



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ADRIANA PEREIRA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA  
CONSENTIDA**

ARIQUEMES - RO

2015

**Adriana Pereira**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA  
CONSENTIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil

Co-orientadora: Profa Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

Ariquemes - RO

2015

**Ficha Catalográfica**

**Biblioteca Júlio Bordignon**

**FAEMA**

---

A15vPEREIRA, Adriana.

Violência obstétrica: uma violência consentida./Adriana Pereira: FAEMA, 2015.

70.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

1. Violência. 2. Parto humanizado. 3. Assistência ao parto. I. Gustavo Barbosa Framil. II. Título. III. FAEMA.

CDD610.73

---

**Adriana Pereira**

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA CONSENTIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil

Co-orientadora: Profa Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosieli Alves Chiaratto  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA**

---

**Prof<sup>a</sup>.Esp. Thays Dutra Chiarato Veríssimo  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA**

Ariquemes \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.

*A Deus*

*Que é a base de tudo, pela força para que eu tenha conseguido chegar aonde cheguei, principalmente pela superação de todos os inúmeros obstáculos.*

*À minha família*

*A minha mãe Marcolina dos Santos que é meu porto seguro que acreditou e confiou nesta minha luta para conquista de um sonho e ao meu filho Víctor Hugo Pereira Soares, que sonhou junto comigo, que embora não tivessem conhecimento disto, iluminava de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.*

*Às mulheres*

*A todas as mulheres que aceitaram este enorme e gratificante desafio: SER MÃE! A toda geração de mulheres das famílias que faço parte e aquelas que caminharam esses cinco anos comigo.*

*Mas em particular, dedico este trabalho às mulheres brilhantes que aceitaram participar desta pesquisa, que mesmo tendo pouco apoio para terem seus filhos, os assumiram com muito AMOR, e perpetuaram ainda mais este amor quando resolveram compartilhar este momento com outros... Parabéns, vocês são exemplares! Obrigada por terem participado e somado com para construção da minha vida profissional.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por minha vida, família e amigos, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, permitindo que tudo isso acontecesse.

À minha mãe **Marcolina dos Santos**, heroína que me deu todo apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, que batalhou por todo o tempo para permitir minha grande realização. Obrigada por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir.

Ao meu filho **Victor Hugo Pereira Soares** que de forma toda especial e carinhosa me deu força e coragem. Foi com você filho que aprendi a refletir, duvidar e nunca encarar a realidade como pronta. Contigo aprendi a ver a vida de um jeito completamente diferente. Sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias... Valeu a pena esperar. Essa vitória é nossa!

À minha família, por serem pessoas essenciais em minha vida, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente! E que mesmo indiretamente me instigavam a vencer.

Ao meu grande amigo e mestre **Eduardo R. Cavalcante**, pessoa com quem aprendi a compartilhar vitórias. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força, e principalmente pelo carinho e por sua capacidade de me tranquilizar na correria de cada semestre. Obrigada também pela disposição e discussões que subsidiaram novas reflexões em meus conceitos. Valeu a pena todas as conversas, conselhos infalíveis, os puxões de orelha e mais ainda os elogios... Hoje posso colher frutos de todo esse empenho!

Agradeço aos meus amigos que por todo o tempo estiveram comigo me ajudando nas horas difíceis e pelo companheirismo nos diversos momentos vividos juntos. Nas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Leica, Michele, Josiene, Marta, João

Paulo e Alessandro. E todos os demais colegas que estiveram comigo nesses cinco anos compartilhando conhecimento.

Às minhas valiosas amigas, parceiras nesta jornada, **Elineide**, **Vanessa** e **Deborah**, que desde o primeiro dia de aula já mantivemos o contato que foi perdurando por estes cinco anos de caminhada e que, mesmo diante de muita turbulência em nossas vidas, resultou nesta belíssima amizade! **Franciele**, que chegou recentemente e já foi nos conquistando... Muito obrigada minhas amigas, me sinto honrada pela amizade de cada uma de vocês. Com vocês vivi as melhores experiências da minha formação acadêmica.

A esta faculdade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, acompanhando pela confiança no mérito e ética aqui presentes.

Aos meus orientadores **Gustavo B. Framil** e **Rosani A. A.R. de Souza**, pelas sábias palavras, pelas orientações, apoio, confiança, pelo suporte no pouco tempo que vos cabia, pelas correções e incentivos, pelo empenho, por acreditar e me estimular na realização deste trabalho. Obrigada por me mostrarem que eu era e sou capaz e que apostam em mim. Os senhores fizeram a diferença na construção da minha formação profissional.

A todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo da minha formação profissional, pelo tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará jus aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta caminhada valer cada vez mais a pena.

Ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois sendo assim temos o que pesquisar, o que descobrir, o que fazer e o que mudar.



*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*(Arthur Schopenhauer)*

## RESUMO

A preocupação em melhorar os modelos de cuidado direcionados à mulher e sua família durante o processo de parto, compreendido como todo o período do trabalho de parto e parto, se expressa pelo crescente número de publicações voltadas às práticas obstétricas utilizadas nos partos. Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, seja através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológica. O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Trata-se de uma Pesquisa de campo, de abordagem quanti-qualitativa, como objetivo de identificar a violência obstétrica sofrida por mulheres durante trabalho de parto e parto, a partir do relato de suas vivências, realizada no HMA, no município de Ariquemes-RO. Foi possível identificar elevada ocorrência de práticas danosas que devem ser eliminadas e alta frequência de práticas da equipe de saúde utilizadas de forma inadequada. Acredita-se que existe a necessidade de se implementar práticas de educação permanente e continuada sob o tema em questão, nos espaços sociais inerentes, de maneira a buscar o fortalecimento de uma consciência mais humanizada e digna frente aos cuidados direcionados às mulheres durante o ciclo gravídico.

**Palavras chave:** Violência, Parto Humanizado, Assistência ao Parto.

## ABSTRACT

The concern for improving the care models directed to women and their families during the birthing process, understood as the duration of labor and delivery, is expressed by the increasing number of publications aimed at obstetric practices used in childbirth. Obstetric violence is understood as any act exercised by health professionals to the body and the reproductive processes of women, either through a dehumanized care, abuse of interventionist actions, medicalization and the pathological transformation of physiological childbirth process. The care given to women during the process of giving birth has undergone many changes over time, resulting from the institutionalization and medicalization of childbirth, technological advances and medical development. This is a field research of quantitative and qualitative approach, aimed to the identify obstetric violence suffered by women during labor and delivery, from the account of their experiences, held at HMA, in Ariquemes-RO. It was possible to identify the high occurrence of harmful practices the health team used that must be eliminated and the high frequency of practices used improperly. It is believed that there is a need to implement permanent and continuing education practices on the topic in question, the inherent social spaces in order to seek the strengthening of a more humane and dignified awareness of the care of women targeted during the pregnancy cycle.

**Key words:** Violence, Humanized Birth, Childbirth Assistance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Direito a acompanhante .....	29
Gráfico 2 – Tipos de parto .....	29
Figura 1 – Aviso no setor obstétrico .....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BCF: Batimentos cardíofetais

CC: Centro Cirúrgico

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

FAEMA: Faculdade de Educação e Meio Ambiente

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HMA: Hospital Municipal de Ariquemes

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

TV: Toque Vaginal

WHO: World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	24
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	57
<b>ANEXOS</b> .....	65

## INTRODUÇÃO

A preocupação em melhorar os modelos de cuidado direcionados à mulher e sua família durante o processo de parto, compreendido como todo o período do trabalho de parto e parto, se expressa pelo crescente número de publicações voltadas às práticas obstétricas utilizadas nos partos, tanto para evidenciar as condutas adotadas para torná-lo um momento mais acolhedor, como para indicar comportamentos e rotinas prejudiciais à parturiente e à família em sua integralidade. (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2012).

A grosso modo, podemos dizer que, principalmente, o crescente poder dado aos médicos, fez com que o parto, evento dominado por saberes femininos, passa aos poucos a sê-lo pelo masculino. A obstetrícia moderna tem raízes no pensamento mecanicista do século XVII, deste modo, o parto seria comandado por leis previsíveis que poderiam ser descobertas pela ciência e, portanto, controladas pela técnica. No final do século XVI, o fórceps é inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, instaurando um marco da intervenção masculina no parto, por ser vedado a parteiras, de uso exclusivamente médico. (RODRIGUES, 2013).

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, seja através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológica. O parto é um momento único na vida da mulher, quando a assistência prestada pelos profissionais deveria ser singular e voltada para o protagonismo da mulher, tornando-o mais natural e humano possível. O processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais importante, humanização. (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A violência institucional pode ser considerada uma das faces mais preocupantes da violência, pois é praticada por agentes e órgãos públicos que deveriam estar voltados para a defesa dos cidadãos. A qualidade do atendimento é

uma condição a ser considerada para a evolução do processo de parturição, demonstrando o desempenho e a eficiência da instituição em que ocorre. A violência durante o processo de parturição está relacionada a fatores vinculados à atenção no pré-natal e nascimento, principalmente ao modelo intervencionista e médico. (WOLFF; WALDOW, 2008).

O termo humanização possui também um conteúdo importante de questionamento às práticas de saúde excessivamente intervencionistas, julgadas muitas vezes práticas desumanizadoras, ao desconsiderarem as condições fisiológicas da vida e a importância do apoio emocional na atenção em saúde. (MARQUE; DIAS, AZEVEDO, 2006, p. 444).

Tal estudo se justifica à medida que propõe identificar a violência obstétrica, em todo seu atendimento durante o ciclo gravídico, violência essa que não é visível e ou é considerado normal na rotina da instituição, ferindo princípios éticos. Propondo refletir sobre o conceito de humanização do parto e nascimento, apontando suas contribuições às parturientes, propiciando assim um melhor entendimento das práticas dos profissionais de saúde quanto ao parto humanizado, visando não só um melhor resultado na assistência no HMA, mas também maior satisfação e benefícios às suas usuárias.



## 2REVISÃO DA LITERATURA

No século XIX, tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como comadres ou parteiras. Estas detinham um saber empírico e assistiam às mulheres, durante toda a gestação, parto e puerpério e também nos cuidados com o recém-nascido, em domicílio. Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre vários temas, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, além disso, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. (BRENES, 1991).

A hospitalização do parto e nascimento não foi simples, pelo contrário: foi um processo conflituoso. Essa ida para o hospital foi lenta e gradual, por vários motivos: a construção do hospital como um local de cura aconteceu lentamente, pois diversas doenças eram transmitidas dentro do hospital, além de questões culturais, como o auxílio das parteiras da comunidade e o pudor das mulheres em mostrar a genitália para um médico homem e desconhecido. (RODRIGUES, 2013).

