



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**LETÍCIA CAZUZA NASCIMENTO
THIAGO ASSIS FERREIRA SANTIAGO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL,
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS MULHERES INTERNADAS EM UMA
MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL**

**CAMPINA GRANDE
2016**

**LETÍCIA CAZUZA NASCIMENTO
THIAGO ASSIS FERREIRA SANTIAGO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL,
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS MULHERES INTERNADAS EM UMA
MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande–PB, como requisito parcial à obtenção do grau de Médico.

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Melania Maria Ramos Amorim
Coorientadora: Prof^a. Mestre Lorena Carneiro de Macedo**

**CAMPINA GRANDE
2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

N244v

Nascimento, Leticia Cazusa.

Violência obstétrica: características do modelo assistencial, conhecimento e percepção das mulheres internadas em uma Maternidade-Escola do Nordeste do Brasil / Leticia Cazusa Nascimento, Thiago Assis Ferreira Santiago. – Campina Grande, 2016.

46f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Melania Maria Ramos Amorim, Dra.

Coorientadora: Lorena Carneiro de Macedo, Ms.

1.Violência contra a mulher. 2.Gestação. 3.Direitos reprodutivos. I.Santiago, Thiago Assis Ferreira. II.Título.

**LETÍCIA CAZUZA NASCIMENTO
THIAGO ASSIS FERREIRA SANTIAGO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CARACTERÍSTICAS DO MODELO ASSISTENCIAL,
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS MULHERES INTERNADAS EM UMA
MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do curso de Medicina da Universidade
Federal de Campina Grande–PB, como requisito parcial
à obtenção do grau de Médico.

Campina Grande, _____ de _____ de 201__

Professora Mestre Lorena Carneiro de Macedo
Professora Adjunta da UEPB

Professora Doutora Melania Maria Ramos Amorim
Professora Adjunta da UFCG

Professor Doutor Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Professor Adjunto da UFCG

Professora Doutora Déborah Rose Galvão Dantas
Professora Adjunta da UFCG

A todas as mulheres vítimas de uma medicina não baseada em evidências que sofreram Violência Obstétrica.

Aos nossos pais que sempre acreditaram em nossa capacidade, mesmo quando tínhamos certeza de que não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus e aos nossos pais que não nos abandonaram nessa trajetória.

À orientadora que aceitou o desafio de nos auxiliar na construção deste projeto. Reconhecemos o empenho e a insistência de garantir um resultado de qualidade e paciência de ensinar, mesmo com diversas atividades. Tenho a certeza que iremos guardar com muito carinho a lembrança dessa caminhada.

À coorientadora da pesquisa que nos acolheu e se disponibilizou a ajudar.

Aos nossos amigos por nos ajudarem diversas vezes e tornarem esse caminho mais tranquilo.

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica (VO) agrupa todas as formas de maus tratos físicos, psicológicos ou verbais que possam ocorrer durante a assistência ao parto. É um atentado aos direitos da mulher e à autonomia sobre o próprio corpo, que pode gerar danos permanentes associados ao parto. **Objetivo:** determinar características do modelo de assistência ao parto, situações que podem provocar sofrimento para a mulher durante o trabalho de parto, conhecimento e frequência de VO conforme percebida pela parturiente em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal descritivo no qual foram estudadas 310 mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), no puerpério há até 48 horas, durante o mês de março de 2016. Avaliaram-se características biológicas, sociodemográficas, obstétricas, da assistência ao parto, da percepção e do conhecimento sobre VO. Os dados foram introduzidos no programa EpiInfo 7.1.5 e MedCalc 12.1 e foi feita análise estatística descritiva. **Resultados:** encontrou-se predominância de mulheres adultas jovens, com ensino médio incompleto, renda familiar inferior a um salário mínimo, desempregadas, não brancas. Delas, 99% realizaram pré-natal. Havia vaga na sala de pré-parto para 78%; foi permitido acompanhante para 88,7%; apenas 24,2% obtiveram método de alívio da dor; dentre elas 55,4% foram submetidas a partos cesáreos; porém 59,8% não sabiam a indicação da cirurgia; dentre os partos normais 80,4% foram em posição de litotomia e 40,5% das mulheres estavam em jejum; houve uso de ocitocina em 36,1% dos casos e amniotomia em 27,1%. A taxa de episiotomia entre os partos normais foi 7,9%. Somente 26,7% conhecia o termo “violência obstétrica”; e 3,2% do total consideraram ter sofrido maus tratos. **Conclusão:** um percentual importante de mulheres ainda são vítimas de VO sem ter conhecimento do fato. A maternidade ainda é falha em proporcionar atendimento plenamente humanizado, necessitando dar ênfase a ações comprovadamente benéficas à gestante.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Gestação. Direitos reprodutivos.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence (OV) groups all forms of physical, psychological or verbal abuse that may occur during childbirth care. It is a violation of women's rights and autonomy over their own bodies, which can cause permanent damage associated with childbirth. **Objective:** To determine characteristics of the delivery care model, situations that may cause suffering to women during labor, knowledge and frequency of OV as perceived by the woman in a maternity hospital in northeastern of Brazil. **Methods:** We performed a descriptive cross-sectional study in which they studied 310 women who had delivered at the Institute de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), on puerperium until 48 hours, during March 2016. Biological, sociodemographic, obstetric, childbirth care, the perception and knowledge of VO were evaluated. Data were entered into Epi Info 7.1.5 program and MedCalc 12.1 and was made descriptive statistical analysis. **Results:** There was a predominance of young adult women with incomplete secondary education, family income below the minimum wage, unemployed, not white. 99% received prenatal care. There were bed in the labor room to 78%; companion was allowed to 88.7%; 24.2% had pain relief method; 55.4% were cesarean deliveries; 59.8% did not know the indication of surgery; 80.4% of normal deliveries were in lithotomy position; 40.5% were fasting at the time of normal delivery; there was use of oxytocin in 36.1% of cases and 27.1% had amniotomy. The episiotomy rate among normal births was 7.9%. 26.7% knew the term "obstetric violence"; 3.2% considered to have suffered ill-treatment. **Conclusion:** women are still victims of OV without knowing it. The hospital still fails to provide fully humanized care, needing to emphasize proven beneficial acts for pregnant women.

Key words: Violence against women. Gestation. Reproductive rights.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Médias das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa..... | 21 |
| Tabela 2 – Frequência das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa..... | 21 |
| Tabela 3 – Médias das características obstétricas das participantes da pesquisa..... | 22 |
| Tabela 4 – Frequência das características obstétricas das participantes da pesquisa..... | 22 |
| Tabela 5 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parte 1..... | 23 |
| Tabela 6 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parte 2..... | 23 |
| Tabela 7 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parte 3..... | 24 |
| Tabela 8 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parto 4..... | 24 |
| Tabela 9 – Situações que podem ter causado sofrimento para a mulher participante..... | 25 |
| Tabela 10 – Média e Medianas das características neonatais dos fetos das mulheres participantes..... | 26 |
| Tabela 11 – Frequência das características neonatais dos fetos das mulheres participantes...26 | |
| Tabela 12 – Violência Obstétrica e a percepção das participantes da pesquisa..... | 26 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CESED: Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento

DP: Desvio Padrão

IMC: Índice de Massa Corpórea

IPESQ: Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto

ISEA: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

MBE: Medicina Baseada em Evidências

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

RN: Recém-nascido

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VO: Violência Obstétrica

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 | Assistência ao parto e medicina baseada em evidências | 11 |
| 1.2 | Violência Obstétrica | 13 |
| 1.3 | Hipóteses | 14 |
| 1.4 | Objetivos | 15 |
| 1.4.1 | Objetivo Geral | 15 |
| 1.4.2 | Objetivos Específicos | 15 |
| 2 | MÉTODOS | 16 |
| 2.1 | Desenho do Estudo | 16 |
| 2.1.1 | Local do estudo..... | 16 |
| 2.1.2 | Período de coleta de dados | 16 |
| 2.1.3 | População do Estudo | 16 |
| 2.2 | Amostra | 16 |
| 2.3 | Critérios e Procedimentos para Seleção dos Participantes | 17 |
| 2.4 | Coleta de dados | 17 |
| 2.5 | Processamento e Análise dos dados | 18 |
| 2.6 | Considerações Éticas | 19 |
| 2.7 | Conflito de interesse | 19 |
| 3 | RESULTADOS | 20 |
| 4 | DISCUSSÃO | 26 |
| 5 | CONCLUSÕES | 30 |
| 6 | SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES | 31 |
| | REFERÊNCIAS | 32 |
| | APÊNDICE A – LISTA DE CHECAGEM | 35 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 36 |
| | APÊNDICE C – INSTRUMENTO DA PESQUISA | 38 |
| | ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 42 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Assistência ao parto e medicina baseada em evidências

A assistência prestada à mulher em torno do processo de parir teve várias modificações ao longo da história, tanto como consequência decorrente da medicalização e institucionalização do parto, como dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina (BRUGGEMANN, 2001).

