



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

FRANCIELLE FRANCISCA DOS SANTOS

PERFIL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM USUÁRIAS ATENDIDAS NAS
UNIDADES DE ATENÇÃO AO PARTO HOSPITALAR NA REDE PÚBLICA EM
RECIFE

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA - CAV
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

FRANCIELLE FRANCISCA DOS SANTOS

PERFIL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO AO
PARTO HOSPITALAR NA REDE PÚBLICA EM RECIFE

“Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal
de Pernambuco, Centro Acadêmico de
Vitória, como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva”.

Orientadora:

Ana Lúcia Andrade da Silva

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2018

Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

S237p Santos, Francielle Francisca dos.
Perfil da violência obstétrica nas unidades de atenção ao parto hospitalar na rede pública em Recife / Francielle Francisca dos Santos. - Vitória de Santo Antão, 2018.
45 folhas.; il.: tab.

Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva.
TCC (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui referências e anexos.

1. Tocologia - Recife. 2. Saúde da mulher. 3. Violência nos hospitais - Mulheres. I. Silva, Ana Lúcia Andrade da (Orientadora). II. Título.

618.2 CDD (23.ed)

BIBCAV/UFPE-109/2018

FRANCIELLE FRANCISCA DOS SANTOS

**PERFIL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO AO
PARTO HOSPITALAR NA REDE PÚBLICA EM RECIFE.**

“Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva”.

Aprovado em: 17 / 07 / 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientadora)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Livia Teixeira de Souza Maia
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Mariana Sena Barretos
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ser essencial em minha vida, que me fortaleceu nos momentos de angustias e por ter permitido chegar até aqui.

A minha família, em especial aos meus pais, que sempre se fizeram presente, pelo amor e incentivo e apoio incondicional. Eles que foram meu porto seguro.

Ao meu esposo por “aturar” meu choro e estresse nos momentos difíceis, pela paciência e compreensão comigo.

Ao meu filho que sempre foi minha fortaleza, que me ensinou a ser forte, pelos carinhos de quando me via chorar, pelas vezes que me disse: Mãe eu te amo você!

A minha amiga/gêmea Anália Melo, que Deus permitiu fazer parte da minha história, sempre presente em minha vida. Sempre auxiliou na graduação e na vida.

A Chardsonclesia e Chardsongeicyca por está sempre disponível para me ajudar, por compartilhar de seus conhecimentos não só da graduação.

A minha irmã/amiga/comadre Emanuely Lopes por todo apoio.

Não poderia deixar de agradecer ao meu grupo, nomeado de fulôres, composto por: Bruna Pimentel, Edilma Santos e Luana Vanessa. Que fizeram esses quatro anos serem inesquecíveis. Tenho um carinho imenso por cada uma, mas quero destacar Edilma, que foi a primeira fazer amizade comigo, quero agradecer por todo apoio e por nunca medir esforços para me ajudar. Vocês são parte da minha história.

A minha querida orientadora pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas correções e incentivos, por toda preocupação, por toda paciência e compreensão comigo, por me acolher, principalmente nas horas de desesperos, por ter sido mais do que uma orientadora. Não poderia ter escolhido melhor.

A todos os professores pelos conhecimentos e experiências compartilhadas, pela paciência e compreensão.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu sincero obrigada.

***“Para mudar o mundo, primeiro é
preciso mudar a forma de nascer”.***

(Michel Odent)

RESUMO

A violência obstétrica é caracterizada por qualquer ato exercido por profissionais da saúde no processo reprodutivo da mulher exposto em uma assistência desumana, resultando na perda da autonomia, e impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. O presente artigo tem como objetivo analisar a ocorrência da violência obstétrica em unidades de atenção ao parto hospitalar em Recife em 2015. Foi desenvolvido um estudo descritivo quantitativo, de corte transversal, sobre a ocorrência de violência obstétrica em unidades da rede pública hospitalar de atenção ao parto, na cidade de Recife. Constatou-se que houve despreparo e negligência da equipe envolvida no cuidado com as mulheres desde o atendimento na recepção até a realização do parto nas unidades avaliadas.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Assistência ao parto. Violência de gênero.

ABSTRACT

Obstetric violence is characterized by any act performed by health professionals in the reproductive process of women exposed in an inhumane care, resulting in loss of autonomy, and negatively impacting the quality of life of women. This article aims to analyze the occurrence of obstetric violence in hospital delivery units in Recife in 2015. A quantitative, cross-sectional descriptive study was conducted on the occurrence of obstetric violence in public hospital care units in the city of Recife. It was verified that there was unpreparedness and negligence of the team involved in the care with the women from the attendance at the reception until the delivery of the evaluated units.

Key words: Women's health. Delivery assistance. Gender violence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISTA DA LITERATURA	9
2.1 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E GÊNERO.....	9
2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	10
2.3 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO	11
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. ARTIGO	16
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A - INSTRUÇÕES DA REVISTA ESTUDOS FEMINISTAS PARA ELABORAÇÃO E SUMISSÃO DE ARTIGOS	34

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) a violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. A violência pode estar presente na sociedade de diversas formas, dentre essa diversidade vale ressaltar a violência obstétrica.

Desde as décadas de 1980 e 1990 grupos de profissionais da saúde defensores dos direitos humanos e movimento feminista, vêm se organizando para discutir e combater a violência no parto. Contudo, a discussão do tema passou a compor um campo de investigação formal a partir do ano 2000. No Brasil o movimento a favor da humanização do parto é derivado das críticas a respeito da assistência ao parto (SENA; TESSER, 2017).

A violência obstétrica é caracterizada por qualquer ato exercido por profissionais da saúde no processo reprodutivo da mulher exposto em uma assistência desumana, resultando na perda da autonomia, e impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SILVA et. al, 2017). Pode ser expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (ameaças, tratamentos grosseiros, gritos, humilhação) e até violência física (SENA; TESSER, 2017). Essas violações podem ocorrer em qualquer fase da gestação, porém, é no momento do parto em que as mulheres se tornam mais fâcies e susceptíveis a tais procedimentos (PEREIRA et. al, 2016).

Considerando que a violência obstétrica é um problema de saúde pública relacionada à falta humanização e qualidade dos cuidados ofertados às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, que no Brasil ocorre de maneira frequente pergunta-se: Qual o perfil das mulheres que sofreram violência obstétrica durante o atendimento nas unidades da rede pública de atenção ao parto hospitalar no Recife?

2 REVISTA DA LITERATURA

2.1 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E GÊNERO

As mulheres são a maioria das usuárias dos SUS, que buscam assistência não só para si, mas também acompanham outros usuários, além disso, o sexo feminino é mais vulnerável a certas doenças do que o sexo masculino, e tem a cultura de procurar mais os serviços de saúde. A situação de saúde das mulheres pode estar implicada a diversos fatores como: lazer, meio ambiente, alimentação, condições de moradia e trabalho, renda, raça/cor, podendo também estar associada à discriminação nas relações de trabalho, deixando evidente a desigualdade de gênero na assistência à saúde da mulher, inclusive no que diz respeito à assistência obstétrica (BRASIL, 2011).

A assistência obstétrica é um fenômeno que permeia o campo das práticas às culturas locais e sua variabilidade geográfica. Nessa perspectiva pode-se considerar que a cultura sexual da sociedade, as hierarquias e valores de gênero, raça, classe e geração estão implicados na organização cultural das práticas de assistência ao parto (DINIZ, 2009). Há concepções restritas de que o corpo feminino é visto apenas como função reprodutiva atribuída à maternidade, excluindo os direitos sexuais e as questões de gênero (BRASIL, 2011).

Gênero pode ser definido como sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas (DINIZ, 2009). O gênero é construído com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamentos aceitáveis ou não para homens e mulheres. Portanto, é algo que é socialmente construído e que diferencia as pessoas, caracterizando-as como masculino e feminino, as quais são atribuídas crenças, papéis e atitudes e pode ser relacionado a significado de poder e desigualdades de gênero (BRASIL, 2011).