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Apesar de esses avanços terem correspondido às expectativas de queda da mortalidade materna e infantil, eles contribuíram para que hoje a parturiente seja a paciente e não protagonista do seu parto, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã, plena de direitos. (SEIBERT et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. A violência contra a mulher, por seu turno, abrange a violência física, sexual e/ou psicológica. (WOLFF; WALDOW, 2008).

Segundo Andrade e Aggio (2014), a mulher e seu corpo têm sido vistos como objeto de reproduzir, onde quem manipula é o profissional médico que obtém todo o saber sobre ela, omitindo informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter um acompanhante escolhido por ela, de decidir a posição para o parto e de expressar suas emoções e sentimentos, adiando e impedindo o contato com seus bebês no pós-parto imediato, sem incentivo ao aleitamento materno nas primeiras horas, tornando-as mais vulneráveis à violência, pelos profissionais. Porém, a dolorosa vivência e os possíveis traumas acompanham a mulher porta a fora do hospital ou maternidade.

Existe uma diferença entre o parto natural e o parto normal, em ambos a saída do bebê ocorre pelo canal vaginal. Entende-se por parto natural aquele realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, e com o atendimento centrado na mulher, e que devido todo o respeito e ternura com que são tratados a mulher e o bebê neste período, hoje é chamado de “parto humanizado”. O parto normal ocorre quando, durante o processo do parto, existir uma real indicação para alguma intervenção, onde poderá ser realizado o corte na vagina (episiotomia), a colocação de soro na veia (ocitocina), além de outros procedimentos. (COREN-SP, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o fórceps, utilizado na prática obstétrica desde a Antiguidade, continua tendo lugar de destaque na obstetrícia moderna. Quando bem utilizado é instrumento valioso, colaborando de forma efetiva e importante na realização do parto vaginal. Hoje, encontram-se afastadas da prática obstétrica as aplicações de fórceps. Tem como principais funções a apreensão, tração, ocasionalmente rotação do pólo cefálico fetal e correção de assinclitismos. (BRASIL, 2002).

Parto por cesariana refere-se a uma cirurgia para a retirada do bebê através de incisões na parede abdominal e no útero. Pode ser realizada sob anestesia regional ou anestesia geral. É uma cirurgia, com grandes possibilidades de trazer benefícios, mas também com riscos significativos tanto para a mãe quanto para o bebê. (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Segundo o MS, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. 1 - diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Com atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. 2 - se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002).

Para humanização do parto é fundamental o adequado preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isto requer um esforço muito grande, mas plenamente viável, no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes. O preparo para o parto envolve uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo orientações e informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá acontecer, o preparo físico e psíquico da mulher, uma visita ao hospital para conhecer suas instalações físicas, seus profissionais e os procedimentos de rotina. A relação entre as atividades da atenção básica e as hospitalares deveria ser de continuidade e complementariedade. (BRASIL, 2003).

Humanização não é técnica ou artifício, é um processo vivido no dia-a-dia que fundamenta toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada momento. (LIMA; PASQUINI, 2006).

O parto humanizado é considerado aquele parto voltado unicamente para a mulher com respeito à autonomia e seu protagonismo. É aquele parto que ocorre sem intervenções desnecessárias, sem cesárea eletiva, sem o uso de ocitocina sintética, sem manobra de Kristeller (manobra de expulsão do feto), sem uso de fórceps, sem realizar episiotomia, assim também como as intervenções com o recém-nascido, como o uso do nitrato de prata, aspiração nasal e gástrica, separação mãe – bebê no momento do parto, vitamina K entre outras. (MIRANDA, 2015).

Em uma publicação intitulada “*Care in normal birth: a practical guide*”, as recomendações sobre práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias, são: A. Práticas que são comprovadamente positivas devem ser incentivadas; B. Práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes devem ser eliminadas; C. Práticas para as quais ainda não existe conhecimento científico suficiente para que o seu uso possa ser recomendado com segurança devem ser usadas com cautela; D. Práticas que são utilizadas frequentemente de maneira inapropriada devem ser eliminadas. (WHO, 1996, p. 01).

O conceito da atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. A gravidez e o parto são eventos sociais, a gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência, tem o papel de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e bebê, minimizando a dor, ficar lado a lado, dar conforto, esclarecendo dúvidas, orientando, ajudando a parir e nascer. A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto e puerpério como um processo biológico onde o patológico é mais valorizado, e assim, os estudantes são treinados para adotar “práticas rotineiras”. Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. (BRASIL, 2003).

A perda do poder da mulher em relação à gestação e ao parto surge como resultado do encontro de duas forças dominadoras. A primeira trata da dominação masculina e a segunda da apropriação do parto pelo projeto científico denominado obstetrícia. (BOTTI, 2010 p. 654).

A violência obstétrica pode acontecer durante a gestação, trabalho de parto e parto e no puerpério, podendo ser caracterizadas por: negação do atendimento à mulher, nas unidades básicas de saúde ou mesmo nos hospitais ou maternidades; comportamentos e comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; cesáreas agendadas sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico; privação de se alimentar durante seu trabalho de parto; impedimento de expressar sua dor; intervenções desnecessárias; retardar o contato com o bebê no pós-parto imediato, dentre outras. (MIRANDA, 2015).

Artigo 51: São considerados casos de violência obstétrica realizados pelos profissionais de saúde, os que consistem em:

1. Não atender e tratar emergências obstétricas com eficácia.
2. Forçar as parturientes a dar à luz em decúbito dorsal e com os pés levantados, existindo meios necessários para realizar o parto vertical.
3. Impedir o contato precoce do bebê com sua mãe, sem justificativa médica, negando a possibilidade de a mãe segurar e/ou amamentar imediatamente após o nascimento.
4. Alterar o processo do nascimento natural de baixo risco, através da utilização de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento expresso, informado e esclarecido da mulher.
5. Praticar parto cesariano, onde há condições para o parto natural, sem obter o consentimento expresso, informado e esclarecido da mulher. (VENEZUELA, 2014, p. 27).

A equipe multiprofissional geralmente espera que a parturiente tenha um tipo de comportamento contido, racional e sem expressões de dor frente ao parto. Os momentos mais críticos, quando as atitudes da parturiente fogem à expectativa do profissional, são aqueles mais propícios à violência simbólica e ao desrespeito aos seus direitos. Neste momento, o foco ao processo fisiológico da mulher e às suas decisões é substituído pela decisão médica, sugerindo uma desqualificação e infantilização das parturientes, retirando-lhes o direito de escolha. Entende-se que a mulher tem o direito de expressar seus sentimentos em qualquer momento do trabalho de parto, sem ser desrespeitada ou hostilizada pela equipe de saúde. O reconhecimento da individualidade da mulher e o vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e parturiente são essenciais para um cuidado humanizado. É de extrema importância que os

profissionais de saúde mantenham uma relação horizontal com a parturiente, incentivando e permitindo a autonomia no momento do seu parto e participando-a da escolha terapêutica e assistencial. Este tipo de relação colabora para que a parturiente tenha um novo comportamento em relação ao parto, pois ela passa a se sentir atuante e protagonista de sua gravidez, parto e do seu corpo, colocando-se ativas nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado. (FRANCA et al., 2014).

O objetivo principal dos profissionais que prestam assistência aos partos, e também das mulheres que recebem seus serviços, é de se obter, ao fim de uma gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro, e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar. Contudo, é mais difícil de se atingir do que possa parecer à primeira vista. Envolve necessariamente o preparo e as expectativas da mulher, seu companheiro e familiares, os determinantes biológicos e sociais relacionados à mulher e a gravidez/parto; a adequação da instituição onde acontecerá o nascimento; a capacitação técnica do profissional envolvido com esta assistência; e principalmente, sua atitude ética e humana. A vivência que a mulher terá neste momento será mais ou menos positiva, mais ou menos prazerosa, mais ou menos traumática, a depender de uma série de condições, desde aquelas relacionadas à mulher e a gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde. (BRASIL, 2003).

O enfermeiro obstetra é responsável por uma assistência humanizada e deve prevenir as rotinas e intervenções obstétricas rígidas como: uso de enema, tricotomia, jejum no trabalho de parto, manutenção da parturiente no leito com restrição da deambulação espontânea, amniotomia precoce, indução, realização do parto em Centro Cirúrgico sem acompanhante, posição litotômica durante o parto, realização indiscriminada de episiotomia, afastamento do recém-nascido da mãe entre três a seis horas de vida. A enfermagem cria um espaço propício para exercício da cidadania, pois ali nasce um cidadão, ali mãe e familiares têm garantidos seus direitos, são tratados como atores participantes do processo de nascimento e não simplesmente sujeitos passivos da ação profissional automatizada e impessoal. Este espaço de trabalho

propicia, ainda, aos profissionais a oportunidade de se transformarem enquanto pessoas, tendo o prazer de assistir dignamente e com qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. (LIMA; PASQUINI, 2006).

Um novo conceito que considere a consciência plena de cidadania dos indivíduos exige novas posições e, portanto, novos ordenamentos culturais. A humanização do nascimento, só será possível se cidadãos e cidadãos, profissionais de saúde e gestantes, sociedade em geral, assimilarem esses conceitos – pode ser o primeiro passo. (BRASIL, 2003, p. 16).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a violência obstétrica sofrida por mulheres durante trabalho de parto e parto.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os tipos do parto;
- Discorrer sobre a Política nacional de humanização do parto.
- Identificar e discorrer sobre os tipos de violência obstétrica;
- Relatar a violência obstétrica acometida no Hospital Municipal de Ariquemes;
- Valorizar a importância do enfermeiro frente ao combate da violência obstétrica.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de campo, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, que utilizou técnica de análise de conteúdo, conforme descrito por Bardin. Realizada a partir do relato de parturientes atendidas no ano de 2015 no Hospital Municipal de Ariquemes (HMA), no município de Ariquemes-RO.

Para pesquisa e embasamento teórico foram utilizadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* - Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde - BVs, Bireme e acervo da biblioteca Julio Bordignon. O período escolhido foi de 1990 a 2015, artigos publicados na língua portuguesa e estrangeira.

Os Descritores em Ciências da Saúde (Decs) utilizados foram: Violência, Parto Humanizado, Assistência ao Parto.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no HMA, sendo este um hospital público, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que recebe por meio de pactuação os usuários de outros municípios da IV Regional de saúde, pertencentes ao Vale do Jamari. O Território Vale Do Jamari - RO abrange uma área de 32.141,20 Km<sup>2</sup> e é composto por 9 municípios: Alto Paraíso, Ariquemes, Buritis, Cacaúlândia, Campo Novo de Rondônia, Cujubim, Machadinho D'Oeste, Monte Negro e Rio Crespo.

A população total do território é de 222.665 habitantes, dos quais 85.599 vivem na área rural, o que corresponde a 38,44% do total. Possui 16.020 agricultores familiares, 15.842 famílias assentadas e 1 terra indígena.