Por muitos anos, a assistência ao parto não era um ato médico, ficando as parteiras encarregadas de tal função. Contudo, a criação do fórceps no século XVI e o desenvolvimento da técnica de manuseio levaram a um declínio na profissão das parteiras, apesar de, no final do século XIX, ainda se discutir nas universidades a quem competiria a responsabilidade de cuidar dos partos. Houve, nessa época, declarações oficiais em Londres segundo as quais cuidar de partos não era atividade digna de um médico. Eles dever-se-iam restringir aos partos difíceis e perigosos, aplicação do fórceps e execução de cesarianas (SANTOS FILHO, 1947).

Em meados do século XX se consolida o processo de medicalização e hospitalização do parto, com o surgimento de grandes metrópoles e a criação de hospitais, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias (PROGIANTI, 2001).

No final do século XX, mulheres se posicionaram contra o modelo assistencial intervencionista crescente e se organizaram, exigindo evidências convincentes da necessidade de intervenção principalmente episiotomia. Diante disso, na tentativa de combater esse modelo intervencionista, que causa dano do emocional e físico desnecessário, inicia-se uma ação internacional, chamada no Brasil de humanização do parto, que tem o intuito de priorizar uma assistência baseada em evidência, garantindo um cuidado adequado (DINIZ, 2001).

Entende-se como humanizar a prestação de uma assistência que valorize a equipe multiprofissional, as subjetividades dos envolvidos, respeite os direitos dos pacientes e que garanta a qualidade do cuidado técnico (DESLANDES, 2004).

Ainda no final do século XX é criado o Comitê Europeu para avaliar as medidas de redução de morbimortalidade materna e neonatal. Com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), começa-se a sistematizar os estudos de eficácia e segurança, pesquisando medidas possíveis na assistência ao parto. Esse processo foi chamado de Medicina Baseada em Evidências (MBE) (DINIZ, 2001).

A OMS publicou as recomendações sobre tecnologias para atenção ao parto em 1996.

Incentivando o parto normal e indicando, baseado em evidências, categorizou em ordem alfabética, práticas sabidamente benéficas e que deveriam ser encorajadas (A), ineficazes que deveriam ser eliminadas (B), sem evidência suficiente que deveriam ter cautela (C) e conduta frequente que o dano superava o benefício (D). Entre os procedimentos ineficazes, encontra-se uso rotineiro de tricotomia, posição de litotomia e puxos dirigidos. Na categoria C, manobra de Kristeller e a amniotomia precoce. Por fim, a categoria D contemplava jejum, uso rotineiro de episiotomia, toques vaginais frequentes (OMS, 1996). É importante alertar que a prática da MBE preconiza a busca pelas melhores evidências clínicas disponíveis, devendo-se, sempre que possível, individualizar conduta e respeitar autonomia dos indivíduos (SACKETT, 1996).

No Brasil, na década de 80, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma tentativa de trazer uma abordagem da saúde da mulher, primeiro projeto que propõe assistência à saúde no âmbito reprodutivo. A partir de 2000, foram introduzidas políticas públicas de humanização da assistência, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2002). A cobertura pré-natal já crescia no país desde a década de 1990, alcançando hoje números de 90% de cobertura presente em todas as regiões do país, incluindo, de certo modo, mulheres das mais variadas características socioeconômicas e demográficas (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Nos anos que sucederam, foi instituído o Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias, criando normas, cursos de especialização e capacitação, prêmios destinados a reconhecer serviços que atendiam ao SUS com práticas adequadas e humanizadas, campanhas pelo parto normal humanizado, com presença de acompanhante, e pela redução das cesáreas desnecessárias. Todas essas iniciativas tentavam mudar o modelo assistencial vigente (RATTNER, 2009; DINIZ, 2005).

Através da humanização da assistência ao parto foi possível aprimorar a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, retirando tecnologias danosas (DINIZ, 2005).

Apesar das indicações criadas pela OMS, bem como de toda a produção científica baseada em evidências, existem várias práticas não recomendadas que são utilizadas rotineiramente nas maternidades do Brasil. Estudo realizado em 2010 demonstrou que 25% das mulheres são violentadas na assistência ao parto no Brasil (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Mais recentemente, uma pesquisa realizada em várias maternidades públicas em 2014 evidenciou que ainda existem práticas citadas como danosas ou sem efeito sendo utilizada na maioria das instituições do Brasil (LEAL, 2014).

1.2 Violência Obstétrica

O termo violência obstétrica (VO) agrupa todas as formas de violência e danos que possam ocorrer durante a assistência profissional ao parto (TESSER; KNOBEL; ANDREZZO, 2015). Esses eventos variam desde violência psicológica, como agressões verbais, proibição de acompanhante, falta de privacidade durante o atendimento e restrição exagerada ao leito, até o excesso de intervenções desnecessárias, como uso rotineiro de ocitocina sem indicação, clister, tricotomia e episiotomia (BOWSER; HILL, 2010). A não permissão da escolha pela gestante da posição que seja mais conveniente para ela no parto também se configura como VO, algo que ocorre tanto pela omissão profissional de orientar sobre as opções não supinas, quanto pela negação de atender às requisições da parturiente por preferir algo que seja mais cômodo para o que assiste, o que evidencia um excesso de autoridade pelo profissional em relação ao corpo da mulher, presente em estudos no Brasil (ANDRADE, 2016).

A ONU considera a VO como algo crescente em todo mundo e afirma ser um grave atentado aos direitos humanos e uma forma difundida de impedir a igualdade de direitos entre os gêneros (ONU, 2006). Estima-se que a VO ocorra em números bastante elevados no Brasil.

Destaca-se no país como forma de VO o excesso de cesarianas (55,6% do total de nascimentos), o qual é ainda mais prevalente no setor privado (85% dos partos) do que no público (40% dos partos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que um país deva manter seu número de cesáreas em 15% do total de nascimentos, mesmo esse não sendo um consenso, números maiores que 10-15% de cesarianas são inaceitáveis e não estão associados com redução de mortalidade materna e neonatal (BELIZÁN *et al.*, 1999; YE *et al.*, 2014; OMS, 2015). Esses números tendem a crescer ano após ano, mesmo após o início de políticas de incentivo ao parto eutócico e maior distribuição de informações acerca do parto normal.

A VO afeta diretamente o bem-estar e a qualidade de vida daquelas que são vítimas, tornando o parir um ato assustador, traumatizante e às vezes com marcas também físicas que acompanharão aquela mãe por toda a vida. Dados recentes mostram que 25% das mulheres que pariram referem ter sido vítimas de algum tipo de VO (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Isso, em números absolutos, mostra uma quantidade enorme de vítimas. Diante de um problema de tal magnitude questiona-se o porquê de a VO não ser um assunto tratado por tantos profissionais envolvidos na assistência ao parto com toda a importância que merece.

O fato é que “violência obstétrica” ainda é um termo recente no meio médico, inaugurado em 2007, na Venezuela, na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres (VENEZUELA, 2007). Não é bem difundido mesmo que já seja tema de discussão, denúncia e reflexão por grupos feministas brasileiros desde a década de 1980 e surja em estudos acadêmicos desde a década de 1990 (HOTIMSKY, 2009). É possível que não apenas a falta de procura por informação atual, mas também a ausência de interesse pelo cuidado adequado à população feminina acarrete na persistência da VO.

A violência contra a mulher não fica restrita à assistência obstétrica, muito menos é exclusiva de instituições de saúde. A restrição dos direitos humanos da mulher, causando danos em escala mundial e dificultando a conquista de uma igualdade de gêneros persiste globalmente e sua existência não depende do poderio econômico do país em questão (ONU, 2006). A própria VO ainda não é considerada como violação dos direitos humanos (LEAL, 2014). Em 1993 a ONU já havia alertado, em Assembleia Geral, para a definição de violência contra a mulher como ato que resulte em sofrimento para ela, independentemente de ocorrer em público ou na vida privada (ONU, 1993) e mesmo após mais de 20 anos ainda há dificuldade em reduzir a quantidade de vítimas.

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, objetiva-se, no presente estudo, determinar as características do modelo de assistência ao parto, as situações que podem provocar sofrimento para a mulher durante o trabalho de parto, o conhecimento e a frequência de violência obstétrica conforme percebida pela parturiente em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil, na busca por qualificar a assistência prestada.

1.3 Hipóteses

O modelo de assistência ao parto nas maternidades do Brasil é marcado por práticas de Violência Obstétrica. As parturientes desconhecem o termo “Violência Obstétrica” e não consideram que sofreram práticas danosas durante internação na maternidade.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Determinar as características do modelo de assistência ao parto, as situações que podem provocar sofrimento para a mulher durante o trabalho de parto, a frequência e o conhecimento acerca da violência obstétrica conforme percebida pela parturiente em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características biológicas (idade, cor da pele), sociodemográficas (escolaridade, procedência, estado civil, ter profissão, renda familiar *per capita*), obstétricas (número de gestações e paridade; gestação planejada ou não; se houve assistência pré-natal, número de consultas, percepção de violência obstétrica e idade gestacional no momento do parto);
- b) Descrever as características da assistência ao parto: práticas e procedimentos durante o trabalho de parto (jejum, tricotomia, deambulação, uso de ocitocina, amniotomia, número de toques, métodos de alívio da dor); via de nascimento (cesárea, vaginal, vaginal instrumental), trabalho de parto espontâneo ou induzido; se a parturiente conhece a indicação da cesárea e se há indicação da cesárea conforme consta no prontuário; se sabe quem assistiu o parto (nome do profissional e formação), local do parto (centro cirúrgico, mesa de parto, banqueta de parto, cadeira de parto, cama, outros); se houve puxos dirigidos e permissão para a permanência de um acompanhante durante o trabalho de parto; condições neonatais (peso, idade gestacional ao nascer, índice de Apgar, distócias, necessidade de reanimação neonatal);
- c) Registrar situações que podem ter causado sofrimento para a mulher: não ter recebido método para alívio da dor; ter recebido toque sem aviso e sem consentimento ou toque doloroso; ter ouvido ofensas, frases inoportunas ou qualquer forma de agressão verbal; manobra de Kristeller, episiotomia, cesárea ou parto instrumental sem consentimento;
- d) Determinar a frequência de mulheres que conhecem o termo “violência obstétrica”;
- e) Determinar a frequência de violência obstétrica conforme percebida pela mulher.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho do Estudo

O estudo se caracteriza como estudo de corte transversal, no qual foram entrevistadas mulheres nas primeiras 48 horas do pós-parto.