O gênero feminino na assistência ao parto é alvo de grandes intervenções tecnológicas julgadas como corretas, consideradas como meio de corrigir erros do corpo feminino que não estão adequados para o processo de parir. Seguindo essa lógica são introduzidos novos métodos tecnológicos na assistência ao parto que podem trazer riscos a saúde da mulher e do bebê, e consequentemente efeitos indesejáveis, quando feito uso desnecessário. O uso ou não dessas intervenções podem interferir na qualidade da assistência ao parto tanto para a parturiente quanto para todos envolvidos. A integralidade na assistência ao parto busca o cuidado físico e mental das parturientes,

embora não seja uma prioridade no setor público/SUS ou privado, mas é algo que precisa ser mais visível e praticado (DINIZ, 2009).

Dessa maneira é imprescindível a incorporação da questão de gênero nas ações de saúde, que buscam promover melhorias das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania das mulheres (BRASIL, 2011).

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência existe desde os primórdios da humanidade e manifesta-se de diferentes formas. A definição de violência assume distintas possibilidades.

Chauí conceitua violência sob dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (CHAUÍ, 1985, p. 35).

Violência representa a violação do direito de liberdade, sendo caracterizada pela relação de forças entre dominação e, de outro lado, a coisificação do sujeito (CHAUÍ, 1985).

Nesse sentido, a violência contra a mulher, que perpassa há décadas na sociedade, vem se agravando e é reconhecida como questão de saúde pública, que afeta as mais distintas classes sociais, o que demanda por atenção, reflexão e debate (SILVESTRE NETO et al., 2015)

A violência contra a mulher é considerada como "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou deficiências" no âmbito público ou privado (CASA CIVIL, 2006; SPM, 2011).

Atitudes dispensadas às mulheres durante a assistência pré-natal, parto e pós-parto que lhes venha causar danos físicos, emocionais e/ou psíquicos caracteriza a violência obstétrica (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Essa violência expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência física (empurrões, machucar, exames de forma grosseira, incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), violência verbal (tratamento grosseiro, gritos, xingamentos), violência psicológica (ameaças,

humilhações, repreendas, humilhação intencional, negação de atendimento), até o abuso sexual. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011)

Em situações de violência obstétrica ocorre a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, com a utilização abusiva de medicalização e intervenções, resultando na redução ou perda da autonomia e protagonismo da mulher durante a assistência ao parto. Esse tipo de violência ocorre devido à hierarquia e dominação do médico sobre o corpo da mulher (VENEZUELA, 2007).

A idealização de que o parto é um processo de intensa dor e sofrimento ainda é associado pela maioria das mulheres, embora, seja um momento de grandes expectativas, esse pensamento pode interferir na condução do parto. Como o parto natural e vaginal vão de acordo com a dinâmica/naturalidade do corpo da parturiente, torna-se um processo mais duradouro, que exige paciência e dedicação de todos envolvidos, esses por sua vez são os mais associados a torturas, desrespeito e abuso, é baseado nessa teoria que muitas mulheres optam por um parto cesáreo. Essa última é interpretada por um processo indolor e rápido, porém, o que essas mulheres desconhecem é que nesse tipo de parto a violência obstétrica pode ocorrer e ser encarada como uma prática natural e invisível (SILVIA et al., 2014).

A violência obstétrica independe do parto. A violência obstétrica pode acontecer no parto normal, vaginal ou no parto cesáreo. Na realização desses tipos de partos mencionados pode ocorrer práticas rotineiras que não são benéficas para as mulheres, e, portanto, são consideradas como violência obstétrica. No decorrer da realização do parto são feitas intervenções médicas desnecessárias e que são interpretadas ou encaradas como processos naturais, infelizmente, essa é a realidade da assistência nos hospitais no Brasil, tanto no setor público quanto no privado (PULHEZ, 2013).

No Brasil, foi sancionada a lei 17.097 de 17 de janeiro de 2017 em Santa Catarina. Essa lei dispõe sobre implantação de medidas de informações e proteção à gestante e parturiente contra violência obstétrica no estado de Santa Catarina. É importante ressaltar, que essa lei está em vigor apenas no estado de Santa Catarina e que ainda não abrange todo o território brasileiro (SANTA CATARINA, 2017).

2.3 HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO

Historicamente o parto é um evento marcante na vida da mulher, podendo assumir diferentes significados culturais. Na antiguidade o parto era considerado um evento

natural e fisiológico. A mulher se isolava para parir, apenas familiares e parteiras faziam parte desse processo, pois era um momento particular da mulher, onde a mesma era protagonista da história e toda e qualquer decisão era tomada com seu consentimento. Quando havia complicações no parto as parteiras recorriam aos padres, rabinos, barbeiros-cirurgiões e por último aos médicos. Nessa perspectiva o parto era um evento domiciliar e interesse exclusivo da mulher. Mas com o passar do tempo esse modo de parir foi perdendo a essência e novos atores, interesses e técnicas surgiram como forma de melhoria para auxiliar o parto (COLLAÇO; KOETTKER; VOLPATO, 2002).

O termo parto humanizado passou a circular no Brasil, na década de 1990, como uma nova proposta de atenção ao nascimento, que não estava de acordo com o sistema médico obstétrico vigente na época. Naquela época varias criticas foram feitas ao modelo de assistência obstétrica, gestantes e profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas médicas, passaram a se organizar em torno das críticas da prática obstétrica para buscar uma assistência humanizada (CARNEIRO, 2015).

A humanização da atenção ao parto surge como sugestão de melhoria na qualidade da assistência obstétrica, a qual visa prevalecer autonomia e protagonismo da mulher no parto. No Brasil, o movimento da humanização de atenção ao parto é marcado com a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002).

O PHPN se estrutura nos seguintes princípios:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p.5).

Desde o surgimento do PHPN em 2000, o Ministério da Saúde e o Estado brasileiro vêm ampliando normativas e buscando consolidar um novo paradigma na humanização relacionado à atenção à gestação e parto (MAIA, 2010). A Política

Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída pela portaria de nº 1.067 de Julho de 2005, traz que:

Atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas. (BRASIL, 2005, p.3).

A referida portaria destaca ações referidas a uma assistência de qualidade e humanizada, como: Acolher e examinar a parturiente; utilizar partograma para registro da evolução do trabalho de parto; liberdade de movimentação; estimular posições não supinas (não deitadas) durante o trabalho de parto; utilização de métodos não farmacológicos para alívio de dor; realizar teste rápido anti-HIV, com consentimento verbal da mulher, quando o teste anti-HIV não tiver sido realizado no pré-natal; privacidade; escolha da posição de parir; presença de um acompanhante durante todo processo; oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto; promover uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa); iniciar o momento da interação mãe-filho, estimulando a aproximação e contato pele a pele, além de permitir e estimular a amamentação na primeira meia hora após o parto (BRASIL, 2005).

Apesar do avanço da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, observa-se uma fragilidade na rede, como melhoria e ampliação do acesso o Ministério da Saúde (MS) lança pelo Governo Federal em 2011 a Rede Cegonha (RC) que tem como objetivos: Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção à gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade; e contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal (BRASIL, 2014).

A rede Cegonha é uma estratégia que garante as mulheres e às crianças uma assistência de qualidade com segurança, permitindo-lhes afirmar que o processo de parir é algo fisiológico e natural da mulher e que constitui uma experiência única e familiar. Essa estratégia busca por ampliar o acesso e melhoria na qualidade no pré-natal,

fortalecer o vínculo das gestantes com os serviços de saúde e implantar boas práticas na assistência obstétrica, que vai desde o pré-natal até o puerpério (BRASIL, 2014).

O modelo humanístico de assistência propõe devolver ao parto o seu lugar de um evento fisiológico e afetivo. Portanto, a mulher é responsável por todo o processo relacionado ao pré- parto parto e puerpério, tendo a liberdade e autonomia para decidir todos e quaisquer procedimentos utilizados para a conduta dos mesmos (MAIA, 2010).