No município de Ariquemes, que se localiza a uma latitude 09°54'48" sul e uma longitude 63°02'27" oeste, estando a uma altitude de 142 metros, a 203

quilômetros da capital (Porto Velho), situado na porção centro-norte do estado de Rondônia – Brasil.

Sua população é de 102 860 habitantes. O clima é quente e úmido, típico da região amazônica, com dois períodos distintos, que duram em torno de seis meses cada, sendo conhecidos como o inverno e verão. O primeiro é caracterizado pela estação chuvosa, e o segundo com predomínio de estiagem e seca. A temperatura média anual oscila entre 30 e 35°C. O município foi apontado como o de maior arrecadação estadual, tendo a economia baseada na pecuária, produção de café, cacau, guaraná e cereais. Além da mineração e indústria madeireira. Ariquemes é dividido em 57 setores/bairros. (BRASIL, 2014).

A presente pesquisa foi desenvolvida nas dependências do HMA com as respectivas puérperas.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população da pesquisa foi composta pelas puérperas de pós-parto imediato e mediato decesariana, parto normal ou natural, atendidas no HMA-RO.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu nos meses de julho a agosto de 2015, por meio de formulário (Apêndice I), sobre a vivência dessas mulheres no processo de parir, embasada na Política Nacional de Humanização ao parto. Esclareceu-se que o instrumento de coleta de dados foi submetido ao pré-teste, com vistas ao seu aprimoramento, sendo o mesmo composto por questões subjetivas e objetivas, sendo aplicados o formulário com 10 puérperas em junho de 2015. Como complemento do processo de coleta de dados as entrevistas foram gravadas, visando à retenção de dados fidedignos. Além disso, a pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio

Ambiente (FAEMA) e aprovada, de forma a garantir os princípios éticos do desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

Realizado de segunda a sexta-feira e durante os períodos matutino e vespertino, o acompanhamento e a aplicação do formulário com as puérperas atendidas no HMA no setor obstétrico, ainda durante a permanência no HMA. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado as puérperas no momento que antecedia a pesquisa direta e as mesmas assinaram o TCLE. O roteiro da pesquisa era dividido por temas: admissão, assistência no trabalho de parto, parto e autonomia da mulher, procedimentos, puerpério e aleitamento materno. Foram entrevistadas 31 puérperas, utilizando os dados somente de 30 delas.

#### 4.5 OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Puérperas atendidas no HMA, a partir de maio de 2015 até o momento da realização da pesquisa;
- Puérperas de 15 a 40 anos;
- Puérperas que aceitaram participar da pesquisa.

#### 4.6 OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Puérperas que não aceitaram participar da pesquisa;
- Puérperas que se recusaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
- Portadoras de deficiência física;
- Portadoras de déficit cognitivo;
- Interferências por profissionais durante a pesquisa.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados da pesquisa foram analisados com auxílio do Microsoft Word e Excel 2010 para a realização do comparativo, objetivando investigar possíveis relações entre as variáveis do estudo.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto submetido e a aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, sob o nº 1.130.318 do Parecer Consubstanciado, em conformidade com a Resolução 466/12/CNS/MS sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 31 puérperas entrevistadas no período de julho a agosto de 2015, somente 1 foi excluída devido ao fato de que suas respostas foram induzidas por um profissional do HMA enquanto era entrevistada. Das 30 entrevistas realizadas, 100% das mulheres relataram que não houve nenhum tipo de recusa para a admissão hospitalar.

Quanto ao cartão da gestante foi solicitado para 93,4% parturientes. Na maioria das vezes, o cartão da gestante é o único documento portado pela mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com registros do acompanhamento do pré-natal. Tendo em vista a necessidade do uso dos dados registrados, os profissionais devem conscientizar as gestantes da importância da posse e manutenção de seu cartão de pré-natal.

Segundo Carvalho et al., (2004), para que um plano de acompanhamento da gestação seja considerado bom, ele deve incluir atenção ao emocional da paciente, orientações educacionais quanto à saúde e aos hábitos de vida e preparação para o parto e para a vida materna, além dos diagnósticos e tratamentos de doenças da gravidez, sendo o enfermeiro elemento-chave para a elaboração e realização desse plano de acompanhamento utilizando o cartão da gestante.

O número de consultas pré-natais realizadas pelas parturientes foi de 40% que realizaram 6 consultas, 16,6% que realizaram 9 consultas, 16,6% que realizaram entre 3 e 6 consultas, 13,4% que realizaram mais de 9 consultas, 10% que realizaram 3 consultas e 3,3% que realizaram menos que 3 consultas.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal. (BRASIL, 2012, p. 40).

Testes rápidos durante a admissão foram realizados somente em 30% das parturientes. Os testes rápidos somente são realizados no HRA quando as parturientes não apresentam o cartão da gestante. Para Santos et al., (2010), realizar e efetuar o registro da testagem anti-HIV pode significar a garantia do conhecimento prévio do *status* sorológico. Esse conhecimento é determinante para que o binômio mãe-bebê apresente maior chance de acesso a todas as etapas do protocolo de prevenção da transmissão vertical, além da maior chance dessa gestante e criança realizarem o acompanhamento especializado se necessário.

Referente ao respeito à privacidade da parturiente durante a avaliação médica, 93,4% relataram que houve respeito. As parturientes consideram normal a presença de mais de um médico e/ou enfermeiros durante a avaliação pré-hospitalar. Todas as mulheres têm direito à privacidade, ao conforto e a não ser constrangida nas consultas, durante os procedimentos, sejam eles diagnósticos preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e/ou internações. Também deve ser garantido o sigilo de toda informação pessoal referente à paciente e o respeito aos seus valores éticos, culturais e religiosos.

Levando em consideração que a gravidez não é uma doença, mas que nos hospitais a parturiente adquire a condição de paciente, perdendo o controle sobre seu próprio corpo, sua privacidade, individualidade, autonomia, tornando-se submissa à equipe. São expostas diante de instrumentos e equipamentos, de pessoas ao seu redor que não sabem o seu nome, referem-se a ela como a paciente do pré-parto ou a “mãezinha”, rotulando-as com números de partos e patologias, mantendo-as presa no leito. (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

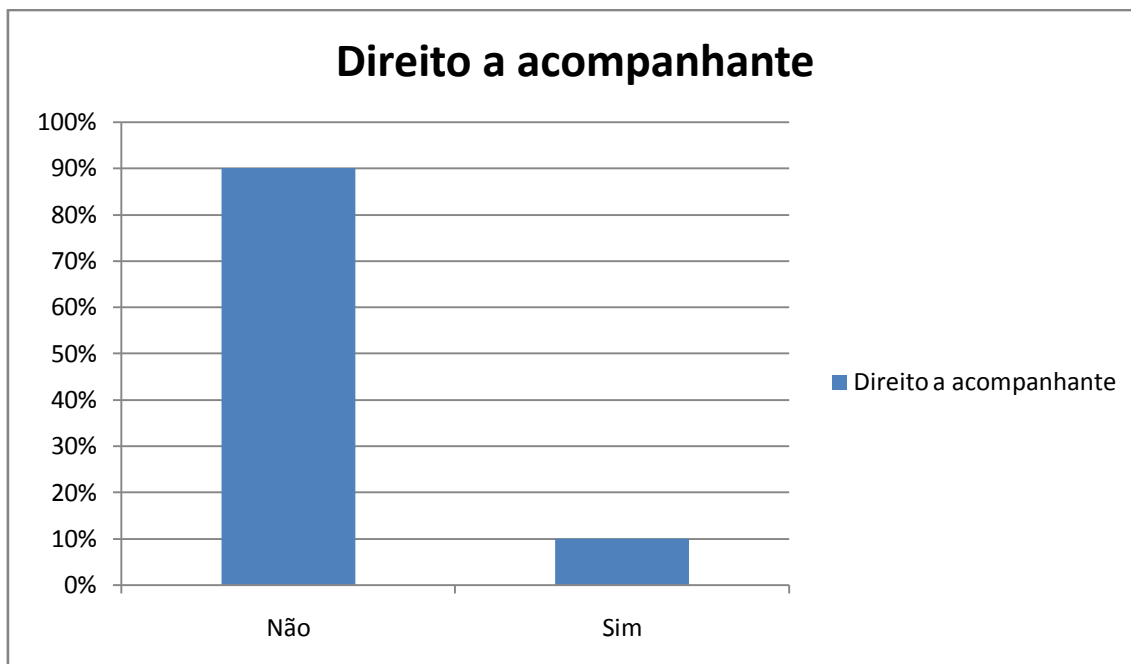


Gráfico 1: Distribuição referente ao direito ao acompanhante. Julho/Agosto. Ariquemes – RO. 2015.

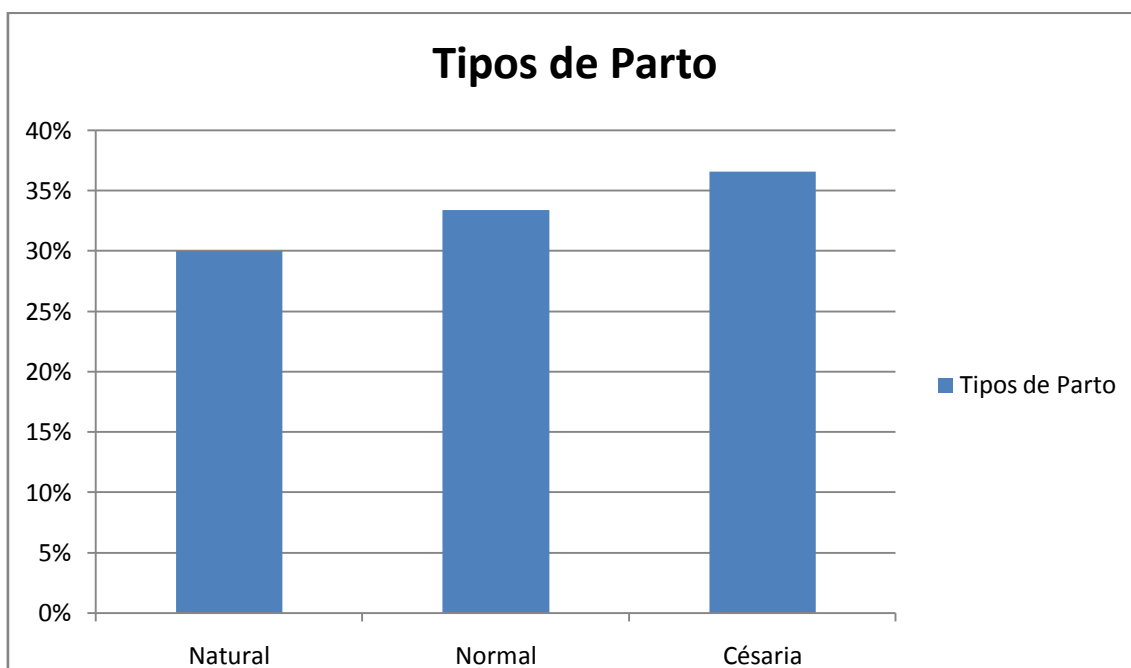


Gráfico 1: Distribuição dos tipos de partos. Julho/Agosto. Ariquemes – RO. 2015.