2.1.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Instituto Elpídio de Almeida (ISEA), localizado no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Trata-se de um hospital de nível terciário que atende exclusivamente a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.2 Período de coleta de dados

O estudo foi realizado de novembro de 2015 a abril de 2016. A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2016.

2.1.3 População do Estudo

Puérperas nas primeiras 48 horas de pós-parto internadas na maternidade do ISEA.

2.2 Amostra

2.2.1 Amostragem

A amostra foi obtida por conveniência, sendo realizado contato com as puérperas e aplicação do questionário ainda no período de internação do pós-parto.

2.2.2 Tamanho da amostra

O cálculo da amostra foi realizado no programa de domínio público *OpenEpi 3.03a* (Atlanta, GA), considerando-se a frequência de violência obstétrica de 25% (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010), seriam necessários 289 sujeitos para encontrar associações

seguras, com precisão absoluta de 5%, respeitando um intervalo de confiança de 95%. A amostra deste estudo compreendeu, portanto, 310 sujeitos.

2.3 Critérios e Procedimentos para Seleção dos Participantes

2.3.1. Critérios de Inclusão

- a) Mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).
- b) Puerpério nas primeiras 48 horas.

2.3.2 Critérios de Exclusão

Incapacidade de consentir em participar.

2.3.3 Procedimentos para seleção das participantes

Para a captação das puérperas, foi realizado um contato inicial com as mulheres em até 48 horas após o parto, quando ainda estavam internadas no ISEA. Nesse momento, foram explicados os objetivos da pesquisa, e houve aplicação de uma lista de checagem (Apêndice A) com os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente. Aquelas que concordaram voluntariamente em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), do qual receberam uma cópia.

Em uma sala reservada, foram coletados dados a respeito das características biológicas, sociodemográficas, obstétricas, da assistência ao parto e neonatais (Apêndice C), sendo essa coleta feita através de entrevista à participante e consulta ao prontuário.

2.4 Coleta de dados

2.4.1 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados utilizando-se um formulário padrão, previamente codificado para entrada de dados em computador (Apêndice C).

2.4.2 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada sistematicamente. As entrevistas e o preenchimento dos formulários foram realizados por estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e pesquisadores do Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ).

2.4.3 Controle de qualidade das informações

O controle de qualidade foi realizado mediante vários mecanismos: questionários padronizados, manual de instruções detalhado para os entrevistadores, treinamento dos entrevistadores, revisão de todos os questionários, repetição de questionamentos das perguntas que apresentarem inconsistências após a revisão, reuniões com todos os entrevistadores sempre que surgiram dúvidas no preenchimento dos questionários e repetição de 5% dos questionários por entrevistadores diferentes.

2.5 Processamento e Análise dos dados

2.5.1 Processamento de dados

Os dados foram digitados em banco de dados específico criado no programa de domínio público Epi-Info 7.5, realizando-se dupla digitação em períodos e por pessoas diferentes. Após o término da digitação, os dois bancos de dados foram comparados e corrigidos os erros e inconsistências, gerando-se o banco de dados definitivo que foi usado para a análise estatística.

2.5.2 Plano para análise de dados

A análise estatística foi realizada no programa Epi-Info 7.1 e Medcalc12.1 ou versões superiores disponíveis na época, pelos próprios pesquisadores.

Foram obtidas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas e calculadas medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas, para análise descritiva.

2.6 Considerações Éticas

O estudo atende às resoluções da Declaração de Helsinque e da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CEP – CESED), sob o número: 51459415.0.0000.5175.

2.7 Conflito de interesse

Não existem conflitos de interesse. Os autores se comprometem a publicar os resultados do estudo em revista da área de saúde indexada no Pubmed e avaliada pelo Qualis da CAPES.

3 RESULTADOS

No Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), no mês de março de 2016, houve um total de 652 partos. Foram incluídas, neste estudo, 310 dessas mulheres que estiveram internadas nesse período, sendo avaliada a assistência ao parto e puerpério dessas. Do resultado obtido, depreendeu-se que, do ponto de vista das médias características biológicas e sociodemográficas, a idade variou de 13 a 47 anos, média de escolaridade de 9,4 anos \pm 3,1, renda familiar de 861,6 reais \pm 574,5 e o IMC variou de 15 a 42 (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa.

| Variável | Valores |
|---------------------------------|-------------------|
| Idade em anos | |
| Média \pm DP | 25,3 \pm 6,8 |
| Variação | 13 – 47 |
| Índice de Massa Corpórea | |
| Média \pm DP | 27,4 \pm 4,7 |
| Variação | 15 – 42 |
| Escolaridade | |
| Média \pm DP | 9,4 \pm 3,1 |
| Variação | 1 – 18 |
| Renda Familiar (reais) | |
| Média \pm DP | 861,6 \pm 574,5 |
| Variação | 35,0 – 3.000,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Já em relação a frequência das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa, a maioria delas eram pardas (71,9%), em união estável (45,8%), desempregadas (69,6%), procedentes de outros municípios da Paraíba (70%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência das características biológicas e sociodemográficas das participantes da pesquisa.

| Variável | N | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Total de casos | 310 | 100 |
| Estado civil – n (%) | | |
| Casada | 79 | 25,5 |
| Solteira | 71 | 22,9 |
| Viúva | 2 | 0,6 |
| União estável | 142 | 45,8 |
| Outros | 16 | 5,2 |
| Trabalha? – n (%) | | |
| Sim | 94 | 30,3 |
| Não | 216 | 69,6 |
| Procedência – n (%) | | |
| Campina Grande | 88 | 28,4 |
| Outras Cidades da Paraíba | 217 | 70,0 |
| Outros Estados | 5 | 1,6 |
| Cor da Pele (n, %) | | |
| Branca | 45 | 14,5 |
| Negra | 32 | 10,3 |
| Parda | 223 | 71,9 |
| Amarela | 8 | 2,6 |
| Indígena | 2 | 0,6 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Outros dados observados foram as médias das características obstétricas das participantes da pesquisa, que mostraram que pouco mais que a metade referiram que a gestação foi desejada (56,8%), 99% tiveram assistência pré-natal, com 97,1% informando que foram bem assistidas, (Tabela 3).

Tabela 3 – Médias das características obstétricas das participantes da pesquisa.

| Variável | Valores |
|--|----------------|
| Número de gestações | |
| Média ± DP | 2,3 ± 1,5 |
| Variação | 1 – 11 |
| Idade gestacional em semanas no parto | |
| Média ± DP | 38,8 ± 2,2 |
| Variação | 25 – 43 |
| Número de consultas do pré-natal | |
| Média ± DP | 7,6 ± 2,4 |
| Variação | 1 – 16 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

As frequência das características obstétricas das participantes da pesquisa foi apresentar uma média 7,7 consultas, entrando em trabalho de parto com uma média de 38,8 semanas de gestação, as puérperas estavam em média na segunda gestação (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência das características obstétricas das participantes da pesquisa.

| Variável | N | % |
|---|----------|----------|
| Total de casos | 310 | 100 |
| Assistência pré-natal – n (%) | | |
| Sim | 307 | 99 |
| Não | 3 | 1 |
| Percepção de Violência Obstétrica após pré-natal – n (%) | | |
| Sim | 9 | 2,9 |
| Não | 301 | 97,1 |
| Gestação Desejada – n (%) | | |
| Sim | 176 | 56,8 |
| Não | 134 | 43,2 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Analisando as características da assistência ao parto, evidenciou-se que 21,94% das mulheres precisaram sentar em sofá, cadeira ou dividir leito com outra mulher por falta de vagas, a maioria (88,7%) teve acompanhante no trabalho de parto, sendo, em apenas 11,9% dos casos, o companheiro.

As participantes da pesquisa receberam uma média de três toques vaginais, foram incentivadas a deambular (55,5%), poucas foram informadas sobre a possibilidade de ter método de alívio de dor (25,5%) e menos ainda receberam (24,2%). Entre os métodos, destacam-se massagem (36%) o método mais usado, seguida de banho morno (32%) e de

bola suíça (26,7%).

A via de nascimento foi cesariana em 55,5% dos casos, mas só 40,1% conheciam o motivo de tal procedimento e o profissional que assistiu o parto. Em relação às gestantes que tiveram parto normal, o local mais comum foi a mesa de parto na posição de litotomia (80,4%). O maior percentual teve lacerações (70,5%), sendo 68,6% de primeiro e segundo graus e 27,1 não informado o grau no prontuário.

