

PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA REDUÇÃO DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS

EDUCATION PRACTICE OF MIDWIFE NURSE TO REDUCE THE OBSTETRIC VIOLENCE

*Daniela Toneti Marins de Souza¹
Ludmilla Botelho Chastinet²
Fátima Nery Fernandes³*

RESUMO

A partir da análise de artigos científicos foi constatado um alto índice de condutas consideradas como violência obstétrica. Tendo como base a categorização das práticas realizadas na assistência ao parto, pela Organização Mundial de Saúde, com o intuito de confrontar ideias de diversos autores acerca das práticas ainda usadas nas maternidades brasileiras, este estudo mostra em uma pesquisa qualitativa, em forma de revisão bibliográfica com caráter exploratório, com o objetivo de demonstrar um breve panorama das violências obstétricas e em contrapartida apresentar pontos fundamentais no papel do enfermeiro obstetra no dever de informar gestantes, puérperas e suas famílias a respeito dessas práticas e/ou condutas adotadas por profissionais que atendem ao parto e nascimento. A problemática da violência obstétrica acomete em muitas mulheres há anos e o enfermeiro obstetra ao prestar assistência à parturiente deve colocar em ação as boas práticas de seu conhecimento e se atualizar com fundamentação nas evidências científicas. Além disso, esse profissional deve dispor de conhecimentos e ferramentas para que possa exercer um papel educativo no cenário do gestar e parir, oferecendo informações às puérperas e suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de parto e parto; Violência Obstétrica; Enfermeiro obstetra.

ABSTRACT

From the analysis of scientific papers was found a high rate of behaviors considered obstetric violence. Based on the categorization of the practices carried out in childbirth care, the World Health Organization, in order to confront ideas of several authors about the practice still used in Brazilian hospitals, this study shows a qualitative research in the form of literature review with exploratory, aiming to demonstrate a brief overview of obstetric violence and in return present key points in the role of the obstetrician nurse on duty to inform pregnant women, mothers and their families about these practices and / or procedures adopted by professionals attending the labor and birth. The problem of obstetric violence affects women in many years and the obstetrician nurse to assist the laboring woman must put into

1 Pós Graduanda no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (danielatoneti@gmail.com)

2 Pós Graduanda no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (lubchastinet@gmail.com)

3 Professora Mestre orientadora do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (fatimaneryfernandes@gmail.com)

action the best practices of their knowledge and catch up with basis in scientific evidence. In addition, this professional must have knowledge and tools so you can play an educational role in the scenario of gestate and give birth, providing information to mothers and their families.

KEY WORDS: *Labor and child-birth; obstetric violence; midwife nurse.*

1 INTRODUÇÃO

Através de artigos científicos percebeu-se um alto índice de condutas, manobras e procedimentos sendo feitos de forma desnecessária, prejudiciais e sem embasamento científico nas maternidades e unidades hospitalares que atendem ao parto e nascimento no Brasil. Tudo isso trouxe uma inquietação quanto às condutas consideradas como violências obstétricas.

Estando de acordo com o pensamento de Ciello *et al* (2012), o parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher, porém e infelizmente muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência. A dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo. O que caracteriza as violências obstétricas ainda recorrentes no Brasil.

Em 1985, uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza, Brasil, teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal. Essa classificação foi baseada em evidências científicas observadas no mundo todo, divulgada em categorias, para às práticas realizadas na assistência ao parto. Foram também reforçadas, através de um dos documentos introdutórios sobre a rede da Rede Cegonha, no seminário da CONASEMS, em Brasília, em julho de 2011. Essas categorias são:

CATEGORIA A – práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas;

CATEGORIA B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas;

CATEGORIA C – práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;

CATEGORIA D – práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Através de um levantamento, bem como a explanação com bases científicas dos procedimentos desnecessários no atendimento ao trabalho de parto e parto, verificou-se uma problemática no que tange a violência obstétrica, pois foram verificados por vários autores, procedimentos que permeiam essa área. E este artigo se baseou nesses procedimentos, focando especialmente nas categorias B, C e D da OMS, bem como as rotinas e processos adotados em alguns atendimentos às parturientes nas maternidades e unidades de atendimento ao parto no Brasil.

Justificando uma melhor compreensão dessa temática, esse artigo discorreu pontos fundamentais que mostraram a partir das classificações das intervenções, passando por um panorama brasileiro das violências obstétricas, finalizando com a importância do enfermeiro obstetra na equipe de atendimento à assistência ao trabalho de parto e nascimento, com foco no seu papel educador.

