

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

SCARLARTE BRUNA ALVES DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRA PARTURIENTES NOS
HOSPITAIS BRASILEIROS**

VITÓRIA

2017

SCARLARTE BRUNA ALVES DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRAPARTURIENTES NOS
HOSPITAIS BRASILEIROS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, no formato de artigo científico como requisito parcial para conclusão do curso.

Professora Dr. Solange Rodrigues da Costa.

VITÓRIA

2017

SCARLARTE BRUNA ALVES DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRA PARTURIENTES NOS
HOSPITAIS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Solange Rodrigues da Costa
Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM
Orientadora

Prof. Msc. Caroline Feitosa Dibai de Castro
Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM

Prof. Msc. Renato Vidal de Oliveira
Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus por ser base em minhas conquistas.

A minha orientadora Solange Rodrigues da Costa, pela dedicação e orientação prestada durante todo esse processo.

Aos meus padrinhos Luciana Ribeiro e Gilcemir Machado por terem me proporcionado uma oportunidade única, por todo o incentivo e conselhos durante a minha trajetória no curso.

Ao Lucas Goulart por todo o companheirismo, incentivo, paciência, amor e ajuda nessa jornada.

Aos meus pais que de longe me deram apoio para nunca desistir.

Meus agradecimentos as minhas amigas Livía Heringer e Luana Marques na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

Objetivos: identificar as principais práticas de violência obstétrica realizadas pelos profissionais de saúde brasileiro e as principais formas de prevenção. **Método:** revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos. **Resultados:** foram encontrados doze estudos brasileiros relacionados à violência no parto. Foi possível perceber que no cenário hospitalar brasileiro o parto tem sido palco de violência obstétrica em seu cotidiano, o que geralmente ocorre por meio de palavras, procedimentos invasivos, condutas inadequadas e realização do parto cesáreo eletivo. **Conclusão:** Torna-se necessário abordagem multidimensional para o enfrentamento desse problema, que passa por mudanças nos currículos dos cursos da área jurídica e da saúde.

Descritores: Violência. Parto. Nascimento.

ABSTRACT

Objectives: To identify the main practices of obstetric violence carried out by Brazilian health professionals and the main forms of prevention. **Method:** an integrative review of the literature of the last five years. **Results:** twelve Brazilian studies related to violence in childbirth were found. It was possible to perceive that the Brazilian hospital setting has been a stage of obstetric violence in its daily life, which usually occurs through words, invasive procedures, inadequate behaviors and elective cesarean delivery. **Conclusion:** A multidimensional approach is needed to address this problem, which involves changes in the curricula of legal and health courses.

Descriptors: Violence. Childbirth. Birth.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como esfera privada”. Logo, a violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões e uma delas tem sido muito presente e não identificada: a violência obstétrica.¹

A Violência Obstétrica (VO) pode ser qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimindo por meio de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.²

A violência no parto se caracteriza pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do atendimento desumanizado, medicalização e uso de processos artificiais, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, e impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.³

A utilização de condutas violentas por parte dos profissionais de saúde muitas vezes é apresentada e definida como um cuidado necessário para lidar com as mulheres consideradas queixosas, demandantes ou pouco colaborativas. Nesse contexto, a violência se traveste de boa prática, já que pretensamente teria como interesse maior garantir o bem estar da paciente. Essa é uma estratégia para garantir a invisibilidade institucional da violência.⁴

Nas últimas décadas, um excesso crescente e preocupante de intervenções médicas durante parto, mesmo em partos fisiológicos e sem complicações, juntamente com a disseminação de práticas abusivas contra parturientes em todo o mundo, tem sido pesquisado. Apesar dos diversos investimentos políticos para o enfrentamento desse problema, a mudança das práticas dos profissionais de saúde ainda tem sido difícil.⁵

Existe muito forte ainda, a cultura de que o médico deve decidir o que é melhor para a paciente e isso acaba contribuindo para o aumento das intervenções no parto e conseqüentemente no aumento da incidência da violência obstétrica. A VO atinge mulheres de todas as classes sociais, porém, grupos marginalizados, como mães pobres, solteiras, negras, moradoras de rua, dependentes químicas, dentre outras, estão entre as mais vulneráveis.⁶

Portanto, no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas caracteriza violação dos direitos humanos, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe uma agenda internacional para o combate ao desrespeito ao parto, para tanto tem

proposto investimentos em projetos mobilizadores para ação, diálogo, e pesquisa sobre esse importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014).⁷

Nos últimos anos, tem havido crescente atenção pública para esse problema sistêmico de violência institucionalizada baseada no gênero. No entanto, resultados positivos em relação à essa questão, ainda são muito insuficientes. Existe a necessidade de soluções políticas e jurídicas para o enfrentamento da violência no parto.⁸

Há evidências emergentes de que o desrespeito e o abuso durante o parto são prevalentes em países de todo o mundo e uma barreira para alcançar bons resultados de saúde materna. No entanto, ainda há muito trabalho a ser feito para que seja possível a identificação de intervenções eficazes para prevenir e eliminar a violência obstétrica.⁹

Sabe-se que a violência obstétrica não é incomum nos serviços obstétricos hospitalares brasileiros e que uma cada quatro mulheres em trabalho de parto, sofrem esse tipo de violência, que se tornou um problema de saúde pública. Tal conduta interfere no processo fisiológico do nascimento podendo trazer danos à mãe e ao bebê. Dessa forma, estudos que tratem dessa temática se revestem de importância.

