado em Enfermagem – UNILAB

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS JUIZES

Eu, Raissa Emanuelle Medeiros Souto, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira convida-lo (a) a participar como juiz da pesquisa intitulada “**Construção e validação de um Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica**”. Trata-se da minha dissertação que objetiva desenvolver um Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos enviar uma cópia do Questionário para as Mulheres sobre violência obstétrica que pretendemos validar, juntamente com o instrumento avaliativo que deverá ser preenchido depois da sua leitura e avaliação. Cabe ressaltar que caso não haja concordância entre os juizes em alguma parte do instrumento, este será analisado, reelaborado a partir das suas sugestões, e reencaminhado para uma nova validação.

Enfatizo que sua colaboração é fundamental tendo em vista que seus conhecimentos científicos relacionados a temática são relevantes para avaliar a tecnologia desenvolvida. Informo, ainda, que lhe serão assegurados: o direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo; o acesso a qualquer momento as informações de procedimentos e benefícios relacionados a pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer; será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identifica-lo (a). O senhor (a) poderá realizar a avaliação do instrumento no próprio domicílio ou em outro local que lhe for mais conveniente, sendo estabelecido um prazo de dez dias para que se realize a análise, preencha o instrumento de avaliação e os devolva ao pesquisador via correio eletrônico ou pessoalmente.

Os possíveis riscos decorrentes da pesquisa são a violação de informações de confidencialidade, no entanto, a pesquisadora tentará reduzir esses riscos identificando os participantes por siglas. Como benefícios pretende-se contribuir para a prestação de uma assistência mais qualificada no que se refere à identificação de violência obstétrica durante o ciclo gravídico puerperal. Leia atentamente as informações acima e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

No caso de dúvidas, estarei disponível para quaisquer outros esclarecimentos, no endereço: Travessa Elisiário Mendes, 150, Apto 102, bloco A, Messejana, CEP: 60841-477. Tels: (85) 9 9794 3669; e-mail: raissadiogo@hotmail.com.

O Comitê de Ética em pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, no endereço: Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, nos seguintes horários de funcionamento: Segunda (8:00h-12:00h), Quarta (13:00h-17:00h) e Sexta (08:00h-12:00h), para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, por meio do telefone: (85) 3332-6190. E-mail: cep@unilab.edu.br. Este encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações. Certa de contar com sua cooperação, desde já agradeço.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG
nº _____, declaro que tomei conhecimento do

estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.
Redenção, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUIZES QUANTO AOS CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

Parte 1 – Identificação dos juízes

Nome do Avaliador: _____ Idade _____ Sexo _____

Profissão: _____ Tempo (anos) de Formação: _____

Ocupação atual: () Assistência () Pesquisa () Ensino () Consultoria

Função/cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: () Especialização/Residência () Mestrado () Doutorado

Tema do trabalho de conclusão: Especialização/Dissertação/ Tese:

Participação em grupos/projetos de pesquisa com a temática violência obstétrica ou na área obstétrica:

() Sim () Não

Se sim, especificar o tempo de participação: _____

Publicação de pesquisa envolvendo a temática: () Trabalho de parto e parto ()

Violência Obstétrica () Obstetrícia

Outros:(especificar): _____

INSTRUÇÕES

Caros juízes, a avaliação dos itens é feita mediante escala do tipo Likert .O resultado mostrará a equivalência de conteúdo, informando sobre propriedades psicométricas do questionário. Nesse momento, os itens serão avaliados em três critérios: Clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. (Pasquali, 2010). Para respostas seguras segue instruções abaixo.

Solicito que analise o instrumento, assinalando um “X” em um dos números que estão na frente de cada pergunta referente à clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

Assinale de acordo com a afirmativa que melhor represente sua opinião acerca das variáveis, na qual: 1 = pouquíssima; 2= pouca; 3= média; 4= muita; 5= muitíssima;

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após as variáveis;

Os critérios **clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica** serão avaliados segundo grau de concordância:

Clareza da linguagem: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. O senhor (a) acredita que a linguagem

de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível?

Pertinência Prática: Considera se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se cada item possui importância para o instrumento. O senhor (a) acredita que os itens propostos são pertinentes para esta população? Em que nível?

Relevância Teórica: Considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa analisar se o instrumento está relacionado com o assunto. O senhor (a) acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão. Em que nível?

O questionário está dividido em categorias, das quais são listados exemplos.

VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO

Critérios de Avaliação	Clareza de linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Sugestões
Itens	O item possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	O item possui importância para o instrumento?	O conteúdo do item é representativo do comportamento que se quer medir?	
QUESTÕES	1. Pouquíssima 2. Pouca 3. Média 4. Muita 5. Muitíssima	1. Pouquíssima 2. Pouca 3. Média 4. Muita 5. Muitíssima	1. Pouquíssima 2. Pouca 3. Média 4. Muita 5. Muitíssima	

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PÚBLICO-ALVO**
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - MAENF

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo desenvolver um Questionário de identificação e caracterização de violência obstétrica. As participantes serão mulheres que já tiveram experiência com parto. Pretendo com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência mais qualificada no que se refere à identificação de violência obstétrica durante o ciclo gravídico puerperal. Caso a senhora concorde em participar do estudo, basta aceitar o termo, em seguida, será encaminhada para avaliação do questionário. Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média entre 20 e 30 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora.

Há riscos quanto à sua participação, como desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, porém tudo foi planejado para diminuir os riscos, porém se sentir vontade poderá interromper a sua participação em qualquer momento e, se houver interesse, pode conversar comigo. Os benefícios desta pesquisa serão que sua participação poderá contribuir para a criação de um instrumento que ajudará na identificação de violência obstétrica, buscando-se melhorar a assistência ofertada a mulher no ciclo gravídico puerperal.

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, no endereço: Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, nos seguintes horários de funcionamento: Segunda (8:00h-12:00h), Quarta (13:00h-17:00h) e Sexta (08:00h-12:00h), para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, por meio do telefone: (85) 3332-6190. E-mail: cep@unilab.edu.br. Certa de contar com sua cooperação, desde já agradeço.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço abaixo: Raissa Emanuelle Medeiros Souto. Endereço da Pesquisadora: Travessa Elisiário Mendes, 150, Apto 102, bloco A, Messejana, CEP: 60841-477. Tels: (85) 9 9794 3669; e-mail: raissadiogo@hotmail.com.

CONSENTIMENTO POS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa. Fortaleza, ____ de _____ de 2019.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA ANÁLISE
SEMÂNTICA DOS ITENS PELO PÚBLICO-ALVO**

Parte 1 – Identificação sociodemográfica e obstétrica

Nome: _____

Cidade que mora: _____

- Idade:** 1.() até 20 anos
2.() de 20 a 30 anos
3.() de 30 a 40 anos
4.() acima de 40 anos

- Escolaridade:** 1.() Analfabeta
2.() Ensino fundamental incompleto
3.() Ensino fundamental completo
4.() Ensino Médio incompleto
5.() Ensino Médio completo
6.() Ensino Superior incompleto
7.() Ensino Superior completo

- Cor da pele:** 1.() Branca
2.() Parda
3.() Preta
4.() Amarela
5.() Indígena

- Estado Civil:** 1.() Solteira
2.() Casada/ União estável
3.() Viúva
4.() Divorciada

Você já esteve grávida quantas vezes? _____

Você já teve parto normal/cesárea quantas vezes? _____

Você já sofreu algum aborto? Se sim, quantas vezes? _____

Parte 2 – Instrumento de avaliação para análise semântica adaptado de Dodt (2011)

INSTRUÇÕES

Caras participantes, peço, por gentileza, que realizem a leitura minuciosamente do questionário. Em seguida, solicito que analise o instrumento, assinalando um “X” em um dos números que estão na frente de cada pergunta referente à clareza, relevância e grau de relevância dos itens. Dê sua opinião de acordo com a afirmativa que melhor a represente acerca das respostas.

Caso julgue necessário, inclua comentários e/ou sugestões. Elas serão importantes para a construção deste material que está sob sua avaliação;

Depois disso, serão recolhidos os instrumentos (checando se estes foram preenchidos por completo), contendo as contribuições.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA ANÁLISE SEMÂNTICA DOS ITENS

Critérios de Avaliação	Clareza	Relevância	Grau de relevância	Sugestões
	Itens	Você considera que este item está escrito de forma clara e foi fácil de ser compreendido?	Você considera este item relevante para compor o questionário?	Como você classifica este item quanto a importância para está presente no questionário?
QUESTÕES	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

Fonte: adaptado de Dodt, 2011.

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Você reside?** 1.() interior 2.() capital.
2. **Seu parto foi em hospital?** 1.() público 2.() particular.
3. **Qual sua idade?** _____ anos.
4. **Você estudou por quantos anos?** _____ anos.
5. **Qual sua raça/cor/etnia?** 1.() branca 2.() preta 3.() parda 4.() amarela 5.() indígena.
6. **Qual seu estado Civil:** 1.() solteira 2.() casada/ união estável 3.() viúva 4.() divorciada.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