A ausculta dos batimentos cardio-fetais – conforme a OMS preconiza – foi realizada de forma adequada em 6,8% e o partograma preenchido corretamente em 6,1% (Tabela 5, 6, 7 e 8).

Tabela 5 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parte 1.

| Variável | N | % |
|--|-----|------|
| Método de alívio da dor (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 75 | 24,2 |
| Não | 235 | 75,8 |
| Foi informada sobre método de alívio para dor (n:235) – n (%) | | |
| Sim | 60 | 25,5 |
| Não | 175 | 74,5 |
| Tipos métodos de alívio de dor utilizado (n:75) – n (%) | | |
| Massagem | 27 | 36 |
| Bola suíça | 20 | 26,7 |
| Banho morno | 24 | 32 |
| Outros | 4 | 5,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela 6 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parte 2.

| Variável | N | % |
|---|-----------|------|
| Vaga na sala de pré-parto (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 242 | 78,1 |
| Não | 68 | 21,9 |
| Acompanhante durante o trabalho de parto (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 275 | 88,7 |
| Não | 35 | 11,3 |
| Companheiro(a) no trabalho de parto (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 37 | 11,9 |
| Não | 246 | 79,3 |
| Não permitiram | 27 | 8,7 |
| Toques vaginais (n:310) | | |
| Média ± DP | 3,2 ± 3,0 | - |
| Variação | 0 – 28 | - |
| Incentivada a deambular (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 172 | 55,5 |
| Não | 138 | 44,5 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela 7 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parte 3.

| Variável | N | % |
|---|-----|------|
| Via de nascimento (n:310) – n (%) | | |
| Cesárea | 172 | 55,5 |
| Vaginal, espontâneo | 136 | 43,9 |
| Vaginal, Instrumental | 2 | 0,6 |
| Conhecimento da indicação de cesariana (n:172) –n (%) | | |
| Sim | 69 | 40,1 |
| Não | 103 | 59,9 |
| Conhece profissional que assistiu o parto (n:310) –n (%) | | |
| Sim | 100 | 32,3 |
| Não | 210 | 67,7 |
| Conhece profissional que assistiu cesárea (n:172) –n (%) | | |
| Sim | 69 | 40,1 |
| Não | 103 | 59,9 |
| Local do parto (n:138) – n (%) | | |
| Mesa de parto | 66 | 47,8 |
| Cadeira de parto | 15 | 10,9 |
| Banqueta de parto | 0 | - |
| Cama | 57 | 41,3 |
| Postura materna no parto (n:138) – n (%) | | |
| Litotomia | 111 | 80,4 |
| Vertical | 26 | 18,8 |
| Lateral | 1 | 0,7 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela 8 – Características da assistência ao trabalho de parto e parto – Parto 4.

| Variável | N | % |
|---|-----|------|
| Lacerações em parto normal (n:138) – n (%) | | |
| Sim | 20 | 28,6 |
| Não | 28 | 40 |
| Grau de Laceração (n:70) – n (%) | | |
| 1° | 3 | 4,3 |
| 2° | 0 | - |
| 3° | 19 | 27,1 |
| 4° | - | - |
| Não informado o grau no prontuário | 19 | 6,1 |
| Partograma preenchido adequadamente | | |
| Sim | 21 | 6,8 |
| Não | 289 | 93,2 |
| Ausulta conforme OMS (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 70 | 50,7 |
| Não | 68 | 49,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Acerca das situações que podem ter causado sofrimento para a gestante que participou da pesquisa, verifica-se que 2,9% teve método de alívio de dor negado, 12% sofreram agressão verbal, 5,2% foram proibidas de deambular, 30,6% referiram ter recebido toque doloroso, com uma taxa 15,5% mulheres que não concordaram com o toque.

As gestantes, em sua maioria (89,4%), estavam tricotomizadas, receberam puxos dirigidos (71,7%), uma parcela considerável ficou em jejum no parto normal (40,6%), fizeram uso de ocitocina (33,2%) e 27,1% tiveram sua bolsa rompida.

A manobra de Kristeller, compressão abdominal do fundo de útero, foi realizada em

13,8% dos casos e, dentre esses casos, apenas 10,5% foi registrado no prontuário. Já a episiotomia teve uma taxa em parto normal de 8%.

Dentre as mulheres que foram submetidas à cesárea, algumas referiram não ter consentido (4,7%) e, nas que foram realizados partos instrumentais, verificou-se que 50% não foram informadas e não concordaram com o procedimento (Tabela 9).

Tabela 9 – Situações que podem ter causado sofrimento para a mulher participante.

| Variável | N | % |
|--|----------|----------|
| Negado método de alívio para dor (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 9 | 2,9 |
| Não | 301 | 97,1 |
| Sofreu agressão verbal (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 37 | 12 |
| Não | 273 | 88,1 |
| Proibida de deambular (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 16 | 5,2 |
| Não | 294 | 94,8 |
| Jejum em parto normal (n:138) – n (%) | | |
| Sim | 56 | 40,6 |
| Não | 82 | 59,4 |
| Uso de Ocitocina (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 112 | 36,1 |
| Não | 198 | 63,9 |
| Amniotomia (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 84 | 27,1 |
| Não | 226 | 72,9 |
| Puxos dirigidos em parto normal (n:138) – n (%) | | |
| Sim | 99 | 71,7 |
| Não | 39 | 28,3 |
| Toque vaginal doloroso (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 95 | 30,7 |
| Não | 209 | 67,4 |
| Não foi tocada | 6 | 1,9 |
| Foi informada e concordou com toque (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 256 | 82,6 |
| Não | 48 | 15,5 |
| Não foi tocada | 6 | 1,9 |
| Manobra de Kristeller em parto normal (n:138) – n (%) | | |
| Sim | 19 | 13,8 |
| Não | 119 | 86,2 |
| Manobra de Kristeller registrada no prontuário (n:19) – n (%) | | |
| Sim | 2 | 10,5 |
| Não | 17 | 89,5 |
| Episiotomia (taxa em parto normal) (n:138) – n (%) | | |
| Sim | 11 | 8,0 |
| Não | 127 | 91,0 |
| Episiotomia registrada no prontuário (n:11) – n (%) | | |
| Sim | 4 | 36,4 |
| Não | 7 | 63,6 |
| Parto instrumental sem consentimento (n:2) – n (%) | | |
| Sim | 1 | 50,0 |
| Não | 1 | 50,0 |
| Cesárea sem consentimento (n:172) – n (%) | | |
| Sim | 8 | 4,7 |
| Não | 164 | 95,4 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Já em relação às medianas e a média das características neonatais, o peso médio dos RN em gramas variou de 675g a 4950g, o Apgar do 1º minuto variou de dois a nove com a mediana em nove e do 5º minuto variou de cinco a dez com mediana também em nove (Tabela 10).

Tabela 10 – Média e Medianas das características neonatais dos fetos das mulheres participantes.

| Variável | Valores |
|-------------------------------------|-----------------|
| Peso do RN em gramas (n:310) | |
| Média ± DP | 3234,8, ± 574,3 |
| Variação | 675 – 4950 |
| Escala de apgar 1º min. | |
| Mediana | 9 |
| Variação | 2 – 9 |
| Escala de apgar 5º min. | |
| Mediana | 9 |
| Variação | 5 – 10 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A Frequência das características neonatais dos fetos das mulheres participantes foi que 2,3% necessitou de reanimação neonatal e não houve distócia de ombro (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequência das características neonatais dos fetos das mulheres participantes.

| Variável | N | % |
|---|-----|-------|
| Necessidade de reanimação neonatal (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 7 | 2,3 |
| Não | 303 | 97,7 |
| Distócia de ombro (n:310) – n (%) | | |
| Sim | 0 | - |
| Não | 310 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto aos resultados de VO na percepção das participantes da pesquisa, nota-se que 73,2% não conhecem o termo “violência obstétrica” e 96,8% considera que não sofreram maus tratos durante o trabalho de parto e parto (Tabela 12).

Tabela 12 – Violência Obstétrica e a percepção das participantes da pesquisa.

| Variável | N | % |
|---|-----|------|
| Conhece o termo “violência obstétrica” – n (%) | | |
| Sim | 83 | 26,8 |
| Não | 227 | 73,2 |
| Considera que sofreu maus tratos – n (%) | | |
| Sim | 10 | 3,2 |
| Não | 300 | 96,8 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4 DISCUSSÃO

Esse estudo evidenciou que menos de um quarto das mulheres entrevistadas conheciam o termo “violência obstétrica” e que 3,2% das 310 mulheres questionadas referiu ter sido vítima de maus tratos durante a assistência ao trabalho de parto e parto. Além disso, foi constatado que a maternidade foi capaz de oferecer leito ao recebê-las e permitiu que tivessem acompanhantes, porém poucas tiveram a oportunidade de receber métodos de alívio de dor, mais da metade delas foi submetida à cesariana, muitas vezes sem ter sido esclarecida sobre o motivo da cirurgia. Viu-se, também, que aquelas cujo parto foi vaginal ainda foram submetidas à de manobra de Kristeller e de episiotomia, embora em baixos números, ao passo que a solicitação para que ficassem em jejum, os puxos dirigidos apareceram com destaque.