Segundo Deslandes (2004), humanizar diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado garantindo o respeito quanto aos direitos do paciente, sua individualidade e cultura, bem como a valorização do profissional que presta a assistência, estabelecendo um ambiente concreto nas instituições de saúde, que regularize o lado humano das pessoas envolvidas no processo de cuidar (PESSINI, 2004).

A assistência ao parto esta ligada a lógica do processo de trabalho do profissional da saúde e da organização hospitalar. Garantir uma assistência de qualidade esta intimamente ligada ao trabalho em equipe e sua organização, que varia, dependendo da forma de como se insere no sistema de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS) o Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte – MG é referência no parto Humanizado. O hospital é filantrópico e só atende exclusivamente os usuários dos SUS. Desde o início da maternidade, o hospital atua com enfermeiras obstétricas na assistência direta à parturiente (MAIA, 2010).

Portanto, o modelo de humanização busca resgatar a humanidade e individualidade da mulher que pare, deixando a entender que uma assistência de qualidade não está associação ao uso e aumento de tecnologia, essas por sua vez, pode fortalecer o ideário do corpo da mulher como máquina, e a coisificação do ser (MAIA, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência da violência obstétrica em unidades de atenção ao parto hospitalar em Recife em 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a gestante que sofreu violência obstétrica segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade, números de filhos e município de residência;
- b) Descrever os atendimentos nas unidades de atenção ao parto segundo complexidade da maternidade, tipo de parto realizado, tempo de espera pelo atendimento na recepção e pela equipe saúde e direito ao acompanhante de livre escolha;
- c) Descrever o percurso pré-hospitalar das gestantes, a partir do meio de transporte utilizado para chegar à unidade, distância percorrida em quilômetros, números de unidades percorridas até internação, auxílio transporte e informação sobre irá realizar o parto;
- d) Identificar os tipos de violência obstétrica sofridas pelas gestantes atendidas em unidades de atenção ao parto hospitalar em Recife.

4. ARTIGO

O presente trabalho está apresentado no formato de artigo requerido pela Revista de Estudos Feministas, cujas normas para submissão de artigos se encontram em anexo A.

PERFIL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO AO PARTO HOSPITALAR NA REDE PÚBLICA EM RECIFE

Francielle Francisca dos santos¹

Ana Lucia Andrade da Silva²

¹Discente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: francielle.santos08@hotmail.com

²Professora Doutora da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

RESUMO

A violência obstétrica é caracterizada por qualquer ato exercido por profissionais da saúde no processo reprodutivo da mulher exposto em uma assistência desumana, resultando na perda da autonomia, e impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. O presente artigo tem como objetivo analisar a ocorrência da violência obstétrica em unidades de atenção ao parto hospitalar em Recife em 2015. Foi desenvolvido um estudo descritivo quantitativo, de corte transversal, sobre a ocorrência de violência obstétrica em unidades da rede pública hospitalar de atenção ao parto, na cidade de Recife. Constatou-se que houve despreparo e negligência da equipe envolvida no cuidado com as mulheres desde o atendimento na recepção até a realização do parto nas unidades avaliadas.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Assistência ao parto; Violência de gênero.

INTRODUÇÃO

Desde as décadas de 80 e 90 grupos de profissionais da saúde, defensores dos direitos humanos e movimentos feministas lutam para promover a discussão e combate da violência obstétrica. Mas foi a partir do ano 2000 que o debate sobre o assunto intensificou, passando a ser tema de pesquisas acadêmicas e de formulação para políticas públicas, sendo recentemente reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (SENA; TESSER, 2017; DINIZ et al., 2016).

A violência obstétrica expressa falta a de respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres. Configurando-se como um tema atual e de relevância para a saúde pública, na perspectiva dos direitos das mulheres durante o parto e nascimento, onde são submetidas a frequentes intervenções e procedimentos, muitas vezes desnecessárias ao mecanismo fisiológico do parto em face das atuais evidências científicas. Nessa perspectiva a parturição perde o caráter natural, íntimo e familiar e passa a ser um evento de interesse científico e social (RODRIGUES, 2014; O RENASCIMENTO... 2013).

Consiste em formas de violência e danos decorrentes do cuidado obstétrico, profissional que levam a patologização dos processos naturais, perda da autonomia e capacidade da mulher em decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, discriminação (SENA; TESSER, 2017).

A violência obstétrica pode assumir caráter físico (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e psicológico. A sua ocorrência expressa, portanto, desde tratamento desumano, uso excessivo de tecnologias e intervenções, à negligência na assistência (RODRIGUES, 2014).

Sua ocorrência está associada ao modelo tecnocrático de assistência que se baseia no conceito de separação corpo-mente. Nesse paradigma o corpo feminino é visto como

máquina e o médico profissional é operador responsável de corrigir os erros do corpo da mulher no momento de parir. Nessa concepção o corpo é apontado como algo defeituoso, que necessita de manipulação, onde o hospital seria a fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado da produção industrial (DAVIS-FLOYD, 1998).

A implantação do modelo humanístico de atenção ao parto surge a partir da preocupação com a assistência tecnocrática. No Brasil em 2000, surge o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), desde então vem ampliando normativas em relação à atenção a gestação e o parto. Em busca de um novo paradigma o Ministério da saúde junto com o estado brasileiro busca consolidar um modelo de humanização, para isso foram elaborados portarias, normas, manuais e políticas como estratégias de uma assistência humanizada (MAIA, 2010).

Uma pesquisa realizada pelo SESC e pela fundação Perseu Abramo em 2010, identificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Mesmo com os investimentos, ainda não conseguimos superar o tecnocrático da assistência ao parto.

Esse cenário é alvo de críticas de diferentes grupos que defendem uma assistência obstétrica com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos (SENA; TESSER, 2017).

Considerando que a gestação e o parto são momentos singulares na vida da mulher e que no Brasil as ocorrências de práticas abusivas não recomendáveis permeiam com certa frequência, a atenção ao parto, o presente estudo se propôs a analisar a ocorrência da violência obstétrica em unidades de atenção ao parto hospitalar em Recife no ano de 2015.

MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo descritivo quantitativo, de corte transversal, sobre a ocorrência de violência obstétrica em unidades da rede pública hospitalar de atenção ao parto, na cidade de Recife. Trata-se de um recorte de tese de doutorado aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13161113.7.0000.5190).

Na cidade do Recife, a rede pública de atenção ao parto hospitalar é composta por 8 unidades que realizam atendimento para todo o estado de Pernambuco: 3 maternidades municipais de referência ao parto de médio risco e 5 hospitais de referência ao parto de alto risco, sendo 3 hospitais estaduais; 1 hospital filantrópico e 1 hospital federal.

Os dados utilizados nesse estudo originaram-se da ausculta utilizando-se questionário estruturado, a uma amostra de 1.000 usuárias realizada por ocasião do desenvolvimento da tese. As usuárias foram entrevistadas no período entre maio a agosto de 2015, enquanto estavam internadas nas unidades, por 10 estudantes do curso de graduação de medicina do 5º ano, da Universidade Federal de Pernambuco. Buscando-se garantir a aleatoriedade da participação, as visitas às unidades foram realizadas todos os dias da semana, nos diversos horários, durante o quadrimestre de coleta.

Para fins desse estudo foram utilizados os dados referentes às usuárias que relataram ter sofrido violência obstétrica durante o internamento nas unidades avaliadas.