De acordo Progianti e Costa (2012), sabe-se que a associação do cuidado com as práticas educativas está no saudável compartilhar de práticas e saberes em uma relação horizontalizada onde o Enfermeiro exerce seu papel de cuidador e educador, dividindo o seu saber e fazer, e agregando o saber e o fazer popular, evitando, assim, posturas autoritárias.

É fundamental avaliar as condutas do enfermeiro obstetra frente a esse atendimento, bem como o seu papel educativo no dever de alertar à parturiente e sua família a esses tipos de violência.

Baseado nesses índices observados nos artigos pesquisados, no que tange a violência feminina e a importância do papel educativo do Enfermeiro obstetra, levantou-se como uma pergunta norteadora para investigação deste estudo sobre o papel deste profissional, atuante no esclarecimento e conscientização da população sobre os tipos de violências obstétricas nas instituições brasileiras, principalmente aquelas ocorridas no trabalho de parto e parto, com o intuito de reduzir os índices destas.

Como principal objetivo neste artigo é apresentar práticas educativas e/ou condutas adotadas por profissionais que atendem ao parto e nascimento, com a finalidade de esclarecer questões sociais e educativas para a redução dos índices de violências obstétricas no Brasil. Entretanto foi preciso expor e divulgar o manejo ideal no trabalho de parto e parto; descrever e informar os tipos de práticas consideradas como não necessárias, sendo denominadas como tipos de violência na assistência ao parto e nascimento; alertar às gestante e suas famílias para índices de más condutas profissionais obstétricas; compreender melhor a realidade obstétrica brasileira; e desmistificar questões sociais e culturais sobre o parto e nascimento; tudo isso aliado ao papel educativo do profissional enfermeiro para tais esclarecimentos.

2 METODOLOGIA

Com a proposta de explanar as questões do papel do Enfermeiro Obstetra frente a um trabalho educativo para a assistência ao parto e nascimento, ficou-se decidido fazer uma pesquisa qualitativa em forma de revisão bibliográfica sobre o tema, a fim de aumentar o leque de conhecimento da vida acadêmica durante a especialização.

Para explanar a atuação do enfermeiro ou qualquer profissional que atenda o trabalho de parto e parto, durante um atendimento emergencial ou não, nesse contexto, entre os meses de julho de 2015 e março de 2016, foi realizada uma revisão da literatura utilizando as condutas realizadas na assistência ao parto e nascimento como referência, tendo o enfermeiro como foco principal de estudo para as questões educativas de cunho social.

Foram utilizadas reportagens televisivas e revistas no nível de conhecimento, além de 14 artigos científicos utilizados como referência e sites institucionais, como o da Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro e do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; os quais tiveram como principais fontes a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), meios eletrônicos de Textos e Contextos de Enfermagem, disponível pelo site da *Scielo*, além de documentos retirados de sites estrangeiros como o da *MedLine* e outras revistas de Enfermagem.

Este material foi selecionado seguindo a busca de publicações que enfatizasse a participação do enfermeiro, tendo como critérios de inclusão, documentos datados dos últimos 10 (dez) anos da publicação deste e na língua portuguesa ou inglesa.

O artigo foi guiado pela proposta da própria instituição para estrutura do trabalho, além das normas atualizadas da ABNT para a devida formatação desse documento que também servirá de guia para a estrutura deste.

Essa pesquisa bibliográfica irá respeitar o princípio da beneficência, proporcionar a autonomia e justiça social.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A OMS divide em categorias as práticas realizadas na assistência ao parto, desde 1996, onde baseado e focado nessas categorias, fez-se uma pesquisa bibliográfica extensa para confrontar ideias das práticas ainda usadas nas maternidades brasileiras, porém tidas como violências obstétricas.

Categoria A – Aquelas práticas que devem ser estimuladas na assistência ao trabalho de parto e parto. Porém serão apenas explicitados exemplos, por não se tratar de técnicas que estão no rol da proposta deste artigo. O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto no longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetam o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério, como defende o Ministério da Saúde.

Categoria B – Práticas, segundo a OMS, que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência pelos profissionais que prestam tal atendimento ao parto como a posição deitada ou litotômica que Mamede e Dotto (2007) trazem que a postura deitada ou reclinada era recomendada somente para a hora do parto durante o século XVII e posteriormente foi estendida para o trabalho de parto nos 3 séculos seguintes. Seus estudos mostraram que a posição de litotomia foi fortalecida devido à introdução de muitas intervenções obstétricas, como o monitoramento fetal e infusão de ocitocina e outros medicamentos, que exigia a manutenção das mulheres deitadas e estáticas durante o trabalho de parto.

