

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

**RAIMUNDO JOSÉ BARBOSA DIAS JÚNIOR**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONHECIMENTO DE GESTANTES EM UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

São Luís

2018

**RAIMUNDO JOSÉ BARBOSA DIAS JÚNIOR**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONHECIMENTO DE GESTANTES EM UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina da  
Universidade Federal do Maranhão, como requisito para  
obtenção do grau de Médico.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Adriana Lima dos Reis Costa

São Luís

2018

Dias Júnior, Raimundo José Barbosa.

Violência obstétrica: Conhecimento de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde / Raimundo José Barbosa Dias Júnior. – 2018.

53 f.

Orientador (a): Adriana Lima dos Reis Costa.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Gestantes. 2. Violência Obstétrica. 3. Unidade Básica de Saúde

I. Costa, Adriana Lima dos Reis. II. Título.

**RAIMUNDO JOSÉ BARBOSA DIAS JÚNIOR**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONHECIMENTO DE GESTANTES EM UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina da  
Universidade Federal do Maranhão, como requisito para  
obtenção do grau de Médico.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Adriana Lima dos Reis Costa

Aprovado em: / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Adriana Lima dos Reis Costa (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares  
Universidade Federal do Maranhão

---

Maria do Carmo Lacerda Barbosa  
Universidade Federal do Maranhão

---

Ana Maria Rocha Bringel  
Universidade Federal do Maranhão

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que permitiu que eu cursasse a Medicina, formação profissional que sempre quis para minha vida.

Agradeço à minha família por sempre me apoiar em todas as decisões.

À Universidade Federal do Maranhão por ter proporcionado a oportunidade de realizar este curso.

Agradeço à professora Adriana Lima dos Reis Costa, que teve muita paciência e se dispôs a me orientar neste trabalho e estar sempre disponível para tudo.

Agradeço aos funcionários do Centro de Saúde Vila Embratel e a todas as outras pessoas que contribuíram de alguma forma para que este trabalho pudesse ser concluído.

*“Não importa o quanto você vá devagar, desde que não pare.”*

**Confúcio**

## RESUMO

**Introdução:** A violência obstétrica pode ocorrer na gestação, no momento do parto e do pós-parto. Estima-se que 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, e deve ser o local inicial para realização do pré-natal. Este momento, é o ideal para discussão de temas de relevância para a gestante. **Objetivos:** Identificar o conhecimento sobre violência obstétrica de gestantes acompanhadas em uma UBS. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa com uma amostra de cinquenta gestantes acompanhadas no Centro de Saúde da Vila Embratel. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado entre os períodos de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. **Resultados:** Em relação ao conhecimento sobre violência obstétrica, 68% das gestantes não conheciam o termo e cerca de 10% acreditam ter sofrido violência obstétrica na última gestação. Aproximadamente 72% realizaram algum procedimento intervencionista durante o parto sendo a episiotomia o mais frequente. Sobre o direito de acompanhante garantido pela lei nº11.108 de 2005, 60% das gestantes não conheciam a lei, e apenas 58% tiveram este direito respeitado. **Conclusão:** Situações de violência obstétrica possuem uma alta prevalência e grande parte das gestantes desconhece o termo. Torna-se necessário uma melhor discussão sobre assunto, além de diminuir as práticas não recomendadas durante o parto, respeitando a autonomia das mulheres sobre seu corpo.

**Palavras-chaves:** Gestantes. Violência obstétrica. Unidade Básica de Saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** Obstetric violence can occur during pregnancy, at childbirth and post childbirth. It is estimated that 25% of women experience some type of violence during childbirth. The primary attention is the entry point of the pregnant woman into the health system, and should be the initial place to perform prenatal care. This moment is the ideal time for discussing topics of relevance to the pregnant women.

**Objectives:** To identify the knowledge about obstetric violence of pregnant women in a primary care unit. **Methods:** This is a cross-sectional quantitative study with a sample of fifty pregnant women accompanied at the Vila Embratel Health Center. Data were collected through a semistructured questionnaire between the periods from December 2017 to February 2018. **Results:** Regarding knowledge about obstetric violence, 68% did not know what obstetric violence was, and about 10% believe they had suffered obstetric violence in the last gestation. Approximately 72% reported some interventional procedure during the last delivery, with episiotomy being the most frequent. Regarding the escort right guaranteed by Law 11.108 of 2005, 60% of pregnant women did not know the law, and only 58% had this right respected.

**Conclusion:** Situations of obstetric violence have a high prevalence, and most of the pregnant women are unaware of the term. It is necessary to have a better discussion about the subject, as well as to reduce practices not recommended during childbirth, respecting the autonomy of pregnant women about their body.

**Keywords:** Pregnant Women. Obstetric Violence. Health Center



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>HUUFMA</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 Local e período do estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3 Amostra</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4 Aspectos éticos</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5 Análise Estatística</b> .....	<b>15</b>
<b>3 RESULTADOS</b> .....	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>33</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>34</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>39</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>42</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>45</b>

**ARTIGO**

**Violência Obstétrica: Conhecimento de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde**

(Normalizado de acordo com a Revista de Pesquisa em Saúde)

## **Violência Obstétrica: Conhecimento de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde**

Obstetric Violence: Knowledge of pregnant women in a primary care unit

Raimundo José Barbosa Dias Júnior<sup>1</sup>

Adriana Lima dos Reis Costa<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Maranhão, Professora Adjunta de Obstetrícia, Mestre em Saúde materno infantil. São Luís, MA, Brasil.

Endereço para Correspondência: Raimundo José Barbosa Dias Júnior, Rua 08, número 22, quadra 02, Residencial Centaurus, Cohab Anil III, 65054-660 São Luís, MA, Brasil. Telefone: (98) 991703031. Email: junior\_dias05@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica pode ocorrer na gestação, no momento do parto e do pós-parto ou no atendimento em situações de abortamento, e é definida na legislação venezuelana – primeira da América Latina a aprovar a tipificação deste tipo de violência – como a apropriação indevida pelos profissionais da área da saúde dos processos corporais e reprodutivos das mulheres resultando em um tratamento desumano, perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, impactando negativamente na qualidade de vida destas mulheres<sup>1</sup>.

No âmbito nacional existe o projeto de lei nº 7633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher no trabalho de parto e ao neonato, abordando sobre a violência obstétrica. Tal projeto encontra-se em tramitação no poder legislativo, sem o vigor de lei<sup>2</sup>. O estado de Santa Catarina possui legislação própria sobre o assunto com a lei nº 17.097 que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. Esta lei define a violência obstétrica como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”<sup>3</sup>.

