

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MAYARA GUIMARÃES SANTOS

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

GOIÂNIA, 2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

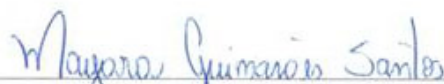
Nome completo do autor: Mayara Guimarães Santos

Título do trabalho: A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO¹**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)

Data: 12 / 06 / 2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

MAYARA GUIMARÃES SANTOS

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

Coorientadora: Profa. Dra. Mary Lopes Reis

GOIÂNIA, 2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Guimarães Santos, Mayara
A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde
[manuscrito] / Mayara Guimarães Santos. - 2017.
115 f.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros; co-orientadora Dra. Mary
Lopes Reis.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Violência contra a Mulher. 2. Saúde da Mulher. 3. Saúde
Pública. 4. Parto. 5. Trabalho de Parto. I. Medeiros, Marcelo, orient.
II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MAYARA GUIMARÃES SANTOS – Aos quatorze dias do mês de junho de dois mil e dezessete (14/06/2017), às 14h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof. Dr. Marcelo Medeiros (Orientador/Presidente/PPGENF-FEN/UFG), Profª. Drª. Flaviana Vieira (Membro Externo/FEN/UFG) e Profª. Drª. Janaína Valadares Guimarães (Membro Interno/ PPGENF-FEN/UFG), sob a presidência do primeiro, em sessão pública realizada na sala Alzira Rezende do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada: **“A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**, de autoria de **Mayara Guimarães Santos**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pelo Prof. Dr. Marcelo Medeiros, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a Dissertação foi:

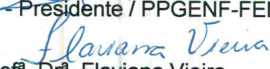
☒ **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

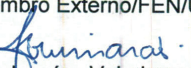
☐ **REPROVADA**, considerando _____

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação: # _____

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Dissertação e, para constar, eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em três vias de igual teor.


Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Orientador(a) - Presidente / PPGENF-FEN/UFG


Profª. Drª. Flaviana Vieira
Membro Externo/FEN/UFG


Profª. Drª. Janaína Valadares Guimarães
Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres, de todas as cores, idades e escolaridades, que lutam diariamente para que seus direitos sejam respeitados.

AGRADECIMENTOS

Gratidão. Esse é o sentimento que emana após esta caminhada de dois anos de muitos desafios e perseverança. Trilha essa que não teria conseguido percorrer sozinha. Ao meu lado sempre estiveram grandes companheiros dessa jornada chamada vida. Assim, diante da finalização da presente dissertação, estou grata a todos que se fizeram presentes nesta construção de conhecimento, em especial:

A Deus, meu acalento e refúgio, pelo dom da vida e por se mostrar tão presente em todos os momentos da minha existência.

À minha mãe, Marly, exemplo de perseverança e fortaleza diante das adversidades da vida. Exemplo de amor puro e sincero. Obrigada por me ensinar a percorrer meus sonhos, a ser sempre forte. Obrigada pelo incentivo a sempre ir mais longe!

Ao meu pai, Marcelo, pelo incentivo e apoio incondicional. Meu modelo de confiança e esforço.

À minha irmã, Marcela, pelo companheirismo e por estar sempre disponível. Obrigada por, continuamente, despertar em mim meu lado crítico e por me ensinar o valor da união.

À Poliana, por tornar a vida mais leve, pelo cuidado, paciência, incentivo e compreensão nos momentos de ausência. Obrigada por trazer a luz nos momentos mais escuros. A caminhada ao seu lado é sempre uma alegria!

Às minhas amigas, Juliana, Laura, Vitória e Emily, pela lealdade, companheirismo e amizade em todos os momentos. Obrigada pelas conversas, risadas e pelo apoio sempre. A caminhada com vocês tornou minha trajetória menos cansativa!

Ao Prof. Marcelo Medeiros, por acreditar neste projeto e na minha capacidade de desenvolvê-lo. Obrigada pela orientação, inspiração e sensibilidade. O aprendizado com você vai além dessa dissertação. Muito obrigada!

À Profa. Mary Lopes Reis, minha coorientadora, pelo apoio e acolhimento!

Aos membros do Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem – NEQUASE -, pela troca de experiência e parceria nesta trajetória. Obrigada por me ensinarem a compartilhar.

Aos profissionais de saúde, enfermeiras, enfermeiros, médicas e médicos que participaram da nossa pesquisa, por compartilharem comigo suas vidas, percepções e sentimentos. Obrigada por disponibilizarem o tempo de vocês para a concretude deste projeto!

Aos membros da banca de qualificação e defesa, pelas valiosas contribuições ao trabalho.

Ao CNPq, pelo incentivo financeiro. Espero que a Instituição continue forte, impulsionando a produção científica no Brasil.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
RESUMO	12
ABSTRACT	13
RESUMEN	14
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - ASPECTOS CONCEITUAIS E POLÍTICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	21
1. A violência	21
1.1 Violência contra a mulher	23
1.2 A violência obstétrica	28
1.3 Institucionalização e medicalização do parto	36
2. Aspectos Políticos	41
2.1 Principais marcos político-legais da violência contra a mulher	41
2.2 Políticas públicas na saúde da mulher	44
2.3 Assistência à parturiente	49
2.4 Conduta profissional e Código de Ética na assistência obstétrica	53
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	56
2.1 Delineamento do estudo	56
2.2 Campo de estudo	56
2.3 Trabalho de campo	57
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
3.1 Caracterização dos participantes	62
3.2 Humanização da assistência à parturiente	64
3.3 Vivências de violência obstétrica	68
3.3.1 Significados da violência obstétrica	69
3.3.2 Manifestações da violência obstétrica	74
3.3.3 Motivos da violência obstétrica	78
3.4 Conhecimento sobre o período gravídico-puerperal	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE I	105
APÊNDICE II	107
ANEXO I	109

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1: Categorias de desrespeito e abuso durante o nascimento24

QUADRO 2: Categorias de intervenções durante o processo de parturição28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIS – Centro de Assistência Integral à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEM – Código de Ética Médica

CEPE – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

CEVAM – Centro de Valorização da Mulher

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIAMS – Centro Integrado de Assistência Médico-Sanitária

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

FPA - Fundação Perseu Abramo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada

MS - Ministério da Saúde

NEQUASE – Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher

PNPM – Plano Nacional de Políticas par a as Mulheres

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPM - Secretária de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UABSF – Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família

UFG - Universidade Federal de Goiás

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VO – Violência Obstétrica

RESUMO

A violência obstétrica é um problema de Saúde Pública no âmbito nacional e internacional. Refere-se a todas as formas de violência originadas durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal ou abortamento, perpetradas por profissionais de saúde em instituições de atendimento. O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar os significados atribuídos à violência obstétrica por médicos e enfermeiros obstetras com vínculos de trabalho na rede pública de assistência ao parto. Pesquisa social do tipo estratégica, de natureza qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 profissionais de duas instituições públicas de atenção ao parto em Goiânia, Goiás. O material proveniente das entrevistas foi analisado por meio do Método de Interpretação de Sentidos, gerando três categorias temáticas. A primeira, “Humanização da assistência à parturiente”, os profissionais relataram o significado e as práticas de humanização da assistência ao parto. A segunda, “Vivências da violência obstétrica”, diz respeito aos significados da violência, suas manifestações, sendo o cuidado indigno, abuso físico, cuidado não confidencial e a discriminação os mais expressivos para a ocorrência desses atos. A terceira, “Conhecimento sobre o período gravídico-puerperal”, os participantes relataram a falta de conhecimento das parturientes sobre a gestação, parto e puerpério, além da ineficácia do pré-natal para preparar as gestantes para o parto. O estudo contribuiu para uma melhor compreensão dos significados atribuídos à violência obstétrica e forneceu subsídios para que ações concretas relacionadas a essa questão possam ser consideradas na elaboração de políticas públicas para enfrentamento deste fenômeno e melhoria da qualidade da assistência à parturiente.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Saúde da Mulher; Saúde Pública; Parto; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Obstetric violence is a worldwide public health issue. It refers to all kind of violence originated during the assistance to pregnancy and puerperal cycle or abortion, perpetrated by health professionals in health care institutions. The main objective of this research is to identify and to analyze the meanings of obstetric violence by physicians and obstetric nurses workers in public institutions for delivery care assistance. This is a qualitative approach of social and strategic research. The data were collected by semi-structured interviews with 13 professionals of two public institutions on delivery-care assistance in Goiânia, Goiás. The data from these interviews was analyzed by the Meaning Interpretation Method, which generated three theme categories. The first one, "Humanization of parturient assistance" the professionals reported the meaning and practices of the delivery care assistance humanization. In the second, "Living the obstetric violence", are presented meanings of violence, its' showings, being the care unworthy, body abuse, non-confidential care and discrimination the most expressive facts for these actions. The third category, "Knowledge about the pregnancy and puerperal cycle", the interview participants reported a lack of knowledge of parturients about gestation, childbirth and puerperium, besides prenatal inefficiency to prepare pregnant women to childbirth. This research contributed for a better comprehension of meanings attributed to obstetric violence and provided subsidies for concrete actions related to this matter may be considered during public policy making, in order to face this phenomena and improve the quality of parturient assistance.

Key-words: Violence against woman; Woman health; Public health; Childbirth; Labor.

