

# A ENFERMAGEM CENTRADA NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA 2



MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA  
(ORGANIZADORA)

**Atena**  
Editora

Ano 2020

# A ENFERMAGEM CENTRADA NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA 2



MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA  
(ORGANIZADORA)

**Atena**  
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Natália Sandrini

**Edição de Arte:** Lorena Prestes

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E56 A enfermagem centrada na investigação científica 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86002-14-0

DOI 10.22533/at.ed.140200903

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade.

CDD 610.73

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “A Enfermagem Centrada na Investigação Científica” apresenta em seu segundo volume 18 artigos científicos que abordam assuntos atuais e, mediante a importância, a necessidade de atualização e acesso a informações de qualidade, os artigos elencados neste e-book contribuirão efetivamente para disseminação do conhecimento a respeito das diversas áreas da Enfermagem, proporcionando uma visão ampla sobre conhecimento científico.

Desse modo, os profissionais de enfermagem devem estar comprometidos com o processo de desenvolvimento da pesquisa científica em todas as etapas de sua profissão, sendo o enfermeiro o profissional integrante da equipe multiprofissional que colabora para a construção dessa atividade, fundamentando assim suas ações em meios científicos.

Com isso, para que o enfermeiro execute essa atribuição dentro da equipe multiprofissional é necessário que este esteja envolvido na produção da investigação científica durante o período da sua formação e posteriormente, agregando-o a sua prática diária.

Assim, o conhecimento científico entendido como uma atividade intelectual pode impulsionar os profissionais de enfermagem, a desenvolver por meio do raciocínio investigativo o hábito de, pela pesquisa buscar respostas para o cuidar qualificado, com evidências científicas e resolutividades às necessidades dos indivíduos, atuando como multiplicador de conhecimentos científicos em diversas áreas da enfermagem.

Nesse contexto, há que se considerar que o conhecimento científico é um fator fundamental e impulsionador do desenvolvimento de um país e de uma sociedade, instituindo-se como fonte confiável e legítima para entender e explicar o desconhecido.

Logo, investigação científica é a pesquisa que utiliza um método científico para solucionar problemas ou questões, que na Enfermagem podem estar voltadas a uma sucessão de assuntos, que abrangem, principalmente, a assistência, a gestão e o ensino.

Para os interessados em investigação científica na área de enfermagem, sugiro a leitura deste livro que reúne artigos científicos importantes voltados para a formação e para educação continuada dos membros da equipe de enfermagem, esse conjunto articulado de forma organizada e aperfeiçoada tenta aproximar a ciência da prática e assim, tornar a investigação científica mais significativa.

Portanto, desejo a todos uma ótima leitura!

Marilande Carvalho de Andrade Silva

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A RELEVÂNCIA DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE	
Rhuani de Cássia Mendes Maciel	
Glaucia Maria de Oliveira Farias	
Emanuel Pereira dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1402009031</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>4</b>
AS TECNOLOGIAS DE CUIDADOS EMPREGADAS POR ENFERMEIROS NO CUIDADO A RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Orácio Carvalho Ribeiro Júnior	
Ariane Galvão de Oliveira	
Thais Moreno Lima	
Jéssica de Souza Gouveia	
Nadiele Alves Ribeiro	
Tatiane Silva de Araújo	
Suzana Maria da Silva Ferreira	
Lucas Luzeiro Nonato	
Luiz Antônio Bergamim Hespanhol	
Gleiciane dos Santos	
Nelisnelson da Silva Oliveira	
Eloysa Maria Oliveira Rêgo	
Murilo Henrique Nascimento Araújo	
Tatiane Alves de Jesus	
Elaine da Silva de Aquino	
Letícia Batista Mendonça	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1402009032</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>15</b>
BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL NO PREPARO PARA A TERAPIA INTRAVENOSA: PERCEPÇÃO DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR HOSPITALIZADA	
Ana Paula de Alcântara Ferreira	
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz	
Najara Rodrigues Dantas	
Ana Débora Alves Leite	
Joseph Dimas de Oliveira	
Karla Jimena Araújo de Jesus Sampaio	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1402009033</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>27</b>
CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE: O DESAFIO DE EMBASAR UMA IDEIA COMPLEXA	
Prisciane Cardoso Silva	
Evelyn de Castro Roballo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1402009034</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>34</b>
DESAFIOS DA GESTÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Rafael Mondego Fontenele	
Josilene de Sousa Bastos	
Vanusa de Brito Cascaes	
Hariane Freitas Rocha Almeida	

Jôina da Silva Lima  
Kezia Cristina Batista dos Santos  
Isnara Miranda Santos de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.1402009035**

**CAPÍTULO 6 ..... 46**

DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO DE LITERATURA

Cláudio José de Souza  
Ivana Santos da Silva  
Letícia Richelli dos Santos  
Luana Benatti Cardozo  
Zenith Rosa Silvino  
Deise Ferreira de Souza  
Cristina Lavoyer Escudeiro  
Fabiana Lopes Joaquim

**DOI 10.22533/at.ed.1402009036**

**CAPÍTULO 7 ..... 64**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO METODO CANGURU

Nanielle Silva Barbosa  
Kauan Gustavo de Carvalho  
Laércio Bruno Ferreira Martins  
Francisco Florêncio Monteiro Neto  
Deise Mariana Aguiar da Costa  
Vanessa Maria Oliveira Viana  
Vera Alice Oliveira Viana  
Amanda Freitas de Andrade  
Kássia Monicléia Oliveira Evangelista  
Kayron Rodrigo Ferreira Cunha  
Everton Carvalho Costa  
Carlos Henrique Nunes Pires