Portanto, esse estudo teve como objetivo, identificar as principais práticas (ações) realizadas pelos profissionais de saúde brasileiros contra parturientes, que se configuram como violência obstétrica e as principais ações de prevenção contra a violência obstétrica a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

2 SOBRE AS CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Algumas categorias de violência obstétrica podem ser identificadas, tais como, a violência: institucional, moral, física, sexual, psicológica e verbal. A violência institucional pode ser entendida como a falta de acesso das mulheres carentes a serviços essenciais, a peregrinação das mulheres em diferentes maternidades para receber atendimentos. Dentro desse contexto, destaca-se que o simples fato dela ocorrer no âmbito das maternidades e ambientes hospitalares sendo cometida por profissionais de saúde, pode caracterizar esse tipo de violência.¹⁰

A violência moral está menos vinculada às normas institucionais, espaços físicos e equipamentos e mais associada às condutas profissionais, como o não reconhecimento da mulher como sujeito do parto e a colocação do médico nesse lugar, cabendo a ele a

autoridade, responsabilidade e a condução ativa desse processo, controlando e se apropriando desse evento, tornando o nascimento não uma experiência fisiológica, mas um evento de riscos eminentes.^{11,12}

A violência física é aquela em que existe a utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto como: litotomia, manobra de Kristeller, toques violentos ou excessivos, realização rotineira de episiotomia ou para fins de treino, amniotomia, o uso rotineiro de ocitocina sintética e negação da analgesia.^{10,11,12}

Em relação à violência sexual, além da realização de toques excessivos e episiotomia rotineira ou para treino, há ainda as falas coercitivas e moralistas de conteúdo sexual no momento do parto¹⁰. Por fim, existe também a violência psicológica e verbal onde se associam comentários utilizados com o intuito de denegrir a mulher e de negar o reconhecimento de seu estado particular durante o período do parto como: xingamentos, hostilidades e gritos, o abuso verbal, humilhação das mulheres grávidas, palavras ou expressões de ironia, comentários desrespeitosos, reprimendas e ameaças de abandono.^{10,11,12,13}

O Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio sobre violência contra as mulheres, classifica a violência no parto de seis formas, sendo elas, violência: física, psicológica, institucional, material e midiática. Nota-se que essa classificação traz dois outros tipos de VO, sendo elas a midiática e material. Sendo essa última caracterizada por ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.¹⁴

De acordo com esse Dossiê a violência midiática se traduz por “ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos”. Mensagens e imagens públicas que façam apologia à adoção de práticas sem evidências científicas, com fins sociais, econômicos ou de dominação estão entre essas ações. Um exemplo disso é a ridicularização do parto normal e o incentivo à cirurgia de cesariana.¹⁴

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal, o excesso de intervenções muitas vezes deixa de levar em consideração os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos nessas situações omitindo muitas vezes que a

assistência ao nascimento se reveste de caráter único e particular que vai além do processo saúde, doença e morte.¹⁵

O parto é mais que um evento médico, ele é um momento único e inesquecível na vida da mulher repleto de emoções e significados. Então esse cuidado despendido pelos profissionais deveria ser singular e pautado no protagonismo da mulher, tornando-o mais natural e humano possível. Diferente dos outros acontecimentos que necessitam dos cuidados hospitalares, o processo de parturição é fisiológico e normal, é importante que a mulher, seus familiares e bebê sejam recebidos nesse local, com dignidade, num ambiente acolhedor, por meio de uma atitude ética e solidária.¹⁶

3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica,¹⁷ possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.¹⁸

Dessa forma, entende-se que a síntese de múltiplos estudos publicados sobre determinada temática possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica sendo nesse estudo, a violência obstétrica. Para tanto, esse trabalho se desenvolveu por meio de análise e síntese de publicações direcionadas para o tema em questão. As fases dessa revisão englobam: definição do problema, coleta e análise dos dados, apresentação e discussão dos resultados.

As questões norteadoras do estudo foram: quais são os principais tipos de violência obstétrica praticadas pelos profissionais de saúde contra parturientes submetidas ao parto normal nos hospitais brasileiros? Quais são as principais ações de prevenção contra a violência obstétrica a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde?