A grande parcela de população atendida na maternidade-escola é de mulheres não brancas, 85,5%, com baixa escolaridade, $9,4 \pm 3,09$ anos, renda familiar abaixo de um salário mínimo e que não trabalha, 69,6%, concordando com o público citado na literatura como mais frequente no SUS e, também, com maior predisposição à VO (DINIZ, 2006; AGUIAR, 2010; DOMINGUES, 2015). Houve 71,6% de puérperas que eram de outras cidades paraibanas. A média de idade, 25,3 anos, mostra um público de adultos jovens predominante.

Viu-se média de 2 gestações, realização de pré-natal, 99%, com cerca de sete consultas, seguindo às recomendações da OMS que ditam uma realização de, no mínimo, seis consultas no período gestacional (BRASIL, 2012). A média de idade gestacional no parto foi de 38,8 semanas, demonstrando que a maioria de nascimentos aconteceu a termo, o que pode ser influência de uma prevenção de fatores predisponentes à prematuridade no pré-natal. Apenas 2,9% informaram ter sido vítimas de VO no pré-natal, o que pode ter acontecido tanto pela falta de conhecimento sobre o tema ou como pela real humanização no atendimento. Viu-se que 43,2% das gestações não foram planejadas, o que põe em cheque o acesso à contracepção e ao modo como é feita. Este estudo não as interrogou sobre métodos de contracepção.

Sobre a assistência prestada próximo ao momento do parto, observa-se que a maioria das mulheres logo foi acomodada no setor pré-parto (78%). A peregrinação hospitalar é fator importante para desfecho ruim (DOMINGUES, 2015). Viu-se que apenas 11,9% dos companheiros estiveram presentes no parto. Estudo nacional indica um percentual de 25% de presença (DINIZ, 2014). Em 88,7% dos casos, a gestante teve acompanhante. O que é um apoio importante durante o parto, além de um direito da parturiente (SOUSA, 2013). Estudos maiores mostraram que 75% das mulheres tiveram acompanhantes (DINIZ, 2014). O estudo

Nascer no Brasil mostrou que mulheres com acompanhantes se tornavam menos sujeitas a VO mesmo em serviços públicos (LEAL, 2012). Observou-se ainda que a prática da tricotomia já era considerada normal e rotineira para a maioria das gestantes.

Sobre a liberação para deambular, 88,4% referiram liberdade para tal. A escolha de se movimentar é recomendada e deve ser estimulada (WEI *et al.*, 2011). Apenas 7,7% se queixaram de não ter sido informada sobre algum procedimento, o que feriria o princípio de autonomia do parto. Isso contrasta com a literatura, segundo a qual muitos procedimentos são realizados sem o consentimento da mulher (BRASIL, 2014). Mesmo com evidências de que a restrição alimentar não é necessária para quem realizará um parto vaginal, 40,6% das mulheres ficaram de jejum, uma prática que persiste por conta de profissionais que se mostram resistentes por medo de complicações que decorram da anestesia geral caso seja necessária a sua utilização (WEI *et al.*, 2011). Houve falta de métodos para aliviar a dor para 75,8% das entrevistadas, 74,5% sequer foram informadas sobre essa possibilidade e 2,9% receberam recusa. O uso de métodos de alívio de dor e de ansiedade é importante por proporcionar melhores condições para que contribuam ativamente no parto, além de proporcionar maior interação com o acompanhante (SOUSA, 2013).

O uso de ocitocina e a amniotomia foram realizadas em 36,1% e 27,1% respectivamente das mulheres, números altos tendo em vista a ausência de evidências do benefício delas. A intervenção mínima é o pregado como ideal durante o nascimento (DINIZ, 2006). Estudo de abrangência nacional, incluindo mulheres atendidas no SUS, indicou prevalência semelhante para o uso de ocitocina, 38,2%, e superior em relação à amniotomia, 40,7% (LEAL, 2014). Outro estudo importante, realizado em São Paulo e também envolvendo gestantes do SUS, indicou amniotomia em 53,4% dos casos (SILVA, 2013). Os números inferiores de amniotomia podem indicar esforço dos profissionais em reduzir essa prática inadequada. É importante ponderar que o presente estudo não buscou as indicações registradas em prontuário para o uso da ocitocina.

O percentual de cesarianas, 55,5%, foi muito alto, uma vez que a OMS julga não haver justificativa para taxas maiores que 10-15% (OMS, 2015). A maioria das operadas não foi bem esclarecida sobre os motivos, 59,9%, mostrando o falho contato entre profissionais médicos e pacientes. Estudo de 2008, alerta que o perfil do médico é o principal determinante da decisão pela cesariana antes de uma indicação obstétrica consistente (DIAS, 2008). A postura de litotomia no parto foi a mais prevalente dentre os partos normais (80,4%) e o local de parto de maior frequência foi a mesa de parto (47,8%). A posição litotômica, associada ao uso abusivo de ocitocina e a restrição ao leito, podem levar à compressão de grandes vasos e

ao aumento do tempo de trabalho de parto e de período expulsivo, sendo capaz de gerar danos ao recém-nascido (ANDRADE, 2016). São preconizadas posições verticais, respeitando a autonomia da paciente e a fisiologia do nascimento, já que a gravidade favorece a biomecânica do nascimento (AMORIM et. al., 2010; GUPTA e HOFMEYER, 2008).

Em mulheres assistidas por parto normal, notou-se manobra de Kristeller em 13,8%. Supõe-se que essa manobra seja utilizada como forma de acelerar a expulsão do conceito. No entanto, essa conduta é considerada proscrita porque pode estar associada a graves consequências como traumas das vísceras abdominais, do útero e lesão do feto. Comparando aos dados do estudo nacional “Nascer no Brasil”, a do ISEA mostrou-se melhor uma vez que a taxa nacional foi de 36,1% (LEAL *et al.*, 2012; DELASCIO e GUARIENTO, 1994). Os puxos dirigidos em mulheres assistidas por parto vaginal foi 71,7%. Acredita-se que essa taxa tenha sido alta porque os profissionais consideram que isso tornaria a comunicação mais acessível. Contudo, estudos mostram que comandos de puxos, juntamente com o estabelecimento de posição ginecológica e manobra de Kristeller são intervenções inadequadas e devem ser evitadas (LEAL *et al.*, 2012). Na pesquisa “Nascer no Brasil”, ainda consideraram relevantes os dados apresentados sobre as intervenções utilizadas durante o parto. Segundo o estudo, dentre aquelas que tiveram partos via vaginal, 91,7% ficaram em posição de litotomia, 36,1% foram submetidas à manobra de Kristeller (LEAL, 2014). Indicando que a pesquisa realizada no ISEA possui valores abaixo dos dados nacionais.

O partograma é recomendado para identificação de possíveis anormalidades na evolução do parto e o método de escolha para avaliação da vitalidade fetal intraparto é a ausculta fetal intermitente. Apesar de o partograma estar preenchido adequadamente em apenas 6,1% e a ausculta em 6,8%, o Apgar no primeiro e quinto minutos apresentaram mediana de nove em ambos os casos, tendo necessidade de reanimação neonatal em sete casos. Esses achados podem estar associados a um pré-natal eficaz e à presença do profissional neonatologista na sala de parto, garantindo suporte adequado de vida. Uma ressalva importante é que, segundo estudo de 2010, a monitorização da frequência cardíaca fetal deve ser intermitente, reservando-se a monitorização contínua para casos especiais (PORTO *et al.*, 2010; AMORIM et. al., 2010). Toque doloroso foi considerado por 30,7% das participantes e 15,5% de todas as mulheres, não consentiram a realização do mesmo. Pesquisa mostra que toques vaginais realizados em intervalos curtos dificulta a progressão fisiológica do trabalho de parto (WOLFF; WALDOW, 2008).

Em 2002, foi realizado um levantamento de dados no ISEA em que evidenciou uma taxa de episiotomia de 88% (dados do serviço). Já em 2011, foi realizado um levantamento de

dados no ISEA sobre a frequência de episiotomia em que evidenciou uma taxa de 58,8% (MOURA *et al.*, 2011). Cinco anos depois, o presente estudo apresenta uma taxa de episiotomia, de 8%, com registro em prontuário em 36,4% dos casos. A OMS indica como ideal dados inferiores a 10% de episiotomia (OMS, 1996). É importante relatar que 50,7% das mulheres que tiveram partos por via vaginal sofreram laceração e apenas 4,3% dessas lacerações eram de terceiro grau. A episiotomia é uma técnica inadequada e sua prática indiscriminada está relacionada a complicações, como: hemorragia, infecção, dispareunia e complicações perineais. Pesquisa realizada em 2008 aponta que a forma de estabelecer a integridade do períneo seja a não realização rotineira de episiotomia (COSTA *et al.*, 2011; AMORIM; KATZ, 2008).