**DOI 10.22533/at.ed.1402009037**

**CAPÍTULO 8 ..... 75**

ESCALA DE CHEOPS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tamires Camara Souza  
Maiane da Silva Fernandes

**DOI 10.22533/at.ed.1402009038**

**CAPÍTULO 9 ..... 79**

O PARTO É NOSSO: EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A VIDA DAS MULHERES

Renata di Karla Diniz Aires  
Karla Corrêa Lima Miranda  
Laís Celeste Medeiros Mendes da Fonseca  
Camila Cristina Girard Santos  
Beatriz Maia Vasconcelos  
Anne Caroline Gonçalves Lima  
Ana Carla Dias Rodrigues  
Suane Priscila dos Santos Antunes  
Luara Campos da Silva  
Ravena Gentil de Castro  
Alex Dumas Souza Campos



Vitor Hugo Pantoja Souza

DOI 10.22533/at.ed.1402009039

**CAPÍTULO 10 ..... 92**

O PERCURSO LEGAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA CLASSE HOSPITALAR NO BRASIL

Karine de Alcântara Figueiredo

Tânia Cristina de Oliveira Valente

DOI 10.22533/at.ed.14020090310

**CAPÍTULO 11 ..... 97**

O USO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A TRANSFORMAÇÃO DA FORMAÇÃO EM OBSTETRÍCIA: PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS

Renata di Karla Diniz Aires

Karla Corrêa Lima Miranda

Beatriz Maia Vasconcelos

Samara Janice de Albuquerque Santos

Wanessa de Nazaré Rodrigues de Moraes

Samara de Castro Martins

Flávia Maclina da Silva Picanço

Juliana Maia Gomes

Glória de Oliveira Monteiro

Sayara Teixeira Potter da Rosa

Ana Carolina de Almeida Paiva

Arley Henrique Rocha das Neves

DOI 10.22533/at.ed.14020090311

**CAPÍTULO 12 ..... 105**

OS BENEFÍCIOS DO MÉTODO MÃE CANGURU: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Furtado da Rosa

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Thamires Ramos Raibolt

Isamara Carvalho da Silva

Renata Leal Zacher

DOI 10.22533/at.ed.14020090312

**CAPÍTULO 13 ..... 120**

PERFIL DE ÓBITOS FETAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA

Michelle Araújo Moreira

Cátia Luiza da Silva Barbosa

Carla Daiane Costa Dutra

José Carlos de Araújo Junior

DOI 10.22533/at.ed.14020090313

**CAPÍTULO 14 ..... 134**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS DE UM MUNICÍPIO RURAL DO OESTE CATARINENSE

Maria Isabel Gonçalves da Silva

Clenise Liliane Schmidt

Cássio Michelin

Clodoaldo Antônio De Sá

Vanessa da Silva Corralo

DOI 10.22533/at.ed.14020090314

**CAPÍTULO 15 ..... 147**

**RASTREAMENTO CITOLÓGICO E MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO PIAUÍ**

Grasyele Oliveira Sousa  
Mariana Silva Souza  
Bruno Nascimento Sales  
Edimilson Gomes Ribeiro Júnior  
Edenilson Sousa Ribeiro  
Natália Rodrigues da Silva  
Ana Roza Carvalho Silva  
Ana Paula Melo Oliveira  
Francilene Coelho Santos  
Rônalde da Silva Leite  
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira  
Carlíane Maria de Araújo Souza

**DOI 10.22533/at.ed.14020090315**

**CAPÍTULO 16 ..... 159**

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR NA ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: ESTAMOS PREPARADOS?**

Viviane de Oliveira Cunha  
Nadinne Ferreira Oliveira  
Lucineide Sousa Penha Silva  
Anádia de Moura Oliveira  
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura  
Cicero Rafael Lopes da Silva  
Maria Leni Alves Silva  
Crystianne Samara Barbosa Araújo

**DOI 10.22533/at.ed.14020090316**

**CAPÍTULO 17 ..... 167**

**REDES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES**

Renata di Karla Diniz Aires  
Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva  
Amelina de Brito Belchior  
Francisco Clécio da Silva Dutra  
Juliana Valéria Assunção Pinheiro de Oliveira  
Juliana Pontes Nobre  
Francisca Josiane Barros Pereira  
Luana Silva de Sousa  
Ana Karoline Barros Bezerra  
Carla Siebra de Alencar  
Annelise Bezerra de Aguiar  
Ismael Briosso Bastos

**DOI 10.22533/at.ed.14020090317**

**CAPÍTULO 18 ..... 174**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES DE ALTO RISCO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE**

Michelle Araújo Moreira  
Taã Pereira da Cruz Santos

**DOI 10.22533/at.ed.14020090318**

<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>188</b>
USO DA ESCALA DE CRIES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA	
Maiane da Silva Fernandes	
Tamires Camara Souza	
<b>DOI 10.22533/at.ed.14020090319</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>191</b>
VISITA A MATERNIDADE: ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CURSO PARA GESTANTES	
Aline Furtado da Rosa	
Maria Eduarda da Silva Possato	
Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas	
Ana Beatriz Azevedo Queiroz	
Tatiana Starck do Amaral Diniz	
Samara Belisa Vieira Lobo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.14020090320</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>197</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>198</b>