Para responder a essas questões foram pesquisadas publicações recuperadas por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), na base de dados LILACS por meio das seguintes palavras-chaves: violência no parto OR violência obstétrica. A busca dos artigos foi feita no período de 01 a 30 de abril de 2017, foram selecionadas as publicações disponíveis como textos completos publicados no período de 2012 a 2016, na língua portuguesa.

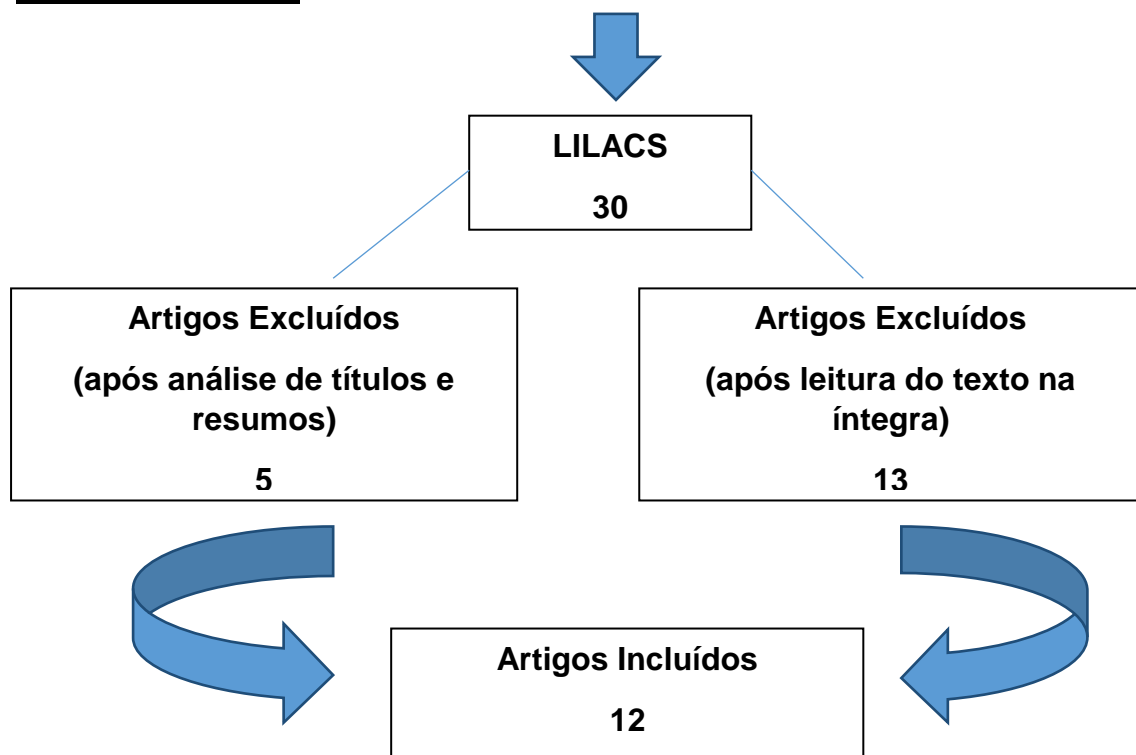
Foram excluídos desse estudo os periódicos publicados em outros idiomas, sem acesso ao texto completo, não disponíveis online e aqueles que após leitura do texto na íntegra, não atenderam aos objetivos propostos. A partir da leitura dos textos completos, foi feita uma caracterização da produção servindo de cenário inicial do estudo. Em seguida foi realizada a identificação e seleção dos textos relevantes para a análise, e por fim, foram apresentados os dados descritivos dessa revisão.

Os artigos selecionados para leitura integral foram analisados seguindo um roteiro padronizado, com as seguintes questões: identificação do artigo, características/desenho do estudo, objetivo ou questão de investigação, resultados, identificação de limitações e vieses, e recomendações dos autores.

Foram incluídos no estudo doze artigos, sendo que a organização e discussão dos resultados se deu de forma descritiva, subsidiada pela literatura da temática do estudo, e serão apresentadas a seguir.

4 RESULTADOS

Artigos Encontrados



De acordo como Quadro 1. É possível identificar a publicação de número reduzido de pesquisas nessa base de dados, no período do estudo, totalizando doze estudos brasileiros sobre Violência Obstétrica, sendo a maior parte deles publicados no ano de 2015.

Os trabalhos que compuseram essa amostra apresentaram como desenho de estudo: três artigos de revisão, três pesquisas de campo, quatro relatos de experiência e duas análises de documentários sobre parto normal.

Numa análise mais específica sobre esses artigos, foi possível perceber que em relação ao local do estudo, as pesquisas de campo ocorreram, no Rio de Janeiro, Recife e São Paulo, sendo esta cidade, também cenário de estudo para os relatos de experiência sobre violência obstétrica. Os demais artigos discutiram a violência no parto na perspectiva brasileira, não especificando uma região ou cidade.

Quadro 1. Apresentação dos artigos incluídos nesta revisão integrativa quanto a título, ano de publicação, tipo de estudo e objetivo.