Leal et al. (2014) utilizando dados do estudo Nascer no Brasil, que entrevistou mais de vinte e três mil mulheres em todo o país, demonstrou o uso rotineiro durante a assistência ao trabalho de parto da gestante de: punção venosa, infusão de ocitocina, amniotomia, episiotomia, manobra de kristeller<sup>4</sup>. Estas intervenções são muitas vezes consideradas desnecessárias, dolorosas, sem respaldo científico ou recomendações internacionais e aumentam o sofrimento da gestante em um momento já de fragilidade. Em pesquisa realizada em 2010, revelou-se que 25% das mulheres entrevistadas haviam sofrido algum tipo de violência durante o parto, sejam estas físicas - relacionadas a procedimentos intervencionistas - ou psicológicas<sup>5</sup>.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) segundo o Ministério da Saúde (MS) é a porta de entrada da gestante no sistema de saúde e deve ser o local inicial para realização do pré-natal<sup>6</sup>. Este momento tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação de forma segura, permitindo um parto de um recém-nascido saudável, sem grande impacto para a saúde materna, devendo também abordar atividades de educação, prevenção e aspectos psicossociais<sup>6</sup>. Torna-se o

local ideal para discutir e esclarecer questões de dúvidas da mulher e seu parceiro. Podem ser abordados temas como a sexualidade, vias de parto, violência obstétrica e direito ao acompanhante elevando assim, a qualidade de informação fornecida às gestantes.

Este trabalho procurou saber qual o conhecimento das gestantes sobre violência obstétrica que estavam realizando pré-natal em uma UBS, afim de identificar a prevalência de ações intervencionistas desnecessárias e maus-tratos em pacientes de baixo risco. Buscamos entender se o bem-estar físico, psicológico e a autonomia destas mulheres foram respeitados.

## **2 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de modelo transversal e com abordagem quantitativa, no qual os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas em formato de questionário desenvolvido pelos pesquisadores (APENDICE A) baseado no Guia Prático para Assistência ao Parto Normal e na Declaração Contra Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeitos e Maus-tratos durante o Parto em Instituições de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>7,8</sup>. Perguntou-se sobre os dados sócio demográficos, sobre a história obstétrica anterior e detalhes do atendimento durante o último trabalho.

### **2.2 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado na UBS da Vila Embratel (também chamada de Centro de Saúde da Vila Embratel) localizada no bairro Vila Embratel, no município de São Luís – MA, nos dias de consultas de pré-natal nos meses de dezembro de 2017, janeiro e fevereiro de 2018.

### **2.3 Amostra**

A amostra foi composta por todas as gestantes que realizavam pré-natal na UBS da Vila Embratel e aceitaram participar da pesquisa durante o período do estudo, concordando e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B). Não foram incluídas gestantes sem partos anteriores (nulíparas) e com aborto na única gestação anterior, o que resultou em uma amostra de cinquenta gestantes.

### **2.4 Aspectos éticos**

Este trabalho é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Conhecimento de gestantes sobre Vias de Parto e Violência Obstétrica em uma Unidade Básica de Saúde de São Luis – MA” que atendeu os requisitos da Resolução MS nº 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), com parecer consubstanciado de aprovação de

nº2.398.241 (ANEXO A) e autorização da Superintendência de Educação em Saúde da prefeitura de São Luís (ANEXO B).

## **2.5 Análise Estatística**

Os dados obtidos foram arquivados em um banco de dados e posteriormente analisados, utilizando os programas *Microsoft Excel®*, *Google Docs* e *Stata 13.0*.



### 3 RESULTADOS

A idade das participantes do estudo variou entre os 18 e 37 anos com média de 27,22 anos (DP  $\pm 5,3$ ). Quanto à profissão, 46% declararam exercer atividade remunerada. Em relação ao estado civil, 40% eram casadas. Declararam-se pardas 76% da amostra e 58% referiram ter ensino médio completo (Tabela 1).

**Tabela 1:** características sócio demográficas das gestantes atendidas no Centro de Saúde Vila Embratel, São Luís, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
18-25	24	48
26-30	11	22
31-35	11	22
>35	4	8
<b>Profissão</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
Remunerada	23	46
Não Remunerada	21	42
Desempregada	5	10
Estudante	1	2
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	11	22
Casada	20	40
União-estável	19	38
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	5	10
Fundamental completo	4	8
Ensino médio incompleto	7	14
Ensino médio completo	29	58
Ensino Superior incompleto	2	4
Ensino Superior completo	3	6
<b>Cor</b>		
Branca	5	10
Parda	38	76
Negra	7	14
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a história obstétrica, 40% estavam no terceiro trimestre de gestação, 54% realizaram parto vaginal em gestação anterior, enquanto 46% realizaram cesariana. Da amostra, 24% referiu ter sofrido aborto. A grande maioria das gestantes (96%) realizaram o último parto em maternidade pública (Tabela 2).

**Tabela 2:** História obstétrica das gestantes atendidas no Centro de Saúde Vila Embratel, São Luís, 2018.

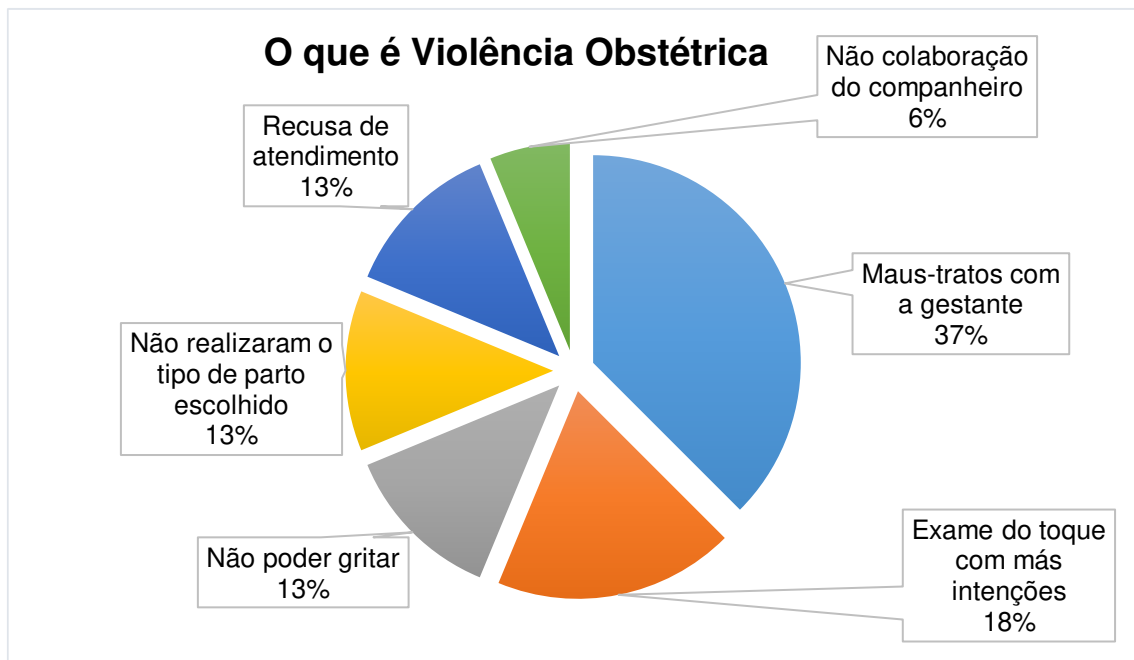
Variáveis	n	%
<b>Idade Gestacional</b>		
Primeiro Trimestre	13	26
Segundo Trimestre	17	34
Terceiro Trimestre	20	40
<b>Abortos</b>		
Não teve abortos	38	76
Teve aborto	12	24
<b>Via de parto em gestação anterior</b>		
Vaginal	27	54
Cesárea	23	46
<b>Local do último parto</b>		
Maternidade pública	48	96
Maternidade privada	2	4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao conhecimento sobre violência obstétrica 68% (34) disseram não saber do que se tratava, enquanto 32% (16) responderam que sabiam.