## O PARTO É NOSSO: EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A VIDA DAS MULHERES

Data de aceite: 20/02/2020

Data de Submissão: 01/12/2019

### **Renata di Karla Diniz Aires**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: 0000-0003-4150-0549

### **Karla Corrêa Lima Miranda**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: <http://lattes.cnpq.br/6324444734722026>

### **Laís Celeste Medeiros Mendes da Fonseca**

Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4906108054364116>

### **Camila Cristina Girard Santos**

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7013761033077942>

### **Beatriz Maia Vasconcelos**

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0803162982901375>

### **Anne Caroline Gonçalves Lima**

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3920170461921933>

### **Ana Carla Dias Rodrigues**

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3888392941675319>

### **Suane Priscila dos Santos Antunes**

Universidade da Amazônia (UNAMA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8983534823856686>

### **Luara Campos da Silva**

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7733933999255222>

### **Ravena Gentil de Castro**

Universidade Federal do Tocantins (UFTO)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9209263109661028>

### **Alex Dumas Souza Campos**

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9230369067913879>

### **Vitor Hugo Pantoja Souza**

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4672246216606400>

**RESUMO:** A partir do século XX, começou a ocorrer no Brasil um processo intenso de medicalização e hospitalização do parto, marcando o fim da feminilização do parto e, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, numa

tentativa de controlar um fenômeno de dimensão impalpável, e criando padrões para os corpos das mulheres. Este artigo teve como objetivo analisar as implicações da medicalização dos processos reprodutivos como forma de violência obstétrica e suas repercussões para a vida das mulheres. O estudo revelou que existe uma banalização da medicalização do parto, repercutindo em consequências físicas e psicológicas altamente danosas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicalização; Parto; Violência Obstétrica.

## THE BIRTH IS OURS: EXPERIENCE OF OBSTETRIC VIOLENCE AND ITS IMPLICATIONS FOR WOMEN'S LIVES

**ABSTRACT:** From the twentieth century onwards, an intense process of medicalization and hospitalization began in Brazil, marking the end of the feminization of labor and leading to the predominance of hospital delivery, marked by surgical interventions, in an attempt to control a phenomenon of dimension Impalpable, and creating patterns for the bodies of women. This article aimed to analyze the implications of the medicalization of reproductive processes as a form of obstetric violence and its repercussions for the lives of women. The study revealed that there is a banalization of the medicalization of childbirth, resulting in highly harmful physical and psychological consequences.

**KEYWORDS:** Medication; Childbirth; Obstetric Violence.

### 1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, os partos e cuidados pós-parto eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas mulheres eram de inteira confiança e detinham um saber empírico sobre a gestação parto e puerpério (ROCHA, 2011).

É recente a presença da mulher dentro dos hospitais durante o parto se considerarmos o tempo de existência humana. O cenário hospitalar surgiu há muito pouco tempo dentro do contexto do nascimento.

O processo de parturição é um fenômeno fisiológico, onde a capacidade de parir é intrínseca à existência feminina. A continuidade da humanidade necessita, diretamente, da capacidade de reprodução. Até meados do séc. XX, o modelo de parto e nascimento no Brasil era centrado num modelo domiciliar, onde as mulheres eram assistidas, em sua grande maioria, pelas parteiras.

A Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores no parto(DINIZ, 2005).

Associado a isto, no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, com os avanços tecnológicos e conhecimentos adquiridos pelos médicos como a anestesia

e a antibioticoterapia, a institucionalização do parto começou a ocorrer de forma muito expressiva. Com o domínio da técnica, o parto deixa de ser um fenômeno fisiológico, e a cesariana começa a ganhar forma de excelência para a resolução da gravidez(DINIZ, 2005).

A obstetrícia assumiu o papel de salvadora. As mulheres, que antes era condenada pela Igreja a pagar pelo chamado pecado original e, portanto, segundo os preceitos bíblicos deveriam passar por uma experiência de parto sofrida – *parirás com dor* – passou a ser a vítima da natureza, sendo dever do obstetra intervir para antecipar os perigos do “desfiladeiro transpelvino” e combatê-lo (DINIZ, 2005).

A partir do século XX, começa a ocorrer no Brasil um processo intenso de medicalização e hospitalização do parto, associado ao surgimento de grandes metrópoles e construção de grandes hospitais, marcando o fim da feminilização do parto e, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas (COLACIOPPO e col., 2010)

Com o uso indiscriminado de cesáreas e episiotomias desnecessárias, a inserção do médico no cenário do parto e com a criação do fórceps de alívio pelo cientista Peter Chamberlain, a parteria tradicional começa a sofrer um declínio e a intervenção masculina no cuidado ao parto começa a ser cada vez mais concretizada (SEIBERT , 2008).

A assistência ao parto cerceada de intervenções começou a difundir-se baseadas em consensos e práticas de rotina sem embasamento científico. Com a criação extensiva de faculdades de medicina e residências em obstetrícia, o corpo feminino tornou-se objeto de estudo. Com a ritualização do parto, a pelve feminina era estudada matematicamente numa tentativa de controlar um fenômeno de dimensão impalpável, e criando padrões para os corpos das mulheres, tão diferentes umas das outras, resultando em nascimentos semelhantes a produções em série.