Título	Ano	Desenho do estudo	Objetivo
Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	2013	Coorte	Discutir a violência institucional em maternidades sob a ótica de profissionais de saúde em uma maternidade de São Paulo.
Parto domiciliar: avanço ou retrocesso?	2014	Revisão reflexiva	Apresentar um breve panorama global da assistência ao parto domiciliar, problematizando a realidade do cenário obstétrico brasileiro contemporâneo.
Do parto institucionalizado ao parto domiciliar	2014	Relato de experiência	Descrever a experiência vivenciada por um grupo de enfermeiras obstetras da cidade de Campinas, SP, Brasil, sobre o processo de transição do atendimento ao parto institucionalizado para o parto domiciliar, ocorrido no período de 2011 a 2013.
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	2014	Relato de experiência	Relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.
Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção	2015	Revisão crítico-narrativa	Identificar as origens, definições, tipologia, impactos na saúde materna e propostas de prevenção e superação.

Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres	2015	Documentário	Conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias, assim como a motivação das mulheres pela escolha do parto.
“Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades	2015	Relato de experiência	Refletir sobre os movimentos associativos e dissociativos que as experiências de dor/sofrimento podem desencadear, pensando sobre biossociabilidades, mas também sobre capturas discursivas e estigma.
A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico	2015	Estudo descritivo	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direitos de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento.
Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	2016	Estudo Transversal	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da cidade do Recife.
Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras	2016	Revisão integrativa	Proporcionar maior visibilidade às discussões acerca da violência obstétrica sofrida por brasileiras nas instituições de saúde pública.
Parir é natural	2016	Documentário	Endossar as diferentes mobilizações em defesa do renascimento do parto como um evento fisiológico e do direito que as mulheres têm de vivenciar esse acontecimento com acolhimento, cuidado e respeito.
Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências	2017	Relato de experiência	Relatar duas iniciativas desenvolvidas em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramenta.

Fonte da própria autora

4.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde brasileiras vêm discutindo, nos últimos anos acerca da prevenção à Violência Obstétrica (VO) nos serviços de saúde, o que pode ser identificado na Lei nº 11.634 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a garantia do leito obstétrico no momento de seu processo parturitivo, para evitar a peregrinação durante o trabalho de parto e conseqüentemente, a violência institucional.¹⁹

Observa-se que essa discussão não é tão recente pois na década de oitenta o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), já reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivos da atenção à saúde das mulheres nos hospitais brasileiros. O que existe na atualidade é a compreensão da necessidade de uma Política Institucional para a VO, com a implantação de treinamentos e aperfeiçoamentos sobre essa temática, para que a solução desse problema, não passe somente e simplesmente pela culpabilização dos profissionais de saúde.²⁰

No cenário brasileiro as mulheres brasileiras e os profissionais de saúde têm identificado cada vez mais as práticas que se configuram como VO. Dentre elas, destaca-se, as cesarianas não eletivas, a episiotomia desnecessária, a violência da manobra de Kristeller, a infusão rotineira de soro e a aplicação rotineira de ocitocina para acelerar as contrações, como práticas que fazem parte do cotidiano de muitas maternidades. Somam-se a isso as denúncias de abandono durante o trabalho de parto, de ausência de informações, de descaso e, principalmente, de desamor.^{12,14, 22,23,24}

Dentre as práticas de violência no parto destaca-se aquelas consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo totalmente desnecessárias, prejudiciais e ineficazes e sem evidências científicas, sendo elas, o uso de lipotomia ou posição supina no momento do parto, a infusão venosa de rotina, a administração de ocitocina sem indicação precisa, o incentivo ao puxo prolongado, a amniotomia precoce, a realização da manobra de Kristeller, os toques vaginais repetitivos, a restrição hídrica e alimentar, a realização de episiotomia de rotina e oclameamento precoce do cordão umbilical.²¹

Profissionais de saúde, tais como as enfermeiras obstetras identificam que a violência no parto acontece rotineiramente em seu cotidiano de trabalho. Elas enfatizam principalmente a VO contra as mulheres por meio de palavras, expressões de ironia, procedimentos invasivos desnecessários, como a amniotomia e o uso rotineiro de ocitocina sintética.²³

As condutas inadequadas também fazem parte desse rol de ações violentas, como, mentir para a paciente em relação à sua dilatação ou vitalidade fetal para indicar cesariana devido a interesses pessoais, a coerção ao parto cirúrgico eletivo por meio de indicações forjadas, as ameaças, entre outros. Vale ressaltar que essas profissionais muitas vezes se

sentem impotentes frente a essas cenas humilhantes, o que tem contribuído fortemente para a realização de pesquisas e reflexões sobre essa temática.²³

Segundo Dinis e D'Oliveira²⁴, muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como cachorros”, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV.

A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: ela representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos²⁵.