Porém Mamede e Doto defendem a importância da posição ereta durante o trabalho de parto, justificando a evolução do parto.

Mouta *et al* (2008) concluem em sua pesquisa que a adoção da posição vertical evidenciou que, mesmo não sendo adotado a episiotomia de rotina, não aconteceram lacerações perineais que exigissem sutura e reconstituição.

E Silva *et al* (2007) mostram em seus estudos o feito da postura materna durante o trabalho de parto e parto em relação aos resultados perineais, dando preferência as posições verticalizadas, em concordância com Mouta.

Outra prática que vem demonstrando prejuízo na conduta profissional na assistência ao parto e nascimento e que também não possui embasamento científico é a manobra de Kristeller, onde Ciello *et al* (2012) no Dossiê da Violência Obstétrica que divulgaram, mostra que esta ainda é frequentemente usada na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, discutindo que outros estudos mostraram as graves complicações da prática desse procedimento, como o desconforto da dor e o trauma que seguirá indefinidamente. Para realização dessa manobra ainda se depara com a questão anterior, pois se relaciona com a posição horizontal que a parturiente deverá se encontrar.

Cardiotocografia contínua, jejum prolongado durante o trabalho de parto, enema de rotina, entre outras, são condutas ainda utilizadas nas maternidades e hospitais brasileiros que foram julgadas ineficazes por diversos autores aqui citados e que devem ser eliminadas da rotina na assistência humanizada ao parto.

Categoria C – Nessa categoria já se enquadram aquelas práticas que não possuem embasamento científico suficiente que suportem a sua recomendação e, principalmente, devem ser usadas com muita cautela. Algumas indicações de cesariana, de acordo com Amorim, Souza e Porto (2010) se encaixam nessa categoria, por se tratar de recomendações sem dados e evidências científicas suficientes que justificam sua recomendação.

Esses mesmos autores categorizaram essas recomendações de acordo com o quadro a seguir:

Recomendações para as principais indicações de cesarianas baseadas em evidência

INDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
Distócia / falha na progressão do parto	Ocitocina (contração uterina fraca)	A
	Ruptura das membranas	A
	Evoluiu: tentar parto vaginal	B
	Falha: cesariana intraparto	B
Desproporção cefalopélvica	Cesariana intraparto	B
Má posição fetal (posteriores ou transversas persistentes)	Rotação digital	A
	Evoluiu: tentar parto vaginal	A
	Falha: cesariana intraparto	A
Apresentação pélvica	Não há evidências suficientes a favor da cesariana	A
	Quando realizada, a cesariana deve ser intraparto	A
	Versão cefálica externa na 37 ^a semana de gestação	A
Apresentação de face	Conduta expectante, observar evolução TP	B
	Evoluiu: tentar parto vaginal	B
	Falha: cesariana intraparto	B
Apresentação córmica	Cesariana intraparto	D
	Versão cefálica externa na 37 ^a semana de gestação	D
Cesárea anterior	O parto vaginal pode ser tentado com sucesso em torno de 70%	B

Amorim, Souza e Porto (2010)

A própria OMS, em 1985, divulgou uma declaração das taxas de Cesáreas, onde coloca que é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém quando indicada por motivos médicos. Expondo a necessidade de um sistema de classificação universal, pois para a Organização essa cirurgia pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte. Por isso demonstra que a cesariana só deve ser realizada quando realmente for necessária do ponto de vista médico.

Já Reis *et al* (2009) consideram alguns fatores bem conhecidos para o aumento das taxas de cesariana no Brasil, como redução na paridade, monitorização fetal eletrônica, apresentação pélvica, fatores econômicos e demográficos e outros. Este estudo ainda trouxe a falta de treinamento durante a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia como um fator que eleva as taxas desta cirurgia, pois faz com que o medo e o despreparo desses profissionais que assistem ao parto e nascimento, indiquem erroneamente a cesariana.

Nas pesquisas realizadas por Leal *et al* (2014), o Brasil é conhecido mundialmente pela elevada incidência de cesarianas, onde foi mostrado um índice de 45,5% dos casos, em mulheres de risco habitual, ou seja, sem real indicação para tal procedimento. Também se observou neste estudo que as intervenções médicas foram excessivas durante a fisiologia natural do trabalho de parto e parto

vaginal; considerando só a episiotomia, essa foi encontrada em mais de 50% dos partos de risco habitual e em quase 75% das primíparas, nesta pesquisa.