Diante da banalização do intervencionismo no cuidado ao parto, em 1996 a Organização Mundial de Saúde lança um manual de recomendações baseadas em evidências científicas para o cuidado humanizado ao parto normal de risco habitual, buscando, assim, combater a “adoção sem críticas de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias” onde o parto normal era conduzido da mesma forma que o parto complicado, culminando, em grande parte dos casos, na transformação de um evento fisiológico em um evento potencialmente patológico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Com este manual, começa a ser inserido no contexto obstétrico, uma nova visão de assistência à parturiente: a visão da medicina baseada em evidências.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) consiste em um uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores evidências científicas correntemente disponíveis

para tomar decisões relativas ao cuidado de pacientes individuais. (AMORIM, 2011). A prática da MBE consiste na integração de experiência clínica individual, melhores evidências clínicas disponíveis obtidas em pesquisas sistemáticas e as características e expectativas dos pacientes (AMORIM, 2011)

Este estudo trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que objetivou analisar as implicações da medicalização dos processos reprodutivos como forma de violência obstétrica e suas repercussões para a vida das mulheres.

## **2 | A BUSCA PELA RETOMADA DA AUTONOMIA DA MULHER**

Existem dois modelos de assistência ao parto vigentes no Brasil. O modelo tecnocrata, centrado nas necessidades do profissional, onde prevalecem as rotinas cirúrgicas, alta medicalização e grande número de intervenções; e o modelo humanista, centrado na mulher, que propõe ser o menos invasivo possível e proporcionando um ambiente acolhedor e saudável para a vivência do parto e nascimento (RATTNER, 2009).

O termo humanismo já foi usado com diversos aspectos, sob diversas interpretações. Fernando Magalhães – “pai” da obstetrícia brasileira – e o professor Jorge de Rezende, interpretavam que a narcose e o fórceps de alívio vieram humanizar a assistência prestada aos partos naquele período (DINIZ, 2005).

Nota-se uma apropriação dos fenômenos femininos - gravidez, menstruação, puerpério-, pela ciência médica e a instituição de um poder simbólico que usa o conhecimento científico para impor domínio sobre o corpo da mulher, transformando eventos fisiológicos em patológicos. Foucault (2007) ressalta a natureza política no desenvolvimento da medicina como uma estratégia biopolítica da sociedade capitalista a fim de obter um controle social através dos corpos.

Em contraponto a esse modelo intervencionista e hospitalocêntrico, sob forte influência do movimento feminista, o humanismo resurge com outra face, tendo como princípio norteador não seguir o modelo convencional, elevando a mulher a condição de sujeito, dando-lhe direito a escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto (MEDINA, 2003).

## **3 | POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER**

Até o final da década de 70, o serviço prestado à saúde da mulher era fragmentado e apenas focado na geração de filhos saudáveis. O parto, frequentemente, era visto com um evento médico isolado, desconsiderando as expectativas e

experiências de vida da mulher, expondo-as a intervenções obstétricas danosas, ofensas, dores, humilhações e preconceitos acerca da sua sexualidade.

Diante disso, o movimento feminista trouxe como proposta a incorporação de melhores condições de assistência ao parto à saúde da mulher. Essa articulação do movimento de mulheres junto aos profissionais de saúde deu origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 pelo ministério da saúde para atender integralmente as demandas das mulheres (MATOS et. al., 2013). O PAISM, de certa forma, rompeu com as políticas assistenciais reducionistas da época, ampliando a visão sobre a mulher, englobando inclusive, segmentos que estavam à margem dos serviços de saúde.

Com o intuito de ofertar uma melhor assistência a saúde materno-infantil no Brasil, surge o Programa de Humanização do Sistema Único de Saúde (2000), especificamente seu braço voltado para a atenção ao Pré-natal e Nascimento, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado por meio da Portaria GM n. 569 de 01/06/2000, é considerado uma grande conquista para a sociedade brasileira, visto que o mesmo baseia-se nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde e apresenta políticas que reconhecem a autonomia e os direitos humanos dos usuários. O programa tem por objetivo melhorar o acesso, cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério (MATOS et. al., 2013).

Em 2011, a Portaria Nº 1.459/11, institui no âmbito do SUS, “uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério”, denominado Rede Cegonha (BRASIL, 2011). O Rede Cegonha estrutura-se a partir de componentes que visam garantir atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres.

De fato existe um movimento amplo para a melhora da assistência ao parto e nascimento centrado nas necessidades do sujeito, porém esse movimento ainda esbarra nos interesses individuais das instituições e profissionais de saúde.

Alguns estudos demonstram que a fala das parturientes frente a fala do profissional que a assiste resulta num jogo de poder desigual, onde a mulher não é reconhecida com discurso dominante. Ao questionar a opinião de médicos e pacientes em relação à preferência de via de parto, foi identificado que os médicos declaram que as pacientes manifestam preferir cesárea, no entanto, as mulheres relataram a preferência pelo parto normal (SALGADO, 2012). O estudo permite concluir que a justificativa dada pelos médicos para justificar os altos índices de cesáreas eletivas no país é insustentável.