Das dezesseis pacientes que responderam saber, a principal resposta envolveu que violência obstétrica seria maus-tratos com a gestante (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** O que é Violência Obstétrica segundo resposta das gestantes entrevistadas no Centro de Saúde Vila Embratel, São Luís, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa.

Trinta e seis (72%) gestantes não acreditam ter sofrido violência obstétrica na última gestação, enquanto 9 (18%) alegam não terem certeza e 5 (10%) responderam que sofreram algum tipo de violência. A tabela 3 demonstra as respostas das gestantes quando arguidas sobre situações de violência durante o acompanhamento no trabalho de parto.

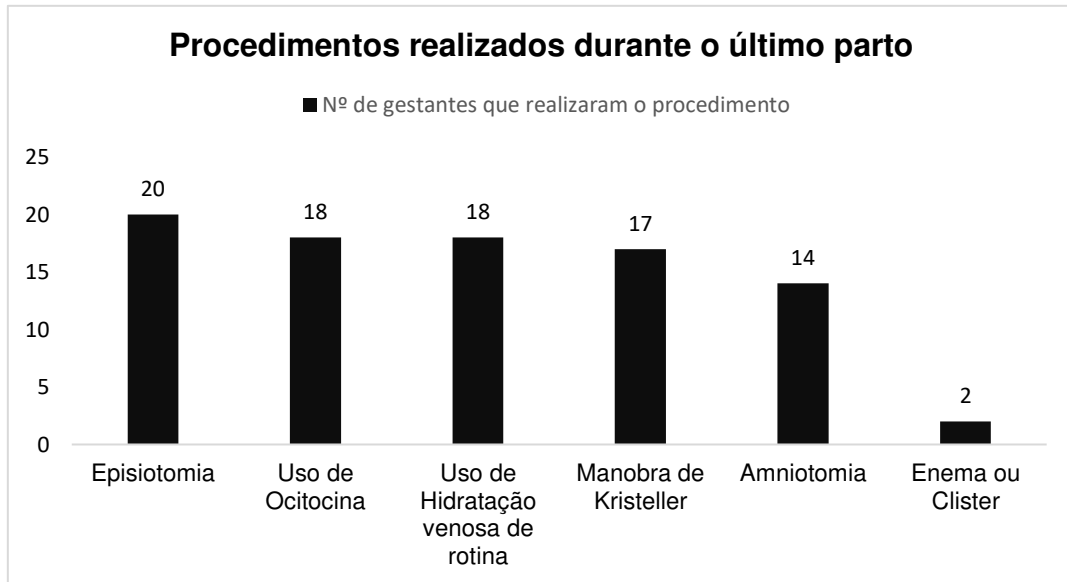
**Tabela 3:** Perguntas relacionada a violência obstétrica durante o último trabalho de parto de gestantes entrevistadas no Centro de Saúde da Vila Embratel, São Luís, 2018.

Perguntas:	Sim		Não	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Teve dificuldade para conseguir o local para realizar o seu parto?	15	30	35	70
Se sentiu devidamente informada sobre os procedimentos que foram realizados com você?	26	52	24	48
Responderam suas perguntas adequadamente?	32	64	18	36
Se sentiu discriminada ou maltratada verbalmente?	9	18	41	82
Se sentiu maltratada fisicamente?	6	12	44	88
Foi oferecida técnicas para aliviar a dor?	20	40	30	60
Teve direito a acompanhante?	29	58	21	42
Se sentiu abandonada, com medo ou angústia?	25	50	25	50
Pôde se alimentar e/ou ingerir líquidos?	15	30	35	70
Teve liberdade para se movimentar?	34	68	16	32
Foi amarrada?	1	2	49	98
O exame do toque em algum momento foi desrespeitoso, doloroso ou a deixou exposta de maneira inadequada?	21	42	29	58
Foi incentivada a ficar em outras posições além da tradicional de trabalho de parto?	9	18	41	82

Fonte: Dados da pesquisa

Da amostra entrevistada 72% (36) foram submetidas a algum procedimento durante o último trabalho de parto, sendo a episiotomia (40%) o mais frequente (Gráfico 2).

**Gráfico 2:** Procedimentos realizados durante último parto de gestantes entrevistadas no Centro de Saúde Vila Embratel, São Luís, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

Um total de 60% das gestantes entrevistadas não conheciam a lei nº 11.108 de 2005 que garante o direito a um acompanhante durante todo processo do parto<sup>9</sup>.

## 4 DISCUSSÃO

Encontrou-se uma alta taxa de desconhecimento sobre violência obstétrica. Tal achado, é corroborado por Teran et al. que demonstraram que apenas 27,3% das mulheres reconhecem a expressão violência obstétrica<sup>10</sup>. Um fator que contribui para a perpetuação do desconhecimento sobre o termo é a pouca divulgação sobre as ações que podem ser consideradas violência obstétrica pelos serviços de saúde, visto que elas estão institucionalizadas nas maternidades, a exemplo da realização de episiotomia sem autorização da gestante, uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, e não permissão de ingestão de líquidos ou alimentos antes do parto<sup>11</sup>.

Não existe tipificação ou punição específica deste tipo de violência na lei brasileira, não havendo garantias para as gestantes que estas ações são passíveis de denúncia<sup>9</sup>. Neste contexto, torna-se necessário a aprovação de leis que criminalizem a violência obstétrica para que elas possam ser combatidas.

D'Oliveira, Diniz e Shraiber (2002) subdividem a violência contra as mulheres nos serviços de saúde em quatro tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência trata-se da omissão dos profissionais com as gestantes. A violência verbal refere-se ao tratamento grosseiro com ameaças, gritos e humilhações verbais. A violência física é identificada como agressões físicas e procedimentos invasivos não permitidos. Já a violência sexual é caracterizada pelo abuso sexual<sup>12</sup>.