RESUMEN

La violencia obstétrica es un problema de Salud Pública en ámbito nacional e internacional. Se refiere a todas las formas de violencia originadas durante la asistencia al ciclo gravídico-puerperal o aborto, perpetradas por profesionales de salud en instituciones de atendimento. El objetivo de esta investigación fué identificar y analizar los significados asignados a la violencia obstétrica por médicos y enfermeros obstetras con vínculos de trabajo en la red pública de asistencia al parto. Investigación social de tipo estratégica, de naturaleza cualitativa. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas semiestructuradas con trece profesionales de dos instituciones públicas de atención al parto en Goiânia, Goiás. El material proveniente de las entrevistas fué analizado por medio del Método de Interpretación de Sentidos, generando tres categorías temáticas: “Humanización de la asistencia a la parturienta”, en la cual los profesionales relataron el significado y las prácticas de humanización de la asistencia al parto; “Vivencias de la violencia obstétrica”, que dice respecto a los significados de la violencia, sus manifestaciones, siendo el cuidado indigno, abuso físico, cuidado no confidencial y la discriminación los más expresivos para la ocurrencia de estos actos; y “Conocimientos sobre el periodo gravídico-puerperal”, en la cual los participantes relataron la falta de conocimiento de las parturientes sobre la gestación, parto y puerperio, además de la ineficacia del prenatal para preparar a las embarazadas para el parto. El estudio contribuyó para una mejor comprensión de los significados asignados a la violencia obstétrica y proporcionó subvenciones para que las acciones concretas relacionadas a esa cuestión puedan ser consideradas en la elaboración de políticas públicas para enfrentamiento de este fenómeno y mejoría de la calidad de asistencia a la parturienta.

Palabras llave: Violencia contra la mujer; salud de la mujer; salud pública; parto; trabajo de parto.

INTRODUÇÃO

Minha aproximação ao tema “violência obstétrica” ocorreu por meio de vivências em campos de prática quando aluna de graduação em Enfermagem e, também, ao construir minha monografia de final de curso, intitulada “Identificação Precoce da Violência na Gestação pelos Serviços de Saúde: uma Revisão de Literatura”. Portanto, o tema foi escolhido e gestado durante minha trajetória acadêmica, embora a minha vivência também tenha me guiado, desde sempre, para trilhar pelos caminhos da luta contra a violência de gênero.

Uma das minhas experiências enquanto aluna de graduação referente à questão da violência contra as mulheres, e talvez a mais marcante, ocorreu durante uma visita ao Centro de Valorização da Mulher (CEVAM) quando cursava a disciplina de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Naquela ocasião, eu e meus colegas de curso entramos em contato com diversas narrativas sobre a violência contra a mulher, em especial de gestantes.

Por meio dessa experiência inicial, até certo ponto superficial, da realidade de vida daquele grupo de mulheres, percebi que se tratava de algo ao mesmo tempo chocante para mim e “habitual” para as internas no CEVAM. “Habitual” porque elas deixavam transparecer que a violência lhes parecia algo “corriqueiro”, comum em suas vidas. Assim, dessa inquietação emergiu a necessidade de conhecer mais profundamente essa questão, o que suscitou a elaboração da monografia sobre o tema.

Com essa inquietação em minha bagagem, adentrei às maternidades para o desenvolvimento das atividades práticas nas disciplinas de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica II e, posteriormente, em Estágio Supervisionado II e III. Nesses espaços deparei-me com a alegria e plenitude das mulheres diante do nascimento de seus filhos, mas, também, com um lado diferente, menos humanizado, no processo da assistência à parturiente, situações essas que não esperava encontrar.

Por meio dessa vivência, comecei a me questionar sobre o meu lugar no mundo como profissional e mulher. Passei a me perguntar como profissionais de saúde que deveriam prestar um cuidado, na verdade, realizam um “descuidado”?

Como pode um espaço destinado ao cuidar, também agredir e humilhar o outro? Como profissionais de saúde cujas formações visam ao bem-estar e ao cuidado de seus pacientes podem ser agressores? Qual o significado que eles atribuem a essa agressão?

Uma vez despertado em mim o interesse por esse tema tão complexo e que exige extrema sensibilidade para quem o aborda, entrei em contato com o líder do Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem (NEQUASE) da FEN/UFG para que me orientasse no aprofundamento de estudos. Desde então, envolvi-me nas investigações conduzidas pelo Núcleo, as quais me permitiram elaborar um extenso levantamento bibliográfico que, posteriormente, fundamentou a elaboração de um projeto para minha inserção no Mestrado.

No decorrer do curso, emergiram alguns questionamentos que suscitaram reflexões mais amadurecidas para o delineamento dos objetivos desta pesquisa, isto é, qual a compreensão dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica? Quais relações eles estabelecem entre a violência e o cuidado em saúde?

Iniciamos esta investigação partindo da premissa que violência obstétrica consiste em atos violentos cometidos contra gestantes, parturientes ou puérperas durante a assistência obstétrica e configura uma modalidade de violência contra a mulher (BELLI, 2013; TESSER et al, 2015; DINIZ et al, 2015).

Em um primeiro momento, buscamos dados que expressassem a violência obstétrica no município de Goiânia e, portanto, percorremos as instituições municipais responsáveis por receber e averiguar denúncias. Na primeira delas, a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher - instituição de primeira instância a receber denúncias de violência contra a mulher – examinamos os registros e constatamos não haver qualquer tipo de acusação nesse sentido.

Seguimos, então, para uma instância mais ampla, o Ministério Público de Goiás. Após triagem, fomos direcionados para o Centro de Apoio Operacional da Saúde, que presta apoio técnico e jurídico às Promotorias de Justiça com atribuições específicas para a área da saúde. Esse Centro analisa as notificações de profissionais de saúde oriundas de processos instaurados nas Promotorias de Justiça pelos cidadãos, respeitando protocolos clínicos e estudos científicos baseados em evidências, entre outros critérios. Após amplo procedimento de

inspeção nos processos instaurados, fomos comunicados que não poderíamos acessá-los, pois as informações neles contidas eram sigilosas.

Assim, direcionamos nossa caminhada para os Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem. Essas entidades têm a atribuição de fiscalizar o exercício profissional no estado de Goiás, de forma resolutiva e eficiente, para garantir assistência segura, ética e com dignidade aos usuários do sistema de saúde tanto público como privado (COFEN, 1973; CFM, 2001). Contudo, novamente por critério de sigilo, as buscas por essas informações em ambos os conselhos foram infrutíferas.

Ainda que não tenhamos conseguido dados efetivos que expressassem a ocorrência de atos violentos contra gestantes, parturientes ou puérperas, é importante lembrar que a literatura científica disponível caminha na contramão das informações oficiais. Isto é, a existência de atos violentos contra as parturientes é uma realidade, e diversos deles são relatados principalmente pela literatura internacional (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; D' AMBRUOSO; ABBEY; HUSSEIN, 2005; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; RAHMANI; BREKKE, 2013; SMITH-OKA, 2013; TERÁN et al, 2013; CASTRO, 2014; MOYER et al, 2014; KRUK et al, 2014; BOHREN et al, 2015).

Esses relatos concentram-se, sobretudo, em países em desenvolvimento como Afeganistão, Tanzânia, México e Venezuela (RAHMANI; BREKKE, 2013; TERÁN et al, 2013; KRUK et al, 2014; CASTRO, 2014). No Brasil, estudos sobre esse tema ainda são incipientes, sendo que o pequeno número de pesquisas provém dos seguintes estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso, Ceará e Pernambuco (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; ANDRADE et al, 2016). Assim, além de não termos disponíveis números oficiais que traduzam a violência obstétrica, não dispomos de investigações sobre esse tema no município de Goiânia.

Contudo, o Ministério da Saúde (MS) vem, ao longo das últimas décadas, propondo políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança, com vistas à humanização da assistência ao parto e nascimento, à promoção da cidadania, à autonomia da mulher, à garantia de seu atendimento digno e de qualidade e ao uso adequado das tecnologias disponíveis (MS, 2014). Em 2000, o MS lançou o

Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento com o objetivo de investir na “melhoria obstétrica e neonatal, universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto, exames de rotina e diminuição das taxas de cesárea desnecessária” (MS, 2002; MS, 2014 p.133).

Neste programa, os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal, parto e nascimento desempenham um importante papel ao colocar seu conhecimento a serviço do processo de parturição e nascimento saudável, sendo imprescindível a comunicação respeitosa entre profissionais e parturiente. Necessário, também, garantir o direito da parturiente, inclusive a autonomia feminina e o direito de escolha informada e consentida no parto (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MS, 2014).

Na prática, no entanto, nem sempre esses direitos são plenamente respeitados. Em um contexto em que a falta de assistência qualificada pode gerar violações dos direitos humanos da mulher, abusos e maus-tratos durante a atenção obstétrica, propomos este estudo com o propósito de direcionar o olhar para a percepção do profissional de saúde sobre a violência obstétrica. Com base nessa perspectiva, será possível promover mudanças ou reforçar atitudes que envolvam a assistência à parturiente, a fim de favorecer um cuidado em saúde integral e que atenda aos preceitos dos direitos humanos.

Tomando como ponto de partida essas questões e com vistas a lançar luz sobre a temática da violência obstétrica de forma a contribuir para o debate e, por conseguinte, para o estabelecimento de propostas e ações capazes de minimizar e extinguir atos violentos de quaisquer naturezas no atendimento à gestante, parturiente e puérpera, estabelecemos como objetivo desta pesquisa:

- Identificar e analisar os significados atribuídos à violência obstétrica pelos profissionais médico e enfermeiro obstetra com vínculos de trabalho na rede pública de assistência ao parto.