11. **Antes da última gravidez, quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido?** 1.() nenhuma 2.() uma 3.() duas 4.() três 5.() quatro 6.() cinco ou mais.
12. **Antes da última gravidez, você teve algum aborto?** 1.() não 2.() sim.
13. **Quantos abortos você já teve?** 1.() nenhuma 2.() uma 3.() duas 4.() três 5.() quatro 6.() cinco ou mais.
14. **Antes da última gravidez, quantos partos você já teve?** 1.() nenhuma 2.() uma 3.() duas 4.() três 5.() quatro 6.() cinco ou mais.
15. **E quantos desses partos foram normais/vaginais (incluindo partos à fórceps e vácuo)?** 1.() nenhuma 2.() uma 3.() duas 4.() três 5.() quatro 6.() cinco ou mais.
16. **E quantos desses partos foram cesarianas?** 1.() nenhuma 2.() uma 3.() duas 4.() três 5.() quatro 6.() cinco ou mais.
17. **O seu último filho nasceu de parto:** 1.() vaginal (normal ou à fórceps) 2.() cesárea.
18. **Você fez pré-natal na última gravidez?** 1.() não 2.() sim.
19. **Quantas consultas de pré-natal você fez durante a última gravidez?** 1.() menos de seis consultas 2.() seis ou mais consultas.

CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

VIOLÊNCIA VERBAL

Exemplos: Tratamento desrespeitoso, com maus tratos e juízos de valor, bem como falas grosseiras, coercitivas, repreensão, gritos, xingamentos, comentários irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação.

VOCÊ JÁ SOFREU ALGUM DESTES:

20. Gritos pelos profissionais. ()
21. Apelido desagradável. ()
22. Humilhação pelos profissionais. ()
23. Inibição de seus gritos/emoções. ()

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Exemplos: Ameaças, tratamento autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes, chantagens, culpabilização da mulher, especialmente em situações de sofrimento fetal e dificuldade de realizar puxos no período expulsivo, atribuição de incapacidade de parir à paciente, desqualificação da opinião da mulher, imposição de decisões, fornecimento de

informações duvidosas ou não informação, banalização da dor, sofrimento ou necessidades da mulher.

VOCÊ JÁ SOFREU ALGUM DESTES:

- 24. Ameaça de algum profissional. ()
- 25. Comentários irônicos com tom de deboche pelo profissional sobre seu comportamento. ()
- 26. Culpabilizada por algum profissional por não seguir alguma orientação. ()
- 27. Desamparada pelos profissionais de saúde. ()

VIOLÊNCIA FÍSICA

Exemplos: Realizar toques vaginais repetitivos, especialmente para fins didáticos, ou agressivos, cirurgia cesariana sem necessidade, manobra de *Kristeller* (empurrar a barriga), restringir os movimentos e obrigar a parturiente a manter posições não desejadas por ela, procedimentos sem a analgesia adequada (retirada manual da placenta, sutura, episiotomia, episiorrafia), tapas e beliscões, contenção física de pernas e braços. Uso irrestrito de ocitocina, realização rotineira de amniotomia (rompimento da bolsa amniótica), monitorização fetal contínua de rotina, manejo inadequado da dor sem justificativas, realização de tricotomia (raspar os pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal), não realização de contato pele a pele e clampeamento imediato de cordão umbilical sem justificativa, separação do binômio por motivo de realização de procedimentos como peso. Não pedir permissão prévia a mulher antes da realização de procedimentos.

VOCÊ SOFREU ALGUM DESTES:

- 28. Toque vaginal seguidos por diferentes profissionais. ()
- 29. Toque vaginal por mais de um profissional. ()
- 30. Sentiu-se abusada pelo profissional durante o toque vaginal. ()
- 31. Foi administrado soro com ocitocina. ()
- 32. Você não foi informada sobre a indicação da ocitocina. ()
- 33. Foi pedida sua permissão para administração de ocitocina. ()
- 34. Realizada raspagem dos pêlos (tricotomia) pubianos ao ser internada. ()
- 35. Realizada lavagem intestinal (enema) ao ser internada. ()
- 36. Na hora do parto, alguém apertou/subiu/empurrou na sua barriga alegando que seria para ajudar a saída do (Manobra de Kristeller). ()
- 37. Foi realizado pelo profissional de saúde um corte na sua vagina (episiotomia) durante o parto. ()
- 38. Não foi explicado o motivo para realização do corte na sua vagina (episiotomia). ()
- 39. Não foi pedida permissão para realização do corte na sua vagina (episiotomia). ()
- 40. Não foi feita anestesia antes desse corte na vagina (episiotomia). ()
- 41. Não foi explicado o seu períneo (vagina) depois do parto. ()
- 42. Se teve que levar ponto, não foi feita anestesia no local antes do procedimento de sutura. ()
- 43. Se parto cesárea, não foi explicado o motivo a você. ()
- 44. Não escolhi minha posição de parir no parto normal. ()
- 45. Sua posição para parir foi imposta pelo profissional de saúde. ()
- 46. Teve suas pernas ou braços contidos (amarrados) durante o parto. ()
- 47. Seu bebê não foi para seu colo (contato pele a pele) imediatamente após o nascimento. ()
- 48. Se seu bebê não foi para seu colo (contato pele a pele) imediatamente após o nascimento e você não foi informada do motivo. ()
- 49. Seu bebê não mamou na primeira hora de vida, pois não estava com você e não foi explicado por qual motivo. ()

VIOLÊNCIA SEXUAL

Exemplos: Realização de toque vaginal sem luvas, manipulação, exposição ou visualização desnecessárias das genitálias, tocar nas mamas ou realizar toque retal na mulher sem o seu consentimento.