A imposição da cesárea eletiva “indolor e inofensiva” na cultura das mulheres brasileiras também tem sido vista como uma forma de violência, porque além de ser um procedimento invasivo e desnecessário, oferece riscos a curto e longo



prazo para a mãe e o bebê. O Brasil lidera o ranking na América Latina, segundo a Unicef, com mais de 50% de nascimentos através da cirurgia. O índice sobe consideravelmente quando se olha apenas para os hospitais particulares. Em 2010, 81,83% das crianças que nasceram via convênios médicos, vieram ao mundo por cesarianas. Em 2011, o número aumentou para 83,8%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (DIP, 2013). Os índices de cesáreas eletivas têm aumentado sistematicamente no Brasil, em total detrimento às recomendações da OMS de apenas 15 %.

Segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, divulgada pela Fiocruz e pelo Ministério da saúde, os índices de cesárea crescem a cada ano. Segundo a pesquisa, das 23.894 mil mulheres entrevistadas que tiveram seus filhos em maternidades brasileiras públicas e privadas, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, a taxa de cesárea foi de 52% dos nascimentos, chegando a 88% na rede privada (FIOCRUZ, 2014).

A Violência obstétrica é um crime silencioso, que atinge os direitos humanos – integridade corporal, autonomia, não discriminação, saúde e benefícios do progresso científico e tecnológico- de mulheres durante todo o período perinatal. Trata-se da imposição de intervenções danosas praticadas de forma corriqueira por parte dos profissionais de saúde de forma autoritária e iatrogênica em total detrimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

#### **4 | A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS RELAÇÕES DE GÊNERO**

A percepção de violência obstétrica é muito particular, e nem todas as mulheres são conscientes das violências sofridas. As narrativas de vivências de parto e nascimento, em geral, revelam uma naturalização da violência obstétrica no âmbito do ambiente hospitalar.

Como violência física, destacam-se o uso abusivo de toques, restrição de alimentação e locomoção, manobras de kristeller, realização de episiotomias de rotina, indicações de cesáreas desnecessárias e uso indiscriminado de ocitocina sintética.

Em contrapartida, a violência psicológica surge a partir de: restrição de acompanhante, desvalorização das queixas/demandas da parturiente, abandono, violação da intimidade da mulher, exposição a situações vexatórias e ofensivas, comunicação verbal discriminatória e agressiva.

A forma de tratamento através dos vocativos “mãe” ou “mãezinha” como forma de tratamento estabelecida pela equipe, como um gesto “carinhoso” de tratar a mulher, pode ser entendido também como uma forma de diminuir a mulher e impor

a autoridade do profissional.

Em muitos casos, a mulher perde sua identidade, e passa a ser reconhecida apenas pelo papel social de “mãe”. O papel para o qual as mulheres são “convidadas” a ocupar é reducionista e pautadas na concepção de que a dor e o sofrimento são inerentes ao processo de parto, e, portanto, devem ser aceitos pela mulher-mãe com obediência e resiliência.

Neste contexto, a violência obstétrica caracteriza-se pela objetificação da mulher, que não é reconhecida como um sujeito, e sim como um objeto de intervenção para se chegar a um fim (AGUIAR & D’OLIVEIRA, 2011).

O modelo de “mãe” reconhecido socialmente como aceitável diz respeito a uma figura capaz de suportar todo e qualquer sofrimento no que tange ao exercício da maternidade. A naturalização da dor encontra-se arraigada culturalmente ao processo de parto. Muitas encaram a dor como um sofrimento necessário, uma forma de superação, de tornar-se mulher; outras encaram a dor como um anúncio de chegada do bebê, mas que não está necessariamente atrelado ao sofrimento. Tal naturalização da dor não afasta o medo, nem tampouco exclui a necessidade individual de alívio de dor.

Associado à ideia de que a dor e o sofrimento são inerentes ao processo de parto, o tratamento violento é visto de forma natural, normal para o contexto obstétrico. As práticas de cuidado ao parto vêm sendo historicamente construídas com base no pressuposto de que para parir, a mulher precisa sofrer quase como uma punição pelo prazer alcançado durante a concepção do feto.

## **5 | A REPERCUSSÃO PARA A VIDA DAS MULHERES:**

Winnicott (2000), fala da importância de garantir para o binômio mãe-bebê um nascimento respeitoso, não somente em respeito aos direitos humanos e reprodutivos da mulher, como também protegendo a relação “em construção” de um possível comprometimento.

Ao realizar o levantamento bibliográfico, observou-se que as produções que abordavam o tema “violência psicológica” eram direcionadas muito mais para a violência doméstica. Os estudos que abordam violência psicológica institucional são muito reduzidos e vem sendo produzidos ainda muito timidamente, embora o tema não seja “novo”, o que nos leva a supor que a violência psicológica presente durante o período perinatal, em muitos casos, ocorre de maneira velada, consentida e banalizada (SILVA et. al., 2007).

Alguns estudos afirmam que a atitude de dificultar a permanência de um acompanhante junto à parturiente está relacionada ao despreparo, inclusive psicológico, dos profissionais para fornecer o apoio desejado, alegando, portanto,

que o acompanhante atrapalharia a conduta médica (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

Sabe-se que a permanência de um acompanhante nas dependências do hospital geram demandas que, certamente, fariam com que a equipe profissional fosse mais solicitada e seria, portanto, mais uma “preocupação”. No entanto, considerando que no momento do parto o foco é a mulher, é de fundamental importância que ela esteja em companhia de alguém da sua confiança e que possa lhe oferecer o apoio necessário.