Os índices mostram que o Brasil ainda está longe do ideal, ainda se encontra uma grande resistência por parte de profissionais que se sentem mais confortável em trabalhar num processo de série, mas o Brasil está no caminho, e melhorias neste cenário vem acontecendo após leis que foram implantadas para garantir os direitos da parturiente.

“Nos países em desenvolvimento, particularmente no Brasil, a alta incidência de cesariana é preocupante, o que caracteriza como um grave problema de saúde pública. (...) Destaca-se que se deve dar preferência à realização de cesariana, quando indicada, durante o trabalho de parto”. (Amorim, Souza e Porto, 2010).

Segundo Progiatti e Costa (2012), atualmente, muitas mulheres perderam o credo em sua capacidade de gestar e parir. Elas acreditam que precisam de um profissional munido de alta tecnologia e saber para realizar seu parto.

De acordo com Gomes, Moura e Souza (2013), experimentar uma nova prática envolve uma superação dos limites conhecidos para encontrar a autonomia, configurada por um conhecimento e prática com possibilidades emancipatórias.

Categoria D – Práticas que ainda são frequentemente utilizadas de modo inadequado. É o caso da episiotomia de rotina, que para Santos *et al* (2008), as condutas arriscadas realizadas desnecessariamente, como a episiotomia e posteriormente episiorrafia, são consideradas como violação do direito da mulher à sua integridade corporal, onde a imposição desses procedimentos de forma autoritária e não informada, atenta contra o direito à condição da pessoa. Ou seja, além de ser uma prática que deve ser abolida de forma rotineira nas instituições que prestam atendimento ao parto e nascimento, a episiotomia é algo que pode causar riscos físicos à saúde da mulher, e até danos psicológicos mais tarde, por essa se sentir “multilada”. É uma técnica que deve ser avaliada e aplicada com precaução, em casos bem indicados, além de praticados por profissional qualificado.

Numa pesquisa feita por Riesco *et al* (2011), a episiotomia é muitas vezes associada à idade gestacional, onde ocorre 2,3 vezes mais em partos prematuros, sob a alegação de abreviar o período de expulsão e proteger as estruturas cerebrais de um feto prematuro, reduzindo assim o risco de hemorragia intracraniana no neonato. A rigidez perineal, a primiparidade e a prematuridade estão entre as

principais causas de indicação de episiotomia neste estudo. Isso, quando não indicam a cirurgia cesariana, justificada pelas mesmas situações.

3.1 PANORAMA DA REALIDADE OBSTÉTRICA NO BRASIL

O medo do desconhecido pode fazer com que mulheres percam a autonomia do seu próprio corpo e sem saber ficam vulneráveis a práticas inseguras que tiram a naturalidade do parir e tornam o parto agressivo, dentro das instituições assistenciais ao parto e nascimento. É imprescindível que a mulher entenda o nascer desde as mudanças que ocorrem no seu corpo na gestação, no início do trabalho de parto e parto através dos sinais que o seu corpo dará. É importante a parturiente saber e reconhecer as fases do trabalho de parto, assim ignorar qualquer intervenção desnecessária em seu corpo, intervenções essas que podem prejudicar o parir e nascer.

“(…) a transferência do parto do ambiente doméstico para o contexto hospitalar foi acompanhada por uma série de transformações no processo de parturição. A parturiente e o feto perdem o papel de protagonistas neste processo, assumindo uma posição passiva, enquanto os profissionais passam a tomar o controle sobre o nascimento, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas”. (Mamede, Mamede e Doto, 2007)

Conforme Mamede, Mamede e Doto (2007) Para entender o processo de parturição é preciso considerar os contextos sociais e culturais e a individualidade psicopsicológica da parturiente, dos quais influenciam na maneira como ela interpreta as diferentes sensações físicas do trabalho de parto. Os autores completam que dessa forma, dar à luz não é simplesmente um ato fisiológico.

Já Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) nas suas pesquisas das violências institucionais, notou que diante de relatos de maus tratos durante o trabalho de parto e parto vividos pelas pacientes, puderam pensar que a violência seria um uso extremo do poder por parte dos profissionais. Onde também a perda da ética na prática profissional, acarretará na perda técnica e prática, levando ao abuso de poder, crise na confiança e ao aumento da violência.