Na medida em que o alcance desse objetivo pode oferecer subsídios para a atuação do enfermeiro e equipe multiprofissional durante a atenção obstétrica, o presente estudo se propõe a apresentar contribuições para o estabelecimento de ações concretas nas questões inerentes à violência obstétrica e, por conseguinte, avançar em direção à melhoria da qualidade da assistência à saúde da parturiente.

Nesse sentido, com base nessa contextualização, esta Dissertação de Mestrado está estruturada em capítulos, sendo o primeiro intitulado “Aspectos conceituais e políticos da violência obstétrica”, em que discorremos sobre alguns conceitos de violência contra a mulher, bem como sobre os principais marcos históricos e políticos na atenção à mulher e àquelas que sofrem com a violência. Nesse capítulo também discorremos sobre conceitos de violência obstétrica e suas manifestações, por meio de sete itens articulados entre si, sendo o primeiro “A violência contra a mulher”, no qual conceituamos e destacamos as principais formas desse tipo de agressão; no segundo, “A violência obstétrica”, apresentamos os principais conceitos e demais elementos que circundam esse fenômeno; no terceiro, “Institucionalização e medicalização do parto”, procuramos expor os mecanismos que levaram ao atual modelo de assistência ao parto; no quarto item, “Principais marcos político-legais da violência contra a mulher”, evidenciamos as principais referências na luta para erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres; no quinto, “Políticas públicas na saúde da mulher”, discorremos sobre as principais políticas públicas direcionadas à área de atenção à saúde da mulher e, em especial, ao parto; no sexto, “Assistência à parturiente durante o parto”, buscamos contextualizar a atual atenção obstétrica; e no sétimo item, “Conduta profissional e o Código de Ética na assistência obstétrica”, percorremos os códigos de ética dos profissionais de enfermagem e de medicina, traçando um paralelo com a assistência à parturiente e a violência obstétrica.

No Segundo Capítulo apresentamos o caminho metodológico que entendemos ser o mais coerente para atingir o objetivo da pesquisa. Neste capítulo, inicialmente apresentamos o referencial teórico-metodológico, detalhamos o campo de estudo e destacamos, no item “Trabalho de Campo”, os participantes da pesquisa, as estratégias de coleta de dados e os passos que antecederam a análise, com ênfase também nos preceitos éticos para a realização da pesquisa.

No Terceiro Capítulo descrevemos os resultados da análise de dados que permitiram a construção de três categorias temáticas: “Humanização da assistência à parturiente”, “Vivências da violência obstétrica” e “Conhecimento sobre o período gravídico-puerperal”. Os resultados foram seguidos pelas discussões embasadas na literatura. Em cada uma delas, descrevemos os resultados encontrados nas falas

dos participantes da pesquisa, os quais foram discutidos à luz do referencial teórico apresentado no primeiro capítulo desta Dissertação.

Finalizando, elaboramos as considerações finais, que abrangem nossas observações após o término da pesquisa e as contribuições para a melhoria do atendimento à parturiente. E, por fim, apresentamos as referências da literatura científica que sustentam esta Dissertação, bem como a documentação de suporte, ambas constantes nos “Apêndices” e no “Anexo”.

CAPÍTULO 1 - ASPECTOS CONCEITUAIS E POLÍTICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para melhor compreendermos a situação da violência obstétrica faz-se necessário discutir aspectos teóricos, conceituais e políticos que julgamos fundamentais para uma compreensão mais ampliada sobre essa temática.

1. A violência

A violência representa um evento de caráter histórico que afeta todas as sociedades, desde seus primórdios, sendo considerado de grande magnitude, multideterminado e, portanto, complexo (MINAYO; SOUZA, 1998; SACRAMENTO; REZENDE, 2006; DAHLBERG; KRUG, 2007). Trata-se de um fenômeno social intrínseco à civilização que se manifesta de diferentes maneiras: violência urbana, violência de gênero, violência física, sexual, entre outras (GOMES et al, 2007; VISENTIN et al, 2015; PACHECO; MEDEIROS; GUILHEM, 2017).

Rifiotis (1998) assinala que a violência é uma construção social ambígua e seu significado está em constante mudança, de acordo com as transformações sociais. Assim, é influenciada pelo momento histórico, pela realidade e cultura local. Devido a essa complexidade, o conceito de violência é polissêmico e controverso (MINAYO; SOUZA, 1998; SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

Para Minayo e Souza (1998), a violência é representada por ação humana, praticada por diferentes agrupamentos sociais, que leva a danos físicos, emocionais, morais e espirituais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se do “uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2002, p.4).

Por ser uma temática ampla e multifacetada, possui várias modalidades de expressões, sendo tipificada pela OMS em três grandes categorias segundo o agressor: violência autoinfligida, interpessoal e coletiva (esta última subdividida em violência social, econômica e política) (OMS, 2002).

Chauí conceitua a violência sob dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (Chauí, 1985, p. 35).

Nessa perspectiva, violência é entendida como uma violação do direito de liberdade, sendo caracterizada pela relação de forças entre dominação e, de outro lado, a coisificação do sujeito (CHAUÍ, 1985).

É, portanto, uma questão social, dinâmica e multifacetada, que atinge todos os setores da sociedade, não sendo objeto próprio da área da saúde. Contudo, está a ela relacionada quando envolve prestação de assistência às vítimas, propositura de medidas de prevenção e promoção da saúde e participação nas questões e relações da sociedade (MINAYO; SOUZA, 1998; SACRAMENTO; REZENDE, 2006). Configura-se como um problema de saúde pública que requer políticas para intervenções diferenciadas e eficientes nesse setor.

No âmbito internacional, registram-se mais de 1,3 milhões de mortes anualmente em decorrência da violência, correspondendo a 2,5% da mortalidade mundial. Estima-se que, em 2012, a taxa de homicídios mundial tenha sido de 6,7 mortes por 100 mil habitantes. As regiões com maiores índices foram: Região das Américas (taxa anual de homicídio de 28,5), Região Africana (taxa de 10,7) e Região do Mediterrâneo Oriental (taxa de 7 homicídios por 100 mil habitantes). Em todo o mundo, a violência representa a quarta causa de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos, sendo um dos principais fatores para a morbimortalidade nessa faixa etária (OMS, 2014a).

No Brasil, esse fenômeno manifesta-se sob números elevados e crescentes (MELO-JORGE, 2002; OMS, 2014a; SILVA; OLIVEIRA, 2015; IPEA, 2016). Desde a década de 1980, verifica-se que as mortes por causas externas, violência e acidentes passaram a ser a segunda causa de morte no país, o que evidencia um problema de saúde pública de grande magnitude a ser enfrentado (MS, 2001a; MELO-JORGE, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (MS), houve, em 2014, 59.627 homicídios no Brasil – o maior número já registrado. Essas mortes correspondem a mais de 10% dos assassinatos registrados no mundo e elevam o Brasil ao marco de país com maior número absoluto de homicídios (IPEA, 2016).

Ainda em relação às taxas de homicídios, os dados das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e, mais recentemente, Norte mostram estabilidade nos indicadores, enquanto as Regiões Nordeste e Sul apresentam crescimento. Entre 2004 e 2014, o estado de Goiás atingiu taxa de homicídios de 65,4% por 100 mil habitantes (IPEA, 2016).

Em relação ao custo econômico da violência, este se traduz em bilhões de dólares em virtude dos gastos gerados no âmbito da saúde, do judiciário e penal, além de elevados custos sociais (DAHLBERG; KRUG, 2007; SILVA; OLIVEIRA, 2015). No Brasil, os gastos decorrentes de causas externas (violência e acidentes) representaram, em 2005, 8,5% do total do Sistema Único de Saúde, o que situa as agressões e os acidentes como importantes fontes de gastos (MELIONE, MELO-JORGE, 2008).

Esses dados requerem e justificam mais investigações sobre o tema, tal como é o propósito do presente estudo.

Para abordagem da temática da violência obstétrica, adotamos o referencial teórico proposto pela filósofa Marilena Chauí que conceitua a origem da violência como a transformação de uma diferença em relação hierárquica, com objetivo de dominar e explorar. Sendo assim, ela se origina quando um ser humano não é tratado como sujeito, mas como objeto. Outra característica refere-se à passividade e ao silêncio de quem a sofre; quando há tentativa de romper essa inércia, ela é rapidamente impedida ou anulada.

Tendo em vista a amplitude do conceito de violência, faz-se necessário, para fins desta pesquisa, um recorte específico da violência contra a mulher, aqui analisada como violência de gênero.

1.1 Violência contra a mulher

A violência contra a mulher também é um grave problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de mortalidade e morbidade, com impactos diretos nos direitos à vida, à saúde e à integridade física e moral (SPM, 2011; STÖCKL et al, 2013; OMS, 2013 GOMES et al, 2015). Pode ser considerada uma

das transgressões mais frequentes dos direitos humanos, por subjugar, de um modo geral, um indivíduo à vontade de outrem, utilizando-se do poder, da coerção e da força física (FANIETE; FEO; MERLO, 2012; PACHECO; MEDEIROS; GUILHEM, 2017).