As entrevistadas responderam que “maus-tratos contra a gestante” é a melhor definição para violência obstétrica, porém também citaram situações de negligência, abuso sexual e grosserias (Gráfico 1). A OMS designa maus-tratos e abusos na assistência à saúde da mulher em processo reprodutivo, gestante ou puérpera como todas as situações que envolvem abuso verbal, físico, psicológico, sexual, além de, negligência, desrespeito, descaso e outras ações que gerem insatisfação com a sua experiência no serviço de saúde<sup>8-13</sup>. Estas ações são consideradas como uma grave violação dos direitos humanos fundamentais<sup>7</sup>. Observa-se que as mulheres que responderam saber sobre violência obstétrica, tinham noção sobre o assunto, porém sem compreender toda sua abrangência. O desafio está no incentivo às gestantes a procurarem ativamente mais informações, para que possam esclarecer suas dúvidas com os profissionais que as assistem.

A negligência traduziu-se como a recusa do atendimento de mulheres em situação de parto, com estas relatando grande dificuldade em conseguir o local para internação. A lei nº 11.634 de 2007 garante que toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à uma maternidade na qual será realizado seu parto ou onde ela será atendida nos casos de intercorrências<sup>14</sup>.

Mesmo que, a gestante procure outra maternidade que não a que está vinculada, o MS preconiza que ela deve ser atendida. Apenas nos casos necessários, haverá transferência para outro serviço de saúde, não havendo margens para recusa no atendimento<sup>15</sup>. A OMS inclui a não internação das gestantes em situação de parto nas instituições de saúde, como um dos relatos de desrespeito e abusos entre os vários que devem ser eliminados<sup>7</sup>. O não cumprimento do atendimento pelas maternidades constituem uma grave negligência, podendo levar a desfechos materno-fetal desfavoráveis<sup>16</sup>.

Em pesquisa realizada por Furtado et al. (2016)<sup>17</sup>, que analisou gestantes atendidas na Região Nordeste do Brasil em maternidades selecionadas por ocasião da realização de parto, foi demonstrado que 50% das gestantes não foram orientadas quanto ao local do parto, e 33% procuraram mais de uma maternidade para serem atendidas durante o trabalho de parto. Tais índices foram explicados pela não aplicação satisfatória da norma de vinculação<sup>17</sup>. Trata-se então de achado importante o percentual de recusas de atendimento encontrados nesta pesquisa, pois mostra que além da negligência das maternidades, há uma falha de comunicação entre as gestantes e a atenção primária sobre o local para realização do parto.

Notou-se que as gestantes internadas apresentaram taxas significativas de dúvidas, referindo sentir que não tiveram suas perguntas respondidas e que vários procedimentos foram realizados sem que fossem totalmente explicados (Tabela 3). Receber informações durante o trabalho de parto é um indicador de qualidade na assistência ao parto, e é importante para as mulheres, sendo sinônimo de competência do profissional de saúde e refletindo o grau de atenção que estas estão recebendo da instituição de saúde<sup>18,19</sup>. Assim, para as gestantes, quanto mais informações recebem, mais sentem que estão realizando um parto humanizado, e maior é a relação de confiança estabelecida com os profissionais<sup>20</sup>.

Subtende-se que no atendimento ao parto das pacientes entrevistadas, não explicaram adequadamente os procedimentos realizados, o que provavelmente

limitou a opção de escolha das mesmas. Não informar a gestante sobre situações pertinentes, ou mesmo negar informações, constitui uma das expressões da violência institucional à parturiente<sup>21</sup>. Para Alves e Silva (2000) os profissionais de saúde consideram as mulheres com menor escolaridade incapazes de entender informações e, portanto, a tentativa de explicação seria infrutífera, representando perda de tempo<sup>21</sup>. No entanto, tal prática vai contra o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que visa um atendimento digno e que proporciona o protagonismo da mulher durante o processo de parturição, tendo a partilha de informações como essencial<sup>11,22</sup>.

No Brasil, desde 2005 foi aprovada a lei nº 11.108 que garante o direito à gestante de um acompanhante durante todo processo do parto<sup>9</sup>. Observamos entre as mulheres entrevistadas que o desconhecimento sobre a lei ainda é alto. Por tratar-se de uma legislação, espera-se que mesmo com o desconhecimento pelas gestantes, as maternidades cumprissem em sua totalidade o descrito, permitindo que a parturiente estivesse sempre acompanhada. Porém pouco mais da metade das gestantes puderam ser acompanhadas no momento do parto, semelhante ao encontrado em outras pesquisas (56%, 42%)<sup>23,24</sup>, o que demonstra que o descumprimento da lei é frequente pelos serviços de saúde.

No processo do parto, a gestante tem alguns sentimentos intensificados, como o medo de uma evolução desfavorável, a ansiedade para que o recém-nascido venha ao mundo de forma rápida e muitas vezes, solidão por estar em um ambiente com pessoas desconhecidas<sup>11</sup>. Estes sentimentos podem ser reduzidos pela presença do acompanhante, pois a parturiente tende a considerar o seu companheiro como uma importante referência emocional, fonte de apoio e conforto<sup>25</sup>. A OMS em 1996 declarou que o suporte contínuo durante o trabalho de parto pelos acompanhantes tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres sem que haja algum prejuízo, recomendando que a parturiente esteja sempre acompanhada<sup>8</sup>.

As diversas desculpas que os serviços de saúde utilizam para negar o direito de acompanhante à gestante, incluem não ter conhecimento da lei e ser protocolo do hospital não aceitar acompanhantes para garantir melhor privacidade às outras pacientes internadas<sup>8-26</sup>. Tais justificativas só podem ser utilizadas pois não há punição legal para este descumprimento.

De acordo com certos autores<sup>18,27,28</sup>, para que haja a total adesão dos serviços de saúde na implantação da presença do acompanhante, é necessário preparar

previamente a equipe de saúde, visto que a maioria dos profissionais possuem ideias pré-concebidas negativas, e têm receio de permitir os companheiros no centro de parto pois os veem como alguém despreparado, que faz muitas perguntas e que dificulta sua atividade profissional. Para as gestantes, porém, mesmo os acompanhantes que não passaram por nenhum treinamento prévio foram capazes de atender as suas demandas de apoio<sup>29</sup>, como demonstrado por Diniz et al. (2014) onde 84,5% das mulheres que tiveram acompanhantes relataram um parto mais calmo<sup>24</sup>.

A assistência obstétrica à gestante em trabalho de parto, inclui a realização do exame de toque vaginal, que permite avaliar a dilatação do colo uterino, presença de integridade das membranas amnióticas, apresentação, atitude fetal e características da bacia óssea materna<sup>18,30</sup>. Este exame pode ser desconfortável, ou até mesmo doloroso como referido por muitas gestantes nesta pesquisa (tabela 3) e em outros trabalhos<sup>10,23</sup>.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal de 2017 do Ministério da Saúde recomenda que o exame de toque seja realizado de quatro em quatro horas ou caso haja alguma preocupação com a progressão do parto, não havendo outra alternativa para avaliar a dilatação do colo uterino<sup>31</sup>. Este exame passa a ser rejeitado pelas mulheres principalmente quando há seu uso indiscriminado, desrespeitoso e rotineiro e realizado com aspecto de imposição pelo profissional, tornando-se uma experiência negativa<sup>30,32</sup>.