Segundo o parecer do COREN-SP 036/2014 (2014), a realização dos seguintes procedimentos devem ser realizados sob consentimento bem informado das pacientes, são eles: administração de soro intravenoso de forma obrigatória durante o trabalho de parto; indução ou aceleração do parto mediante uso de

ocitócitos; realização de tricotomia e enema de forma rotineira; consumação da manobra de Kristeller; prática de episiotomia de forma rotineira; privação de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto; exames de toque de forma repetida e frequente, especialmente por mais de um prestador de serviço; rompimento da bolsa sem necessidade efetiva; obrigar a mulher a permanecer na posição de litotomia na hora do parto; realização de exame retal, lavagem uterina após o parto e clampeamento precoce do cordão umbilical de forma rotineira; separação precoce do bebê e da mãe logo após o nascimento, em desestímulo à amamentação na primeira hora de vida e ao contato pele a pele após o nascimento.

3.2 PAPEL EDUCATIVO DA ENFERMEIRA OBSTETRA

Seja nas enfermarias de hospitais, nos postos de saúde ou em outras frentes de trabalho, o enfermeiro é o agente potencial de mudança e frequentemente desenvolve ações educativas, abrindo grandes possibilidades de discussão entre senso comum e ciência, de acordo com Progiante e Costa (2012).

Ainda segundo os mesmos autores acima, os resultados mostraram que as práticas educativas favoreceram a vivência tranquila da gestação, o vínculo mãe--bebê e melhor aceitação da gravidez, bem como, promoveu a livre expressão sobre sexualidade. Observou-se também através dos estudos para a concepção deste artigo, que as práticas educativas elaboradas pelas enfermeiras tiveram repercussões na vivência do parto, pois se constatou que as mulheres demonstraram a desmistificação da dor do parto, empoderamento e a vivência do apreendido.

O Ministério da Saúde do Brasil, em 2000, lança o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que veio de uma visão estratégica para agregar qualidade ao atendimento público de saúde, focado no atendimento ao paciente de forma mais humana e integral. Onde, para Prizskulnik e Maia (2009) só é possível humanizar o atendimento hospitalar quando o paciente é ouvido e informado de todas as suas dúvidas, além de todos os procedimentos, invasivos ou não, a ser realizados neste. E ainda pode tomar decisões junto com os profissionais de saúde a que pretende ser submetido.

E colocando o enfermeiro como profissional crucial para que essa humanização aconteça de fato que Progiante e Porfírio (2012) mostraram em um

estudo a capacitação destes profissionais, firmada numa parceria entre uma Faculdade de Enfermagem e a Gerência do Programa de Saúde da Mulher, onde o investimento nesse convênio visava a formação de profissionais especializados em Enfermagem Obstétrica para atuarem na humanização do cuidado.

4 CONCLUSÃO

Entendendo-se que há um alto índice de condutas consideradas como violências obstétricas, compreende-se que enquanto violência contra a mulher, a violência obstétrica é qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções, escolhas e preferências.

As violências obstétricas acometem muitas mulheres há anos, desde que colocaram seus corpos como incompetentes de poder parir, tornando esses, em uma cultura social, algo que precisa ser manipulado, onde a mulher deve-se prostrar numa cama, se calar e atender aos comandos do profissional que por ela fará o seu parto. E mais, deixam-se apenas as dores: a dor do medo e desconhecido; a dor da mutilação que deixará marcas em seu corpo; a dor que ficará em sua cabeça para o resto da vida, como ser incompetente; a dor física, psicológica e social.

O enfermeiro obstetra ao prestar assistência à parturiente deve colocar em ação as boas práticas de seu conhecimento e se atualizar com fundamentação nas evidências científicas, sendo assim o enfermeiro irá assegurar direitos da parturiente no ambiente hospitalar. Este profissional deve realizar manejos que proporcionem um ambiente seguro, confortável, repetindo sua privacidade, suas vontades, valorizando a mulher como um todo com o seu corpo competente em gestar e parir, repetindo suas crenças, sua liberdade de movimentação, posição desejada durante todo o processo; deve ainda orientar e mediar as melhores condutas para um parto seguro e com essa autonomia da mulher.