Para elaboração do perfil das usuárias que sofreram violência obstétrica realizou-se: (i) a descrição das usuárias, segundo faixa etária, Raça/cor, Escolaridade, Número de filhos e Município de residência; (ii) a descrição do atendimento nas

unidades segundo complexidade da maternidade, tipo de parto realizado, tempo de espera pelo atendimento na recepção e pela equipe de saúde, direito à acompanhante de livre escolha; (iii) a caracterização do percurso pré-hospitalar das gestantes, a partir do meio de transporte utilizado para chegar à unidade, distância percorrida em quilômetros, número de unidades percorridas até à internação, auxílio transporte e informações sobre a unidade onde realizaria o parto; e (iv) classificação do tipo de violência sofrida pelas usuárias durante atendimento nas unidades avaliadas. Todas as informações foram apresentadas em frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Entre a amostra de usuárias ouvidas no desenvolvimento da tese de doutorado, 50 puérperas relataram ter sofrido violência obstétrica durante o atendimento na rede pública hospitalar de atenção ao parto na cidade do Recife. Essas usuárias tinham entre 15 e 35 anos de idade e residiam em 17 municípios do estado de Pernambuco, sendo a maioria originária da capital (52,0%) (tabela 1).

Em relação à faixa etária, 64,0% apresentou entre 20 e 29 anos de idade e 20,0% eram adolescentes. Identificou-se que a maioria das mulheres (66,0%) eram da raça/cor parda, com ensino médio completo (36,0%) e primípara (42,0%) (tabela 1).

No que se refere ao atendimento recebido nas unidades, 62,0% (31) estiveram internadas em unidades de alto risco e a maioria (56,0%) realizou parto normal. Quando realizado parto normal, a maior proporção de usuárias (64,0%) ficou internada entre 1 a 5 dias, enquanto na realização de cirurgia cesariana a maior parte das puérperas (63,6%) apresentaram de 4 a 12 dias de internamento (63,6%). A maioria das usuárias (30,0%) esperaram entre 1 a 5 horas para ser atendidas na recepção e mais de 20 horas (52,0%) até receber atendimento da equipe de saúde. O direito ao acompanhante de livre

escolha em todos os momentos foi garantido para 42,0% das usuárias (Tabela 2).

Na tabela 3, observa-se que a maioria das gestantes chegou às unidades de ambulância (40,0%) e carro (38,0%), percorrendo uma distância de até 20 km (58,0%), destaca-se que 10% das usuárias percorreram mais de 150 km até à maternidade onde foram internadas. A peregrinação ante parto foi vivenciada pela maioria das gestantes (56,0%). Nenhuma gestante recebeu auxílio financeiro para o deslocamento e 80% não recebeu informação sobre onde iria realizar o parto.

Em relação ao tipo de violência sofrida pelas mulheres nas unidades avaliadas, a maioria foi psicológica (58%), seguida pela verbal (25,0%) e física (17,0%) (gráfico 1).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontam que houve despreparo e negligência da equipe envolvida no cuidado às mulheres desde o momento de atendimento na recepção até a realização do parto, nas unidades avaliadas, na medida em que 50 mulheres relataram ter sofrido violência durante o internamento.

Situação semelhante foi verificada no estudo realizado no município de Cabedelo na Paraíba, com 45 participantes, onde 83% relevaram que já sofreram violência obstétrica (NASCIMENTO et al., 2017). Realidade já identificada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, que constatou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (PEREIRA et al., 2016).

A incidência da violência obstétrica tem crescido sobremaneira nos últimos anos e sua ocorrência está associada a práticas dos profissionais da saúde de significados estereotipados de desvalorização e submissão das mulheres, expressa desde a não explicação e solicitação de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que está sentindo no momento

anterior e durante o parto (PEREIRA et al., 2016; ZANARDO et al., 2017; ANDRADE, AGGIO, 2014).

Um quarto das gestantes era adolescente e a maioria das mulheres tinha entre 20 e 29 anos de idade, da raça/cor parda, com ensino médio completo e primíparas.

Resultado semelhante foi encontrado por Pessoa *et al.*, (2017), que enfatiza que essa é a faixa etária mais apropriada para ser mãe e que a menor idade contribui para não o conhecimento das práticas consideradas violências obstétricas, por ter pouca experiência nos cuidados com a saúde. Embora as mulheres tenham o ensino médio completo, não significa que elas têm um conhecimento amplo a respeito das intervenções consideradas abusivas. Segundo Medeiros *et al.*, (2016) o nível de escolaridade pode favorecer ou dificultar o entendimento sobre o que é intervenção abusiva e ou adequada (natural).

Verificou-se entre as mulheres que sofreram violência, um longo período de espera para ser atendida na recepção (de 1 a 5 horas) e pela equipe médica (mais de 20 horas).

A postura e atitudes dos profissionais funcionam como instrumentos que colaboram para perpetuação da violência obstétrica. No cenário da saúde obstétrica os profissionais que podem praticar a violência são: os médicos ao despeitar a escolha da parturiente, realizar práticas desnecessárias ou agredir a mãe; os enfermeiros/técnicas em enfermagem aos desrespeitarem e ofenderam as gestantes; os anestesistas ao ignorarem a dor da mulher; os recepcionistas/administração do hospital ao negar atendimento ou negar direito ao acompanhante (HAMERMULLER, UCHÔA, 2018).

Nessa pesquisa observou-se que para 42% das mulheres foi permitido o acompanhante de livre escolha em todos os momentos, corroborando com Malheiros *et*

al., (2012) que identificou alguns procedimentos humanizados na assistência obstétrica, como o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes.

A presença do acompanhante está associada aos benefícios obtidos como: a importância física e psíquica no momento do parto tanto para o normal quanto para cesáreo (SILVIA et al., 2017).

Ainda que a presença do acompanhante resulte em comprovados benefícios e esteja normatizado como direito à gestante no Brasil desde 2005, muitas mulheres não desfrutaram desse direito, pois existem limitações ou até o desconhecimento dessa lei que dificulta a participação efetiva dos acompanhantes. A restrição do acompanhante no cenário do parto demonstra que essa importante questão se constitui ainda como um desafio às maternidades (GUIMARÃES et al., 2017; LEAL et al., 2015; MEDEIROS et al., 2016; BRASIL, 2005).

Nesse estudo a maioria das mulheres não receberam informações sobre onde iriam realizar o parto, e peregrinaram na busca por atendimento no momento do parto. Embora algumas mulheres tenham percorrido distâncias maiores que 150km entre a residência e a maternidade, nenhuma gestante recebeu auxílio financeiro para o deslocamento.

Os achados da pesquisa de Albuquerque *et al.*, (2011) demonstra que as gestantes não são atendidas na primeira maternidade em que procuram assistência, peregrinando por dois ou mais unidades até serem admitas e assistidas.

A peregrinação da mulher durante o parto representa uma violência onde ocorre a anulação dos direitos da mulher, sua ocorrência está associada a problemas estruturais e de organização da assistência obstétrica como carência de vagas e leitos (ALBUQUERQUE et al., 2011; RODRIGUES et al., 2015; CUNHA et al., 2010).

As falhas relacionadas à assistência obstétrica iniciam pela falta de informação durante o pré-natal, consideradas necessárias e essenciais no percurso gestacional, e também fortalecendo a relação usuário e profissional. Essas falhas permitem que a mulher passe por situações difíceis no trajeto gestação, parto e puerpério (RODRIGUES et al., 2015).

Em relação ao tipo de violência sofrida pelas mulheres nas unidades avaliadas, a maioria foi psicológica (58%), seguida pela verbal (25,0%) e física (17,0%), assim como verificado por outros estudos (RODRIGUES et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a violência obstétrica não possui um conceito único definido, mas pode ser expressa de diversas formas. Esse estudo permitiu identificar o perfil das mulheres que sofreram violência na assistência ao parto. Identificou-se que as mulheres de alguma forma interpretam que certas atitudes com seu corpo são práticas agressivas, na medida em que denunciam o que ocorreu e buscam por melhorias para a assistência no parto.

Os resultados encontrados nessa pesquisa expressam a necessidade de promover mudanças no ambiente de assistência obstétrica, em busca da consolidação do modelo humanístico de atenção ao parto, garantindo assim às mulheres e recém-nascidos o direito por partos e nascimentos adequados e humanizados.