Ainda em relação a VO vale destacar a questão da invisibilidade desse tipo de violência, que acontece em virtude de diversos fatores, tais como: a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como brincadeira pelos envolvidos e muitas vezes é esperada pela paciente.²⁷

A banalização por parte dos profissionais, de intervenções consideradas comprovadamente desnecessárias e a dificuldade que os usuários tem, em geral, de criticar o serviço de saúde, contribui para a continuidade do ciclo da violência no parto no âmbito hospitalar. As mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência.²⁶

A violência institucional é uma realidade brasileira e tem sido discutida pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços de obstetrícia. É frequente nos diversos estados brasileiros a peregrinação da mulher em busca de assistência ao parto. Esse problema de saúde pública causado pela carência de vagas e leitos obstétricos é um dos fatores impeditivos para uma assistência qualificada e resolutiva²⁸.

Sanfelice; Shimo e Clara et al., dão ênfase para a institucionalização do parto como um dos importantes fatores causadores da prática excessiva da violência no parto. No momento em que o parto se torna institucionalizado e controlado por profissionais médicos, surge uma visão de parto associada à patologia, ao risco e sofrimento. Essa forma de compreender e assistir ao parto foi sendo incorporada às escolas médicas,

caracterizando o fenômeno da gestação/parto como um processo não mais ligado à saúde, e sim à doença. A assistência obstétrica no Brasil é pautada por essa concepção¹¹.

O parto cesáreo tem sido relatado principalmente por mulheres brancas, letradas, de classe média, portadoras de convênio médico e conectadas ao mundo virtual, como uma prática de VO. Elas tem buscado grupos de preparo para o parto, com o intuito de não serem submetidas à cesárea desnecessária e indesejada e dessa forma, prevenirem a violação e invasão de seus corpos pelo profissional médico²⁹.

Enfermeiras obstétricas classificam a VO no âmbito hospitalar como antes de tudo violência institucional, pois, o profissional que é contratado por uma instituição deve seguir as normas e as rotinas impostas pelo protocolo local, mesmo que este não esteja de acordo com as evidências científicas atuais. Tal situação se faz necessária em virtude da necessidade de manter estáveis as relações de trabalho e de, até mesmo, garantir o seu emprego, embora tal situação seja geradora de conflitos e angústias.²³

Sendo assim, o cenário hospitalar brasileiro para a assistência ao parto tem sido palco de violência obstétrica cometida diariamente contra as mulheres por meio de palavras, expressões de ironia, procedimentos invasivos, condutas inadequadas, coerção ao parto cesáreo eletivo, ameaça, entre outros. Alguns profissionais de saúde, especialmente, Enfermeiras Obstetras, se sentem muitas vezes, impotentes frente à essas situações.²³

Enfermeiras Obstetras relatam que inúmeras violências obstétricas, foram presenciadas e vivenciadas por elas em suas trajetórias profissionais e que há diferença entre dois tipos de assistência ao parto: a Obstetrícia baseada em evidências e o modelo hospitalar tradicional tecnocrático, normalizado e comum, aquele que você encontrado nas maternidades públicas, privadas e mistas, salvas raras exceções³¹.

Uma pesquisa com milhares de gestantes, mães, profissionais da saúde e demais leitores, que já haviam passado pela experiência de parto/nascimento, por meio de um teste disponibilizado online em mais de setenta blogs, foi avaliado os cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento nas maternidades brasileiras³².

Foram avaliados 1.966 nascimentos, 52% dos partos/nascimentos foram cesarianas; mais de 40% das mulheres se consideraram desrespeitadas pela equipe de saúde; 25% delas declararam terem sofrido episiotomia; 75% não puderam se movimentar durante o trabalho de parto ou precisaram se manter deitadas durante o nascimento do filho; quase

50% das mulheres não puderam ter acompanhante; apenas 18% das mulheres puderam e foram incentivadas a amamentar na primeira hora de vida dos bebês; 47% das mulheres se sentiram felizes pela chegada do filho, sentimento que foi diminuído em função das violências que sofreram. Os resultados revelaram e sensibilizaram a discussão sobre VO no Brasil³².

Um estudo realizado numa maternidade de Recife apontou a prevalência da violência obstétrica em 86,57%. As práticas prejudiciais mais frequentes foram os esforços de puxo (65%), a administração de ocitocina (41%) e o uso rotineiro da posição supina/litotomia (39%). Observa-se um grande número de intervenções obstétricas da prática da violência obstétrica³³.

Na cidade de São Paulo foram pesquisados, médicos obstetras, enfermeiras e técnicas em enfermagem das redes pública e privada no intuito de identificar a prática da VO. Esse estudo revelou o reconhecimento desses profissionais de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas. Práticas que não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, mas sim como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”. Revelando assim, a banalização da violência institucional, travestida de boa prática³⁴.