Em relação as vias de parto na gestação anterior, encontrou-se a ocorrência de cesariana em 46% dos casos, o que se mostrou dentro dos padrões do estado do Maranhão (índices de aproximadamente 45% de cesarianas em 2016)<sup>33</sup>. Este valor está acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde que recomenda que as taxas de cesariana não devem ultrapassar a marcas de 15% dos partos, justificando não haver evidências que índices acima disto reduzam a mortalidade materna e neonatal<sup>34,35,36</sup>. Por se tratar de uma cirurgia, as complicações incluem infecção de sítio cirúrgico, necessidade de transfusão sanguínea, de internação em UTI, podendo deixar sequelas e evoluir para óbito<sup>36,37</sup>.

Um dos procedimentos mais utilizados em obstetrícia é a episiotomia, que consiste em uma incisão cirúrgica na região da vulva e do períneo durante o período de expulsão fetal, com o objetivo de facilitar a passagem do bebê pelo canal vaginal, e evitar as lacerações causadas neste processo<sup>38,39</sup>. Este procedimento passou a ser largamente difundido no século passado, apesar de poucas evidências científicas que



suportem seus benefícios<sup>39</sup>. A recomendação da OMS<sup>8</sup> é a realização de episiotomia de forma restrita, não ultrapassando 10% dos casos, porém em dados de pesquisa de abrangência nacional<sup>4</sup>, encontram-se índices de 56% desta prática. Outras pesquisas também corroboram com o achado, indicando que taxas acima do recomendado nas maternidades brasileiras são comuns<sup>11,40,41</sup>.

Este procedimento pode resultar em maior tempo de internação hospitalar, infecção e sangramentos. A longo prazo, associa-se a incontinência urinária e fecal, dispareunia e piora da função sexual da mulher<sup>39</sup>. Assim, a gestante pode recusar a realização da episiotomia de forma autoritária, sem indicação precisa e sem analgesia, reafirmando sua autonomia durante o processo de parto. As indicações específicas de episiotomia incluem o sofrimento fetal, insuficiência do trabalho de parto, e riscos de lesões perianais graves<sup>41,42,43</sup>.

O Guia Prático para Assistência ao Parto Normal da OMS (1996)<sup>8</sup> classifica as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias: Categoria A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C: Práticas sem 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. O uso liberal ou rotineiro da episiotomia foi classificado na Categoria D.

Entre os métodos de indução ao trabalho de parto inclui-se a infusão de ocitocina e a amniotomia. A ocitocina sintética é utilizada afim de aumentar a atividade de contração uterina, agindo diretamente no miométrio. A amniotomia que consiste no rompimento das membranas ovulares por meio de uma ação mecânica no colo uterino tem como objetivo promover sua dilatação, além de liberação de prostaglandinas. Ambas as técnicas, frequentemente vem sendo utilizadas de forma conjunta<sup>44,45</sup>.

As diretrizes do MS de 2017 recomendam que tanto a amniotomia precoce como a infusão de ocitocina não devem ser utilizados de rotina em mulheres em que o trabalho de parto esteja evoluindo bem<sup>31</sup>. A não recomendação de forma habitual da amniotomia se deve ao grande desconforto que pode causar, com riscos de sangramento genital. A ocitocina deve ser usada de forma cuidadosa, evitando utilizar em gestantes com colo uterino imaturo devido aos riscos de falha de progressão do parto e evolução para cesárea<sup>42,45</sup>. Assim, revisões sistemáticas apontam para a

necessidade de maiores estudos que comparem a segurança e efetividade destas práticas para definir em que circunstâncias clínicas são indicadas<sup>42</sup>.

Os índices de utilização destes procedimentos nas gestantes entrevistadas foram semelhantes ao encontrado em outras pesquisas<sup>4,11</sup> e são considerados elevados. A amniotomia foi classificada pela OMS como categoria C (Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão) e o uso de ocitocina como categoria D (Categoria D: Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado)<sup>8</sup>.

É frequente o uso de hidratação venosa de rotina e proibição de ingesta hídrica e alimentação por via oral nas maternidades. Tal prática tem sido justificada como medida de precaução para o caso de um parto vaginal evoluir para cesariana. A necessidade de anestesia e a natureza cirúrgica desta via de parto contraindicaria a ingestão hídrica por via oral<sup>46</sup>.

Porém, no parto por via cesariana, a anestesia regional é a mais utilizada. Este tipo de anestesia permite a participação da mãe na hora do nascimento, não causa inconsciência, utiliza menos fármacos, e é mais segura para o feto, pois causa menos exposição as drogas anestésicas e seus efeitos. O risco de complicações associadas ao não jejum, também é menor, já que não há preocupação com as vias áreas da paciente<sup>11,47</sup>.

Não há uma ligação bem estabelecida entre episódios eméticos e a administração de fluidos orais ou alimentação, não havendo evidências suficientes para indicar o jejum absoluto das gestantes em trabalho de parto por este motivo<sup>46</sup>. Assim, o MS recomenda que as parturientes devem ser incentivadas a ingerir líquidos por via oral, não sendo necessária cateterização venosa de rotina<sup>31</sup>, uma prática ainda recorrente nas maternidades<sup>4,11</sup>.

Outra prática bastante utilizada é a manobra de Kristeller. Tal ato não demonstra benefício para a gestante, sendo uma manobra danosa, ineficaz e que pode causar dor e trauma na parturiente<sup>48</sup>. O Ministério da Saúde não inclui a manobra de Kristeller em suas recomendações, e a OMS a descreve como categoria C, sem evidências para recomendá-la<sup>8,49</sup>. Apesar dos esforços para diminuir o uso desta manobra, ainda encontramos sua utilização em percentuais que sugerem que esta prática não vem sendo abandonada, fato também demonstrado por outros autores<sup>4,11</sup>.

O PHPN do Ministério da Saúde tem o intuito de incentivar os profissionais de saúde e as maternidades a agirem criando um ambiente acolhedor e a instituírem rotinas hospitalares que rompam com o isolamento imposto à mulher<sup>22</sup>. Deve-se adotar medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos<sup>22,50</sup>. Práticas como o oferecimento de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, o incentivo a outras posições além da litotomia no momento do parto e liberdade para se movimentar são exemplos de práticas benéficas às gestantes indicadas pela Organização Mundial de Saúde como boas práticas de atenção ao parto e nascimento, sendo também recomendadas pelas diretrizes do MS de 2017<sup>8,31</sup>.

Entre as técnicas não farmacológicas para alívio de dor, incluem-se a disponibilidade de banheiras, chuveiros e massagens para gestantes<sup>31</sup>. Outras posições no momento do parto incluem qualquer uma que a parturiente achar confortável, como por exemplo posições de cócoras, lateral ou quatro apoios, ficando a seu critério qual utilizar.