REFERÊNCIAS ARTIGO

ALBUQUERQUE, Vanessa Neves de et al. “Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto”. Revista de Pesquisas: cuidado é fundamental, v. 3, n. 2, p.46-1935, abr. 2011.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Anais do III simpósio gênero e políticas públicas, 2014, Universidade Estadual de Londrina. “Violência obstétrica: a dor que cala”. Gt3 - Violência Contra A Mulher e Políticas Públicas, 2014. 7 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.067 de 6 de julho. 2005. Diário Oficial da União, Brasília, n. 128,06 julho. 2005.

da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas”. / Diego Pereira Rodrigues. - 2014. 193 f.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE. Quadro nº 1. Dogmas do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento 1998.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. “A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde”. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, n. 56, p.253-259, 2016.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel. “Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins”. Revista Estudos Feministas, v. 26, n. 1, p.143-278, jul. 2017.

HAMERMÜLLER, Amanda; UCHÔA, Thayse. “Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa”.2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/?page_id=141>. Acesso em: 03 junho. 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. “Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010”. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,v. 15, n. 1, p.91-104, jan. 2015.

MAIA, Mônica Barra. “HUMANIZAÇÃO DO PARTO: POLITICA PUBLICA, COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E ETHOS PROFISSIONAL”. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189 p.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. “Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas”. Texto Contexto Enferm, v. 21, n. 2, p.329-37, abr. 2012.

MEDEIROS, Nathália Costa Melquiades de et al. “Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal”. Temas em Saúde, v. 16, n. 3, p.503-528, 2016.

NASCIMENTO, Laís Chaves do et al. “Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. Revista Enfermagem Ufpe”, v. 11, n. 5, maio 2017.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Eduardo Chauvet. [s.l]: Master Brasil Filmes, 2013. (90 min.), son., color

PEREIRA, Jéssica Souza et al. “Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana”. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research, v. 15, n. 1, p.103-108, ago. 2016.

PESSOA, Lucineide Moraes et al. “Conhecimento de puérpera acerca da violência obstétrica”. Temas em Saúde, v. 17, n. 3, p.89-111, 2017.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. “A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico”. *Violência no Campo Obstétrico*, v. 19, n. 4, p.614-620, 2015.

RODRIGUES, Diego Pereira.”Violência obstétrica no processo do parto e nascimento

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. “Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências”. *Interfase: comunicação saúde educação*, v. 21, n. 60, p.209-220, jan. 2017.

SILVA, Thamiles Sena da et al. “A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica”. *Ciência em Extensão*, v. 13, n. 1, p.176-189, 2017.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. “Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa”. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, n. 15, p.43-50, 2017.

Tabela 1 – Caracterização das gestantes que sofreram violência obstétrica na rede pública hospitalar de atenção ao parto na cidade do Recife, Pernambuco. 2015.

	N	%
FAIXA ETÁRIA		
15 a 19 anos	10	20,0
20 a 24 anos	17	34,0
25 a 29 anos	15	30,0
30 anos e mais	8	16,0
	50	100,0
RAÇA COR		
Parda	33	66,0
Negra	5	10,0
Branca	10	20,0
Amarela	2	4,0
	50	100,0
ESCOLARIDADE		
Fundamental Incompleto	12	24,0
Fundamental Completo	4	8,0
Médio Incompleto	11	22,0
Médio Completo	18	36,0
Superior Incompleto	5	10,0
	50	100,0
NÚMERO DE FILHOS		
1 filho	23	46,0
2 a 3 filhos	21	42,0
4 a 6 filhos	6	12,0
	50	100,0
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
Abreu e Lima	3	6,0
Aliança	1	2,0
Camaragibe	1	2,0
Caruaru	1	2,0
Goiana	1	2,0
Itapetim	1	2,0
Jaboatão dos Guararapes	4	8,0
Jucati	1	2,0
Lajedo	1	2,0
Olinda	1	2,0
Paulista	4	8,0
Recife	26	52,0
São Benedito do Sul	1	2,0
São Lourenço da Mata	1	2,0
Sirinhaém	1	2,0
Surubim	1	2,0
Toritama	1	2,0
	50	100,0

Fonte: SANTOS, F. F., 2018.

Tabela 2- Descrição do atendimento às usuárias que sofreram violência obstétrica na rede pública hospitalar de atenção ao parto na cidade do Recife, Pernambuco. 2015.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	N	%
Alto Risco	31	62,0
Baixo Risco	19	38,0
TIPO DE PARTO	N	%
Vaginal	28	56,0
Cesáreo	22	44,0

TEMPO DE INTERNAÇÃO	PARTO			
	Normal		Cesáreo	
	N	%	N	%
1 a 3 dias	18	64,3	6	27,3
4 a 7 dias	6	21,4	7	31,8
8 a 12 dias	3	10,7	7	31,8
13 a 30 dias	1	3,6	2	9,1
Total	28	100,0	22	100

TEMPO DE ESPERA	ATENDIMENTO			
	Recepção		Equipe de Saúde	
	N	%	N	%
Imediato	7	14,0	5	10,0
1 a 5 horas	15	30,0	4	8,0
6 a 15 horas	12	24,0	11	22,0
16 a 20 horas	6	12,0	4	8,0
Mais de 20 horas	10	20,0	26	52,0
Total	50	100,0	50	100,0

DIREITO À ACOMPANHANTE DE LIVRE ESCOLHA		
	N	%
Não	3	6,0
Em alguns momentos	26	52,0
Em todos os momentos	21	42,0

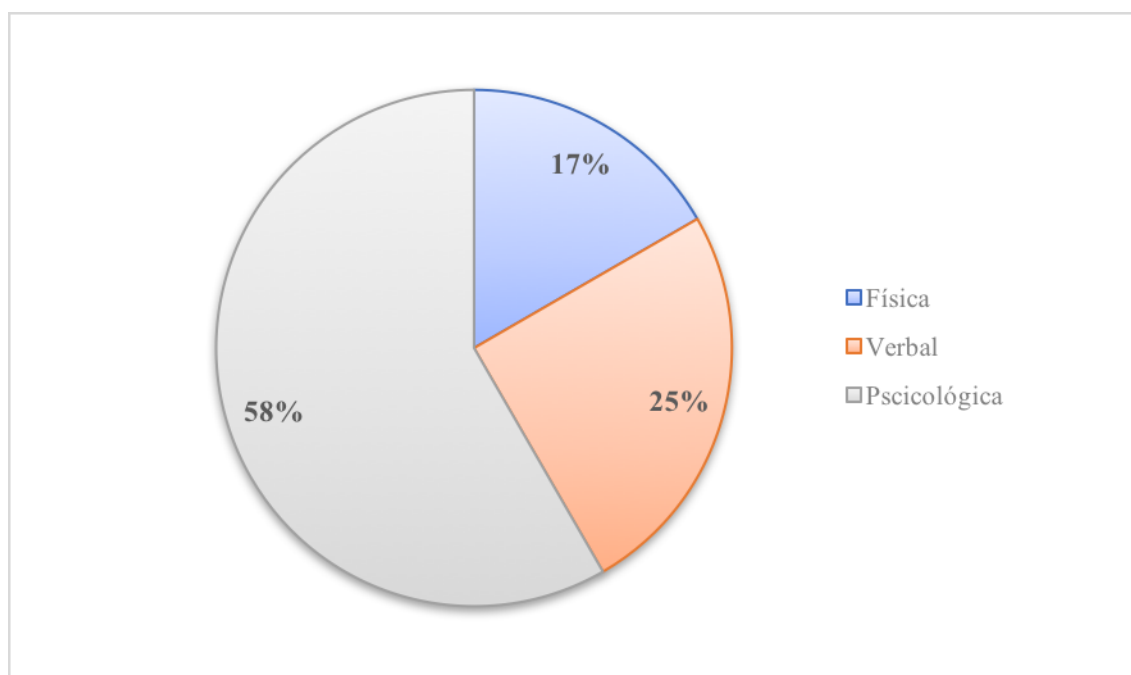
Fonte: SANTOS, F. F., 2018

Tabela 3 – Caracterização do percurso pré-hospitalar das gestantes que sofreram violência obstétrica na rede pública hospitalar de atenção ao parto na cidade do Recife, Pernambuco. 2015.