Quanto à escolha do tipo de parto, 76,6% tiveram direito a escolha. Nos partos cesarianos, as justificativas médicas para a realização do procedimento variam em: 36,6% laqueadura, 27,3% por falta de contração e/ou dilatação,

18,1% mulher com quadril muito estreito (não tem passagem), 9% bolsa rota (bolsa rompida), 9% não souberam responder.

Quanto aos demais fatores associados ao índice elevado de cesariana, observa-se também a do maior número de gestações, do nível socioeconômico do casal, grau de instrução, preparo para o parto durante o pré-natal e do grau de satisfação com a experiência com parto anterior, no caso de multíparas. (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

Para Zimmermann et al., (2009), a realização indiscriminada de cesarianas aumenta os custos hospitalares e pode transformar o que era uma solução em problema. O parto vaginal deve ser estimulado, mas cabe ao obstetra, junto com sua paciente, decidir a melhor conduta a ser seguida. A cesariana deve ser realizada sempre que o médico julgar que o benefício do procedimento é maior que o risco de sua realização e que há de fato sua necessidade.

Nos partos naturais ou normais, nenhuma parturiente teve direito a escolha da posição para parto. Assim como, 100% das parturientes não são orientadas sobre posições mais confortáveis para o parto normal. Todas as parturientes, sem exceção, são impostas e submetidas à posição ginecológica na mesa de parto. Posição esta que não favorece nem a mãe e nem a passagem do bebê. Durante o trabalho de parto e o parto, a mulher tem o direito de se movimentar/deambular e de ficar na posição em que se sentir mais confortável. Permanecendo restrita ao leito, sem se mexer, fica mais difícil suportar as contrações e o trabalho de parto pode ser mais doloroso e demorado. Vale ressaltar que na hora do nascimento, se a mulher escolher a posição confortável que ela quer dar à luz, haverá menor chance de ela sofrer lacerações no períneo (lesões na região genital).

Segundo Hauck (2010), são vários os motivos que influenciam a mulher na escolha do tipo de parto, como: a dor no parto, o direito à analgesia e as alternativas de métodos seguros de contracepção. Portanto, a informação durante o pré-natal mostra-se fator primordial para que a mulher tenha informações positivas a fim de favorecer o entendimento do parto como processo fisiológico favorecendo esse momento que pertence à mulher.



Referente a ações verbais ou comportamentais que causaram sentimentos de inferioridade, medo, insegurança, abandono, 33,4% das puérperas relataram ter acontecido. Sobre as medidas para controle da dor, como: massagens, banho morno, entre outros, somente 13,4% delas relataram que foram realizadas. Quanto ao monitoramento, dos BCF (batimentos cardíacos fetais), do bem estar físico e emocional, 50% relatou que houve monitoramento.

De acordo com Silva e Oliveira (2006), as contrações uterinas são dolorosas por causas não totalmente estabelecidas, sendo assim, observa-se a necessidade de um suporte maior voltado na tentativa de aliviar a dor e a ansiedade da parturiente, levando em consideração que estes mecanismos podem prejudicar o feto e afetar a progressão fisiológica do trabalho de parto. O uso de métodos não farmacológicos, como o banho de imersão, chuveiro quente, auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto, com as vantagens de reduzir, adiar e até descartar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para que a parturiente possa colaborar ativamente e contando com uma maior participação do acompanhante nesse processo.

A duração do trabalho de parto variou entre: 33,3% menos de 4 horas, 23,3% mais de 12 horas, 20% mais de 6 horas, 16,6% até 6 horas e 6,6% mais de 24 horas.

Referente ao direito de se alimentar durante o trabalho de parto, 16,6% relataram que sim, que se alimentaram, levando em consideração que muitas se alimentavam em casa, antes de dar entrada no hospital, enquanto 83,4% relataram que não, acreditando haver real necessidade para o jejum. Somente em 23,4% dos casos houve incentivo a alimentação, algumas parturientes alegaram não poder beber nem água.

A deambulação durante o trabalho de parto foi estimulada somente com 23,4% parturientes, em sua maioria eram orientadas a se restringirem ao leito, ficarem quietas, para economizar energia para o parto em si, havendo impedimento de expressar sua dor, gemer, chorar ou até mesmo gritar com 60% das parturientes.

Conforme Wei, Gualda e Santos Júnior (2011), afirma ser a deambulação, uma das possibilidades para o alívio da dor no trabalho de parto, assim como o banho de ducha com água morna. Essas possibilidades quando oferecidas às mulheres no pré-parto, proporcionam uma sensação de relaxamento físico e mental, o que, no caso das parturientes, traz efeitos benéficos para a evolução do trabalho de parto.

Para Oliveira e Madeira (2002), percebe-se que o contato físico e a massagem não são vistos apenas como um ato mecânico, físico, das mãos, mas como um momento de estar com o outro. Aproximando duas pessoas, no sentido de demonstração de afeto, do carinho, de segurança, de apoio. É o despojar de um ser que se dispõe a participar e colaborar com o outro.

A Manobra de Leopold (palpação da barriga para localização da posição do bebê) foi realizada somente na admissão hospitalar durante a avaliação médica com 53,4% das parturientes. Não há uma rotina estabelecida para a assistência durante o trabalho de parto, espera-se que a manobra de Leopold seja realizada durante as avaliações da parturiente, assim como ausculta dos BCF e dinâmica uterina, para registro e acompanhamento da evolução do trabalho de parto com o uso do partograma, o que não acontece na rotina do HMA.

Como objetivos da Manobra de Leopold tem se:

- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;
- Identificar a situação e a apresentação fetal. (BRASIL, 2012, p. 92).

Ainda para Brasil (2012), palpação obstétrica deve iniciar se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície abdominal. A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio dessa palpação, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre.

O uso de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto é rotineiro para alguns profissionais do HRA, sendo administrado em 73,4% das parturientes, considerando que algumas parturientes já chegam ao hospital com a evolução do trabalho de parto completo, não havendo tempo de intervir com medicações. Dentre as parturientes que fizeram o uso de ocitocina, 100% delas não sabiam o que estava sendo administrado e não foi solicitado seu consentimento, somente eram orientadas que a medicação ajudaria no parto.

Quanto ao exame de Toque Vaginal (TV), foram realizados: 73,% até 3 toques, 16,6% mais de 3 toques, 10% mais de 6, vale ressaltar que o TV é realizado por pessoas distintas, sem uma rotina pré-estabelecida quanto ao intervalo para sua realização. Os TVs devem ser realizados para avaliar as condições do colo uterino (dilatação), altura segundo o plano de *De Lee* e variedade da apresentação e integridade ou não da bolsa. Os TVs devem ser feitos de acordo com a progressão do parto (a cada 2 horas ou mais), não sendo esquecido o seu registro no partograma com a hora correspondente.

Segundo a WHO (1996), o toque vaginal é uma das atividades diagnósticas essenciais na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto. O número de exames vaginais deve ser limitado; durante o primeiro estágio do parto, um a cada 4 horas em geral é suficiente. Este exame se faz necessário para determinar que haja de fato um trabalho de parto ativo, para confirmar se há dilatação cervical.

A tricotomia (raspagem dos pelos) foi realizada em 96,6% das parturientes, dentre as tricotomizadas, 100% foi realizada por elas em domicílio. O enema (lavagem intestinal) foi realizado somente em 3,4% das parturientes.

Durante o processo de parto, existe o uso rotineiro de várias práticas, sem que haja a devida comprovação científica de sua eficácia ou mesmo que as mulheres sejam consultadas ou informadas sobre o uso das mesmas. As mais comuns são: a imobilização da mulher na posição horizontal durante o período expulsivo, o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos). Os profissionais que trabalham com a humanização do parto,

propõem que sejam utilizados procedimentos menos invasivos ao invés da medicalização. (FLEISCHER, 2005).

A episiotomia (corte na vagina) também é um dos procedimentos de rotina do HMA, realizado em 52,6% dos partos vaginais, esses valores variam devido a alguns partos serem de múltiparas, sendo assim, o parto se torna mais rápido, não havendo tempo nem necessidade de realizar a episiotomia, também pelo fato de alguns partos serem realizados por enfermeiras sem especialização em obstetrícia, sendo assim, não sendo capacitadas para realizarem tal procedimento e em 100% dos partos em que realizam a episiotomia, não solicitaram o consentimento da parturiente e em sua maioria nem são comunicadas que o procedimento será realizado.

Para Ciello et al., (2012), a episiotomia, ou como é conhecida pelas parturientes “pique”, considerada uma pequena cirurgia, é um corte realizado na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, devendo ser realizado com anestesia, e muitas vezes realizam sem. Afeta diversas estruturas do períneo, desde musculatura, vasos sanguíneos e tendões até a parte sensitiva, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem ser informada que ocorrerá.

“No parto normal, deve haver uma razão válida para interferir no processo natural”. (WHO, 1996, p. 04).

Durante os partos, 53,4% das parturientes relataram que foram amarradas ou imobilizadas a mesa cirúrgica ou de parto, em todo parto cesariano as parturientes tem os braços amarrados à mesa cirúrgica, já as imobilizações ocorrem nos partos vaginais, dentre elas, imobilizações dos braços, tronco e pernas.

Para piorar, as mulheres em geral são mantidas imobilizadas em posições desconfortáveis no período expulsivo, sem privacidade, e submetidas a instruções potencialmente danosas de puxo dirigido (“faça força!”), não raro ameaçadas de resultados adversos caso não obedeçam. (DINIZ, 2009, p. 321).

A Manobra de Kristeller (empurrar o bebê em direção da vagina) foi realizada em 73,4% dos partos. A maioria das parturientes considera a manobra normal, achando ser um método eficaz e necessário durante o parto. Manobra essa realizada por rotina, sem avaliação da sua necessidade. Muitas condutas são comuns na prática obstétrica, mesmo não sendo recomendadas pela ciência. Muitas mulheres são submetidas a procedimentos dolorosos e danosos sem que haja qualquer benefício para sua saúde ou a de seus bebês. A manobra de Kristeller é um exemplo.

Conforme Carvalho (2014a), no decorrer do trabalho de parto, pode surgir a necessidade de “ajudar” a parturiente e esta “ajuda” é fornecida através da Manobra de Kristeller, realização de uma pressão externa (utilizando os braços) no fundo uterino, com o intuito de empurrar o bebê, é realizada durante com as contrações uterinas e nos momentos de esforços expulsivos por parte da parturiente. Técnica essa, realizada pelo médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. O fato de ser uma manobra de rotina, sem um controle efetivo da pressão que deve ser aplicada, associada que não há registro nos prontuários das parturientes da aplicação da técnica, dificulta a associação a complicações materno-fetais resultantes da manobra.