Hodnett et. al. (2011) verificou que o suporte contínuo intraparto promovem benefícios significativos para as mulheres e bebês e sobre o bem-estar no período puerperal. Comparando a diferença dos resultados de mulheres que tiveram suporte prestado por um familiar, uma doula, um profissional da equipe técnica e mulheres que não tiveram acesso a suporte contínuo, destacou-se o trabalho da doula como tendo maiores efeitos benéficos para o binômio mãe-bebê (HODNETT et al.,2011).

Providenciar apoio contínuo intraparto aumenta as chances de parto vaginal espontâneo, reduz a duração do trabalho de parto e uso de analgesia, reduz a incidência de cesariana e parto instrumental, diminui a ocorrência de bebês que nascem com escore de Apgar menor que 7 no 5º minuto e as mães expressam maior satisfação com a experiência do nascimento(AMORIM, 2011).

Diante de tais evidências, entende-se que o ambiente hospitalar deveria prover à mulher suporte contínuo visando os comprovados benefícios desta prática, ofertando e facilitando, inclusive, o suporte de doulas, e garantindo o cumprimento da Lei do Acompanhante.

A Organização Mundial de Saúde (1996) define violência como “a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis”, compreendendo, também, sofrimentos de ordem psicológica. O linguajar utilizado entre profissional de saúde e usuária do serviço precisa ser respeitoso e de confiança. Todavia, as atitudes apresentadas pelos profissionais, especialmente suas falas, foram consideradas desrespeitosas e hostis.

Dias e Ramos (2003), compreendem violência na esfera do campo semântico, como sendo “uma relação assimétrica, querendo significar hierarquia, poder, com fins de dominação, exploração e opressão”.

A ideologia construída durante a história da obstetrícia de naturalização da inferioridade física e moral da mulher, de sua condição de reprodutora como seu único e definitivo papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam alvo de domínio e controle da medicina, permite e legitima a exposição das mulheres a sofrimentos desnecessários que podem trazer consequências drásticas e irreparáveis.

O estado emocional e psicológico materno no pós-parto influencia em seu relacionamento com o bebê. Para Byrom et. al. (2010), “a morbidade psicológica

pós-natal pode ser associada com uma série de eventos estressantes”, dentre eles “a experiência de parto traumática”.

Tais experiências podem ocasionar sintomas de depressão e ansiedade, causar interferência nos cuidados com o bebê, na amamentação, no estabelecimento do vínculo, podendo, inclusive, influenciar o desenvolvimento do recém-nascido por conta do desmame precoce (BYROM et. al. 2010).

Observa-se, portanto, que os desequilíbrios emocionais provocados por experiências traumáticas são um fato, e que, assim como as consequências físicas, as psicológicas também poderiam ser evitadas caso houvesse de fato uma abordagem e acompanhamento das parturientes/puérperas pautados nos preceitos da humanização.

O cuidado que propomos exige uma atitude sensível de acolhimento. Por pensarmos desta forma, nos opomos à assistência sustentada pelas rotinas rígidas das instituições de saúde, cerceada por intervenções desnecessárias, pela invasão dos corpos, que agride, traumatiza e impede as mulheres de exercerem integralmente seu protagonismo.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obstetrícia, como toda e qualquer ciência, é uma construção social. Portanto, não é isenta de conflitos, influências, pressão econômica, política e social. As questões relacionadas à violência obstétrica não ficam distantes disto. Ao iniciarmos esta pesquisa, partimos do pressuposto de que a violência obstétrica existia sustentada pelo estereótipo do papel social da mulher. Seria, portanto uma violência de gênero, baseados na desvalorização e submissão da mulher, institucionalizada pelas ideologias médicas.

A partir do momento que os processos reprodutivos começaram a passar por um processo de medicalização, a assistência ao parto tornou-se uma busca constante para controlar um fenômeno de dimensões impalpáveis. Com a medicina assumindo as rédeas da assistência ao parto e nascimento, houve uma quebra na atuação da mulher como protagonista da sua história.

No Brasil, os esforços para a disseminação da prática do cuidado ao parto centrado na mulher vêm buscando através de diversas políticas de saúde, modificar o atual contexto obstétrico intervencionista e tecnocrata. No entanto, apesar de haver um grande avanço, ainda há muito a ser trabalhado.

Acredita-se existe uma banalização da violência obstétrica no cotidiano das relações interpessoais nas instituições de saúde. A descontinuidade da assistência pré-natal, a falha na vinculação da gestante às maternidades, a reduzida disponibilidade de estrutura física e de profissionais capacitados para a assistência

ao parto normal, são fatores que dificultam a formação de vínculos de confiança entre as usuárias e os serviços de saúde.

O nascimento e o parto são direitos humanos fundamentais e direitos civis invioláveis, e as mulheres têm sido encorajadas pelos movimentos sociais a rejeitar o papel coadjuvante e adotar uma postura ativa no seu parto. Entretanto, queixaram-se quanto à falta de comunicação saudável e de confiança, e pela prevalência de intervenções e procedimentos técnicos impostos deliberadamente em detrimento à sua autonomia de decidir livremente sobre os cuidados a serem prestados a ela e seu bebê.