Mulheres de todas as faixas etárias, diversos níveis socioeconômicos e em qualquer fase da vida podem sofrer ou sofrem tal agressão (FANIETE; FEO; MERLO, 2012). Estima-se que, no mundo todo, a violência de gênero seja uma das principais causas de morte entre mulheres de 15 a 44 anos, superando as causadas por câncer e acidentes de trânsito. Dentre suas formas de expressão, estão os assassinatos, os abusos físicos, sexuais e emocionais, a violência racial, a mutilação genital, entre outras. Os principais responsáveis por perpetrá-la são os parceiros íntimos (SCHRAIBER et al, 2002; GOMES; MINAYO; SILVA, 2005). Está presente no cotidiano das sociedades e, muitas vezes, é reconhecida e aceita como parte da ordem estabelecida, o que contribui para sua “invisibilidade” (CASA CIVIL, 2006; JUAREZ et al, 2012).

A tendência de se considerar a violência contra a mulher como sendo de gênero teve início na década de 1990. Segundo a historiadora Joan Scott, gênero enfatiza a noção de cultura, situa-se na esfera social, indicando, portanto, uma construção social e cultural. Tal forma de violência decorre de um conjunto de valores, costumes e práticas culturalmente impostos sobre corpos sexuados, os quais delegam papéis adequados aos homens e às mulheres com base, apenas, nas suas diferenças biológicas (SCOTT, 1995). Tais papéis impostos pela sociedade contribuíram para enfatizar as diversidades entre ambos os sexos (ARAÚJO, 2005; LIMA; SCHRAIBER, 2013).

Dessa forma, a diferença entre homens e mulheres estabeleceu representações sociais assimétricas, de modo que os elementos masculinos foram associados à esfera pública e à cultura, e os femininos à natureza e àquilo previamente determinado pela biologia (SALZSMAN, 1992; ARAÚJO, 2005). Essas representações sociais, por sua vez, geraram relações de poder assimétricas entre homens e mulheres e, assim, estabeleceram a submissão da mulher na sociedade (SAFFIOTI, 2015).

Segundo Salzman (1992), os discursos reiteram a hierarquização dos sexos, legitimados pelos sistemas de crenças que especificam as características de

cada sexo, com base nas quais são determinados os direitos, os espaços, as atividades e as condutas pertinentes a cada um. Falar em gênero implica o entendimento de que homens e mulheres têm uma participação não igualitária em função de sua condição sexual e fazem parte de um universo que legitima esta desigualdade, situação que gera um padrão hierárquico de relações sexuais (MENEGBEL et al, 2003).

Assim, ao falarmos de violência de gênero, entendemos que as ações violentas são gestadas em contextos, relações interpessoais, sociedades e tempo histórico variáveis. Podem ocorrer tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços públicos e de trabalho. Bandeira (2014) destaca que “a expressiva concentração deste tipo de violência ocorre historicamente sobre os corpos femininos e que as relações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas”.

Seguindo o conceito de violência adotado pela OMS, o artigo 5º da Lei Maria da Penha define violência contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou deficiências” no âmbito público ou privado. O conceito é amplo e abarca distintos tipos de violência, como doméstica, sexual, física, psicológica, moral, patrimonial e institucional (CASA CIVIL, 2006; SPM, 2011).

Segundo a OMS (2013), a violência física e/ou sexual é a forma mais prevalente em 30% das mulheres ao redor do mundo. As regiões da África, Mediterrâneo Oriental e Sudeste da Ásia apresentaram prevalência de 37% dessa mesma tipificação, sendo perpetradas por parceiro íntimo. A região das Américas obteve a segunda maior prevalência de violência contra as mulheres, atingindo 30% delas. Por outro lado, a União Europeia e a região do Pacífico Ocidental apresentaram a menor prevalência desse tipo de violência (25%) (OMS, 2013).

No panorama mundial da violência contra a mulher, El Salvador aparece em primeiro lugar, com taxa de 8,9 feminicídios por 100 mil habitantes, seguido da Colômbia (taxa de 6,3 feminicídios), Guatemala (6,2 feminicídios), Federação Russa (5,3 feminicídios) e do Brasil, em quinto lugar, com 4,8 feminicídios (WASELFISZ, 2015).

No Brasil, entre 2009 e 2011, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 17.167 feminicídios, o que representa uma taxa de 5,9 óbitos por 100 mil mulheres. As taxas mais elevadas encontravam-se nas Regiões Nordeste (6,9), Centro-Oeste (6,9) e Norte (6,4) (GARCIA et al, 2015). De acordo com um levantamento de dados realizado no SIM, houve aumento do número de homicídios de mulheres: de 1.353 vítimas em 1980 para 4.762 em 2013, revelando um aumento de 111,1% de feminicídios no Brasil (WASELFISZ, 2015).

No entanto, a disseminação desses feminicídios não ocorre de forma uniforme. O estado de São Paulo, por exemplo, conseguiu reduzir a taxa em 36,1% durante os anos de 2004 a 2014, enquanto em outros estados houve aumento de 333%, caso do estado do Rio Grande do Norte, cuja taxa chegou a 6 por 100 mil mulheres. Neste mesmo período, 18 estados apresentaram taxa de assassinatos de mulheres superior à média nacional, sendo as maiores registradas em Roraima (9,5), Goiás (8,8), Alagoas (7,3), Espírito Santo (7,1) e Mato Grosso (7,0) (IPEA, 2016).

Válido lembrar que o feminicídio representa o extremo da violência física contra as mulheres, o desfecho trágico e exposto para toda sociedade. Contudo, um número ainda maior de mulheres sofre cotidianamente com outras formas de agressão socialmente veladas, que podem ser graves, repetitivas e com impacto significativo em sua saúde física e mental (OPS, 2013).

De acordo com Pacheco (2012), no Brasil, a magnitude da violência contra a mulher não pode ser bem dimensionada, pois há poucas pesquisas de base populacional. Os estudos, em sua maioria, ocorrem de forma isolada e não permitem a generalização para toda a população feminina (PACHECO, 2012). A autora e alguns colaboradores reforçaram tal afirmação em recente publicação, pois, segundo eles, pouco se avançou no meio científico em relação a esse tema (PACHECO; MEDEIROS; GUILHEM, 2017).

Segundo dados da Central do Ligue 180 da Secretária de Políticas para as Mulheres (SPM), desde a sua criação, em 2005, até outubro de 2015, foram registrados 4.708.978 atendimentos, dentre os quais constam: prestação de informações e encaminhamentos para serviços tanto especializados quanto de teleatendimento, tais como 190 da Polícia Militar, 197 da Polícia Civil e Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos. Além disso, esta Central atende denúncias de

violência e reclamações sobre os serviços da rede de atendimento à mulher, bem como orienta sobre seus direitos. Desde de 2014, cabe a esse serviço enviar as denúncias para a Segurança Pública e para o Ministério Público de cada estado brasileiro, sendo a principal porta de entrada para os serviços da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (SPM, 2015).

Em 2015, 63.090 registros foram de relatos de violência, dos quais 58,6% cometidos contra mulheres negras. Destes, 49,8% corresponderam à violência física; 30,4% violência psicológica; 7,3% violência moral; 2,2% violência patrimonial; 4,9% violência sexual; 4,9% cárcere privado; e 0,5% tráfico de pessoas (SPM, 2015). Dos registros, 52.957 referiam-se a denúncias de violência, sendo que 77% declararam-se vítimas de agressões semanais e em 80% dos casos o agressor era o parceiro íntimo. Das vítimas, 80% possuíam filhos e 64% deles presenciaram ou também sofreram violência (IPEA, 2016).

Segundo estudo realizado por Pacheco (2012), entre janeiro de 2010 e setembro de 2011 foram registradas 9533 ocorrências de violência contra a mulher na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) em Goiânia, Goiás. Contudo, a autora deixou claro que os registros das ocorrências eram incompletos, contendo somente dados gerais da ocorrência, sem perfil dos agressores ou das vítimas, o que evidencia uma significativa lacuna no que tange à morbimortalidade por violência contra a mulher (PACHECO, 2012).

No que se refere às notificações realizadas por profissionais de saúde nos serviços de saúde, houve, no estado de Goiás, no mesmo período, 700 notificações, sendo 320 (45,7%) do município de Goiânia. Com base nesses registros, é possível observar o perfil das mulheres que sofreram violência nos anos de 2010 e 2011 em Goiânia: 17,4% delas estudaram até o 8º ano do ensino fundamental; 44,4% foram classificadas como sendo de cor parda; 50,4% eram casadas ou estavam em união consensual; e em cerca de 70,4% das ocorrências o agressor era o cônjuge (PACHECO, 2012).

Importante destacar que os casos de violência contra a mulher notificados pelos profissionais de saúde são de extrema importância, pois conferem visibilidade a este fenômeno e possibilitam dimensioná-lo do ponto de vista epidemiológico, bem como subsidiar a elaboração de políticas públicas mais adequadas para o seu enfrentamento (SALIBA et al, 2007).

A violência contra a mulher gera forte impacto nos sistemas de saúde pelos prejuízos físicos, emocionais e econômicos causados, além de afetar todo o cenário familiar (MS, 2004a; SILVA; OLIVEIRA, 2015). A esta situação, acrescem-se os custos sociais do sofrimento da mulher, o que torna necessário que as ações de enfrentamento envolvam diversos setores organizados em uma rede: saúde, assistência social, poder judiciário e organizações não governamentais (PACHECO, 2015).

Neste contexto, faz-se importante discutir uma outra forma de violência contra a mulher que, embora peculiar e ainda pouco abordada, tem ganhado notoriedade e motivado algumas recentes mudanças nos sistemas de saúde: a violência obstétrica, sobre a qual discorreremos a seguir.