Sendo assim, é importante o papel do enfermeiro neste cenário do gestar e parir, promovendo educação em saúde; proporcionando maior segurança a gestante e sua família, transmitindo informações sobre seus direitos legais e opções dos

locais para parir; orientando que é possível parir com segurança nos casos de gestações de baixo e alto risco; e o mais importante, este deve passar o conhecimento fisiológico do corpo competente da mulher, estimulando conhecer o que se passa durante uma gestação e ajudá-la a reconhecer os sinais do seu estado vital no momento do parir, fazendo-a entender as etapas do trabalho de parto bem como um novo olhar para a dor de parto.

Assim, a gestante e sua família serão capazes de discernir e decidir por alguma intervenção “oferecida” pelo profissional que lhe assiste, com conhecimento se realmente é uma prática necessária ou desnecessária para tal situação.

Por fim, o enfermeiro obstetra vem fazendo história, contribuindo e mudando o cenário na assistência materna e infantil. Elevando o respeito e a autonomia da mulher em um país ainda marcado pela violência contra a mulher, da qual a violência obstétrica é uma vertente desta.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Caderno de saúde Pública: Rio de Janeiro, Nov 2013, 29(11): 2287-2296. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-690763>. Acesso em 15 nov 2015.

AMORIM, M. R. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO A. M. F. **Indicações de cesarianas baseadas em evidências, parte 1.** FEMINA, ago 2010, V38, n8, p421. Disponível em: bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/. Acesso em 20 mar 2016.

BRASIL, Parecer COREN-SP 036/2014. **Atuação do Enfermeiro quanto à Adoção da Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento.** Plenário do COREN: São Paulo, 2014. Acesso em 30 jan 2016.

CIELLO, C. *et al.* **Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”.** Parto do princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade ativa, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acesso em 20 mar 2016.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V.; SOUZA, I. E. O. **A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório.** Texto e Contexto de Enfermagem: Florianópolis, Jul-Set 2013, 22(3): 763-771, p769. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a24.pdf> Acesso em 20 mar 2016.

LEAL, M. C, et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2014, 30 Sup: S17-S47. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf Acesso em 30 jan 2016.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. **Reflexões Sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto.** Escola Anna Nery de Enfermagem: São Paulo, jun 2007, 11(2): 331-6, p332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>. Acesso em 15 nov 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Além da Sobrevivência: Práticas Integradas de Atenção ao Parto, benéficas para a nutrição e a saúde da mãe e crianças.** Pag. 2, Distrito Federal: 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alguns documentos introdutórios sobre a Rede Cegonha.** Pag 19, Brasília: jul 2011. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf Acesso em 21 abr 2016.

MOUTA, J. O. *et al.* **Relação Entre Posição Adotada Pela Mulher no Parto, Integridade Perineal e Vitalidade do Recém-nascido.** Revista de Enfermagem da UERJ: Rio de Janeiro, out-dez 2008 16(4): 472-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf> Acesso em 20 jan 2016.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. **Parto humanizado: influências no segmento da saúde.** O mundo da saúde: São Paulo, 2009; 33(1): 80-88, p 83. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf Acesso em 20 jan 2016.

PROGIANTI, J. M.; DA COSTA, R. F. **Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto.** Revista Brasileira de Enfermagem: Brasília, mar-abr 2012, 65(2): 257-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a09.pdf> Acesso em 15 mar 2016.

PROGIANTI, J. M.; PORFÍRIO, A. B. **Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004).** Escola Anna Nery: (?), Jul-Set 2012, 16(3): 443-450, p447. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/03.pdf> Acesso em 15 mar 2016.

REIS, S. L. S. *et al.* **Parto normal X Parto Cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil.** Revista AMRIGS: Porto Alegre, jan-mar 2009; 53(1): 7-10. P9-10. Disponível em http://www.amrigs.org.br/revista/53-01/08-262-parto_normal_x_parto_cesario.pdf. Acesso em 02 abr 2016.

RIESCO, M. L. G. *et al.* **Episiotomia, Laceração e Integridade Perineal em Partos Normais: Análise de Fatores Associados.** Revista de Enfermagem da UERJ: Rio

de Janeiro, jan-mar 2011, 19(1): 77-83. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf> Acesso em 20 jan 2016.

SANTOS, J. O. *et al.* **Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar.** Escola Anna Nery Ver Enfermagem. Dez 2008, 12(4): 658-63, p659. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a08.pdf> Acesso em 20 jan 2016.

SILVA, L. B. *et al.* **Posições maternas no trabalho de parto e parto.** FEMINA: fev 207, v(35), n2. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina352p101-6.pdf> Acesso em: 20 mar 2016.