Para Carvalho (2014a), os danos causados pela manobra de Kristeller superam os benefícios da sua aplicação, pois está associado a um aumento de lacerações perineais graves e episiotomias, distócias de ombro, prolapso uterino, dentre outras complicações.

Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho. (CIELLO et al., 2012, p. 103).

Referente ao horário do banho no pós-parto imediato, 76,6% das puérperas levaram 4 horas ou mais para tomar banho, 20% entre 2 e 4 horas e 3,4% 1 hora ou mais. O horário do banho no pós-parto é decidido pela

puérpera conforme sua disposição, não há uma rotina ou um horário pré-estabelecido pelo hospital.

Em 100% dos partos houve algum impedimento ou retardaram o contato com bebê imediatamente após o parto. Os bebês não são sequer apresentados às parturientes logo após o parto, assim que o parto termina os bebês são levados para sala de recepção do RN para os devidos procedimentos. Nos partos cesarianos, a parturiente passa por todo procedimento sem conhecer seu filho, sem saber se ele está bem, podendo somente ouvir seu choro no momento em que eles nascem, essa parturiente irá conhecer seu bebê somente quando for transferida do Centro Cirúrgico (CC) para a enfermaria obstétrica. Com uma ressalva nos partos vaginais, que as mães relataram que conseguiram ver seus filhos, não por iniciativa dos profissionais, mais sim porque os bebês são colocados sobre seu abdome enquanto a equipe realiza o procedimento de secção do cordão umbilical, em seguida o bebê já é levado.

O contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o cheiro e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Por outro lado, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranquilidade e responsividade social.(TOMA; REA, 2008).

As parturientes não tem o direito de ter contato imediato, de segurarem seus bebês, de olharem para eles, muito menos amamentar ainda na mesa de parto, 100% das parturientes não amamentam ainda na mesa de parto, não há incentivo algum por parte da equipe. Somente 50% das puérperas são orientadas e incentivadas quanto à amamentação adequada, forma correta, posição correta para ela e para o bebê, sobre pega na mama, entre outros.

Para Monteiro, Gomes e Nakano (2006), compreender o significado do contato precoce e da amamentação, ainda em sala de parto, implica em respeitar o desejo, a cultura, o simbolismo e o suporte social de cada mulher que é recebida para dar a luz. A equipe de enfermagem exerce papel importante nesta transição, é o profissional de enfermagem que está junto para

garantir que esse momento aconteça e o desejo da mãe seja realizado. Portanto, para que possa promover o vínculo entre mãe e filho, incentivando o aleitamento materno, faz-se necessário uma atenção maior voltada a essa mulher durante este momento, informando-a e auxiliando-a no contato precoce. Torna-se evidente que a mulher tem o poder de decisão sobre o contato precoce e a primeira amamentação, sendo protagonista das suas ações, não apenas recebendo e aceitando ordens da equipe. Entendemos a valorização do binômio mãe e filho, de modo que este seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito e acolhimento.

Não houve impedimento ou dificultaram o aleitamento materno durante a permanência no hospital com 80% das puérperas, porém, somente 70% das parturientes foram estimuladas a amamentar seu bebê na primeira hora de vida. O alojamento conjunto com o bebê acontece em 100% dos partos.

Independentemente das desculpas da sociedade, a violência contra a mulher não deve ser tolerada. E o mesmo vale para a violência obstétrica. Ela não é natural nem normal, apesar de ser comum. A assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e também aborto deve sempre ser realizado com respeito, respeito às leis, ao bem-estar da mulher e do bebê e às evidências científicas.

Em algum momento os bebês são levados por profissionais para realizarem algum procedimento em 93,4% dos partos, e a mãe não pode acompanhar. As puérperas não foram orientadas sobre os cuidados com o coto umbilical do bebê em 63,4% dos partos. As puérperas no momento da alta não foram orientadas quanto ao retorno para consulta de puerpério e vacinas do bebê em 73,4% dos partos.

A análise sobre a vulnerabilidade das mulheres no processo de parturição relaciona-se, principalmente, ao desconhecimento sobre o tipo de assistência que deveria ser prestada. Todas as mulheres têm direito ao acolhimento respeitoso nos serviços de saúde, livre de qualquer discriminação e livre de qualquer violência.

Paciente 02, 21 anos: *"...eu falei que queria laquiar, operar, daí, só olharam pra minha cara, porque nem perguntaram nada, só falavam assim: --*

*Vai ali tira a roupa. Aí eu tirava, deitava lá fazia o toque, escutava o coração e falavam: --Tá escutando coração do teu filho? Daí pegava e pedia pra mim descer, eu descia da mesa... tipo não perguntavam nada assim e não deram atenção, não falam o que tá acontecendo, acho que nem me escutaram...”*

Segundo Griboski e Guilhem (2006), as percepções das mulheres em relação ao conhecimento sobre seus direitos e ao tipo de parto, são evidentes a existência de uma desvinculação de sua participação no processo decisório porque desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos. Com isso, as mulheres contribuem para a reprodução de um modelo biomédico e intervencionista, quando aceitam passivamente a conduta imposta. As crenças sobre o seu papel no mundo e sobre o parto refletem-se nessas situações. Sendo assim, as parturientes desconhecem como funcionam seus corpos, seus direitos e seus limites naquele momento, valorizando assim, a dependência de outra pessoa, nesse caso, o profissional de saúde. E se não está claro para as mulheres quais seriam seus direitos, se torna quase impossível elas poderem reivindicar, usarem seu poder de decisão.

Conforme Motta e Crepaldi (2005), a necessidade de acompanhamento e atenção no momento do trabalho de parto e parto, tem partir da compreensão por parte dos profissionais de que o parto é um fenômeno de intensidade emocional e física, no qual vários fatores interagem ao longo desse processo. Nesse momento, a parturiente pode experimentar diversos sentimentos e sensações, dentre eles, medo, angústia, alegria, tristeza e alívio, podendo haver contenção até a expressão de sensações físicas e emocionais. Durante esse processo, a mulher tem de lidar consciente e inconscientemente com esses fatores, pois é um momento individual e único para cada mulher e cada parto.

Paciente 05, 20 anos: *“...eu só comi em casa, depois que cheguei aqui não, porque não pode comer né, daí eles não deixam, nem oferecem nada, dizem que não pode nem beber água, daí a gente bebe escondido às vezes...”*

Conforme Mouta e Progianti (2009), o jejum não atinge o objetivo de manter o estômago vazio, pois sempre haverá um resíduo mínimo de 100ml no volume gástrico, o que é normal, independente da quantidade e do período da



última refeição. É preferível, a ingestão de alimentos pobres em resíduos e de líquidos de sabor agradável com intervalos frequentes.

Segundo a WHO (1996), a adoção de dietas brandas e líquidas, dando preferencia a alimentos doces, ricos em glicose, para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, previne a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher. Portanto, a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo e necessidade, além de não interferir no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto e sim sendo ser benéfica para o parto.

Malheiros et al., (2012) reforçam a necessidade de liberdade para parturiente comer e beber comidas leves durante o trabalho de parto. Sendo válido destacar que muitos profissionais restringem a alimentação antes e durante o parto, mesmo sabendo que há um gasto energético significativamente alto durante esse processo de parturição, necessitando que essa parturiente esteja bem alimentada, muitos ainda justificam a restrição devido ao risco de aspiração em casos de procedimentos anestésicos. No entanto, as evidências apontam que os maiores índices de broncoaspiração estão associados ao uso de anestesia geral no parto.

Destratar a mulher, fazer julgamentos a seu respeito, quebrar o sigilo profissional, fazer comentários desnecessários e humilhantes, negar atendimento a ela ou deixá-la esperando atendimento são situações de violência obstétrica. Violência esta descrita no próximo relato:

Paciente 11, 18 anos: *“....então, assim, porque eu falava assim, eu tava com muita dor, eu vim lá de Machadinho (cidade próxima a Ariquemes) aqui sentindo dor e eu falava e eles riam. --Ah mais a menina não quer ter normal. Isso o médico e uma enfermeira. Eu falava que o neném não nascia normal e falava, tô com medo de perder esse menino, por causa que os outros meninos, nenhum nasceu normal. –Ah mais então é porque você não fez força e porque você não quis memo, mais aqui ele vai ter que nascer normal... a enfermeira falava. Ah eu acho que fui meio forçada, sabe? Não, era pra ser do jeito que eu queria, eles meio que não deixaram eu me expressar, eu tava sentindo dor, muita dor memo, aí eles não deixavam eu gritar e eu gemendo de dor e eles*

*falavam. --Mas pra fazer você não abriu as pernas?, tem que abrir as pernas pra ganha também. Acho que fui meia destratada, sabe? E na hora do parto eles ficavam rindo, falando: --Aí nossa, ela não quer ter normal. Acho que meio que faltaram com respeito....”.*

É possível observar, nas descrições das situações vivenciadas pelas parturientes deste estudo, que a mulher que recebe assistência busca estabelecer contato. No entanto, sua busca de interação é frustrada quando recebe respostas de forma incompleta, autoritária, plena de dupla mensagem, impessoal e distante, sem satisfazerem as suas necessidades. (CARON; SILVA, 2002, p. 489).

De acordo com Guedes-Silva et al., (2003), a assistência durante o trabalho de parto não se trata de criar um ambiente de proteção total para a parturiente, do tipo que impede os sentimentos de preocupação, medo, dúvida, ansiedade, alegria, etc., que envolvem uma gravidez, pois esses sentimentos são absolutamente normais. Mais sim de apoio, sendo evidente que este é um processo que deve envolver a participação de pessoas próximas à parturiente. Os profissionais de saúde como enfermeiros e médicos devem estar atentos e trabalhar juntamente com família da paciente.

Paciente 12, 18 anos: *“...eu cheguei gritando já, desde de dentro da ambulância, aí ela falava assim: -cala a boca, cala a boca! E na hora do parto ela colocou um pano dentro da minha boca também, colocou, é sério, porque eu gritava, daí uma segura lá e outra cá e colocou um pano dentro da minha boca, mas eu não tava aguentando de dor...”*

A valorização do parto humanizado deve ser levada em consideração por aumentar a autonomia e o poder de decisão numa relação menos autoritária e mais solidária entre o profissional da saúde e a mãe, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças. A sensibilização dos profissionais, médicos e enfermeiros, para uma nova forma de abordagem desses eventos é fundamental, bem como a atualização continuada por meio da evidência científica produzida.