Apesar das recomendações, os índices achados nesta e em outras pesquisas<sup>4,11</sup> destas práticas foram baixos, indicando que as boas práticas de atenção ao parto não estão sendo amplamente utilizadas como o MS recomenda, sendo necessário que elas passem a ser rotina nas maternidades.

## 5 CONCLUSÃO

Demonstrou-se que o termo violência obstétrica é pouco conhecido pelas gestantes e este tipo de violência por meio de ações intervencionistas desnecessárias, negligência, maus-tratos e não concessão de direitos, tem alta prevalência. Além disso, boas práticas de atenção ao trabalho de parto não foram amplamente disponibilizadas. Tais resultados atestam que a assistência à saúde da gestante ainda é deficiente.

Assim, entende-se que uma grande parte das mulheres não tiveram seu bem-estar físico, psicológico e a autonomia respeitados. Torna-se necessária uma melhor discussão sobre violência obstétrica, incluindo a necessidade de sua tipificação em lei. Mais pesquisas com gestantes acompanhadas na atenção primária devem ser realizadas, visto que este é o local onde as gestantes primeiramente se inserem no sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Venezuela. La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela nº 38668. 2007 abr 23 [Acesso em 08 ago 2017]. Disponível em <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
  
2. Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7633 de 27 de maio de 2014 [Internet]. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências [Acesso em 07 ago 2017]. Disponível em:  
[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1257785](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785)
  
3. Santa Catarina. Lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina nº 20.457, 19 de jan de 2017.
  
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura PM et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Supl 1): 17-32
  
5. Venturi G, Bokany V, Dias R, de Alba D, Rosas W, Figueiredo N. Fundação Perseu Abramo. Serviço Social do Comércio (SESC). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. [Internet]São Paulo: SESC (SP)/ Fundação Perseu Abramo; 2010 [acesso em 20 mar 2018]. Disponível: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf).
  
6. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
  
7. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra; 2014.
  
8. World Health Organization. Division of Reproductive Health. Care in normal birth: a practical guide. World Health Organization: Geneva [Online]; 1996 [cited in mar 23 2018]. Available:  
[http://www.midwiferyservices.org/care\\_in\\_normal\\_birth\\_practical\\_guide.pdf](http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf)
  
9. Brasil. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 08 abr. 2005.
  
10. Terán P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev obstet ginecol Venezuela*;73(3):171-180.

11. Rodrigues FAC, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério*. 2017; 32(2): 78-84.
12. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence Against women in health – care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002;359 (11): 1681- 1685.
13. Fabbro MRC, Machado GPR. A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. In: Anais do 6º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa [Internet]; 2017 jul 12-14. Salamanca, Espanha. p. 1226-1235 [citado em 22 abr 2018]. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/download/1459/1416>
14. Brasil. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 2007.
15. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Gestante. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
16. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):708-14.
17. Furtado EZL, Gomes KRO, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016;50:23.
18. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1859-1868.
19. Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
20. Calca AA. O parto humanizado na visão da mulher parturiente [Monografia de Especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2001.
21. Alves MTSSB, Silva AAM, organizadores. Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Gráfica Universitária da Universidade Federal do Maranhão; 2000.
22. Ministério da Saúde (BR). Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
23. Siqueira RJ. Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - "Nascer no Brasil [mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 2017.

24. Diniz CSG, D'orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(1):140-153.
25. Motta CCL, Crepaldi MA. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paideia*. 2005;15(30): 105-118.
26. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Brasília, DF; 2012.
27. Moraes SDTA. Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição à sua implantação [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
28. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1316-27.
29. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:389-98.
30. N.Z. Narchi, J.C.S. Camargo, N.R. Salim, M.O. Menezes, M.M. Bertolino Utilização da linha púrpura como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2011; 11 (3): 313-322.
31. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
32. Vargens OMC, Nunes S, Silva CM, Progianti JM. Procedimentos invasivos no cuidado à parturiente sob perspectiva de gênero. *Rev enferm UERJ*. 2016 Dec; 24(6):1-6.
33. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 24 mar 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
34. Villar J, Valadares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun;367(9525):1819-29.
35. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug;326(8452):436-7.
36. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra; 2015.
37. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesáreas sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:105.

38. Meseguer CB, Garcia CC, Pedro MS, Jordana MC, Roche MEM. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2793.
39. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3):288-95.
40. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12 (4): 658-63.
41. Carvalho CCM, Souza ASR, Filho OBM. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56( 3 ): 333-339.
42. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde no suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro; 2008.
43. Cordeiro RS, Viana BRO, Freitas FFQ, Silva JPG, Costa KNFM. Ética na realização da episiotomia: Uma revisão de literatura. In: Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF) [Internet]; 2012 ago 09-12. Fortaleza, Brasil. [citado em 30 abr 2018]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41026.E10.T7155.D6AP.pdf>
44. Lopezosa PH, Maestre MH, Borrego MAR. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2744.
45. Filho OBM, Cecatti JG, Feitosa FEL. Métodos para indução do parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005;27( 8 ): 493-50.
46. Ozkan SA, Kadioglu M, Rathfisch G. Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(1):235-43.
47. Lucena MR, Soares ECS, Boas WWV. Anestesia geral para cesariana. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20 (4 Supl 1): S7-S16.
48. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Dez 2005; 10(Supl ): 221-230.
49. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. 2016.



50. Souza TG, Gaiva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):479-86.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Questionário semiestruturado para coleta de dados

### FICHA PROTOCOLO

#### 1) IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Cor:

Profissão:

Escolaridade

Telefone:

#### 2) PREFERÊNCIA DA GESTANTE PELA VIA DE PARTO

2.1 Qual a via de parto preferida pela gestante:

( ) 2.1.1 - Parto Vaginal – Por quê?

( ) medo da anestesia ( ) é natural ( ) a recuperação é mais rápida

( ) é habitual na família ( ) outros: \_\_\_\_\_

( ) 2.1.2 - Parto Cesariano – Por quê?

( ) medo de sentir dor ( ) orientação/indicação de amigos ( ) evitar deformações na vagina

( ) outros: \_\_\_\_\_

#### 3) DADOS CLÍNICOS/OBSTÉTRICOS

Idade Gestacional que se encontra:

Assistência pré-natal nessa gestação: ( ) sim Quantas consultas? \_\_\_\_\_ ( ) não

História Obstétrica:

Gestações: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Partos Vaginais: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Caso já tenha ficado grávida outra vez:

a) Partos realizados anteriormente: ( ) vaginal: \_\_\_\_\_ ( ) cesariana: \_\_\_\_\_

b) Se marcou cesariana na alternativa anterior, sabe dizer o motivo da cesariana?

( ) a pedido ( ) indicação médica Qual? \_\_\_\_\_

c) Sente-se satisfeita com o(s) tipo(s) de parto realizado(s)? ( ) sim ( ) não.

d) Se respondeu não à questão anterior, qual o tipo de parto que não lhe deixou satisfeita?

vaginal  cesariana

e) Você repetiria o(s) tipo(s) de parto(s) que realizou?  sim  não.