1.2A violência obstétrica

A violência obstétrica é uma terminologia usada para descrever e se referir a todas as formas de violência originadas durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal ou abortamento (TESSER et al, 2015; DINIZ et al, 2015). Nesta pesquisa, iremos focar a violência obstétrica ocorrida durante o processo de parturição. Nos últimos anos, diversas definições têm sido propostas, sendo a legislação da Venezuela pioneira em tipificar violência obstétrica (BELLI, 2013). A legislação desse país a descreve como:

(...) A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (República Bolivariana da Venezuela, 2007, p. 30).

Dentre as diversas conceituações existentes, a proposta de Bowser e Hill (2010) destaca os principais grupos de desrespeito e abuso durante o nascimento, como mostra o Quadro 1:

Quadro 01 – Categorias de desrespeito e abuso durante o nascimento.

Categorias de desrespeito e abuso	Exemplos de violência obstétrica
Abuso físico	Toques vaginais abusivos (repetitivos, desnecessários ou sem o consentimento da parturiente), cesáreas e episiotomias de rotina e desnecessárias. Imobilização física ou restrição à movimentação, uso abusivo de medicações, uso da manobra de Kristeller, rompimento artificial da bolsa amniótica, episiotomia sem indicação e intervenções dolorosas sem anestesia quando tecnicamente indicada, incluindo a negação do alívio da dor quando indicado.
Cuidado não consentido	Mulheres que relatam verbalmente não autorizar uma determinada prática, por exemplo uma episiotomia, mas esta é realizada mesmo assim.
Cuidado não confidencial	Profissionais e instituições que não respeitam a privacidade da mulher, expondo seus corpos à revelia, ou ceifam o direito de acompanhante da parturiente.
Cuidado indigno	Representado pelos abusos verbais, incluindo ameaças, xingamentos, humilhações e falas desrespeitosas que ridicularizam e desmoralizam as mulheres.
Discriminação	Tratamento diferenciado pautado nas características pessoais consideradas negativas, como jovem, negra, pobre, não escolarizada, solteira ou sem acompanhante.
Abandono, negligência	Recusa de prestar assistência a mulheres consideradas queixosas ou escandalosas, ou àquelas em situação de abortamento.
Detenção nos serviços	Mulheres que ficam detidas nos serviços de saúde quando incapazes de pagar por serviços.

Fonte: D'Oliveira; Diniz; Schraiber, 2002; Bowser; Hill, 2010; MS, 2014; Bohren et al, 2015; Tesser et al, 2015.

Dessa forma, a violência obstétrica (VO) caracteriza-se por qualquer intervenção ou ato direcionado à gestante, parturiente ou puérpera sem o seu consentimento explícito ou com desrespeito à sua autonomia, integridade física, mental ou emocional (OMS, 2014b). Em outras palavras, qualquer ato exercido por profissionais de saúde expresso por meio de assistência desumanizada, abuso de medicalização e patologização de processos naturais de gestação, parturição ou abortamento (JUAREZ et al, 2012).

O crescente número de cesáreas é um dado que comprova e retrata a intensa intervenção tecnológica no corpo da mulher e em seus processos naturais. Na maioria das vezes, é apresentada como um procedimento seguro, tal como um produto a ser adquirido (TORNQUIST, 2003; TESSER et al, 2015). O aumento do número de nascimentos por cesárea constitui um fenômeno mundial (SASS; HWANG, 2009). Atualmente 18,6% deles acontecem por essa via (BRETÁN et al, 2016).

Entre os anos de 1990 a 2014, a taxa média global de cesárea aumentou em 12,4%, apresentando um percentual de 6,7% em 1990 e atingindo 19,1% em 2014, o que corresponde a um aumento anual de 4,4%. Em 2014, os maiores índices de cesárea ocorreram na América Latina e no Caribe, com taxa de 42,2%, seguidos da Oceania (32,6%), América do Norte (32,3%), Europa (25,0%), Ásia (19,5%) e, por último, da África (7,4%). Os países com as maiores taxas de cesárea, em cada uma dessas regiões, são: República Dominicana (56,4%), Brasil (55,6%), Irã (47,9%), Turquia (47,5%), Itália (38,1%), Estados Unidos (32,8%) e Nova Zelândia (33,4%) (BRETÁN et al, 2016).

No Brasil, o número de cesáreas tem crescido nas últimas décadas, apesar das iniciativas do governo federal para diminuí-lo, além dos esforços para estimular o parto normal, como o Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento e a Rede Cegonha (MS, 2011; MS, 2014).

Atualmente, a via de parto mais comum no país é a cesárea. As taxas cresceram rapidamente nos últimos 30 anos e alcançaram a marca de 38,9% em 2000, 46,5% em 2007, e 57% em 2014 (PATAH; MALIK, 2011; PEREIRA et al, 2016). Essa taxa atinge níveis ainda mais alarmantes quando analisado somente o sistema suplementar, onde 88% dos bebês nascem por cesárea (ENSP, 2014). Os números distanciam-se drasticamente dos preconizados pela OMS, para quem a

taxa ideal de cesáreas seria entre 10 e 15% de todos os partos (OMS, 2015). Valores acima ou abaixo do estipulado colocam em risco a saúde da mulher e do recém-nascido.

Alguns autores (DIAS et al, 2008; MANDARINO et al, 2009; CARDOSO; BARBOSA, 2012; ENSP, 2014; TORRES et al, 2014; PEREIRA et al, 2016) sugerem que essa alta prevalência esteja relacionada a fatores socioeconômicos e culturais (crença de que a cirurgia é mais segura e diminui o risco de mortalidade neonatal, medo do parto normal ou experiências negativas com partos anteriores) e não pautada em evidências científicas que comprovem a indicação obstétrica adequada.

De fato, quase um milhão de brasileiras são submetidas a essa intervenção cirúrgica sem indicação médica e 84% são realizadas antes do início do trabalho de parto (PEREIRA et al, 2016). Apesar da via de parto cirúrgica não ser a preferência da maioria das mulheres, observa-se que, independentemente do desejo inicial da gestante, ao interagir com o sistema de saúde, público ou privado, a gravidez, geralmente, tem seu desfecho com a realização do parto cesáreo (DIAS et al., 2008; ENSP, 2014). Esse quadro evidencia que os médicos podem determinar a via do parto, seja seguindo o desejo das mulheres (pela cesárea), seja avaliando o caso como necessário de intervenção cirúrgica (O'DOUGHERTY, 2013).

Importante lembrar que a cesárea, quando possui indicação médica criteriosa, oferece benefício para o binômio mãe-filho (INAGAKI et al, 2014). Contudo, quando não indicada, pode ocasionar danos desnecessários à saúde materna e neonatal, sendo associada a maior risco de prematuridade, mortalidade neonatal, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, morbimortalidade materna, infecção puerperal e maior probabilidade de complicações nas próximas gestações (VILLAR et al, 2007; HANSEN et al, 2008; TITA et al, 2009; FREITAS; SAVI, 2011). Além de representar uma conduta intervencionista e desnecessária do médico e do sistema de saúde, alguns estudos brasileiros (BETTIO et al, 2000; LEAL et al, 2012) mostram a relação entre prematuros e recém-nascidos de baixo peso com as altas taxas de cesárea.

A dinâmica dos sistemas de saúde e da assistência influencia as taxas de cesáreas que tendem a ser maiores em países cujos modelos de saúde são altamente medicalizados (como nos EUA, na Irlanda e Rússia) e menores em localidades onde há padrões menos medicalizados, menor número de intervenções

e maior participação de obstetras e/ou enfermeiros obstetras, como na Holanda, Nova Zelândia e nos países escandinavos (PATAH; MALIK, 2011; NORMAN; TESSER, 2015). Contudo, o debate acerca da compreensão de que a cesárea estabelecida como rotina constitui uma prática institucionalizada de violência contra a mulher iniciou-se em países considerados subdesenvolvidos e emergentes. Em alguns deles (Venezuela, Argentina e México), a VO é reconhecida como crime, inclusive tipificada por lei como tal, e, portanto, punida e prevenida, com vistas à erradicá-la (BELLI, 2013).

No Brasil, apesar de não ser considerada crime específico, também deve ser enfrentada, prevenida e erradicada, segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (MS, 2002; CASA CIVIL, 2006; SPM, 2011).

Essa modalidade de violência também pode ser considerada institucional, uma vez que ocorre em instituições prestadoras de cuidados à saúde (maternidades e hospitais), sendo perpetradas por profissionais de saúde, refletindo em abuso e desrespeito à autonomia da parturiente (SPM, 2011; DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

Desde 1980, por meio dos movimentos feministas, a violência durante o parto em maternidades e hospitais tem sido objeto de análise e denúncia (BRAZÃO; OLIVEIRA, 2010). No Brasil, o tema ganhou destaque apenas na década de 1990 e nos anos 2000, principalmente após a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e publicação da OMS intitulada “Assistência ao parto normal: um guia prático”. O documento representa um marco na promoção do trabalho de parto e parto saudáveis (OMS, 1996; RATTNER, 2009; ROCHA; NOVAES, 2010; CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015). As intervenções durante o processo de parturição foram classificadas, conforme evidências científicas, em quatro categorias (OMS, 1996). Essas categorias são sumarizadas no Quadro 2.

Quadro 02 – Categorias de intervenções durante o processo de parturição.