4.2 AÇÕES DE PREVENÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em relação à prevenção contra a violência obstétrica torna-se relevante a inclusão de conteúdos sobre os direitos das mulheres e os direitos reprodutivos sexuais nas disciplinas dos cursos de graduação na área da saúde (medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, entre outros). A Lei que dá direito à parturiente e puérpera ao acompanhante de sua escolha, em toda a sua internação, deveria ser um conteúdo previsto em todos os currículos de graduação e pós graduação da área da saúde³⁵.

Ainda em relação ao currículo de todas as profissões de saúde, torna-se necessário a utilização de conteúdos relacionados com a prática baseada em evidências científicas, bem como oportunidades de reflexão crítica sobre as práticas cotidianas identificadas nos campos de prática³⁶.

Investir na formação de obstetras e enfermeiras obstetras, especialistas em partos fisiológicos é outro caminho importante³⁷. É preciso ter em vista que esse tipo de formação não desvaloriza a medicina, pelo contrário, ela vem para colaborar com a melhoria na assistência à mulher. É de suma importância a atuação do obstetra no diagnóstico e cirurgia das pacientes que necessitem desse tipo de intervenção³⁸.

Nos processos formativos é importante o fomento à pesquisas que discutam sobre os indicadores de violência obstétrica. Nos últimos anos, pesquisas primárias e revisões desses estudos têm mostrado a relevância, a urgência e as lacunas na falta de conhecimento de um tema tão emergente. Então essas medidas devem incluir o monitoramento da mudança das práticas, das rotinas e ambiências³⁹.

No sentido de viabilizar problemas e responsabilizar autores, instituições como o Ministério Público, estão assumindo a responsabilidade de enfrentar a cultura de desconhecimento dos direitos das mulheres nos serviços. Dessa forma, estão compilando denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias³⁵.

A assistência ao abortamento e o acesso a aborto seguro precisa ser incluída na pauta de prioridades das políticas públicas. O enfoque materno-infantil das atuais políticas voltadas para a saúde das mulheres promove a invisibilidade e a precariedade em relação à essas questões. Um exemplo disso é o grande uso pelos serviços públicos de técnicas agressivas como a curetagem que deveria ser substituída pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)⁴⁰.

A Implementação do Fórum Perinatal, com regulação e controle social é uma estratégia que tem como um de seus objetivos, promover o diálogo entre os atores envolvidos na assistência perinatal, incluindo os gestores do SUS e do setor suplementar, os profissionais diretamente ligados à assistência, usuárias e grupos organizados, representações do controle social, aparelho formador, Universidades, pesquisadores, Ministérios Públicos, Defensorias Públicas, conselhos profissionais, entre outros. A criação desse Fórum fortalece os debates e as discussões sobre a VO, proporcionando oportunidades de estabelecimento de pactos muito potentes para a produção de mudanças⁴¹.

Reveste-se de importância uma atuação mais efetiva da equipe de saúde junto a gestante durante o acompanhamento pré-natal, fornecendo informações, não somente sobre a

gravidez, mas também sobre a assistência ao parto. A oferta de cursos preparatórios para o parto, bem como de planos de parto deve ser estimulado como recurso educativo⁴².

Outra forma de prevenir a VO é a garantia do direito a acompanhantes para todas as mulheres internadas nos serviços obstétricos, essa questão deve ser discutida com a mulher durante o pré-natal para que a mulher e a família possam fazer os arranjos necessários para garantir a escolha e a participação do acompanhante⁴³.

Conforme os dados da Pesquisa Nascido no Brasil, as práticas de acolhimento precisam ser fortalecidas invariavelmente no contexto da saúde pública e dos serviços privados de assistência, sobretudo nesse último, dado o incentivo a cesáreas e seu predomínio, pois o Brasil é campeão mundial de cesáreas⁴⁴.

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) tem sido muito utilizada para fortalecer a voz dos cidadãos, seu uso mais dinâmico pode promover a redução e prevenção da violência obstétrica. O ciberespaço como meio de empoderamento da mulher tem sido visto como uma questão central na promoção da saúde³².

Uma vez que essas novas tecnologias de informação contribuem, precisamente com o maior acesso à informação em saúde, fica mais fácil perceber a relação que se estabelece entre o potencial da conectividade e a promoção da saúde, em suas mais diferentes áreas.

Uma questão importante na prevenção contra a VO é o parto domiciliar, em países como Holanda, Canadá e Austrália, ele representa um evento não somente reconhecido, como também estimulado pelo sistema público de saúde⁴⁵. No Brasil ainda vivemos em um cenário totalmente desigual. O parto domiciliar, em nossa atualidade, ainda é visto com muita intolerância por grande parte da nossa sociedade, principalmente devido à difusão de conceitos contraditórios sobre o assunto.