	n	%
MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA CHEGAR À UNIDADE		
À pé	1	2,0
Ônibus	6	12,0
Moto	1	2,0
Carro	19	38,0
Ambulância/SAMU	20	40,0
Outros	3	6,0
	50	100,0
DISTÂNCIA PERCORRIDA ATÉ A INTERNAÇÃO		
Até 20Km	29	58,0
21 a 60 Km	3	6,0
61 a 80 Km	10	20,0
80 a 150 Km	3	6,0
Mais de 150 Km	5	10,0
	50	100,0
NÚMERO DE UNIDADES PERCORRIDAS ATÉ A INTERNAÇÃO		
Uma	22	44,0
Duas	19	38,0
Três ou mais	9	18,0
	50	100,0
AUXÍLIO PARA TRANSPORTE		
Sim	0	0,0
Não	50	100,0
INFORMAÇÃO SOBRE ONDE IRIA REALIZAR O PARTO		
Sim	10	20,0
Não	40	80,0
	50	100,0

Fonte: SANTOS, F. F., 2018

Gráfico 1- Tipos de violência obstétrica sofrida pelas gestantes atendidas na rede pública hospitalar de atenção ao parto na cidade do Recife, Pernambuco. 2015.



Fonte: SANTOS, F. F., 2018

REFERÊNCIAS (INTRODUÇÃO E REVISTA DE LITERATURA).

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS., 3., 2014., Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014. 7 p.

BRASIL. **Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (Brasil): 2006.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília: Ministério da Cidadania; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.067 de 6 de julho. 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 128,06 julho. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento.** Brasília: Saúde da Mulher, 2002.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e política do corpo.** 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 328 p.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M. C. (Org.). **Perspectivas antropológicas da mulher: sobre mulher e violência.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985. v. 4, p. 25-62.

COLLAÇO, Vania Sorgatto; KOETTKER, Joyce Green; VOLPATO, Franciele (Org.). **HANAMI: O florescer da vida - Parto domiciliar planejado.** 2002. Disponível em: <<http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

DESLANDES, F. S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s14131232004000100002&script=sci_arttext&tln g=pt>. Acesso: 30 maio 2018.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.313-326, 2009.

MAIA, Mônica Barra. **Humanização do parto: política publica, comportamento organizacional e ethos profissional.** 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189 p.

PEREIRA, Jéssica Souza et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade

humana. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p.103-108, ago. 2016.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. Loyola. p. 12-30. São Paulo, 2004.

PULHEZ, Mariana Marques. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO., 10., 2013., Florianópolis. In: **Anais...** Florianópolis: Perez, 2013. 12 p.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Florianópolis, 17 jan. 2017.

SILVA, Michelle Gonçalves da; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Livia Shélida Pinheiro. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras: Relato de Experiência. **Rev Rene**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.8-720, ago. 2SPM –

SILVA, Thamiles Sena da et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Ciência em Extensão**, Feira de Santana, v. 1, n. 13, p.176-189, 2017.

SILVESTRE NETO, Juarez et al. Violência contra a mulher no contexto de saúde pública. **Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 13, n. 2, p.60-65, dez. 2015.

VENEZUELA. Constituição. Lei Federal nº 148, de março de 2007. **Ley Orgánica Sobre El Derecho de Las Mujeres A Una Vida Libre de Violencia**. Caracas, 2007. Disponível em: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health.Violence**: a public health priority. Geneva: WHO, 1996 (Document WHO/EHA/SPI.POA.2).

ANEXO A - INSTRUÇÕES DA REVISTA ESTUDOS FEMINISTAS PARA ELABORAÇÃO E SUMISSÃO DE ARTIGOS

Escopo e política

A *Revista Estudos Feministas* é um periódico de publicação quadrimestral e indexado, de circulação nacional e internacional, que objetiva divulgar cientificamente textos originais em português, inglês e em espanhol, sob a forma de artigos, ensaios e resenhas, sobre gênero e feminismos, que podem ser tanto relativos a uma determinada disciplina quanto interdisciplinares em sua metodologia, teorização e bibliografia. Os textos publicados contribuem para o estudo das questões de gênero, sendo provenientes de diversas disciplinas: sociologia, antropologia, história, literatura, estudos culturais, ciência política, medicina, psicologia, teoria feminista, semiótica, demografia, comunicação, psicanálise, entre outras.

Foi criada em 1992, tendo sido inicialmente editada pela Coordenação Interdisciplinar de Estudos Contemporâneos da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Num segundo momento, o Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e o Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro assumiram a responsabilidade pela edição da Revista. A partir de 1999, passou a ser sediada pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas e pelo Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente, integrou-se ao Instituto de Estudos de Gênero, órgão que agrega pesquisadoras/es oriundas/os de distintas áreas de conhecimento e atuação da UFSC, tendo como denominadores comuns os estudos feministas e a perspectiva de gênero.

A *Revista Estudos Feministas* realiza avaliação “duplo-cegas”, ou seja, nem o nome do/a autor/a (ou autores/as), nem o nome dos/as revisores/as são revelados uns aos outros, e não aceita artigos e ensaios que já estejam sendo considerados para outras publicações ou que já tenham sido publicados em outro lugar. Em caso de dúvida sobre nossos procedimentos editoriais, ou caso queira obter informações, por favor entrar em contato através do e-mail: ref@cfh.ufsc.br.

Todos os artigos submetidos à apreciação da revista passarão por ferramenta de reconhecimento de plágio.

Composição da Revista

As diferentes seções da Revista são compostas por artigos acadêmicos, artigos temáticos, ensaios, entrevistas, dossiês, seção temática, seção debate e resenhas.

Os **Artigos** conterão análises de resultados de estudos empíricos ou poderão abordar questões teóricas e metodológicas, obedecendo critérios e regras já consagrados pela cultura acadêmica.

Os **Artigos Temáticos** compreendem um conjunto de artigos já avaliados e aceitos para publicação pela *Revista Estudos Feministas* que coincidentemente se referem a um mesmo tema. São convidadas para organizá-los e apresentá-los uma ou mais editoras e/ou acadêmicas, em conformidade com seus interesses de pesquisa e familiaridade com o tema em que foram produzidos os artigos já aprovados por pareceristas *ad hoc*. Os artigos devem ser de cunho acadêmico-científico, resultado de pesquisa aplicada ou teórica, e contribuir com suas análises, para o campo dos estudos feministas e/ou de gênero.

A seção **Ponto de Vista** é formada por ensaios e entrevistas. Os **Ensaaios** resultarão de reflexões sobre um determinado tema, elaboradas de modo mais flexível e aberto. As **Entrevistas**, que serão editadas em formato compatível com sua publicação, poderão ser realizadas tanto pelos membros da revista quanto por outros/as profissionais da área, cuja contribuição seja relevante para o desenvolvimento dos interesses do campo.

A **Seção Temática** resulta de proposta de um/a organizador/a, externo/a ou não ao grupo de editoras, para chamar a produção de artigos acadêmicos sobre tema de interesse do campo de estudos feministas e de gênero, para publicação agendada com a coordenação editorial da revista, os quais, assim como todos os outros artigos publicados nesta revista, devem ser submetidos à avaliação de pareceristas externos.

Os **Dossiês** devem conter artigos sobre temas atuais e polêmicos que contribuam para o debate epistemológico e político na área, devendo ser coordenados por profissional ou profissionais de reconhecida competência sobre a temática proposta para a seção, a qual deverá ser

submetida para apreciação da editoria de dossiês e também pela coordenação editorial. Os textos se constituem em um conjunto de trabalhos sobre tema associado a movimentos político-sociais, dentro ou fora da academia, selecionados e organizados pelo/a coordenador/a do dossiê. Os trabalhos podem incluir, além de artigos e ensaios, vários outros gêneros textuais, como depoimentos, descrições, propostas, manifestos, estudos de caso, enfim, sem necessariamente se adequar a normas acadêmico-científicas rígidas devido a seu cunho mais voltado a organizações militantes.