Categoria A: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas
1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro/família; 2. Avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliados

a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e o parto; 3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o processo de parturição e puerpério; 4. Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto. 5. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após esclarecimentos sobre as opções; 6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico em que o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; 7. Respeito à privacidade da mulher no local do parto; 8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o processo de parturição; 9. Respeito à escolha da mulher quanto à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. 10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem; 11. Utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto; 12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; 13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e desinfecção adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto; 14. Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta; 15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; 16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; 17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; 18. Utilização profilática de ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que corram perigo em consequência de até uma pequena perda de sangue; 19. Condições de assepsia ao cortar o cordão; 20. Prevenção da hipotermia do bebê; 21. Contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno; 22. Exame rotineiro da placenta e das membranas.
Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas 1. Uso rotineiro de enema; 2. Uso rotineiro de tricotomia; 3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; 4. Cateterização venosa profilática de rotina; 5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto; 6. Exame retal; 7. Uso de pelvimetria por raios X; 8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos; 9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;

10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
11. Massagens ou distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de controlar hemorragias;
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
14. Lavagem uterina rotineira após o parto;
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero depois do parto.

Categoria C: práticas sobre as quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos;
2. Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto;
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto;
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto;
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto;
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical;
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto.

Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistêmicos;
3. Controle da dor por analgesia peridural;
4. Monitoramento eletrônico fetal;
5. Uso de máscaras e aventais esterilizados durante a assistência ao trabalho de parto;
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços;
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
9. Cateterização da bexiga;
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e fetais forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
12. Parto operatório;
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
14. Exploração manual do útero depois do parto.

Desde a publicação desse guia, houve ampla divulgação e tentativas de implementação das práticas saudáveis e comprovadamente eficazes (CARVALHO; GÖTTES; PIRES, 2015). Além disso, a ReHuNa, em sua carta de fundação, a Carta de Campinas, denunciou formas violentas a que as mulheres são submetidas durante a assistência ao parto, com ênfase no tratamento desumano, constrangedor e fundamentado em intervenções desnecessárias e violentas (RATTNER, 2009). Atualmente, o tema vem ganhando mais notoriedade no país, por meio de denúncias de Organizações Não Governamentais (ONG), movimentos de ativistas pela humanização do parto e notícias publicadas em meios midiáticos de grande circulação nacional, a exemplo da ONG Artemis, que recentemente lançou uma nota técnica com considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento (SOUZA, 2015), e da ONG Amigas do Parto e da ReHuNa. Ambas as instituições estão comprometidas com a autonomia e o empoderamento das mulheres (SOUZA, 2015; PARTO DO PRINCÍPIO, 2017; REHUNA, 2017).

Como exemplos dos movimentos de ativistas pela humanização do parto, destacamos iniciativas brasileiras que utilizaram da conectividade para aproximar este debate da população. Uma delas consistiu de um levantamento informal realizado em 2012, chamado “Teste da Violência Obstétrica”, cujo objetivo foi investigar o atendimento recebido durante o ciclo gravídico-puerperal. Esse teste foi disponibilizado on-line em mais de 70 blogs e teve 1.966 acessos durante os 38 dias em que esteve disponível. Apesar de informal, essa ação estimulou a divulgação e discussão sobre a violência na atenção obstétrica (SENA; TESSER, 2017).

No mesmo ano foi lançado o documentário “Violência Obstétrica – a voz das brasileiras”, baseado em relatos de 20 mulheres que se reconheceram como vítimas de abusos durante o processo de parturição. Via redes sociais e blogs, essas mulheres foram convidadas a gravar um vídeo relatando a violência vivenciada durante o seu parto em maternidades brasileiras (SENA; TESSER, 2017). O documentário encontra-se com livre acesso na plataforma de vídeos (YOUTUBE, 2012).

Ainda nesse ano, a rede Parto do Princípio divulgou o “Dossiê da Violência Obstétrica” que passou a integrar os resultados da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da violência contra a mulher (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Nesse documento, são apresentadas informações e denúncias sobre esse tipo de violência no Brasil, bem como instrumentos de combate à VO, como a utilização dos canais de manifestação e denúncia Ligue 180 (disque denúncia de violência contra a mulher) e Disque Saúde136 (Ouvidoria Geral do SUS) para acolher, registrar e orientar mulheres vítimas de violência obstétrica.

A seguir, no próximo tópico, faremos um resgate histórico dos processos que levaram à institucionalização e à medicalização do parto, fatos esses consolidados na sociedade ocidental.

1.3 Institucionalização e medicalização do parto

Para refletir sobre a assistência obstétrica atual é necessário compreender a gênese da construção dessa área do conhecimento. Historicamente, o processo de parto e nascimento é compreendido como um acontecimento natural, tendo sido considerado, por muito tempo, evento eminentemente feminino, privado, íntimo e permeado por significados culturais (MOTT, 2002; MARTINS, 2005; WOLFF; WALDOW, 2008). Até o século XVIII, a arte de partejar era tradicionalmente exercida por parteiras, curandeiras ou comadres – pessoas com credibilidade, experiência e reconhecimento da sociedade local - e comumente no ambiente doméstico (ROHDEN, 2001; MOTT, 2002; MARTINS, 2005; SEIBERT et al, 2005; WOLFF; WALDOW, 2008).

As parteiras tinham conhecimento, por experiência própria, de mecanismos para facilitar o ciclo gravídico-puerperal e eram encarregadas de providenciar os preparativos para o parto, organizar o local e confortar as parturientes com alimentos, bebidas e palavras que as auxiliassem na dor e no parto (MARTINS, 2004; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; WOLFF; WALDOW, 2008). Segundo Martins (2004), o papel das parteiras:

(...) era muito mais complexo do que simplesmente aparar os recém-nascidos e cortar o cordão umbilical, abrangendo uma série de práticas culturais relativas à saúde, ao casamento, à maternidade e ao cuidado dos filhos, uma disponibilidade impensável para os médicos (Martins, 2004, p. 69).

No entanto, a assistência ao parto era vista como uma prática depreciativa e, portanto, poderia ser delegada aos cuidados das mulheres (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). No decorrer da História, a imagem das parteiras tornou-se ambígua, podendo ser valorizada ou condenada. Atribuía-se à desvalorização o fato de serem cúmplices em casos de infanticídio, abandono e por realizarem abortos. Além disso, a maioria era conhecida por proferir palavras mágicas e utilizar plantas e raízes para o alívio da dor, o que favoreceu o desprestígio do ofício (ROHDEN, 2001; MARTINS, 2004; SEIBERT et al, 2005; MAIA, 2009). Por esses motivos, muitas foram perseguidas e queimadas na fogueira durante a Santa Inquisição, na Idade Média, o que também colaborou para o descrédito da profissão (VIEIRA, 1999; SEIBERT et al, 2005; MAIA, 2010). Em contrapartida, a valorização das parteiras estava relacionada à promoção de um clima emocionalmente favorável para o processo de parturição e ao uso de medidas para o conforto e alívio da dor da mulher. A paciência e familiaridade com o corpo feminino também eram características valorizadas (MARTINS, 2004; SEIBERT et al, 2005).

A concepção de que o parto se constituía em um evento fisiológico afastou a medicina do processo de parturição durante muito tempo, o que o tornou um evento entre mulheres - a parturiente e a parteira. A participação masculina teve início durante a Idade Média, e os primeiros homens a adentrar nesse universo eram chamados apenas em situações muito especiais, casos de emergências ou partos complicados, e prestavam assistência a pedido da parteira (ROHDEN, 2001; MOTT, 2002; MARTINS, 2004; SEIBERT et al, 2005; WOLFF; WALDOW, 2008).

Durante os séculos XVIII e XIX, as práticas de atenção médica ao parto se desenvolveram e se legitimaram originando os chamados parteiros, médicos-parteiros ou cirurgiões-parteiros (BRENES, 1991; MARTINS, 2005; SEIBERT et al, 2005). Esse processo teve início na Europa, no final do século XVII, entretanto, a especialidade de obstetrícia surgiu nas faculdades de medicina europeias apenas no século XIX e chegou ao Brasil somente em 1808, quando fundadas as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro (BRENES, 1991; VIEIRA, 1999; MARTINS, 2004; MARTINS, 2005; MAIA, 2010).

Em decorrência da criação e utilização de instrumentais próprios, em especial o fórceps, bem como do discurso de que as parteiras eram intelectualmente inferiores aos homens e, portanto, incapazes de aprender novas técnicas, a profissão de parteira sofreu um declínio (OSAVA; TANAKA, 1997; ROHDEN, 2001;

NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SEIBERT et al, 2005). De acordo com Osava e Tanaka (1997), a investida dos médicos no processo de parturição, juntamente com seus instrumentos próprios, marginalizou as parteiras e as mulheres dos eventos do parto e nascimento.

Segundo Maia (2010), a participação do profissional médico durante o processo de parturição está relacionada a práticas intervencionistas e à utilização de instrumentos com a finalidade de construir uma imagem de conhecimento científico alicerçado na expertise e superioridade do médico em relação às parteiras. Dessa forma, a obstetrícia estabeleceu-se e foi aceita como atividade técnica, científica, dominada e controlada pelo homem (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Acresce-se ao descrédito da profissão da parteira a regulamentação da atividade que exigiu que estas se submetessem a exames prestados junto a comissões municipais ou eclesiásticas, além da obrigatoriedade deste ato ser assistido por um cirurgião (VIEIRA, 1999; ROHDEN, 2001; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Segundo Nagahama e Santiago (2005), essas medidas foram estrategicamente articuladas entre os detentores de poder institucional, o Estado e a Igreja, para exercício de controle sobre os conhecimentos do parto e cura legitimados pela Universidade. Assim, teve início o processo de mudança do paradigma não intervencionista para o de parto controlado (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). O partejar, fruto do conhecimento e empoderamento feminino, permeado por experiências seculares e saberes populares, foi então substituído pelo conhecimento institucionalizado masculino (PROGIANTI, 2004; WOLFF; WALDOW, 2008).