Neste estudo, verificou-se que 73,2% das mulheres entrevistadas desconhecem o que é “Violência Obstétrica”. Acredita-se que isso ocorra devido ao baixo conhecimento da temática e difusão do termo nos meios de comunicação, o que é grave, uma vez que estudo de 2014 alerta que o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito e, sem conhecer, as gestantes não têm como questionar e se proteger (LEAL *et al.*, 2014). Por suspeitar da dificuldade do termo “Violência Obstétrica” e para garantir dados mais reais, tal terminologia foi substituída por “maus tratos” quando se interrogou as mulheres à respeito da assistência ao parto na instituição envolvida no estudo. Com isso, encontrou-se uma taxa de 3,2% de puérperas que referiram ter sofrido algum dano durante a internação. Essa baixa taxa pode relacionar-se com o fato da Violência Obstétrica não ser socialmente conhecida, de existir uma desigualdade de gênero, do processo cultural de inferiorização da mulher e não haver divulgação do assunto nos meios de comunicação mais acessíveis à população observada no estudo.

Este estudo apresenta algumas limitações. Na realização da coleta de dados, algumas informações não constavam no prontuário, seja a indicação da realização de procedimentos como: ocitocina, episiotomia, amniotomia e algumas cesarianas, como a ausência de registro de peso e altura, o que inviabilizou a utilização de algumas variáveis. Todavia, as variáveis coletadas foram suficientes para analisar as características da assistência ao trabalho de parto e parto, de modo que os resultados foram considerados consistentes se comparados com a literatura. Analisando os dados de forma global, apesar de serem percebidos avanços quando o presente estudo é comparado aos nacionais e às pesquisas anteriores no ISEA, percebe-se que ainda existem atos de VO na instituição da pesquisa, indicando a necessidade constante de aperfeiçoamento na prática obstétrica de assistência ao parto.

5 CONCLUSÕES

- a) As mulheres atendidas na maternidade-escola que participaram desse estudo já haviam dado à luz, em média, duas vezes, apenas metade planejou a gravidez e tiveram assistência pré-natal em quase todos os casos , com cerca de sete consultas, e alcançando gestação a termo.
- b) Acerca das características da assistência ao parto na maternidade-escola em questão, observou-se que a maioria dentre as submetidas a parto normal não foram privadas de práticas comprovadamente benéficas. Práticas sem evidências comprovadas (ocitocina e amniotomia) apresentaram prevalência semelhante a estudos de âmbito nacional, porém, a amniotomia foi menor. O bem-estar proporcionado por métodos de alívio da dor não foi oferecido à grande maioria das mulheres. A quantidade de cesarianas foi maior que a de partos vaginais, como acontece em números nacionais, inclusive a maior parte das mulheres desconhecia o motivo exato que as levaram a serem submetidas à cirurgia. Dentre os partos vaginais, ainda há predominância absoluta da posição de litotomia, com os puxos dirigidos estando muito presentes. Não foram observados danos maiores aos recém-nascidos e apenas sete precisaram de reanimação.
- c) Foi observado que práticas que podem causar sofrimento à mulher ainda estão presentes e de várias formas, como não ter recebido métodos de alívio da dor e sequer ter sido informada da possibilidade. Muitas mulheres ainda receberam toques dolorosos. Algumas ainda foram submetidas à proscrita manobra de Kristeller. A taxa global de episiotomia baixa, reduzindo a níveis aquém do considerável aceitável pela OMS.
- d) A frequência de mulheres que conhecem o termo “violência obstétrica” é baixa.
- e) A quantidade de mulheres que se disse vítima de práticas violentas na gestação foi reduzida.

6 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Apesar de políticas constantes na luta pelo fim da Violência Obstétrica na maternidade do presente estudo, ainda há muitas práticas inadequadas e problemas com a assistência. É preciso capacitar a equipe, criar protocolos baseados em evidências, viabilizar formas de fiscalização e denunciar as práticas danosas.

Outro ponto importante é que a frequência de violência percebida pelas mulheres foi baixa, indicando a importância de realizar campanhas de conscientização e contribuir para o empoderamento coletivo feminino para que as mulheres tenham ciência de seu direito a uma assistência humanizada e baseada em evidências durante o parto.

A realização de estudos posteriores em nossa instituição é importante para continuar analisando a progressão da humanização da assistência, aprimorando as estratégias combativas à Violência Obstétrica, bem como desconstruindo o modelo assistencial intervencionista.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina: USP. São Paulo, 2010
- AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **RevFemina**, v. 36, n. 1, p.47-54, 2008.
- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistance to the second and third periods of labor based on evidence. **Femina**, v. 38, n. 11, p. 583–591, 2010.
- ANDRADE P. O. N., SILVA J. Q. P., DINIZ C. M. M., CAMINHA M. F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saude Matern Infant**, Recife, 16(1):29-37 jan-mar, 2016.
- BELIZÁN J.M., ALTHABE F., BARROS F.C., ALEXANDER S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ** 1999;319:1397-402
- BOWSER, D; HILL, K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. **USAID / TRAction** Project; 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Ministério da Saúde. Brasília: 2002.
- BRUGGEMANN, O. M. *et al.* Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. **Oliveira ME, Zampieri FM, Brüggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, p. 23-30, 2001.
- COSTA, N. M. da *et al.* Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. **Facene/Famene**, v. 9, n. 2, p. 45-50, 2011.
- DELASCIO D., GUARIENTO A. **Obstetrícia normal Briquet.** 3. ed. São Paulo: Sarvier; 1994.
- DESLANDES SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Colet.** 2004; vol. 9, n.1, pp.7-14.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1521-34, 2008.
- DINIZ C. S. G. et. al. Implementação da presença de acompanhantes durante a interação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2014; 30 Sup:S140-S153
- DINIZ CSG; CHAGAM A. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Palo. **Questões de Saúde Reprodutiva.** 2006; 1(1): 80-91.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, pp. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G.. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 141, 2015.

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

GUPTA, J.K.; HOFMEYER, G.J. Position for women during second stage of labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software. Issue 4, 2008.

HOTIMSKY SN. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. Trabalho proposto para apresentação no I ENADIR – **Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo** – 20 e 21 de agosto de 2009

LEAL, M. C.; GAMA, SGN. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEAL, M. DO C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. [S.l.]: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17–S32, ago. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (BR). **Datasus**: Sistema de Informações de Nascidos Vivos [Internet]. [acesso em 2016 Jan. 1]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>

MOURA, V. C., *et al.* Frequência e fatores associados com a realização de episiotomia em duas maternidades do interior do Nordeste. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 54., 2011, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Febrasgo, 2011. p. 56 - 56.

ONU. World Conference on Human Rights. Vienna 14-25 June 1993. Vienna Declaration and Programme of Action.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU In-depth study on all forms of violence against women. New York: [S.n.], 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesárias. 2015.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistance to the first period of labor based on evidence: [review]. **Femina**, v. 38, n. 10, 2010.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I.A.. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 9, n. 1, pp. 91-7, 2001.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 595-602, 2009.

SACKETT, D. L. *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **Bmj**, v. 312, n. 7023, pp. 71-72, 1996.

SANTOS FILHO, L. História da medicina no Brasil: do século XV ao século XIX. 1947.

SILVA, F. M. B. da *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, pp. 1031-38, 2013.

SOUSA, Ana Maria Magalhães. **Práticas Obstétricas na Assistência ao Parto e Nascimento em uma Maternidade de Belo Horizonte**. Scola de Enfermagem: UFMG. Minas Gerais, 2013.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. [S.l.]: 2015; Vol. 10, nº35, pp.1-12.

VENEZUELA. Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 2007.

WEI, C.Y.; GUALDA, D.M.R.; SANTOS JUNIOR, H.P.O. **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas**. *Texto Contexto Enferm.*, v. 20, n. 4, p. 717-725, 2011.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saude soc**, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.

YE J, BETRÁN AP, GUERRERO VELA M, SOUZA JP, ZHANG J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**. 2014;41(3):237-244.

APÊNDICE A – LISTA DE CHECAGEM

“VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL”

Registro n°.

Formulário n°.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres que tiveram o parto assistido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

SIM **NÃO**

SIM **NÃO**

Puerpério nas primeiras 48 horas.

SIM **NÃO**

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Incapacidade de consentir em participar (coma, retardo mental).

SIM **NÃO**

SIM **NÃO**

CONCLUSÃO

Elegível

Não elegível

SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR?

SIM

NÃO

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO DE PESQUISA PROFESSOR JOAQUIM AMORIM NETO - IPESQ

Pesquisador Responsável: Melania Maria Ramos de Amorim

Fone: (83) 98822-1514

E-mail: melania.amorim@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL”. Neste estudo pretendemos determinar a frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para assistência ao parto em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil.

O motivo que nos leva a estudar a violência obstétrica é que a violência contra a mulher pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios. A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos a Sra. será recrutada no pós-parto imediato, enquanto ainda internada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). Caso a Sra. atenda aos critérios de inclusão, e concorde em participar da pesquisa, em ambiente privativo, serão colhidas informações de identificação, endereço e contato das participantes, também serão coletados dados a respeito das características biológicas, obstétricas e neonatais, sendo essa através de entrevista e acesso ao prontuário.

A pesquisa possui risco de constrangimento durante uma entrevista, mas a Sra. terá anonimato garantido além de acompanhamento médico e psicológico, se necessário. Acreditamos que com essa pesquisa poderemos quantificar a frequência de violência entre mulheres, como a senhora, tiveram seus partos nesta maternidade e, com isso, estimular mudanças na qualidade do serviço oferecido.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A Sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador ou pelo serviço. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ), e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de

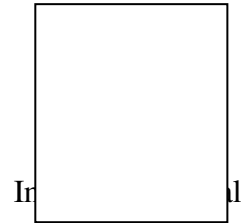
Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador
(caso necessário)



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa do CESED.