Notou-se que existe uma imposição de um suposto poder hierárquico do profissional de saúde em relação à mulher. Este poder simbólico, além de causar experiências traumáticas, também colaborava para a manutenção do paradigma do isolamento imposto à parturiente. Infelizmente, hoje, dez anos após a criação da Lei do Acompanhante, ainda existem relatos de mulheres que pariram sozinhas.

Conclui-se, que o cuidado prestado às depoentes, esteve à mercê de práticas tecnocratas, resultando em uma dificuldade muito grande em promover de fato o protagonismo da mulher durante o parto e nascimento.

A violência obstétrica é uma realidade, e ainda ocorre de maneira “silenciosa”. A medicalização dos processos reprodutivos e a imposição de um modelo intervencionista de cuidado não respeita o direito das mulheres de ter autonomia para decidirem sobre o cuidado a ser prestado. E o medo de retaliações, muitas vezes acaba por calar as reivindicações das parturientes.

De fato, a retomada pelo protagonismo da mulher durante o processo de parto e nascimento ainda ocorre de maneira muito tímida, e precisa ser estimulada e valorizada.

Acredita-se que é urgente a inserção de novos atores neste contexto, como os enfermeiros obstetras e as obstetrias. Ao mesmo tempo, é primordial ressaltar a necessidade de valorização dos profissionais de enfermagem, proporcionando-lhes melhores condições de trabalho, visto que a maior vítima da sobrecarga de trabalho dos profissionais é o usuário dos serviços, que infelizmente, acaba por pagar uma conta que não é sua.

Espera-se que os profissionais médicos reflitam sobre seu real papel no cenário obstétrico, e busquem a compreensão acerca da importância do suporte físico e emocional, e entendam as consequências de um cuidado altamente intervencionista e hostil. Espera-se também, uma maior compreensão do parto normal como um fenômeno natural e não catastrófico e patológico.

Entende-se também que é urgente a readequação dos programas de ensino, treinamento e aperfeiçoamento. A formação de profissionais de saúde precisa ser estruturada à luz das melhores evidências científicas, e o conhecimento precisa

estar em constante atualização, pois as práticas de cuidado à saúde estão sempre em constante mudança.

Também se faz necessário o reconhecimento das Doulas como profissionais que se somam à equipe e que podem ser a peça chave para a reestruturação do modelo obstétrico brasileiro. Também é essencial a estruturação de casas de parto em todo o território nacional, e a atualização e reciclagem dos profissionais de maternidades públicas e privadas para a atuação respeitosa e baseada em evidências, para que as mulheres possam de fato escolher o local mais apropriado para parirem.

Acredita-se também que, a violência obstétrica precisa ser reconhecida pelo Estado como uma forma de violência contra a mulher, como uma tentativa de resguardar futuras parturientes e também de fazer justiça àquelas que já foram vítimas desta forma cruel e degradante de violência. Finalmente, faço minhas as palavras de Michel Odent (2000), “para mudar o mundo, é preciso antes mudar a forma de nascer”.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface. Botucatu, 2011; v. 15, n. 36, p. 79-92. Disponível em <<http://www.scielo.com/>. Acesso em 04 de Setembro de 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS; Prastice Bulletin. **Episiotomy: Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists**. Number 71, April 2006. 107: 957-62. Disponível em: <http://www.ostetrichemilano.it/> Acesso em: 04 de maio de 2015.

AMORIM, Melania Maria. **Humanization of childbirth in a public hospital of Brazil: maternal and neonatal outcomes**. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011;107:S93–S396.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Brasília, Secretaria De Políticas De Saúde. 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BYROM, Sheena; EDWARDS, Grace; BICK, Debra. **Essential Midwifery Practice: Postnatal Care**. London: Wiley-Blackwell, 2010. Chapter 6, p. 126-131.

COLACIOPPO, Priscila. M.; KOIFFMAN, Márcia D. ;RIESCO, Maria Luiza.. G.; et.al. **Parto Domiciliar Planejado: Resultados Maternos E Neonatais**. Rev. Enf. Ref. [Periódico Na Internet]. 2010 Disponível Em <<http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 02 de novembro de 2003.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer. R.; RAMOS, Flávia Regina. S. **O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem**. Texto e Contexto enfer:12(1):44-51, jan-abr.2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/>. Acesso em: 03 de maio de 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cienc. Saude Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005

DIP, Andréia. **Na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <http://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 16 de agosto de 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares M.; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 03 de maio de 2015.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 13 de julho de 2014.

FOUCAULT, Michel. **História Da Sexualidade I: A Vontade De Saber**. Rio De Janeiro: Graal; 2007.

HODNETT, E; GATES, S; SAKALA, C; et.al.. **Continuous support for women during childbirth**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011;3. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/>> Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

KAMPF, Camila. **Modelo obstétrico brasileiro ignora evidências científicas e recomendações da OMS na assistência ao parto**. ComCiência, Campinas, n. 152, Oct. 2013. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br>> Acesso em: 03 de abril de 2015.

LEAL, Maria. do C.; PEREIRA, Ana Paula E.; DOMINGUES, Rosa Maria S.M.; et. al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org> Acesso em: 03 de março de 2015.