Válido lembrar as incontestáveis diferenças entre as origens do saber das parteiras e dos cirurgiões-parteiros, cujo conhecimento se pautava no parto sob enfoque biológico e discurso anatomopatológico, enquanto as parteiras adquiriam conhecimentos por suas próprias experiências enquanto mulheres, mediante a realização dos partos, e com outras parteiras (BRENES, 1997; BARRETO, 2007). Além disso, a presença de mulheres nas universidades era incomum até meados do século XIX (BARRETO, 2007).

Ainda durante os séculos XVIII e XIX, a medicina aprisionou as mulheres num discurso científico de que eram constituídas pela natureza com base no determinismo biológico, centradas no útero, e suas vidas seguiam apenas uma

sequência de eventos fisiopatológicos, como a gravidez e o parto (MARTINS, 2005; MAIA, 2010).

No final século XIX, o parto tornou-se um evento controlado e passou a ocorrer predominantemente no ambiente hospitalar (MARTINS, 2005; WOLFF; WALDOW, 2008; MAIA, 2010). Contudo, essa mudança contribuiu para o crescimento dos índices de mortalidade materna, em decorrência da infecção puerperal e neonatal (VIEIRA, 1999; ROHDEN, 2001; MAIA, 2010). Assim, os primeiros partos realizados em hospitais foram, na verdade, a última opção de mulheres geralmente pobres e desamparadas (ROHDEN, 2001; MOTT, 2002; CARNEIRO, 2005; MAIA, 2010). Importante pontuar que as altas taxas de mortalidade sofreram queda apenas após a Segunda Guerra Mundial, com o aprimoramento de duas técnicas cirúrgicas que foram, e ainda são, decisivas para a sobrevivência da parturiente e do neonato: anestesia e uso de assepsia (VIEIRA, 1999; CARNEIRO, 2005)

Em contrapartida, o parto hospitalizar colaborou para a inclusão de rotinas cirúrgicas e intervenções excessivas durante o trabalho de parto e parto (WOLFF; WALDOW, 2008). Além disso, as maternidades fortaleciam-se como espaços de ensino e prática da ciência do parto, seguros para a parturição (MAIA, 2010). Neste contexto, o parto, antes um evento fisiológico, familiar e feminino, uma experiência subjetiva, passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizada (WOLFF; WALDOW, 2008; MAIA, 2010). Com o deslocamento da casa para o hospital como local de parturição e mediante a incorporação de tecnologias, normas e rotinas médicas, o parto e nascimento passaram a se constituir como eventos médicos, patologias, e não processos fisiológicos (CECHIN, 2002; PROGIANTI, 2004; DINIZ, 2005).

Durante as primeiras décadas do século XX, mulheres da classe média e alta de países industrializados pariram sob forte sedação, o chamado “sono crepuscular”. Nesse tipo de parto, a mulher sentia dor, mas não se lembrava do deste momento, graças à combinação de morfina e amnésico. Devido ao uso do amnésico, que também era alucinógeno, ficavam muito agitadas, sendo necessário amarrá-las na cama. O parto era induzido com o uso de ocitócitos, o colo do útero dilatado artificialmente e o neonato vinha à luz por meio do fórceps. Esse tipo de parto ruiu em virtude das altas taxas de mortalidade materna e neonatal. Com o advento de anestésicos mais eficazes e seguros, a assistência à parturiente se

estabeleceu em estações de trabalho, ou seja, estruturada em pré-parto, parto e pós-parto (DINIZ, 2005).

Por outro lado, na segunda metade do século XX, as mulheres vivenciaram o parto de forma consciente. Contudo, ainda se mantinham imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o parto continuou a ser induzido e a técnica da episiotomia foi expandida (DINIZ, 2005).

Segundo Davis-Floyd (2001), a cultura obstétrica ocidental fundamenta-se no modelo cartesiano do dualismo corpo-mente, que evoluiu para o paradigma do corpo projetado como uma máquina. De acordo com essa visão, o corpo masculino seria o modelo, enquanto o feminino apenas um desvio desse padrão, uma anormalidade controlada pela natureza e que necessitava do controle masculino. Dessa perspectiva, emergiu a medicalização do parto, evento biológico normal transformado em patologia, e, portanto, caso médico. Assim, a gestante passou a ser vista como um ser passivo, sem autonomia ou individualidade, que dependia exclusivamente das decisões do médico (DAVIS-FLOYD, 2001; CECHIN, 2002). Este mesmo pensamento subsidiou a base filosófica da obstetrícia moderna e do modelo tecnocrático de assistência obstétrica (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo tecnocrático reforçou e manteve o enfoque biologicista que vinha sendo construído com a institucionalização do parto. Nesse modelo, a mulher perde a autonomia sobre seu corpo e suas decisões, é despersonalizada. Sob esse enfoque, o processo de parturição é percebido como um processo patológico que requer intervenções excessivas; há desumanização na assistência à parturiente e “coisificação” da mulher (DAVIS-FLOYD, 2001). Atualmente, o Brasil é um dos países com a maior taxa de cesárea, reflexo do processo de medicalização do parto que ainda persiste.

Nas últimas décadas, esse modelo tem sofrido críticas por parte de movimentos sociais que buscam humanizar e desmedicalizar as práticas de assistência ao parto, melhorar tanto a qualidade da interação entre profissionais de saúde e parturiente quanto a utilização da tecnologia adequada e resgatar o parto normal (TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; SENA; TESSER, 2017). No Brasil, esse movimento começou na década de 1980 e se consolidou na década seguinte, liderado por profissionais de saúde descontentes com a qualidade da assistência prestada à parturiente e defensores dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher (DINIZ, 2005; SENA; TESSER, 2017). Foi genericamente

chamado de Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento ou apenas Humanização do Parto.

Essa movimentação expandiu para diversos estados do país, culminando em várias iniciativas que ofereciam assistência humanizada durante o período gravídico-puerperal, como o Hospital Pio X, em Ceres, o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, o Instituto Aurora, no Rio de Janeiro, os grupos Curumim e Cais do Parto, em Pernambuco, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul, ambos em São Paulo (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009).

A luta pela humanização do parto e nascimento ainda perdura, atualmente com críticas ao modelo de atenção vigente no Brasil como um dos responsáveis pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e pela prática desumanizada e violenta de assistência à parturiente (TORNQUIST, 2003; SENA; TESSER, 2017). Os objetivos são desnaturalizar práticas consideradas abusivas e desrespeitosas e incentivar o reconhecimento e a participação ativa da mulher no momento do trabalho de parto e parto (SENA; TESSER, 2017).

Diante do exposto, percebemos que este é um tema de extrema importância que precisa ser melhor discutido diante de alguns avanços e tantos outros desafios pela frente. A pergunta que fica é: quais políticas públicas adotadas ao longo do último século que levaram à construção do atual modelo? A resposta a este questionamento nos motiva a desenvolver o presente estudo, e esperamos encontrá-la ao final deste caminho.

2. Aspectos Políticos

2.1 Principais marcos político-legais da violência contra a mulher

Grande parte das conquistas políticas e sociais da mulher decorreu de lutas reivindicatórias dos movimentos feministas que evidenciaram, dentre outros aspectos, a invisibilidade da violência contra a mulher.

As primeiras conquistas junto ao Estado para a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra mulheres datam da década de 1980. Em 1979, houve a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, também chamada Convenção da Mulher. Foi o primeiro tratado internacional que dispôs amplamente sobre os direitos humanos da

mulher, do qual também constam diretrizes para a implementação do empoderamento feminino e do acesso à justiça. Este importante marco foi ratificado pelo Brasil em 1981 (FNEDH, 2008).

No ano seguinte criou-se, no estado de São Paulo, o SOS Mulher - o primeiro serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência no Brasil, que também se constituía um espaço para reflexão e mudanças nas suas condições de vida (FNEDH, 2008; RIBEIRO, 2010; PACHECO, 2012). Em 1981, foi instituído o Dia Internacional da Não Violência contra a Mulher (dia 25 de novembro), e dois anos após o MS criava o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de lançar um olhar integral a suas necessidades durante todo o ciclo vital, assim reiterando o foco no ciclo reprodutivo (MS, 2004a; FNEDH, 2008).

Em 1985, por meio da Lei nº 7.353/85, inaugurou-se a primeira Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM) e criou-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (CASA CIVIL, 1985). No ano seguinte, em 1986, foi fundada no estado de São Paulo a primeira Casa Abrigo, a qual posteriormente se expandiu para todo o território brasileiro, com foco nas mulheres em situação de risco de morte no país (SPM, 2011).