A seção **Debates** dedica-se à retomada ou introdução de tópico importante nos estudos feministas ou de gênero, através da (re)publicação de um artigo seminal ou polêmico, seguido de comentários e críticas por especialistas na área. É organizada pelas editoras da seção, que se responsabilizarão por sua avaliação.

A seção de **Resenhas** divulgará comentários críticos, avaliados pelas/os componentes da editoria de resenhas, sobre obras relevantes na área, publicadas no Brasil nos últimos dois anos ou no exterior nos últimos quatro anos. A *Revista Estudos Feministas* oferece às/aos autoras/autores a oportunidade de apresentar seu artigo para publicação também em inglês, **desde que a tradução seja feita por tradutor juramentado ou pela equipe indicada pela revista**. Os custos do processo de tradução devem ser assumidos pelas/os autoras/es.

Processo de Avaliação

Avaliação inicial

Os textos passam por uma apreciação preliminar, após a qual ou será devolvido para o/a autor/a com observações ou enviado diretamente para pareceristas externos/as. Essa revisão é uma avaliação inicial para constatar se o texto se enquadra nas diretrizes da revista, se constitui um artigo original, inovador e que espelhe a grande diversidade e variedade teórica, metodológica, disciplinar, interdisciplinar e geográfica das pesquisas nacionais nesse campo, e se uma avaliação externa inte-gral é justificada. O objetivo da editoria de artigos é concluir esse processo de revisão inicial e informar autora/s e autor/es o mais rapidamente possível.

Avaliação por pares

Os textos são encaminhados para dois pareceristas *ad hoc* especialistas no tema abordado pelo autor.

No caso de haver uma disparidade nos pareceres, um/a terceiro/a parecerista deve ser chamado/a para avaliar o artigo. Caso as disparidades não sejam superadas, devem os/as editores/as emitir a opinião final.

A comissão editorial solicita aos pareceristas *ad hoc* que avaliem o texto em 20 dias. A expectativa é a de tomar uma decisão e responder ao/à autor/a no prazo de três a quatro meses após o primeiro recebimento do trabalho. Em todos os casos a seguir, o autor receberá, após o processo de revisão externa, os comentários dos revisores com a remoção das notas de identificação.

Aceitação condicional

Se as revisões externas forem favoráveis, o texto será aceito sob a condição de o/a autor/a tratar adequadamente as questões levantadas pelos pareceristas. O artigo deverá ser reapresentado em no máximo 30 dias com destaque nas modificações realizadas. Quando o/a autor/a reenviar o texto, posteriormente, este será examinado pela editoria de artigos e, caso necessário, por pelo menos um dos parecerista *ad hoc* originais. Esse processo é feito para constatar se as modificações sugeridas foram tratadas adequadamente. Se os dois relatórios forem positivos, o manuscrito será aceito para publicação.

Revisar e reenviar

Se os pareceres *ad hoc* forem favoráveis de um modo geral, mas houver necessidade de uma revisão substancial antes de o trabalho ser aceito, o trabalho será rejeitado com a recomendação de que seja modificado e reenviado após as questões levantadas pelos pareceristas terem sido solucionadas. Quando o/a autor/a reenviar o texto posteriormente, este será examinado pela Editoria de Artigos e, caso necessário, por pelo menos um dos pareceristas *ad hoc* originais. Esse processo é feito para constatar se as modificações sugeridas foram tratadas adequadamente. Se os dois relatórios forem positivos, o manuscrito provavelmente será aceito para publicação.

Rejeição e nova submissão

A rejeição pode ocorrer após a avaliação inicial, ou avaliação feita por pares, e também após uma revisão e reapresentação do trabalho no prazo estipulado. Se os pareceres *ad hoc* indicarem a necessidade de uma revisão substancial, o trabalho será rejeitado. Se houver interesse do/a autor/a, o artigo poderá ser submetido novamente, desde que incorpore as orientações dadas pelas/os pareceristas. Nesse caso, o/a autor/a deverá informar na carta de apresentação que uma versão anterior do artigo já foi avaliada pela revista.

A comissão editorial espera que as/os autoras/es reconheçam a importância de um processo rigoroso de revisão para assegurar uma alta qualidade acadêmica. Ainda que nenhum sistema seja infalível, a política editorial da *Revista Estudos Feministas* propõe-se a manter a qualidade de um periódico que é considerado referência nos estudos gênero e feminismos no Brasil e na América Latina.

Prazo para publicação

O período entre o recebimento do manuscrito final, contendo todas as modificações exigidas para aceitação, e a publicação propriamente dita provavelmente será o de duas ou três edições (ou seja, de oito meses a um ano).

Instruções para as/os autoras/es

Como e para onde enviar

Todos os materiais apresentados devem ser enviados eletronicamente através do site: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/ref.>, por meio da Plataforma SEER.

Documentos para submissão online

Para submissão online do manuscrito é obrigatório o preenchimento dos seguintes formulários, que devem ser inseridos no sistema no campo documento suplementares:

- lista de checagem das exigências para submissão;
- carta de apresentação com declaração de originalidade do texto.

Diretrizes para preparar texto para avaliação cega

É política da Revista Estudos Feministas fazer avaliações “duplo-cegas”, ou seja, nem o nome do/a autor/a (ou autores/as), nem o nome dos pareceristas são revelados uns aos outros. Isso é essencial para garantir pareceres e testes completos e em profundidade da pesquisa relatada.

Portanto, ao preparar o envio eletrônico de materiais para avaliação, a comissão editorial solicita ao/à autor/a que dedique alguns minutos para o exame do seu texto e que, onde apropriado, faça o seguinte:

- omita o seu nome e o da instituição na página de título, assim como dos cabeçalhos e rodapés;
- apague toda informação que possa identificá-lo/a inadvertidamente, tal como “como este autor descreveu em outro trabalho (citação)...” ou “veja (citação) para uma discussão mais aprofundada...”;
- evite uma multiplicidade de autocitações ou a citação de materiais do/a autor/a (dissertações de doutoramento, etc.) não publicados;
- apague agradecimentos a colegas ou afiliações institucionais que também possam facilitar a identificação do/a autor/a;
- apague todas as referências a apresentações anteriores do trabalho em formato de rascunho (em conferências ou seminários públicos, etc.).

O conselho editorial entende que não é possível remover conclusivamente tudo que possa levar à identificação do/a autor/a, mas é preciso cuidado para eliminar todas as fontes evidentes que possibilitem a identificação, evitando, por conseguinte, a identificação por parte dos pareceristas sobre indicadores óbvios de autoria.

Normas de publicação

Diretrizes para elaboração dos textos

1. Os textos enviados deverão ser acompanhados de documento suplementar em forma de carta de apresentação, contendo as seguintes informações: título do artigo, nome completo do/a autor/a, filiação institucional, endereço postal, telefone/fax, e-mail e uma breve descrição biográfica (em torno de 7 linhas).
2. O nome do/a autor/a (ou autores/as) não deverá aparecer no

corpo do artigo, para garantir o anonimato no processo de avaliação.

3. Recomenda-se a utilização de processadores de texto compatíveis com Windows (.rtf, .doc ou .docx). Pedese que os textos sejam marginados à esquerda e digitados em espaço duplo, em fonte do tipo Times New Roman 12, e que não contenham marcações.

4. Os artigos deverão ter até 9 mil palavras ou 45 mil caracteres (aproximadamente 25 laudas, papel A4), incluindo as referências bibliográficas, notas e tabelas. Devem vir acompanhados de resumo e *abstract* (no máximo 10 linhas), e palavras-chave (máximo 5) em português e em inglês, sendo obrigatória também a tradução do título para o inglês. Esses e outros Metadados devem necessariamente ser preenchidos também no sistema de submissão, sob pena de o artigo não ser considerado.