MATOS Gleice. C. de; ESCOBAL, Ana. Paula.; SOARES, Marilu. C.; et.al. **A Trajetória Histórica Das Políticas De Atenção Ao Parto No Brasil: Uma Revisão Integrativa**. Rev Enferm Ufpe On Line., Recife, 7(Esp):870-8, Mar., 2013

MEDINA, Edymara Tatagiba. **Tecnologias De Cuidado De Enfermagem Obstétrica E Seus Efeitos Sobre O Trabalho De Parto: Um Estudo Exploratório**. [Tese De Mestrado] Rio De Janeiro: Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro; 2003.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Ed. Terceira Margem, São Paulo, 2000.

OMS. Organização Mundial De Saúde. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

ROCHA, Jacilene Nunes da. **Perfil epidemiológico das gestantes do Município de Serra Talhada**. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Unidade Acadêmica de Serra Talhada, 2011.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **National Sentinel Caeserean Section Audit Report**. Clinical Effectiveness Support Unit. RCOG Press, 2011.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

SEIBERT, Sabrina Lima; GOMES, Maysa Luduvise ; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 01 Setembro de 2014

SILVA, Luciana. L. da; COELHO, Elza Berger S.; CAPONI, Sandra Noemi C. de. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, Apr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.com/>>. Acesso em 04 de Setembro de 2014.

TERRY, Richard. **Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives**. The journal of the American Osteopathic Association. April 2006. Disponível em: <<http://www.jaoa.org/>> Acesso em: 09 de maio de 2015.

WINNICOTT, Donald. Woods. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.199-217.



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aborto 135, 137, 141, 142, 144, 177, 179, 184

Agrotóxicos 135, 136, 137, 142, 143, 145, 146

Amamentação 11, 67, 70, 74, 87, 105, 107, 114, 115, 116, 117, 119, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 194

Apego 69, 107, 108, 109, 183, 188

Apoio Social 169, 173, 174

Assistência Neonatal 11, 106, 107, 108, 109

Atenção Primária à Saúde 34, 35, 36, 37, 40, 43, 52, 62, 150, 174

Avaliação da dor 13, 75, 189

### C

Câncer de Colo do Útero 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

Classe Hospitalar 92, 93, 95

Cuidado Clínico 169, 170

Cuidados de Enfermagem 5, 75, 168, 187, 189, 193

Cuidados Pós-operatórios 75, 189

### D

Dor 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 67, 75, 76, 77, 78, 81, 85, 86, 110, 117, 144, 150, 185, 189, 190, 191, 196, 197

### E

Educação 1, 12, 13, 17, 26, 28, 40, 47, 48, 52, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 68, 73, 92, 93, 94, 95, 96, 100, 102, 103, 104, 109, 110, 113, 134, 143, 144, 153, 157, 158, 187, 188, 192, 194, 196

Educação em Saúde 12, 13, 64, 65, 68, 73, 102, 104, 109, 110, 144, 153, 157, 192, 194, 196

Enfermagem 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 33, 34, 37, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 88, 89, 90, 92, 98, 100, 102, 104, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 131, 132, 146, 147, 148, 150, 151, 153, 157, 158, 159, 160, 161, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 179, 187, 189, 190, 192, 193, 194, 196, 197, 198

Enfermagem Ortopédica 75, 189

Enfermagem Pediátrica 15, 25, 75, 117, 189

Epidemiologia 120, 146, 149, 157

Esterilização 1, 2, 3, 198

Estratégia Saúde da Família 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 157

### F

Filosofia do cuidado 98

Formação de Conceito 27

## G

Gestantes 90, 100, 120, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 192, 194, 195, 196

Gestão em Saúde 35, 36, 37, 50, 51, 61, 123

Gravidez de alto risco 175, 176

## H

Hospitalização 15, 16, 17, 67, 70, 71, 79, 81, 110, 112

## I

Infecção 1, 2, 3, 106, 131, 152

## J

Jogos e Brinquedos 15

## M

Medicalização 79, 80, 81, 82, 87, 88, 185, 187

Método Canguru 11, 65, 66, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 106, 107, 108, 109, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Mortalidade 6, 66, 105, 106, 113, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 144, 146, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 157, 185, 193

## O

Organização e Administração 46, 47, 49, 51, 52

## P

Papanicolau 148, 149, 151

Parto 66, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 99, 102, 103, 107, 117, 120, 122, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 137, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 172, 182, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 196, 197

Pré-escolar 15, 16, 17, 18, 22, 25, 93

Prevenção 1, 2, 3, 30, 35, 105, 122, 123, 129, 132, 133, 143, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 193, 194

Profissionais de Enfermagem 3, 13, 19, 24, 27, 53, 88, 109, 110, 119, 165, 173

## R

Recém-nascido 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 69, 70, 73, 74, 87, 105, 106, 107, 114, 116, 117, 118, 122, 128, 131, 134, 135, 138, 144, 145, 190, 191, 194

Redes de apoio 107, 168, 169, 170, 171

Relação Familiar 107, 108

## S

Saúde 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 192, 193, 194, 196, 197, 198

Saúde da mulher 82, 83, 118, 120, 122, 123, 133, 175, 179, 192, 193, 196, 197

Saúde Materno-infantil 83, 135

Segurança do Paciente 1, 2

Serviços de Neonatologia 5

Supervisão de Enfermagem 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 55, 58, 60, 61, 62

## T

Tecnologias 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 55, 90, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 123, 171

Tecnologias Educacionais 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

## U

Unidade de Terapia Intensiva 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 67, 73, 106, 117, 118, 198

## V

Violência Obstétrica 79, 80, 82, 84, 85, 87, 88, 89, 99

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**