#### 4) INFORMAÇÕES SOBRE VIA DE PARTO

4.1 Durante essa gravidez, obteve informações sobre os riscos das vias de parto?

Sim  Não

4.2 Onde obteve ou obteria este tipo de informação?

Médico  Enfermeiro  Familiares/amigos  livros  
 TV/Internet/rádio  Outros: \_\_\_\_\_

4.3 Qual fonte acha que é a mais importante para esclarecer sobre o assunto?

Médico  Enfermeiro  Familiares/amigos  livros  
 TV/Internet/rádio  Outros: \_\_\_\_\_

4.4 Se assinalou médico, quanto tempo, em média, foi utilizado para discussão e explicação sobre as vias de parto (vaginal e cesariana)?

menos de 10 min  entre 10 e 20 min  mais de 20 min

4.5 Quanto tempo acredita que deveria ser utilizado para a explicação destas informações?

menos de 10 min  entre 10 e 20 min  mais de 20 min

4.6 Como considera a informação obtida sobre os riscos/benefícios das vias de parto (vaginal e cesariana)?

muito boa  boa  razoável  má  muito má  sem opinião

Por quê?

---



---

4.7 Nessa gestação, caso pudesse escolher, escolheria parto por cesariana mesmo sem indicação médica? ( ) sim ( ) não Por quê?

---



---

Marque um X no quadrado desejado:

**1 Considera que:**

a) Para a saúde do bebê não importa a via de parto (cesariana ou vaginal):

Concordo	Não	Sem opinião
	Concordo	

b) Para a mãe, o parto vaginal e o parto por cesariana têm os mesmos riscos:

Concordo	Não	Sem opinião
	Concordo	

c) Para a mãe, a cesariana não tem tantos riscos como outras cirurgias:

Concordo	Não	Sem opinião
	Concordo	

d) A principal vantagem da cesariana é poder escolher o dia do parto, comparando-se com o parto vaginal:

Concordo	Não	Sem opinião
	Concordo	

## 5) VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

5.1. Você sabe o que é violência obstétrica?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, relate com suas palavras o que seria violência obstétrica:

---



---



---

Se parto anterior:

5.2 Último parto realizado em: ( ) maternidade pública ( ) maternidade privada

5.3 Na última gestação, acredita que sofreu violência obstétrica?

( ) sim ( ) não ( ) não sei

5.4 Durante o trabalho de parto da última gestação, a senhora:

PERGUNTA	SIM	NÃO
a) Teve dificuldades para conseguir o local para realizar seu parto?		
b) Se sentiu devidamente informada sobre os procedimentos que foram realizados?		
c) Responderam suas perguntas adequadamente?		
d) Se sentiu discriminada ou maltratada verbalmente? (Tratamento grosseiro, ameaça, reprimendas, gritos ou humilhações)		
e) Se sentiu maltratada fisicamente?		
f) Foi oferecida alguma técnica para aliviar à dor? (Massagens, óleos, medicamentos)?		
g) Teve direito a acompanhante?		
h) Se sentiu abandonada, com medo ou angústia?		
i) Pôde se alimentar e/ou ingerir líquidos?		
j) Teve liberdade para se movimentar?		
k) Foi amarrada?		
l) O exame de toque foi em algum momento desrespeitoso, doloroso ou a deixou exposta de maneira inadequada?		
m) Foi incentivada a ficar em outras posições além da posição tradicional de trabalho de parto (deitada de costas, com as pernas dobradas e afastadas)?		

5.5 Marque um X para os procedimentos realizados no último parto:

- |   |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> Rompimento da bolsa para o bebê nascer mais rápido.<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Corte entre a vagina e o ânus para ajudar a saída do bebê.<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Uso de medicação para acelerar o trabalho de parto.<sup>3</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Aplicação de pressão na parte de cima da barriga para ajudar a saída do bebê.<sup>4</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Raspagem dos pelos da vagina.<sup>5</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Aplicação de soro na veia logo ao chegar na maternidade.</p> <p><input type="checkbox"/> Lavagem do intestino.<sup>6</sup></p> |
|---|

<sup>1</sup> Amniotomia. <sup>2</sup> Epsiotomia. <sup>3</sup> Ocitocina. <sup>4</sup> Manobra de Kristeller. <sup>5</sup> Tricotomia. <sup>6</sup> Enema ou Clister.

5.6 Você sabia da existência da Lei N°11.108 de 2005 que garante o direito de 1(um) acompanhante com você durante todo o processo do parto?

Sim

Não

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPANTE MAIOR DE IDADE

#### “CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE VIAS DE PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO LUÍS – MA”

*Principais pesquisadores responsáveis: Raimundo José Barbosa Dias Júnior, Raquel Morales Vieira. Orientadora: Adriana Lima dos Reis Costa*

Prezada Senhora:

Gostaria de convidá-la a participar dessa pesquisa, com o objetivo de conhecer a preferência das pacientes pelo tipo de parto que elas gostariam que fosse realizado (parto normal? cesárea?) caso pudesse ser escolhido e de identificar seus conhecimentos sobre violência obstétrica, tanto como sua experiência. A pesquisa também tem por objetivo compreender quais os conhecimentos que as mulheres têm sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, por onde e como foram obtidas essas informações (pré-natal, amigos, livros, revistas, *internet* ou outros meios).

A sua participação é muito importante e ela se daria por meio de respostas a um questionário, com preenchimento de dados pessoais e de assuntos relacionados com seus conhecimentos sobre os tipos de parto, questões sobre violência obstétrica, seus desejos e experiências.

Espera-se como benefício que a pesquisa incentive as gestantes participantes do estudo à obterem informações que auxiliem na escolha de via de parto mais adequada e segura para o nascimento do seu filho, além de estimular as gestantes a repararem em ações que possam ser consideradas violência obstétrica no momento do seu parto. Espera-se ainda contribuir para que os profissionais da área da saúde, principalmente aqueles que trabalham nas maternidades, conheçam o desejo, os motivos e a preferência da escolha por determinado tipo de parto e como as gestantes estão obtendo as informações sobre o parto no pré-natal. É importante também que se conheça o quanto de práticas consideradas “violência obstétrica” durante o trabalho de parto ainda são realizadas, a fim de que elas aconteçam cada vez menos e haja uma melhora da assistência obstétrica que beneficie tanto as pacientes quanto os profissionais da saúde.

As informações coletadas serão tratadas no mais absoluto sigilo e os nomes das entrevistadas não serão divulgados. Essa pesquisa possui riscos mínimos, o risco de quebra da confidencialidade e do sigilo serão evitados, visto que os dados coletados na pesquisa serão utilizados apenas para fins de pesquisas acadêmicas, não havendo necessidade de exposição de seus dados pessoais. Caso a participante da pesquisa se sinta desconfortável ao responder o questionário, a imediata interrupção da pesquisa poderá ser solicitada.