Todas as mulheres têm direito a receber informações sobre o seu estado de saúde no momento e quais os procedimentos indicados, em linguagem clara, de modo respeitoso e compreensível. O profissional de saúde tem o dever de explicar a finalidade e a necessidade de cada intervenção ou tratamento, assim como os riscos ou possíveis complicações e as alternativas possíveis. Com base nas informações, a mulher tem o direito de se recusar a receber o tratamento ou procedimentos em seu corpo, o que se chama direito à recusa informada. Conforme o relato a seguir:

Paciente 14, 22 anos: *“...teve uma enfermeira grossa, que falou que eu tinha que estimular porque se não o neném passa fome e quando eu olhasse pra ele e pensasse que ele tava dormindo, ele podia tá morto, falou desse jeito pra mim... Esse hospital aqui é péssimo, eles tratam a gente muito mal, é raro você pegar uma pessoa aqui que seja bom...o médico que me atendeu ontem, ele foi super grosso, ele aplicou anestesia em mim e nem esperou a anestesia pegar e já tava me cortando e eu tava sentindo tudo, se eu não pedisse pra parar era perigoso ele continuar, aplicou anestesia 3 vezes e não pegou e ele já tava fazendo o procedimento... E na hora que eu cheguei também ele falou pra mim, perguntou se eu tinha como fazer uma ultrassonografia no particular, eu falei que sim, mas não naquele horário, porque já era noite né. --Não então, você vai ter que ir pra Porto Velho (cidade a 200km de Ariquemes, capital). Eles não sabem explicar as coisas pra gente, entendeu? Já vão falando, --sim você vai, não perguntam se é do seu interesse, se você tem condições de fazer o parto no particular. --Ah já vai pra Porto Velho, pode encaminhar. E é assim, não perguntam como tava antes e já queria me mandar pra Porto Velho.....”*

Exemplos mais comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo. Em decorrência dessa violência, algumas mulheres morrem, outras carregam sequelas físicas e psicológicas.

É importante reter que as situações descompensadas da equipe são justamente aquelas nas quais o respeito ao processo fisiológico da mulher e a sua autonomia para tomada de decisões é substituído pela decisão médica

convencional: descaso sobre as queixas e considerações, sem explicações, sem margem de negociação, com desqualificação e infantilização das parturientes. São sempre essas situações importantes que originam desrespeito aos direitos e violência simbólica. (TORNQUIST, 2003).

Segundo Miranda (2015), são variadas as frases humilhantes e repetitivas que vão se reproduzindo por médicos e equipe de enfermagem, em forma de piadas, que humilham e constrangem a parturiente, essa forma de violência tem sido objeto de constante atenção.

Muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de sua necessidade. Alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento. Diversos relatos apontam o incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento. (CIELLO et al, 2012, p. 101).

O uso de ocitocina sintética no HMA é rotineiro, sem avaliação prévia da sua real necessidade. As parturientes desconhecem sua indicação, sendo submetidas ao uso sem seu consentimento e sua maioria desconhece o que está sendo administrado. Conforme o relato a seguir:

Paciente 17, 29 anos: *“...aquela ‘otocina’ ixi, aquilo deixa a gente doidinha rapidinho, podia até tá vendo estrela com dia claro...”*.

As parturientes são objetos de medicalização durante toda a assistência ao trabalho de parto e parto, não tendo determinantes estabelecidos sobre em que fase iniciar a infusão de ocitocina e também não há relação na evolução do trabalho de parto e a intensidade das contrações.

Para D’Orsi et al., (2005), não existem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais importantes como hiperestimulação uterina e aumento da dor. A percepção das mulheres quanto ao uso de ocitocina é de um aumento impressionante das dores. Além disso, praticamente não existia incentivo à deambulação, que poderia substituir a ocitocina em muitos casos, nem práticas alternativas de analgesia como caminhar, técnicas de respiração, compressas e mudanças de posição. O uso de ocitocina extrapola as indicações clínicas. Com isso, se inclui a pressão

hospitalar por regulação de leitos e a conveniência da equipe, que tenta “acelerar os partos” antes do próximo plantão.

Paciente 21, 27 anos: “...eu acho assim, que a gente aqui deveria ter acompanhante, como que a gente vai se virar sozinha? Coisa mas difícil do mundo pra gente se virar, pra quando quiser ir no banheiro, levantar sozinha, e eles não ajudam a levantar não, acabou a anestesia manda a gente levantar, se mexer, falam: --Anda andaanda, se vira. Acho que isso não é certo não...”

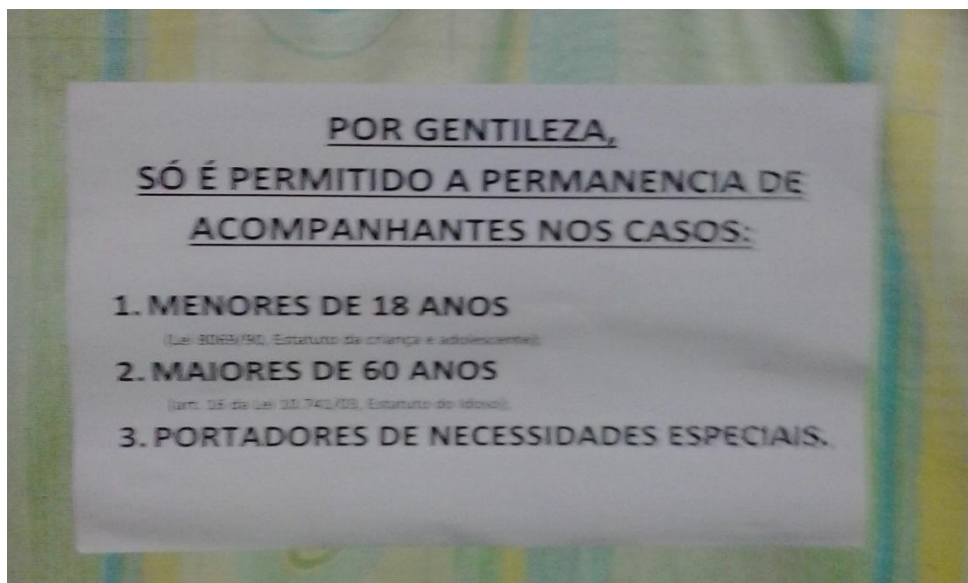


Figura 1: Aviso fixado em porta do setor obstétrico do HMA. Ariquemes – RO. 2015.

Durante o puerpério imediato, a assistência de enfermagem deve ajudar na adaptação da mulher às alterações físicas e emocionais resultantes do parto, muitas delas passam por algumas restrições decorrentes do tipo de parto. Enquanto avalia a puérpera, o enfermeiro deve questionar e ouvir suas queixas e realizar o exame físico, colhendo os dados suficientes para o planejamento da assistência de enfermagem humanizada. (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A presença do acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto e pós-parto imediato é garantida pela Lei nº 11.108.

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as 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

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 2005).

Impedir que a mulher tenha acompanhante, exigir que esse acompanhante seja uma mulher ou determinar os horários em que essa pessoa pode ficar com a gestante ou número restritos de visitas, são exemplos de violência institucional no parto ou violência obstétrica.

Segundo Longo, Andraus e Barbosa (2010), a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos depende da plena assistência à saúde para as gestantes e aos seus filhos. Um dos momentos mais importantes e marcantes na vida da mulher e de toda a família, do pai também, é o nascimento de um filho. A presença de um acompanhante é essencial durante o trabalho de parto e parto. Embora a presença do acompanhante no cenário do parto humanizado seja uma recomendação do Ministério da Saúde e amparado por lei, observam-se obstáculos e impedimentos quanto à sua participação, justificada pela

inadequada infraestrutura dos serviços, pelo despreparo da equipe de saúde para lidar com ele e má gestão da instituição.

A interação entre paciente e profissional, gera confiança e influencia na qualidade da experiência da parturiente, como é possível perceber no relato a seguir:

Paciente 23, 21 anos: *“...só uma coisa que eu achei errado, a pessoa que, tipo assim, a enfermeira que acompanha a gente fica só no celular e não pergunta nada pra gente, na sala que a gente fica aguardando, não pergunta e não ajuda em nada...”*.

As falas das mulheres demonstram a necessidade de apoio da equipe de saúde durante o trabalho de parto e parto, proporcionando cuidado, conforto e segurança à parturiente. Estar presente, conversando, ouvindo seus medos, angústias, suas queixas e anseios, são maneiras singelas de cuidar de Enfermagem. (CARRARO et al., 2008).

Segundo Caron e Silva (2002), percebe-se que as parturientes solicitam alguém ao lado delas, não só pela presença, mas sim para auxiliar, para uma orientação ou mesmo somente para segurar-lhes a mão. Algo que, para elas, traduz-se como apoio, mão amiga, segurança, conforto, alívio, carinho, demonstrando importar-se com elas, encorajando-as.

As parturientes relatam descaso e abandono durante o trabalho de parto, alegam que são esquecidas nas enfermarias após a admissão hospitalar, que quando necessitam, elas mesmas vão até a equipe de enfermagem para saber sobre a evolução do seu trabalho de parto e são surpreendidas com imposições de calma e de quietude. Conforme relato a seguir:

Paciente 30, 25 anos: *“...eles falam que é pra gente não gritar né, não é eles que estão sentindo dor, já é o 4º filho, só que todos, nenhum foi igual, aí não gostei porque eles falaram assim: --Não pode gritar não, tem que ficar quieta. Acho que eles já estão cansados de fazer isso todo dia.”*

Segundo Oliveira e Madeira (2002), compreende-se que, em alguns momentos, as parturientes sentem-se sozinhas, o que as leva a não gostarem da assistência que lhes é prestada e que gostariam de receber ajuda no momento da dor ou até mesmo somente um apoio emocional. O fato de a dor ser um acontecimento natural e esperado no processo de parturição, o profissional de saúde impõe com insistência controle e tranquilidade por parte da parturiente, esquecendo-se que cada indivíduo tem seu próprio limiar de tolerância para a dor, podendo ser potencializado por questões emocionais, psicológicas, culturais, dentre outros.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que com a presente pesquisa, no que diz respeito à fomentação do debate, em torno do tema, foi possível identificar elevada ocorrência de práticas danosas que devem ser eliminadas, e a alta frequência de práticas usadas de forma inadequada.

Nos depoimentos apresentados é notório o não-cuidado, a desumanização e a violência a que foram sujeitas algumas das parturientes desta pesquisa. Como se afirmou no princípio: é uma violência consentida por parte das mulheres que se submetem, porque principalmente temem pelo bebê, pelo atendimento, pela condição de desigualdade (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica; sabe melhor do que ninguém o que deve ser feito; a paciente não paga pelo atendimento).

As parturientes, indiscutivelmente, necessitam de mais informações e suporte, de um melhor preparo para o trabalho de parto e parto durante todo o seu pré-natal, implementando estratégias para aumentar a segurança e a autonomia dessa parturiente, um atendimento humanizado, empoderamento dessas parturientes de que o parto é fisiológico, aumentando a satisfação das usuárias, nas maternidades e hospitais. Independente da escolha do parto pela parturiente, pois esse direito é único e exclusivo dela, percebe-se que é necessário modificar o acesso ao direito reprodutivo feminino básico.