VOCÊ SOFREU ALGUM DESTES:

50. Toque vaginal sem permissão. ()
51. Toque vaginal sem luva. ()
52. Sentiu-se violentada sexualmente, em algum momento, por parte dos profissionais. ()
53. Foi realizado algum toque retal sem permissão. ()
54. Foi realizado toque retal sem explicar o motivo. ()

VIOLÊNCIA DISCRIMINATORIA

Exemplos: Depreciação ou negação do atendimento baseado em atributos raciais e sociais, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua condição econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade.

VOCÊ SOFREU ALGUM DESTES:

55. Sentiu que sua cor/raça/etnia interferiu no atendimento dos profissionais com você. ()
56. Sentiu que sua religião interferiu no atendimento dos profissionais de saúde com você. ()

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Exemplos: Peregrinação, não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, falta de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos a parturiente (como proibição do acompanhante, ou jejum prolongado durante o trabalho de parto).

VOCÊ SOFREU ALGUM DESTES:

57. Teve que procurar mais de um hospital/maternidade para conseguir vaga. ()
58. Foi negado atendimento a você por falta de vaga em alguma maternidade. ()
59. Você ficou em uma enfermaria, sem nenhuma privacidade, com outras pacientes durante o trabalho de parto. ()
60. Você ficou em uma enfermaria, sem nenhuma privacidade, com outras pacientes durante o parto. ()
61. Você teve que mudar de enfermaria quando foi ter seu parto normal. ()
62. Você ficou em jejum durante o trabalho de parto. ()
63. Você não teve nenhum acompanhante durante o trabalho de parto. ()
64. Você não teve o (a) acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto. ()

VIOLÊNCIA FINANCEIRA

Exemplos: Cobrar taxa extra para realizar assistência ao parto normal, ou realizar tratamento diferenciado para quem possui condição financeira melhor, cobrar por procedimentos realizados em instituições públicas.

VOCÊ SOFREU ALGUM DESTES:

65. Foi cobrada alguma taxa extra para que você pudesse ter o direito de ter parto vaginal. ()
66. Sua condição financeira interferiu no atendimento dos profissionais com você. ()
67. Nenhuma das opções anterior. ()

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento para coleta de dados (adaptado de Ursi, 2005)

Identificação	
Título do Artigo	
Periódico/Qualis	
Autores	
País/ Idioma/ Ano de publicação	
Tipo de publicação (médica, enfermagem)	
Características do estudo	
Delineamento	
Objetivo	
Amostra	- Seleção: - Tamanho (n): - Características: - Critérios de inclusão/ exclusão:
Resultados	
Conclusões	
Recomendações	
Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

ANEXO B

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO C

JBI Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups comparable other than the presence of disease in cases or the absence of disease in controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were cases and controls matched appropriately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the same criteria used for identification of cases and controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was exposure measured in a standard, valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was exposure measured in the same way for cases and controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes assessed in a standard, valid and reliable way for cases and controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the exposure period of interest long enough to be meaningful?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO D

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer_____Date_____

Author _____Year_____Record Number_____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO E

JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO F

JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

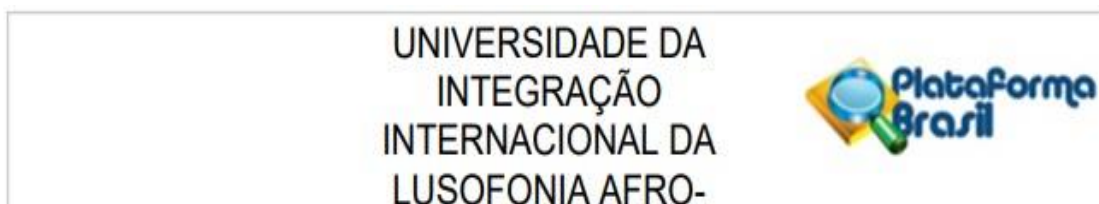
Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO G – COMITÊ DE ÉTICA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Pesquisador: RAISSA EMANUELLE MEDEIROS SOUTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28050920.2.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: [3.824.951](#)