Rua: Argemiro de Figueirêdo, 1901 – Itararé.

E-mail: cep@cesed.br – telefone: (83) 2101.8857

De: Segunda a Sexta-feira das 08h às 12:00 e das 17:30 às 22:00h.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DA PESQUISA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL.

Pesquisador _____

Número do formulário:

Data do parto: ____/____/____ **Hora:** ____:____

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade Escolaridade anos completos aprovados

Peso kg Altura cm IMC

Procedência:

Campina Grande. Qual bairro? _____

Outras cidades da Paraíba. Qual? _____

Outros estados. Qual? (cidade/estado) _____

Religião:

Católica

Não católica. Qual? _____

Sem religião

Cor da pele:

1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena

Situação marital:

Casada Solteira Viúva União estável Outros _____

Condições socioeconômicas:

Trabalha? 1. Sim 2. Não. Se sim, qual a profissão? _____

Qual a renda familiar? reais

Quantos pessoas moram na sua casa? pessoas

CARACTERÍSTICAS SEXUAIS

Você se sente à vontade para falar sobre sua orientação sexual?

Se sim, você se considera: 1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Bissexual

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Paridade: Gestações Partos Abortos

Idade gestacional no momento do parto: sem dias

Fez pré-natal? Sim Não. Se sim, quantas consultas? _____

Você se sentiu mal tratada durante a assistência pré-natal? Sim Não.

Se sim, em qual trimestre? _____ Onde aconteceu? _____

Qual o tipo de violência sofrida? _____

Quem a praticou? _____

Gestação desejada? Sim Não.

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Práticas e procedimentos antes e durante o trabalho de parto:

Foi permitida a presença de acompanhante? 1. Sim 2. Não

Quem foi seu acompanhante? _____

Seu companheiro ou companheira pôde estar presente durante o trabalho de parto e o parto?

1. Sim 2. Não

Se não, por que? _____

Você teve uma doula? 1. Sim 2. Não

Você acha que teve privacidade durante o seu trabalho de parto? 1. Sim 2. Não

O que você considerou falta de privacidade? _____

Você teve um aposento somente para você durante o seu trabalho de parto? 1. Sim 2. Não

Você dividiu um quarto com outras mulheres? 1. Sim 2. Não

Quantas? _____

Tinha vaga para você no setor de pré-parto? 1. Sim 2. Não

Você teve que se sentar em sofá, cadeira ou dividir leito com outra mulher por falta de vagas?

1. Sim 2. Não

Jejum? 1. Sim 2. Não

Tricotomia? 1. Sim 2. Não

Se veio com os pelos já raspados de casa, por que? _____

Foi proibida de deambular? 1. Sim 2. Não

Foi encorajada a deambular ou mudar de posição? 1. Sim 2. Não

Houve uso de ocitocina? 1. Sim 2. Não

Se sim, foi informada, esclarecida? 1. Sim 2. Não

Concordou? 1. Sim 2. Não

Houve amniotomia? 1. Sim 2. Não

Se sim, foi informada, esclarecida e concordou? 1. Sim 2. Não

Número de toques vaginais?

Sempre que tocada foi informada, esclarecida e concordou? 1. Sim 2. Não

Houve uso de métodos de alívio de dor (banho morno, massagem, entre outros)? 1. Sim 2. Não

Se sim, qual? _____

Se não, foi informada sobre a possibilidade? 1. Sim 2. Não

Via de nascimento:

1. Normal 2. Cesariana

Se cesariana, qual a indicação anotada no prontuário? _____

Qual a indicação informada à paciente? _____

Se normal: 1. Instrumental (fórceps ou vácuo) 2. Espontâneo

Se instrumental: 1. Fórceps 2. Vácuo

Se instrumental, qual a indicação? _____

Não anotada

Foi informada à parturiente? 1. Sim 2. Não

Duração do período expulsivo (minutos)

Sabe o nome do profissional que assistiu o parto? 1. Sim 2. Não

Coincide com o nome anotado no prontuário? 1. Sim 2. Não

Se o parto foi normal, teve privacidade durante o parto? 1. Sim 2. Não

O que considerou falta de privacidade durante o parto?

Posição do parto

Litotomia

Vertical (cócoras e outras modalidades)

Lateral

Outros Qual? _____

Local do parto: 1. Mesa de parto 2. Cadeira de parto 3. Banqueta

4. Cama. 5. Centro cirúrgico 6. Outras _____

Procedimentos desnecessários:

Episiotomia 1. Sim 2. Não

Anotar foi registrado no prontuário 1. Sim 2. Não

Tipo de episiotomia: 1. Médio-lateral 2. Mediana 3. Lateral

Indicação: _____ Não anotada

(Conforme anotada no prontuário)

Manobra de Kristeller (informação da mulher) 1. Sim 2. Não

Se sim, conferir se foi registrada no prontuário 1. Sim 2. Não

Puxos dirigidos: 1. Sim 2. Não (conforme informação da mulher)

Orientação para:

Força comprida 1. Sim 2. Não

Força de cocô 1. Sim 2. Não

Trinque os dentes e faça força 1. Sim 2. Não

Outras informações:

Houve lacerações espontâneas? 1. Sim 2. Não

Grau

Necessidade de sutura 1. Sim 2. Não

Considerou a anestesia suficiente? 1. Sim 2. Não

Ações violentas no trabalho de parto:

Durante seu parto alguém:

Fez exame de toque de forma dolorosa? 1. Sim 2. Não

Pediu sua autorização para realizar o exame de toque? 1. Sim 2. Não

Quantos exames de toque recebeu? (informação da paciente)

Quantos exames de toque estão registrados no prontuário?

Negou algum tipo de método de alívio para a dor? 1. Sim 2. Não

Gritou com você? 1. Sim 2. Não

Não te informou sobre algum procedimento que estava fazendo? 1. Sim 2. Não

Se negou a lhe atender? 1. Sim 2. Não

Te xingou ou te humilhou? 1. Sim 2. Não

Te amarrou? 1. Sim 2. Não

Bateu em você? 1. Sim 2. Não

Assediou você sexualmente? 1. Sim 2. Não

Alguém lhe disse alguma frase constrangedora durante seu trabalho de parto? Quem e qual foi? _____

Durante seu parto ouviu:

Ouviu algum despropósito durante o parto? 1. Sim 2. Não

Se sim, alguma dessas frases?

Não chora que ano que vem você está aqui de novo? 1. Sim 2. Não

Na hora de fazer não chorou, por que está chorando agora? 1. Sim 2. Não

Se gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender? 1. Sim 2. Não

Se gritar vai fazer mal pro seu bebê/seu bebê vai nascer surdo? 1. Sim 2. Não

Outra? Qual? _____

O partograma foi construído corretamente? 1. Sim 2. Não

Foi realizada ausculta fetal conforme preconizado pela OMS? 1. Sim 2. Não

CONDIÇÕES FETAIS/NEONATAIS

RN vivo 1. Sim 2. Não

Apresentação Cefálica Pélvica

Variedade de apresentação

Peso ao nascer gramas

Peso fetal estimado pela USG (se houver)

Apgar 1°. Minuto Apgar 5°. Minuto

Distócia de ombro 1. Sim 2. Não

Sufrimento fetal (FCF não tranquilizadora) 1. Sim 2. Não

Necessidade de reanimação neonatal

1. Sim 2. Não

CONHECIMENTO DA TEMÁTICA

Você já escutou falar de violência obstétrica? 1. Sim 2. Não

Se sim, onde? 1. TV 2. Jornal 3. Internet 4. Amigas 5. Outro _____

Já ouviu falar de doula? 1. Sim 2. Não

Sabe o que é? Como descreveria? _____

Você acha que foi vítima em algum momento de violência obstétrica nesta instituição?

O que você acha que poderia ser feito para evitar violência obstétrica?