No cenário brasileiro o parto normal é visto como algo medonho, que causa dor e sofrimento, insegurança, inferioridade e constrangimentos, exposição do corpo feminino, sendo assim, é notório a ideia que os hospitais vendem de que a cesariana é um parto moderno indolor, racional, com horário e data marcados, sem gemidos, sem partes íntimas expostas e/ou tocadas, e que se paga por isso. Então, por que não optar pelo parto agendado? Levando em consideração que a ideia de parto agendado não anula a violência obstétrica, simplesmente faz com que ela aconteça sem dor.

Durante a coleta de dados foi possível perceber algumas mudanças no que diz respeito à assistência ao trabalho de parto, mudanças essas positivas, com relatos mais satisfatórios.

O debate sobre a Violência obstétrica nos seus aspectos teóricos e práticos e legais, ainda é pouco presente nos diversos segmentos da sociedade, tanto para usuárias quanto para profissionais das áreas dos serviços públicos ou privados.

Nossos obstetras poderiam ser mais humanos e reavaliarem suas práticas, para benefício das mulheres, para diminuição da dor e constrangimento das pacientes. A proposta de humanização vem com o ideal de criar novas formas de vivenciar o processo do parto, de vivenciar a maternidade, a paternidade e a sexualidade, no SUS como na saúde privada. Quando só havia a escolha precária e unilateral entre a cesariana como parto ideal e a penalização do parto normal. Deve-se atentar as políticas públicas, que estão sendo desenvolvidas, a própria OMS recomenda que se faça mais partos normais que cesarianas por exemplo. Portanto o trabalho tem o intuito de levantar a discussão para as questões discutidas até então, sabendo-se que muitos conflitos éticos envolvem o tema e a própria noção de violência deve ser problematizada.

Sabe-se, entretanto, que a mudança das práticas profissionais não é um processo simples. Qualquer movimentação em território novo exige a coragem de se pôr de lado as restrições impostas pelas tradições e experimentar, com novos métodos, desenvolver novas habilidades. O estímulo e apoio à mudança são essenciais para que transformações aconteçam de fato.

O papel da equipe de saúde é de extrema importância, no que diz respeito à assistência ao parto. A instituição estudada não tem uma filosofia voltada à assistência humanizada ao parto e em alguns momentos foi possível evidenciar o descumprimento de normas, rotinas e leis, fazendo com que as puérperas sintam-se agredidas e submissas a vários procedimentos. Neste sentido, considera-se que a instituição deva trabalhar formas que possibilitem a melhoria da assistência ao parto, buscando sua humanização.

Percebe-se que há um longo e difícil caminho a ser percorrido no HMA para que realmente sejam praticadas todas as diretrizes para a assistência humanizada do parto e nascimento, respeitando os direitos e vontades das parturientes e seus familiares e proporcionando-lhe além de uma gestação bem assistida, também um parto e nascimento seguros.

Acredita-se que existe a necessidade de se implementar práticas de educação permanente e continuada sob o tema em questão, nos espaços sociais inerentes, de maneira a buscar o fortalecimento de uma consciência mais humanizada e digna frente aos cuidados direcionados as mulheres durante o ciclo gravídico.

Espera-se socializar este estudo com os órgãos competentes, visando o desenvolvimento do projeto “Liga de Mulheres Amigas do Parto” em prol da humanização do parto no HRA, em parceria com discentes e docentes da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – Faema, Secretaria Municipal de Saúde, profissionais e voluntários.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica: a dor que cala.** Disponível em: <[http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2014.

BOTTI, Maria Luciana. **VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PARTO.** Anais do Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História – LHAG/UNICENTRO. 2009. Disponível em: <<http://sites.unicentro.br/wp/lhag/files/2013/10/Maria-Luciana-Botti.pdf>>. Acesso em: 23 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Humanização do parto, Humanização no Pré-natal e nascimento.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à Mulher.** Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.** Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Brasília, 7 de abril de 2005. 184<sup>º</sup> da Independência e 117<sup>º</sup> da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 20 ago 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. Cadernos de Atenção Básica.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 22 set 2015.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ariquemes – RO.** 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/rondonia/ariquemes.pdf>>. Acesso em: 10 out 2014.

BRENES, Anayansi Correa. **História da Parturição no Brasil, Século XIX.** 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002)>. Acesso em: 05 out. 2014.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 485-492, 2002. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1682/1727>>. Acesso em: 02 set 2015.

CARRARO, Telma Elisa et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 3, p. 502-9, 2008. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/profile/Roxana\\_Knobel/publication/26602823\\_O\\_papel\\_da\\_equipe\\_de\\_sade\\_no\\_cuidado\\_e\\_conforto\\_no\\_trabalho\\_de\\_parto\\_e\\_parto\\_opinio\\_de\\_purperas/links/00463530a9c07bd810000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Roxana_Knobel/publication/26602823_O_papel_da_equipe_de_sade_no_cuidado_e_conforto_no_trabalho_de_parto_e_parto_opinio_de_purperas/links/00463530a9c07bd810000000.pdf)>. Acesso em: 25 ago 2015.

CARVALHO, Geraldo Mota de et al. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 449-454, 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/704>>. Acesso em 22 set 2015.

CARVALHO, Ana Sofia. **Competências e prática: a manobra de pressão no fundo do útero, como estratégia para ajudar a nascer**. 2014(a). Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9506>>. Acesso em: 31 ago 2015.

CARVALHO, Laetitia Cristina Varejão. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. 2014(b). Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf>>. Acesso em: 31 ago 2015.

CIELLO, Cariny et al. Dossiê Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 20 ago 2015.

Conselho Regional de Enfermagem – COREN – SP. **Parto Natural**. 2010. Disponível em: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto\\_natural.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf). Acesso em: 03 out 2014.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>>. Acesso em 26 set 2015.

D'ORSI, Eleonora et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 646-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>>. Acesso em: 23 ago 2015.

FRANCA, Bruna Suellen da Silva et al. Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 2, 2014. Disponível em:

<<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/view/2368>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Fatores associados à preferência por cesareana. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-32, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28526.pdf>>. Acesso em: 22 set 2015.

FLEISCHER, Soraya Resende. **Doulas como "amortecedores afetivos": Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto**. 2005. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11650/1/ARTIGO\\_DoulasComoAmortecedores.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11650/1/ARTIGO_DoulasComoAmortecedores.pdf)>. Acesso em; 26 set 2015.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa; BERNARDI, Mariely Carmelina. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5093>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

GUEDES-SILVA, Damiana et al. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n2/10.pdf>>. Acesso em: 25 set 2015.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & contexto enferm**, v. 15, n. 1, p. 107-14, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1>>. Acesso em: 02 set 2015.

HAUCK, Flávia Terra. **Fatores associados à preferência da mulher na escolha do tipo de parto**. 2010. Disponível em: <[http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon\\_icieon/files/0082.pdf](http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0082.pdf)>. Acesso em: 25 ago 2015.

LIMA, Eliane Nunes de; PASQUINI, ValdiléiaZorub. Assistência humanizada ao parto: reflexões sobre a atuação da enfermagem obstétrica. **RevEnferm UNISA**2006;7. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-04.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(2):386-91. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>>. Acesso em: 23 ago 2015.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329, 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 31 ago 2015.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>>. Acesso em: 24 set 2015.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>. Acesso em: 27 set 2015.

MIRANDA, Juliana Zasciurinski. **Violência Obstétrica: uma contribuição para o debate a cerca do empoderamento feminino**. 2015. Disponível em: <[http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica\\_juliana-miranda.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf)>. Acesso em: 20 ago 2015.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 4, p. 427-32, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a10.pdf>>. Acesso em: 02 set 2015.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; CREPALDI, Maria Aparecida. O pai no parto e apoio emocional: A Perspectiva da Parturiente. **Paidéia**, v. 15, n. 30, p. 105-118, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>>. Acesso em: 2 set 2015.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 731, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>>. Acesso em: 25 ago 2015.

OLIVEIRA, Zuleyce Maria Lessa Pacheco de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 2, p. 133-40, 2002. <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a04.pdf>>. Acesso em: 26 ago 2015.

RODRIGUES, Raphaela Rezende Nogueira et al. **O parto é nosso: autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos humanistas em Florianópolis, SC**. 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/105117>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer": Implementation evaluation of Brazil's National vertical HIV transmission control program in maternity clinics participating in the "Nascer" Project. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 3, p. 257-269, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n3/v19n3a08.pdf>>. Acesso em: 22 set 2015.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. enferm. UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=413374&indexSearch=ID>>. Acesso em: 06 de nov 2014.

SILVA, Flora Maria Barbosa da; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41509/45103>>. Acesso em: 26 ago 2015.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências Benefitsofbreastfeeding for maternal andchildhealth: anessayonthescientificevidence. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup2, p. S235-S246, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2015.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. Sup 2, p. S419-S427, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>>. Acesso em: 26 ago 2015.

VENEZUELA. LEY N°. 40.548 DE 25 DE NOVIEMBRE DE 2014. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. **Gaceta Oficial [da] República Bolivariana de Venezuela**. Caracas, 25 de noviembre de 2014. Disponível em: <[http://www.derechos.org/vp/wp-content/uploads/Ley\\_Organica\\_sobre\\_Derecho\\_de\\_Mujeres\\_a\\_una\\_Vida\\_Libre\\_de\\_Violencia\\_25\\_11\\_14-1.pdf](http://www.derechos.org/vp/wp-content/uploads/Ley_Organica_sobre_Derecho_de_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia_25_11_14-1.pdf)>. Acesso em: 01 set 2015.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson PO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 717, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 25 ago 2015.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde soc**, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.



Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.

World Health Organization (WHO). Maternal And Newborn Health, Safe Motherhood Unit, Family And Reproductive Health. **Care in Normal Birth: a Practical Guide**. Genebra: World Health Organization, 1996. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)>. Acesso em: 23 ago 2015.

ZIMMERMANN, Juliana Barroso et al. Complicações puerperais associadas à via de parto. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 2, p. 109-116, 2009. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/459>>. Acesso em: 24 set 2015.