5. Os seguintes itens devem ser observados na elaboração dos textos:

- aspas duplas para citações com até três linhas;
- as citações com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de quatro centímetros da margem esquerda, com fonte do tipo Times New Roman 11 e sem aspas.
- aspas simples para palavras com emprego não convencional e para indicar citação no interior de citação de até três linhas;
- itálico para palavras estrangeiras, neologismos e títulos de obras e publicações;
- notas de rodapé devem ser apenas notas explicativas, numeradas, e pede-se que sejam usadas com parcimônia;
- não deve ser incluída nota em título, subtítulos, resumos, tabelas e gráficos do artigo. Referências bibliográficas não devem ser inseridas em notas de rodapé;
- as fontes das quais foram extraídas as citações também devem ser indicadas no corpo do texto imediatamente após a citação, contendo apenas os seguintes dados: SOBRENOME DO/A AUTOR/A, ano de publicação da obra, número de página/s da citação;

Exemplo:

(FONSECA, 2000, p. 12)

- na primeira menção de cada autor/a citado/a no texto, deve constar também o prenome;

Exemplo:

(Claudia FONSECA, 2000, p.12-25)

- a lista de referências bibliográficas completas deve ser apresentada ao final do texto e **apenas devem constar as referências efetivamente citadas ao corpo do texto; a não observação das normas de referências e notas acarretará em devolução do artigo a/os autoras/es para seu ajuste, o que poderá resultar em atraso em sua publicação;**
- na lista final de referências bibliográficas, o prenome das autoras e dos autores deve constar em todas as referências, e não apenas ser indicada a letra inicial.

Exemplo:

Fonseca, CLAUDIA. (**e não** FONSECA, C.)

6. As referências bibliográficas obedecerão aos seguintes critérios:

- Livro: SOBRENOME DA/O AUTORA/OR DA OBRA, Prenomes. *Título da obra: subtítulo*. Local de Publicação: Editora, ano de publicação.

Exemplo:

FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.

- Capítulo de livro: SOBRENOME DA/O AUTORA/OR DO CAPÍTULO, Prenomes. "Título do capítulo: subtítulo". In: SOBRENOME DA/O AUTORA/OR DA OBRA, Prenomes. *Título da obra: subtítulo*. Local de Publicação: Editora, ano de publicação. Páginas inicial e final do capítulo.

Exemplo:

HEILBORN, Maria Luiza. "Gênero: um olhar estruturalista". In: PEDRO, Joana; GROSSI, Miriam (Orgs.). *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1998. p. 43.55.

- Artigo de periódico: SOBRENOME DO/A AUTOR/A DO ARTIGO, Prenomes. "Título do artigo: subtítulo". *Título do Periódico*, número do volume, número do fascículo, páginas inicial e final do artigo, mês e ano.

Exemplo:

ROSEMBERG, Fúlvia. "Instrução, rendimento, discriminação

racial e de gênero". *Revista de Estudos Pedagógicos*, v. 68, n. 159, p. 324-355, maio/ago. 1987.

- Dissertações e Teses: SOBRENOME DO/A AUTOR/A, Prenomes. *Título da obra: subtítulo*. Ano de apresentação. Categoria (Grau e Área de Concentração) – Instituição, cidade, estado, país.

Exemplo:

DINIZ, Carmen Simone G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil.

- Trabalhos apresentados em eventos científicos: SOBRENOME DO/A AUTOR/A DO TRABALHO, Prenomes. "Título do trabalho". In: NOME DO EVENTO, Número da edição do evento, Cidade onde se realizou o evento. Anais... (ou Proceedings... ou Resumos...) Local de publicação: Editora, Ano de publicação. Páginas inicial e final do trabalho.

Exemplo:

PRADO, Danda. "Maternidade: opção ou fatalidade?" In: SEMINÁRIO SOBRE DIREITOS DA REPRODUÇÃO HUMANA, 1., 1985, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ALERJ/Comissão Especial dos Direitos da Reprodução, 1985. p. 26-29.

- Publicação em meios eletrônicos:

Exemplo:

FREITAS, Lucas Bueno de; LUZ, Nanci Stancki da. "Gênero, Ciência e Tecnologia: estado da arte a partir de periódicos de gênero*". *Cad. Pagu* [online]. Campinas, 2017, n.49, e174908. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100304&lng=pt&nrm=iso>. Epub 13/03/2017. ISSN 1809-4449. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490008>. Acesso el 09/10/2017.

Diretrizes para inserção de imagens, tabelas e gráficos

1. No caso de inserção de imagens (fotos, gravuras, quadros etc.), a responsabilidade pelo encaminhamento dos trâmites relativos aos direitos de reprodução será do/a autor/a (ou

autores/as) dos artigos e dos ensaios. A aprovação final do texto dependerá da resolução desses trâmites.

2. As figuras, gráficos e imagens devem ser enviadas no formato JPG e formato TIFF, com 300 dpis. Todo material deve vir em arquivo separado do texto e com título, fonte e observações fora da imagem. Materiais fora dessas especificações não poderão ser utilizados.

3. As tabelas devem vir em forma de texto (sem inserção de nota de rodapé no interior da tabela) e em imagem no formato TIFF e resolução de 300 dpis.

4. O número de tabelas, gráficos, mapas, fotos, etc., deverá ser mantido até o limite de cinco no total, por artigo. Sempre que possível, deixá-los desvinculados de um parágrafo específico de forma a permitir alguma flexibilidade na disposição do texto e das imagens na página. Entretanto, deve haver em algum lugar do texto a indicação em negrito da imagem ou tabela para a referência cruzada. O tamanho máximo da tabela na página será 13 x 17 cm, posição vertical. Evitar tabelas grandes, com muitas células e/ou muito texto por célula. Elas não cabem nas páginas e o texto pode ficar ilegível.

5. As imagens, tabelas, gráficos devem ter título e indicação de possível local de inserção.

Diretrizes para elaboração de resenhas

1. As resenhas deverão ter em torno de 2 mil palavras.

2. Os livros resenhados devem ter relação com a questão dos feminismos e/ou do gênero e devem ser, de preferência, recentes: últimos quatro anos para publicações no exterior e dois anos para publicação nacional ou a tradução no Brasil.

3. As resenhas **devem** conter:

- título (diferente do título do livro resenhado);
- síntese do assunto tratado;
- informações sobre o/a autor/a ou os autores do livro;
- inserção e posição do trabalho nas discussões contemporâneas sobre o tema;
- perspectivas críticas sobre o trabalho (pontos positivos e negativos, aspectos que poderiam ser mais explorados, aspectos inovadores e importantes do trabalho).

4. O/a autor/a da resenha deve enviar também sua minibiografia (de 5 a 7 linhas de texto) e preencher os

Metadados da submissão no sistema.

Diretrizes para o/a autor/a (ou autores/as) de entrevistas

- 1.** As entrevistas devem ser precedidas de um texto curto, elaborado pelo/a autor/a (ou autores/as) das entrevistas, contextualizando sua temática e a situação em que foram realizadas, a fim de captar o interesse para a leitura das entrevistas.
- 2.** Devem conter perguntas curtas, preferencialmente de uma frase apenas. Deve-se ter claro que o espaço é para ser ocupado pelo/a entrevistado/a, e não pelo/a entrevistador/a. Se a pergunta efetivamente feita for mais longa, ela deve ser editada.
- 3.** Respostas muito longas ou que incluam temas muito diferentes podem ser cortadas por uma pergunta na edição.
- 4.** Respostas a temas próximos, mas que tenham aparecido em momentos distantes da entrevista, podem ser editadas de modo a apresentar um encadeamento melhor.
- 5.** Depois de finalizada a entrevista, deve-se checar com o/a entrevistado/a a grafia dos nomes citados, bem como completar as referências bibliográficas mencionadas.
- 6.** Sempre que possível, enviar a transcrição da entrevista para obter o aval do entrevistado antes de sua apresentação à editoria de entrevistas.

Autoras e autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

- a.** Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a **Licença Creative Commons Attribution** que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
- b.** Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
- c.** Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o

processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja **O Efeito do Acesso Livre**).