O parto em domicílio é uma modalidade de assistência tão segura quanto o parto hospitalar, tem se mostrado como uma experiência satisfatória às mulheres e suas famílias. No Brasil, as mulheres que optam por esse tipo de parto são socialmente reconhecidas como irresponsáveis, desinformadas e adeptas de um modismo. Da mesma forma, os profissionais que optam em oferecer esse atendimento estão sendo explicitamente coagidos pelos conselhos de classe, perseguidos e desmoralizados⁴⁶.

5 CONCLUSÃO

Observa-se que a maior parte dos artigos publicados nos últimos cinco anos, relacionados à violência obstétrica por profissionais que atuam nos serviços de obstetrícia no Brasil, estão relacionados com a prática cotidiana deles. Sendo eles, três pesquisas de campo e quatro relatos de experiência. A totalidade deles discutem a violência obstétrica baseados nos tipos de VO elencados pela OMS.

Por meio desse estudo é possível perceber que o cenário hospitalar brasileiro para a assistência ao parto tem sido palco de violência obstétrica em seu cotidiano, o que geralmente ocorre por meio de palavras, procedimentos invasivos, condutas inadequadas e realização parto cesáreo eletivo.

Torna-se necessário um diálogo dinâmico entre Saúde e ciências sociais, mobilizando o conhecimento das dimensões estruturais de violência obstétrica e reconhecendo esse fenômeno como uma forma particular de violência contra as mulheres, naturalizado dentro dos sistemas de cuidados de saúde. Para tanto, reveste-se de importância uma abordagem multidimensional à esse problema com contribuições de diferentes disciplinas⁵.

Discussão sobre violência obstétrica e seu impacto em profissionais, mães, bebês e seus familiares devem ser incluídas no currículo em todas instituições educacionais relevantes (jurídicas, médicas, obstetrícia, enfermagem e outros), enfatizando suas dimensões relacionadas ao gênero⁵.

A literatura científica é clara em apontar que o parto domiciliar representa uma modalidade de atendimento consolidada em diversos países do mundo, e traz resultados obstétricos e neonatais favoráveis para legitimar a sua prática. No Brasil, trata-se de uma opção ainda pouco explorada, porém em ascensão, surge como uma forma de combater a violência obstétrica institucional e uma busca por um parto mais digno, respeitoso, humano e seguro. Além de se mostrar capaz de contemplar de forma integral as Práticas Baseadas em Evidências¹¹.

No combate a VO é necessário que os serviços de saúde garantam o acesso da gestante à assistência necessária, bem como a segurança do processo de nascimento e redução da

mortalidade materna e perinatal. Isto deve ser feito com a responsabilização do cuidado; assim, no caso de não haver vaga em uma instituição no momento em que a gestante necessita, é necessário providenciar o transporte seguro para outra Unidade, assegurando a responsabilidade pela garantia da sua vaga²⁸.

As limitações do estudo foram a não utilização de artigos publicados nas línguas estrangeiras.

Indicações para estudos futuros sobre a VO, seria a pesquisa de campo.

REFERÊNCIAS

1 COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIERITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Acessoria, Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 'Convenção Belém do Pará'. São Paulo: KMG, 1996.

2 JUÁREZ, DIANA Y OTRAS. Violência sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios/ Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio.- 1º ed. – Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

3 SILVA, TS, Melo RO, Sodré MP, Moreira RCR, Souza ZCSN. A extens o universit ria e a preven o da viol ncia obstétrica. Rev. Ci nc. Ext.v.13, n.1, p. 176-189, 2017.

4 Aguiar JM. d'Oliveira AF. Schraiber LB. [Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of healthy workers]. Cad Saude Publica, 2013;29(11):2287-96. Portuguese.

5 Sandler M. et al. - Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence Michelle Sadler, a M rio JDS Santos, b Dolores Ruiz-Berd n, c Gonzalo Leiva Rojas, d Elena Skoko, e Patricia Gillen, f Jette A Clausen. M Sadler et al. Reproductive Health Matters 2016;24:47–55.

6 A. U. Lokugamage, S. D. C. Pathberiya. 2017. Lokugamage and Pathberiya Reproductive Health (2017) 14:17 DOI 10.1186/s12978-016-0264-3. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. Lokugamage and Pathberiya Reproductive Health (2017) 14:17.

7 OMS (Organiza o Mundial da Saúde). Preven o e elimina o de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em institui es de saúde. Genebra 2014.

8 Farah Diaz-Tello, J.D. 2016 - Invisible wounds: obstetric violence in the United States. Farah Diaz-Tello, J.D. F Diaz-Tello. Reproductive Health Matters 2016;24:56–64.

9 Hannah L. Ratcliffe 2016 - Ratcliffe et al. Reproductive Health (2016) 13:79 DOI 10.1186/s12978-016-0187-z - Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. Hannah L. Ratcliffe^{1,2*}, David Sando^{1,3}, Goodluck Willey Lyatuu³, Faida Emil³, Mary Mwanyika-Sando⁴, Guerino Chalamilla^{3,4}, Ana Langer¹ and Kathleen P. McDonald^{1,5}. Ratcliffe et al. Reproductive Health (2016) 13:79.