## APÊNDICES

**APÊNDICE I****VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA CONSENTIDA****FORMULÁRIO**

Puérpera:  
Data://

Idade:

**Parte I: ADMISSÃO**

**1. Houve algum tipo de recusa para a admissão no hospital?**

Sim ( )

Não ( )

**2. Solicitaram o cartão da gestante?**

Sim ( )

Não ( )

**3. Realizou quantas consultas pré-natais?**

a) 9 ( )

d) mais que 9 ( )

b) 6 ( )

e) menos que 3 ( )

c) 3 ( )

f) menos que 6 ( )

**4. Realizaram algum teste rápido durante a admissão?**

Sim ( )

Não ( )

**5. Houve respeito quanto a sua privacidade durante a avaliação médica?**

Sim ( )

Não ( )

**6. Houve impedimento, por parte da equipe médica ou do hospital, da entrada de um acompanhante escolhido por você?**

Sim ( )

Não ( )

**Parte II: ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO e PARTO e AUTONOMIA**

**7. Qual foi seu tipo de parto?**

Natural ( )                      Normal ( )

Cesário ( )

**8. Quanto à escolha do tipo de parto, você teve o direito de escolher?**

Sim ( )                              Não ( )

**9. Se cesariana, qual a justificativa do médico para a realização do procedimento?**

- a) Bebê muito grande ( )
- b) Bebê muito pequeno ( )
- c) Bebê passando da hora de nascer ( )
- d) Falta de contração e/ou dilatação ( )
- e) Cordão umbilical enrolado no pescoço ( )
- f) Mulher com quadril muito estreito (não tem passagem) ( )
- g) Hemorróidas(
- h) Mulher com estatura baixa ( )
- i) Pouco líquido amniótico ( )
- j) Bolsa rota (bolsa rompida)( )
- l) não soube responder ( )
- h) Laqueadura ( )

**10. Se parto natural ou normal, você teve o direito de escolher a posição para o mesmo?**

Sim ( )                              Não ( )

**11. Orientaram sobre posições confortáveis no trabalho de parto?**

Sim ( )

Não ( )

**12. Houve alguma ação verbal ou comportamental que causou sentimentos de inferioridade, medo, insegurança, abandono ou dignidade?**

Sim ( )

Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. Houve alguma medida para controle da dor? Como massagens, chuveiro quente, entre outros?**

Sim ( )

Não ( )

**14. Houve monitoramento, dos bcf (batimentos cardíofetais), bem estar físico e emocional?**

Sim ( )

Não ( )

**15. Quanto tempo durou seu trabalho de parto?**

a) 6 horas ( )

d) mais de 6 horas ( )

b) Mais de 12 horas ( )

e) menos que 4 ( )

c) Mais de 24 horas ( )

**16. Durante o trabalho de parto, você o direito de se alimentar?**

Sim ( )

Não ( )

**17. Ofertaram alguma nutrição, houve incentivo?**

Sim ( )

Não ( )

**18. Estimularam a deambulação durante o trabalho de parto?**

Sim ( )

Não ( )

**19. Houve algum impedimento de expressar sua dor ou até mesmo gritar?**

Sim ( )

Não ( )

**Parte III: PROCEDIMENTOS**

**20. Realizaram a Manobra de Leopold (palpação da barriga para localização do bebê)?**

Sim ( )

Não ( )

**21. Houve o uso de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto?**

Sim ( )

Não ( )

21.1 Teve o direito de escolha:

a) Sim ( )

b) Não ( )

c) Não soube responder ( )

**22. Quanto ao exame de toque (toque vaginal), foram realizados?**

a) Mais de 3 ( )

b) Mais de 6 ( )

c) Não soube responder ( )

c) até 3 ( )

22.1 Por pessoas diferentes:

a) Somente por 1 ( )

b) Por 2 ( )

c) Por 3 ou mais ( )

**23. Realizaram tricotomia (raspagem dos pêlos)?**

Sim ( )

Não ( )

a) Por você ( )

b) Pelos profissionais ( )

**24. Realizaram enema (lavagem intestinal)?**

Sim ( )

Não ( )

**25. Se parto normal, realizaram episiotomia (corte na vagina)?**

Sim ( )

Não ( )

25.1 Teve o direito de escolha:

Sim ( )

Não ( )

**26. Durante seu parto, em algum momento, você foi amarrada ou imobilizada a mesa cirúrgica ou de parto?**

Sim ( )

Não ( )

**27. Realizaram a Manobra de Kristeller (empurrar o bebê em direção da vagina)?**

Sim ( )

Não ( )

**Parte IV: PUÉPERIO E ALEITAMENTO MATERNO****28. Quanto ao horário do banho no pós-parto mediato? Quanto tempo levou?**

a) 1 hora ou mais ( )

b) mais de 2 horas ( )

c) Mais de 3 horas ( )

d) 4 horas ou mais ( )

**29. Houve algum Impedimento ou retardaram o contato com bebê imediatamente após o parto?**

Sim ( )

Não ( )

**30. Se parto natural ou normal, foi estimulado o amamentação ainda na mesa de parto?**

Sim ( )    Não ( )

**31. Estimularam a amamentação do bebê na primeira hora de vida?**

Sim ( )    Não ( )

**32. Houve impedimento ou dificultaram o aleitamento materno durante a permanência no hospital?**

Sim ( )    Não ( )

**33. Houve impedimento quanto ao alojamento conjunto com o bebe?**

Sim ( )    Não ( )

**34. Houve impedimento quanto à permanência de um acompanhante durante opós-parto?**

Sim ( )    Não ( )

**35. Orientaram e/ou incentivaram quanto à amamentação adequada, formacorreta, posição correta do bebê, sobre pega na mama, entre outros?**

Sim ( )    Não ( )

**36. Em algum momento seu bebê foi levado para realizarem algumprocedimento, e você não pode acompanhar?**

Sim ( )    Não ( )

**37. Orientaram sobre os cuidados com o coito do bebê?**

Sim ( )    Não ( )

**38. Foi orientada quanto ao retorno para consulta de puerpério e vacinas do bebê?**

Sim ( )    Não ( )



**CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **ANEXOS**

## AMEXO I

## FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE FAEMA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Violência Obstétrica: uma violência consentida

**Instituição Proponente:** Gustavo Barbosa Framil

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44518015.3.0000.5601

**Instituição Proponente:** UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.130.318

**Data da Relatoria:** 26/06/2015

**Apresentação do Projeto:**

Apresenta-se fundamentado cientificamente, sobretudo pela correspondência quanto à atualização do tema e pertinência às políticas sociais direcionadas à saúde da mulher.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar a violência obstétrica sofrida por mulher durante seu ciclo gravídico, a partir do relato de suas vivências.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão suportados pela Resolução 466/2012, onde no presente projeto vale citar o incômodo gerado durante a aplicação da entrevista, por meio de formulário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considera-se a contemporaneidade do tema em questão, possibilitando assim, novos saberes e olhares diante da violência contra a mulher.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos requeridos para a efetivação da pesquisa estão concordes à Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

Todas as recomendações foram seguidas, a exemplo da substituição do tipo de pesquisa para

Avenida Machado, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C  
SETOR 06

**UF:** RO **Município:** ARIQUEMES

**Telefone:** (69)3536-6600

**E-mail:** cep@faema.edu.br

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE FAEMA**

Continuação do Parecer: 1.130.318

quanti-qualitativa; bem como a atualização do período de operacionalização da coleta dados e a remoção de conteúdo repetido no Tópico de Coleta dos dados.

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclui-se que o presente projeto apresenta com condições necessárias para ser efetivado, pois colaborará para com o aprimoramento da assistência prestada, em virtude do fornecimento de dados importante para o processo de consecução de melhorias das ações e serviços ofertados à mulher.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

ARIQUEMES, 29 de Junho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Vera Lúcia Matias Gomes Geron**  
**(Coordenador)**

Avenida Machado, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C  
SETOR 06

**UF:** RO **Município:** ARIQUEMES

**Telefone:** (69)3536-6600

**E-mail:** cep@faema.edu.br

## ANEXO II

**Adriana Pereira**

- Endereço para acessar este  
CV:<http://lattes.cnpq.br/7559869585459395>
- Última atualização do currículo em 14/12/2015

## Resumo informado pelo autor

---

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente (2015). Tem experiência na área de  
(Texto gerado automaticamente pelo Sistema Lattes)

### *Dados pessoais*

<b>Nome</b>	Adriana Pereira
<b>Filiação</b>	JOSE ANTÔNIO PEREIRA e MARCOLINA DOS SANTOS PEREIRA
<b>Nascimento</b>	28/03/1988 - Ariquemes/RO - Brasil
<b>Carteira de Identidade</b>	1037284 SSP - RO - 20/09/2006
<b>CPF</b>	925.367.192-00
<b>Endereço residencial</b>	Rua Castro Alves - de 3756/3757 ao fim Setor 06 - Ariquemes 76873612, RO - Brasil Telefone: 69 35354226 Celular 69 93123080
<b>Endereço eletrônico</b>	E-mail para contato : driga_victor@hotmail.com

### *Formação acadêmica/titulação*

<b>2014</b>	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Pimenta Bueno, FAP, Pimenta Bueno, Brasil
<b>2011 - 2015</b>	Graduação em Enfermagem. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Ariquemes, Brasil Título: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA CONSENTIDA Orientador: Gustavo Barbosa Framil

2003 - 2005

Ensino Médio (2o grau) .  
 E.E.E.F.M. ANTONIO FRANCISCO LISBOA, AFL, Brasil,  
 Ano de obtenção: 2005

## Eventos

### Eventos

#### Participação em eventos

1. Apresentação de Poster / Painel no(a) **23ª Semana de Enfermagem de Rondônia**, 2015. (Congresso)  
Violência obstétrica: consentida e desconhecida.
2. **IV Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa**, 2015. (Outra)
3. **Oficina de Tuberculose em Populações Vulneráveis**, 2015. (Oficina)
4. **Projeto Outubro Rosa setor II**, 2014. (Outra)  
Exame Citopatológico, exame das mamas e ações educativas.
5. **1º Seminário Estadual sobre Parto Humanizado de Rondônia**, 2014. (Seminário)  
Parto Humanizado.
6. **Projeto Não Morra de Raiva**, 2014. (Outra)  
Pit Stop e Ações Educativas.
7. **2ª Etapa do Campeonato Rondoniense de Taekwondo**, 2014. (Outra)  
Primeiros Socorros.
8. **Esporte e Cidadania SESI**, 2013. (Outra)  
Ações Educativas e Preventivas.
9. **Projeto Não Morra de Raiva**, 2013. (Outra)  
Pit Stop e Ações Educativas.
10. **III Jornada Científica e Cultural da FAEMA**, 2013. (Outra)  
Segurança e Qualidade nos Serviços de SVD/SNG.
11. **III Jornada Científica e Cultural da FAEMA**, 2013. (Outra)
12. **Imagenologia Torácica e Ausculta Pulmonar**, 2013. (Outra)
13. **Noções Básicas de Ventilação Mecânica**, 2013. (Outra)
14. **Urgências e Emergências Obstétricas**, 2012. (Outra)
15. **Animais Peçonhentos: aspectos biológicos, clínicos e zoológicos**, 2012. (Outra)
16. **II Jornada Científica e Cultural da FAEMA**, 2012. (Outra)
17. **I Jornada Científica e Cultural da FAEMA**, 2011. (Outra)
18. **Hemograma - Uma Visão Geral - Hematologia**, 2011. (Outra)

**19.** Procedimentos Corretos p/ a medida da PA Sistêmica, 2011. (Outra)

**20.** 19ª Semana de Enfermagem de Rondônia, 2011. (Congresso)

**Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 14/12/2015 às  
23:45:49.**