Poderá fazer parte da pesquisa toda gestante que esteja realizando consultas de pré-natal e/ou participando do grupo de gestantes da Unidade Básica de Saúde da Vila Embratel desde que não estejam em gestação de alto risco; tenham tido seus partos anteriores em ambiente hospitalar, não tenham tido óbito fetal em gestação anterior e não sejam menores de 14 anos.

Informo que a senhora não pagará nem será remunerada por sua participação. Caso haja necessidade, será garantido seu ressarcimento e de seu acompanhante em relação a gastos com alimentação, transporte ou outras despesas diretamente ligadas ao estudo

Caso a senhora venha sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), terá o direito de buscar indenização. É assegurado o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos ou indiretos bem como imediatos ou tardios decorrente da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Se houver dúvidas ou necessitar de esclarecimentos, poderá entrar em contato com a equipe executora da pesquisa através do número (98) 98113-3696 (Raquel Morales Vieira), (98) 99170-3031 (Raimundo José Barbosa Dias Júnior) ou contate o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital



Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário: Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís- MA, CEP 65.020-070 Telefone: (98) 2109 1250).

Esse termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas preenchida e entregue à senhora. O termo deve ser rubricado em todas as páginas e assinado no seu término pela convidada a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável ou membro da equipe de pesquisa. Desde já, agradecemos!

Eu \_\_\_\_\_  
tendo sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de sigilo e confidencialidade, de esclarecimentos em caso de dúvidas e que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento neste serviço.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

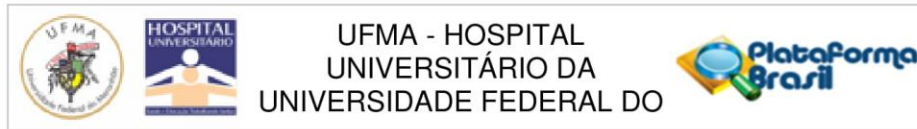
\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Orientadora: Adriana Lima Reis Costa  
Coordenação do Internato de Medicina  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua Barão de Itapary, 227, Centro

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável ou membro da equipe de pesquisa

## **APÊNDICES**

## ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética do HUUFMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimento de gestantes sobre Vias de Parto e Violência Obstétrica em uma Unidade Básica de Saúde de São Luís -MA

**Pesquisador:** Adriana Lima dos Reis Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78491317.1.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.398.241

#### Apresentação do Projeto:

O parto é certamente uma importante experiência física, psicológica e intersubjetiva na vida das mulheres. Por ser um momento por vezes imprevisível e desconhecido, traz consigo sentimentos como medos, ansiedades, angústias, preocupações, além de toda expectativa que é gerada (CAUS, 2012). A gravidez e o parto não se limitam apenas a questão biológica, mas abrangem também aspectos sociais e culturais (BEZERRA, 2006). As informações disponíveis ou acessíveis interferem diretamente sob as expectativas das mulheres quanto à via de parto, sendo vaginal ou cesárea. Tais informações são acrescentadas a experiência de vida de cada gestante. Nesse sentido, o potencial educativo da orientação pré-natal se mostra de extremo valor, pois a gestante passa a conhecer alternativas de assistência em situações de trabalho de parto sem alterações ou no caso de surgirem complicações (IORRA, 2011). Segundo o estudo Nascer no Brasil, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, no ano de 2010 os partos cesáreos já representavam cerca de 52% do total de partos realizados, chegando a 82% na rede privada e 37% na rede pública. Essa taxa se encontra muito acima da proporção de cesarianas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985), que preconiza como ideal um valor de aproximadamente 10 a 15% do total de partos, e de acordo com revisão sistemática mais recente, conclui que “ao nível populacional, taxas de cesáreas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.” (OMS, 2014, p.3). As altas taxas de partos cesarianos refletem uma cultura que se instituiu, e por conta disso, os fatores que influenciam na preferência e/ou

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.398.241

Outros	declaracaodaprefeitura.pdf	02/10/2017 21:04:37	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Orçamento	orcamentofinanceirodetalhado.docx	02/10/2017 21:03:03	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Cronograma	cronogramadetalhado.docx	02/10/2017 21:02:43	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoanuenciapesquisadores.pdf	02/10/2017 21:01:54	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/10/2017 20:58:35	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoviasdepartoeviolenciaobstetrica.doc	02/10/2017 20:49:27	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Outros	oficioprefeitura.pdf	02/10/2017 20:48:50	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	02/10/2017 20:48:11	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoresponsabilidadefin.pdf	02/10/2017 20:34:16	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentoeassentimento.docx	02/10/2017 20:33:37	RAQUEL MORALES VIEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 24 de Novembro de 2017

**Assinado por:**

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

**ANEXO B - Autorização da Superintendência de Educação em Saúde da prefeitura de São Luís**



**PREFEITURA DE SÃO LUÍS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS  
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o aluno(a)

Rafael Mendes Vieira, Raimundo José Barbosa Dias Júnior está autorizado(a) a coletar dados, para a realização do Projeto: "Conteúdo de gestantes sobre suas de parto e violência obstétrica em uma Unidade Básica de Saúde de São Luís-MA" na Unidade Unidade Básica de Saúde da Vila Embratel de nossa Rede de Saúde, após a aprovação do referido Projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa.

São Luís-MA, 24 / 08 / 17.

**SEMUS**  
Superintendência de Educação em Saúde  
Estágio, Pesquisa e Extensão  
Janeirinha Santos Oliveira  
Coordenadora de Estágio, Pesquisa e Extensão

Coordenadora de Estágio, Pesquisa e Extensão  
Superintendência de Educação em Saúde

## ANEXO C – Normas de Submissão

### Notas Redatoriais

A Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) é publicada quadrimestralmente, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

**A Revista de Pesquisa em Saúde não cobra custos de processamento e nem de submissão de artigos.**

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*:

- a. Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*.
- b. Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.
- c. Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou

e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

d. A Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).

e. Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.

f. Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

### 1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações

(tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitindo-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessante dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

## 2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Abstract e Keywords; 4) Texto; 5) Referências; 6) Email, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)), e do International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.



### 3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor (es) e instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chave: e seus respectivos Keywords devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introdução: deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

3.5 Ética: toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Métodos: o texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. O relato da informação deve ser conciso e impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 Discussão: deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por "et al." Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4,.). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no "Index medicus" (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>). Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### 4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## 5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## 6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do Internacional Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## 7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

## 8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br ou por via deste Portal.

## 9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. Ann Surg, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (Itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas.

Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdome agudo não traumático: Novas propostas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (Itálico)[Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói (RJ):Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. Emerg Infect diseases [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computerezid Educational Systems; 1993.

III. Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965. Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título[ tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor (es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo(itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

#### 10 Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçados por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word).

#### 11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw ou Illustrator em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a 5 (cinco) entre tabelas e figuras para artigos originais e 3(três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referência ao texto.

Deve ser identificada no verso, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

Obs: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressa em páginas separadas.