10 Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HF, Carvalho PG, Carvalho PC, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, defini es, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua preven o. Ver Bras Crescimento Desenvol Hum. 2015;25(3):377-84

11 Sanfelice CF, Abbud FS, Pregnoatto OS, Silva MG, Shimo AK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Ver Rene. 2014;15(2):362-70.

- 12 Oliveira GD. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. RECIIS-Rev. Eletron Comum InfInov Saúde. 2015 abr-jun;9(2) [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyka> Acesso em 21 de março de 2016. Acesso em abril de 2017.
- 13 Teixeira NZ, Pereira WR. [Hospital delivery-women's experience from the suburbs of Cuiabá-MT]. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):740-4. Portuguese.
- 14 **Violência Obstétrica** “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet**: Nascidos vivos – Brasil. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- 16 Briena PA.; Cristiane MA. Violência obstétrica: a dor que cala. Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.
- 17 Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. Home Healthc Nurse 2003 Dec; 21 (12):804-11.
- 18 Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.
- 19 Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 (BR). 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 [periódico da internet], Brasília (DF): 27 dez 2007 [citado 05 maio 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/Lei/L11634.htm
- 20 Diniz CSG. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: Fundação Ford e do CREMESP; 2002.
- 21 OMS (Organização Mundial da Saúde). Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
- 22 Gabriella DO. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015.
- 23 Sanfelice CFO, Abbud SFS, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Relato de experiência. REV. Rene, 2014 mar-abr;15(2):362-70.
- 24 Diniz SG, D'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. Int J Gynaecol Obstet. 1998; 63 Suppl 1: S33-42.

- 25 D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schariber LB. Violence against women in health-care institutions: naemerging problem. *Lancet*. 2002; 359(9318):1681-5.
- 26 Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *CadSaude Publica*.2004; 20 Suppl 1:S52-62.
- 27 Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-91.
- 28 Rodrigues DP, Alves VH, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*;19(4): 614-620, out.-dez. 2015.
- 29 Carneiro R. “Para chegar ao Bojador é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex., salud soc. (Rio J.)*;(20): 91-112, maio-ago. 2015. ilus
- 30 Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev. RENE*;15(4): 720-728, jul.-ago. 2014.
- 31 Tesser CD, Sena LM. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Rev Interface comun. saúde educ*;21(60): 209-220, Jan.-Mar. 2017.
- 32 Andrade PON, Diniz CMM, Silva JQP, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 16(1): 29-37 jan./mar., 2016. Tab.
- 33 Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Scharaiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*;29(11): 2287-2296, Nov. 2013.
- 34 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entram em vigor novas regras sobre o parto na saúde suplementar. [cited 2015 Sep 01] Available from: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar#sthash.NcJu68Z.dpuf>.
- 35 Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e proposta para a sua prevenção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*;25(3): 377-384, 2015. tab
- 36 Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence- informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

37 Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetizas e enfermeiras obstetizas na promoção da maternidade segura no Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2013;18(4):1059-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>

38 International Federation of Gynecology and Obstetrics. International Confederation of Midwives. White Ribbon Alliance. International Pediatric Association. World Health Organization. Mother "baby friendly birthing facilities. Int J Gynecol Obstet, 2015;128(2):95-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.1624/105812410X514413>

39 Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema  nico de Saude do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? Cienc Saude Coletiva. 2012;17(7):1765-76. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700015>

30 Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saude para a mulher e a crianca no SUS-BH/: a experiência da comissão perinatal. REV Tempus Actas Saude Coletiva. 2010; 4(4) : 191-9.

41 Hotmisky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Interface Comum Saude Educ. 2008;12(24): 215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100019>

42 Agência Nacional de Saude Suplementar (ANS). Entram em vigor novas regras sobre parto na saude suplementar. [cited 2017 Sep 01] Available from: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-asude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar#sthash.Ncju68Z.dpuf>

43 Mariana MRGS. Parir   natural. Funda o Oswaldo Cruz, Instituto de Comunica o e Informa o Cientifica e tecnológica em Saude, Centro de Tecnologia da Informa o e comunica o em Saude. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. REV Eletron Comum Inf Inov Saude. 2016 abr-jun.; 10(2).

44 vide: <http://WWW.redebrasilatual.com.br/cidadania/2012/03/um-quarto-das-mulheres-brasileiras-sofre-algum-tipo-de-violencia-na-hora-do-parto>. Disponivel em: <http://www.youtube.com/watch?v=egOuvonF25M>

45 Walsh S. Having a baby in the Netherlands. Access guide. Netherlands: Bureau Kraamzorg Extra Rijnsijk; 2012.

46 Government of South Australia. Department of Health. Planned birth at home: policy [Internet]. Adelaide: Government of South Australia; 2007 [cited 2017 sept 3]. Available from: www.health.sa.gov.au/PPG/Default.aspx?tabid=189