FATORES EXTERNOS

Dia do plantão:

Segunda-feira

Terça-feira

Quarta-feira

Quinta –feira

Sexta – feira

Sábado

Domingo

Hora do dia : : Diurno Noturno

Formação do profissional que assistiu o parto

Médico-obstetra (staff)

Médico-residente Ano _____

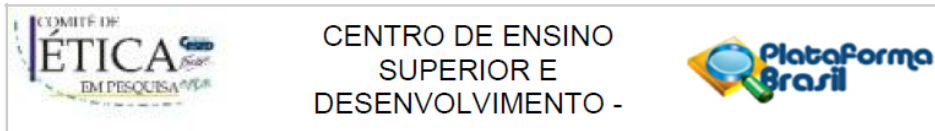
Enfermeiro(a)

Parteira

Estudante de Medicina Período: _____

Estudante de Enfermagem Período: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO EM MULHERES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA DO NORDESTE DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: Melania Maria Ramos de Amorim

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51459415.0.0000.5175

Instituição Proponente: IPESQ - Instituto Professor Joaquim Amorim Neto de Desenvolvimento,

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

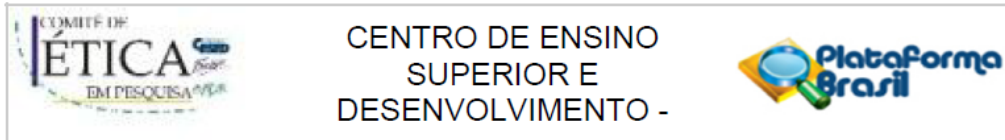
Número do Parecer: 1.423.806

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa se propõe a estudar um tema bastante discutido na literatura, "A violência obstétrica". Faz uma abordagem também do conceito de violência de gênero e sobre a importância de se conversar sobre a violência no contexto da assistência ao parto). No Brasil cerca de 25% das mulheres que tinham parido, e também proximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de violência obstétrica, seja ela através de hipermedicalização, intervenções desnecessárias, ou outras formas. Diante disso, este estudo tem o objetivo de determinar a frequência de violência obstétrica durante o parto e o puerpério em mulheres atendidas em uma maternidade-escola situada no nordeste do Brasil, e com isso estimular a reorientação das práticas de saúde envolvido a saúde da mulher. Tipo de Estudo será corte transversal. Local do Estudo Será realizado no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), na cidade de Campina Grande (PB). População e amostra A população será composta por mulheres que serão captadas durante a internação para assistência ao parto nas 48 hs.

Instrumentos para coleta de dados • Ficha de avaliação contendo questões sobre: I. Características biológicas (idade, cor/raça); II. Características sociodemográficas (procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar per capita); III. Características clínicas (patologias presentes, medicações

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 1.423.806

em uso, cirurgias antecedentes) IV. Características obstétricas (gestações, abortos, tipos de parto; intercorrências

obstétricas); Após isso, em ambiente privativo, serão colhidas informações de identificação, endereço e contato das participantes, também serão coletados dados a respeito das características biológicas, obstétricas e neonatais, sendo essa através de entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

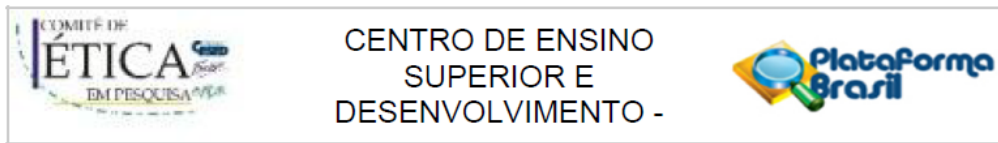
Objetivo Primário:

Determinar a frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para assistência ao parto em uma maternidade-escola do Nordeste do Brasil.

Objetivo Secundário:

1. Descrever as características biológicas (idade, cor da pele), sociodemográficas (escolaridade, procedência, religião, estado marital, profissão, renda familiar per capita), obstétricas (número de gestações e paridade; gestação planejada ou não; se houve assistência pré-natal, número de consultas, orientação para o parto durante a assistência pré-natal, percepção de violência obstétrica e idade gestacional no momento do parto); 2. Descrever as características da assistência ao parto: práticas e procedimentos durante o trabalho de parto (jejum, tricotomia, deambulação, uso de ocitocina, amniotomia, número de toques, métodos de alívio da dor); tipo de parto (cesárea, vaginal, vaginal instrumental), trabalho de parto espontâneo ou induzido; se a parturiente conhece a indicação da cesárea e se há indicação da cesárea conforme consta no prontuário; se sabe quem assistiu ao parto (formação), local do parto (centro cirúrgico, mesa de parto, banqueta de parto, cadeira de parto, cama, outros); se houve puxos dirigidos, Kristeller, cardiotocografia e permissão para a permanência de um acompanhante durante o trabalho de parto; condições neonatais (apresentação, peso, idade gestacional ao nascer, Apgar, contato pele a pele precoce, amamentação na sala de parto, distocias, necessidade de reanimação neonatal, necessidade de UTI neonatal, feto morto); 3. Descrever situações que podem ter causado sofrimento para a mulher de acordo com sua percepção: não ter recebido método para alívio da dor; ter recebido toque sem aviso e sem consentimento ou toque doloroso; ter ouvido ofensas, frases inoportunas ou qualquer forma de agressão verbal ("Não chora que ano que vem você está aqui de novo", "Na hora de fazer não chorou, por que está chorando agora?", "Se gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender", "Se gritar vai fazer mal pro seu bebê/seu bebê vai nascer surdo"); episiotomia, cesárea

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 1.423.806

ou parto instrumental sem consentimento; 4. Determinar a frequência de mulheres que conhecem o termo "violência obstétrica"; 5. Determinar a frequência de violência obstétrica conforme percebida pela mulher (tanto por conhecimento do tema ou por ter sido vítima de uma ou mais situações citadas anteriormente); 6. Determinar a frequência global de violência obstétrica, referidas como pela vítima ou percebida pela análise de práticas e procedimentos danosos e prejudiciais conforme os dados do questionário; 7. Determinar a associação da violência obstétrica com as variáveis biológicas, sociodemográficas e obstétricas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo é classificado como de risco mínimo por apenas haver entrevistas. Os riscos serão minimizados com a garantia de anonimato, além do uso de um ambiente reservado para garantir que a coleta de dados não seja constrangedora. Serão obedecidas as normas para realização de pesquisas em seres humanos, dispostas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e só terá início após aprovação.

Benefícios:

As informações obtidas neste estudo serão úteis para fornecer dados acerca da frequência de violência obstétrica contra mulheres internadas para a assistência ao parto.

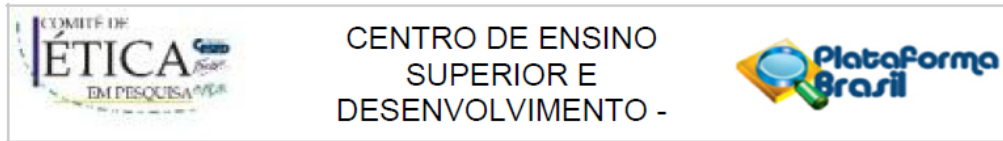
O estudo irá permitir um maior conhecimento, por parte das mulheres e profissionais, e divulgação do que é violência obstétrica. Além disso, servirá para nortear políticas públicas centradas na proteção da mulher e de humanização da assistência ao parto. Caso seja necessário, os pesquisadores se comprometem a encaminhar as mulheres que necessitarem para um serviço público onde exista acompanhamento médico e psicológico.

Percebe-se que a realização desse estudo proporcionará relevante contribuição científica no âmbito da saúde da mulher, servindo como estímulo para a realização de novos estudos explorando o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indiscutivelmente o projeto apresenta relevância social e acadêmica. Recomendamos que as perguntas do questionário sejam melhor formuladas, para evitar constrangimento e tendenciosidade na resposta.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 1.423.806

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão adequados.

Recomendações:

1 - Para a análise da frequência de um evento, o método transversal é adequado, entretanto, tendo em vista a multiplicidade de fatores envolvidos com a definição e a percepção da violência obstétrica, questiona-se se a melhor abordagem metodológica não seria o tipo qualitativo de pesquisa?

2 - O objetivo específico 5 se propõe a quantificar a violência obstétrica percebida pela mulher. O fato de ela conhecer sobre o tema já o inclui na estatística? O fato de ela responder "sim" a alguma pergunta significa que ela efetivamente percebe aquele ato como violência ("tanto por conhecimento do tema ou por ter sido vítima de uma ou mais situações citadas anteriormente")?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise verificou-se que o pesquisador atendeu as pendências elencadas anteriormente, dessa forma somos do parecer APROVADO.

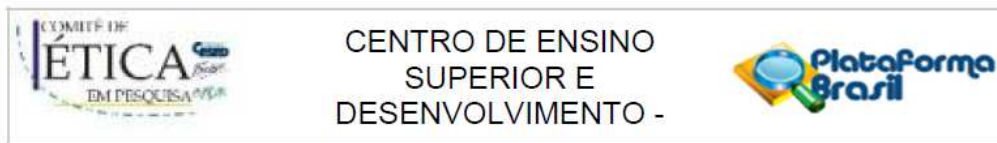
Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado e APROVADO através de Ad-referendum. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá enviar relatório final através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – CESD.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_635341.pdf | 25/02/2016 02:22:44 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_VO_platBr.pdf | 25/02/2016 02:21:40 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_ASSENTIMENTO_PARA_MENORES.docx | 24/02/2016 03:44:50 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_PESQUISA_EM_ARQUIVOS.pdf | 21/01/2016 17:45:43 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / | TCLE.doc | 21/01/2016 17:38:17 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 1.423.806

| | | | | |
|---------------------------|---|------------------------|----------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 21/01/2016 17:38:17 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| Outros | TERMODECOMPROMISSODOPEQUI SADORRESPONSAVEL.pdf | 29/11/2015 19:12:45 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| Outros | TermodeautorizacaooinstitucionalPESQ. pdf | 29/11/2015 19:11:42 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| Outros | TermodeautorizacaooinstitucionalISEA.p df | 29/11/2015 19:10:48 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| Outros | DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf | 29/11/2015 19:09:35 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 29/11/2015 19:06:05 | Melania Maria Ramos de Amorim | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 25 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Rosana Farias Batista Leite
(Coordenador)

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br