Em 1988, a Constituição Federal garantiu a igualdade entre homens e mulheres e estabeleceu, como obrigação da União, criar mecanismos para coibir a violência no âmbito doméstico (CASA CIVIL, 1988). Em 1994, o Brasil sediou, em Belém do Pará, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará. Esta Convenção partiu das seguintes premissas: a violência contra as mulheres é uma forma de violação dos direitos humanos; constitui uma violência de gênero; e transcende todos os setores sociais. Este evento representou um importante marco conceitual, prático e simbólico em defesa das mulheres, tendo o Brasil ratificado os acordos à época definidos em 1995 (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Em 2002 foi criado o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, vinculado ao Ministério da Justiça, cujo foco era a criação de DEAM e de Casas Abrigos (SPM, 2011). No ano posterior, a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, reconheceu que a violência contra a mulher era um problema a ser enfrentado pelas políticas públicas. Nessa Conferência, foi elaborada a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher e, nesse mesmo ano,

o governo federal criou a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), com o objetivo de combater todas as formas de violência por meio da inclusão e valorização da mulher no país (SPM, 2011).

Em 2003, criou-se, por meio da Lei nº 10.714, a Central de Atendimento à Mulher, disque 180. No mesmo ano, a Lei nº 10.778 estabeleceu a obrigatoriedade dos serviços de saúde públicos e privados notificarem casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher (CASA CIVIL, 2003a; CASA CIVIL, 2003b).

No ano seguinte, em 2004, o governo federal decretou o Ano da Mulher Brasileira, e houve a tipificação da violência doméstica no Código Penal Brasileiro, por meio da Lei nº 10.886 (CASA CIVIL, 2004). Em 2005, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, da qual resultou a elaboração do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Por meio do PNPM, as ações de enfrentamento desse tipo de violência passaram a englobar diversos setores da sociedade, não se restringindo às áreas de segurança e assistência social (SEPM, 2004; SPM, 2011).

Um ano depois, em 2006, a Lei nº 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha, criou e estabeleceu mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e, em resposta à determinação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, foi alterado o Código Penal brasileiro (CASA CIVIL, 2006).

Em 2007, houve a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que reafirmou os pressupostos e princípios da Política Nacional para as Mulheres estabelecidos na I Conferência e originou o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). O II PNPM ampliou a atuação do governo federal nas políticas públicas direcionadas às mulheres e incluiu novas áreas de atuação. São 10 eixos temáticos, entre eles o de Enfrentamento de Todas as Formas de Violência contra a Mulher (SEPM, 2008). Ainda nesse ano, foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que consiste em uma estratégia de integração e articulação entre as três esferas de governo (SPM, 2011).

Posteriormente, em 2010, o governo federal instituiu o Estatuto da Igualdade Racial e de Gênero, pela Lei nº 12.228 (CASA CIVIL, 2010). No ano seguinte,

realizou-se a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, cujo resultado foi o PNPM 2013-2015, que reafirmou os pressupostos e princípios da Política Nacional para as Mulheres e reiterou o compromisso do país com o fortalecimento das ações por meio da gestão da transversalidade (SPM, 2013).

Desde 2011 vigoram o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, que ampliaram e fortaleceram as políticas públicas já existentes por meio de novos eixos de atuação como: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (SPM, 2011; MS, 2016).

2.2 Políticas públicas na saúde da mulher

A saúde da mulher foi incorporada nas políticas públicas nas primeiras décadas do século XX. No período compreendido entre 1930 a 1970, o enfoque permaneceu no ciclo reprodutivo da mulher, o que evidenciava uma visão restritiva, fundamentada na construção do papel social de mãe e doméstica e na sua diferenciação biológica, responsável pela procriação, cuidados com a saúde dos filhos e familiares (MS, 2004a; FREITAS et al, 2009). Assim, as políticas de saúde eram direcionadas às mulheres em idade fértil, para o controle da natalidade e ações materno-infantis (MS, 2004a; MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006; FREITAS et al, 2009).

Destacamos os principais documentos dessa época: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que instituía a criação de programas voltados para a assistência ao parto, puerpério e à gravidez de risco; Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com foco na relação entre a nutrição infantil, gestantes, puérperas, parturientes e mulheres em idade fértil; e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com a finalidade de prevenir as gestações de alto risco (JORGE et al, 2015).

Esses programas foram duramente criticados pela perspectiva reducionista, visão puramente biologista e fragmentada com que tratavam a mulher, a qual tinha acesso à saúde apenas durante o ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência durante a maior parte de sua vida (MS, 2004). Descontente com esse enfoque, o movimento feminista denunciou a precariedade da saúde da mulher no Brasil, reivindicou melhores condições de vida e propôs a equidade de gênero (FREITAS et al, 2009). Isto contribuiu para a inserção das questões de gênero na agenda política nacional, a saber: sexualidade, contracepção, violência contra a mulher, desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres (MS, 2004a; FARAH, 2004).

As mulheres lutavam por sua condição de sujeitos de direito, com necessidades muito além da gestação e do parto, requisitando ações de saúde em todos os ciclos da vida. Emergiu, assim, uma nova concepção de saúde da mulher, pautada na saúde sexual e reprodutiva como direito (MS, 2004a; FREITAS et al, 2009). Esse engajamento, por sua vez, impulsionou a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, pelo Ministério da Saúde (MS) (MS, 2004a; FREITAS et al, 2009). O Programa compromete-se a atender as mulheres de forma integral, com respeito às especificidades do ciclo vital e valorização do contexto sociocultural e histórico.

O PAISM adotou como princípios e diretrizes as orientações de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, a integralidade e a equidade da atenção, “num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (MS, 2004a). O Programa atua em diversas áreas, sendo elas: assistência gravídico-puerperal; planejamento familiar; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério e às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, além de incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (MS, 2004a; MATOS et al, 2013).

O PAISM é considerado um importante marco nas políticas públicas na área de saúde da mulher, pois buscou romper com as políticas reducionistas e fragmentadas da época ao adotar um discurso de saúde integral. Contudo, reiterou o foco no ciclo reprodutivo da mulher (FREITAS et al, 2009).

Em 1985, em Fortaleza, houve a Conferência Internacional “Tecnologia apropriada para o Nascimento”, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabeleceu o parto como processo fisiológico, estimulou o respeito, a autonomia e o direito ao acompanhante e propôs recomendações para uma assistência ao parto com menos intervenções e medicações. Essas ações integraram, anos depois, o Programa Maternidade Segura (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Segundo Costa (2009), não houve, na década de 1990, significativas mudanças nas políticas de saúde das mulheres. Contudo, dois movimentos se destacaram nesse período: expansão das coberturas de atenção básica, principalmente com o Programa Saúde da Família, e iniciativas voltadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto, os quais contribuíram para alterar as ações direcionadas à saúde da mulher.

Em 1999, o MS publicou a Portaria nº 985/99 que dispôs sobre a criação de Centros de Parto Normal no âmbito do SUS, os quais poderiam ser intra ou extra-hospitalares (MS, 1999). No mesmo ano, o MS instituiu o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, com o objetivo de estimular e destacar as instituições de saúde que oferecessem assistência humanizada às mulheres e aos recém-nascidos (MS, 2002).

Então, em 2000, o MS, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (em 1990 a taxa de mortalidade materna atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos), melhorar a cobertura e qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério para o binômio mãe-filho, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM n. 569, de 1º/06/2000 (MS, 2000).

O PHPN considera que o desrespeito e o desconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher são alicerces para a má assistência, assim como para a anulação da mulher como sujeito; portanto, nesse programa, o respeito a esses direitos emerge como elemento estruturante (MS, 2002; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). A principal estratégia do PHPN é ofertar assistência com qualidade e humanizada tanto para a mulher no ciclo gravídico-puerperal quanto ao recém-nascido, propondo que a atenção integral esteja centrada na mulher, substituindo o uso abusivo de tecnologias e intervenções desnecessárias por um paradigma

humanista (MS, 2002; MATOS et al, 2013). Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de vínculos construtivos entre a mulher, seus familiares e a equipe de saúde.

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à puérpera, os estados e municípios devem garantir que as seguintes recomendações sejam cumpridas: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 10 dias, e outra decorridos até 42 dias do nascimento; garantir exames laboratoriais (como glicemia de jejum, hemograma completo, entre outros); oferta de testagem anti-HIV; aplicação de vacina antitetânica; realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional e garantia de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar nas gestação de alto risco (MS, 2002; MS, 2013).

Além disso, o programa prevê incentivos financeiros: o município deverá receber um repasse de R\$ 10,00 mediante o cadastramento de cada gestante e R\$ 40,00 por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumpra o mínimo de procedimentos estabelecidos pelo Programa (MS, 2002).

Para monitorar e coletar dados sobre o pré-natal, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) criou o sistema de informação SISPRENATAL, que consiste em um software para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN. Este sistema, além de monitorar o cuidado, supervisiona o pagamento dos incentivos financeiros e gera indicadores de processo de assistência ao pré-natal, disponibilizando-os por localidade e período (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Contudo, segundo Andreucci e Cecatti (2011), o SISPRENATAL apresenta falhas de registros dos procedimentos mínimos recomendados pelo PHPN quando comparado com outras fontes.

Em 2004, Ano da Mulher, o MS instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cujos princípios norteadores residem na promoção da saúde, integralidade e no gênero, com foco na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (MS, 2004a). Com essa linha de atuação, foi lançado, no mesmo ano, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e

Neonatal, que consiste em ações programáticas em prol da qualificação da assistência obstétrica e neonatal (MS, 2004b).

No entanto, apesar dos esforços, a taxa de mortalidade materna no Brasil tem se mantido estável desde 1996, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos (MARTINELLI et al, 2014), e a taxa de mortalidade neonatal em torno de 11,1 por 1000 nascidos vivos (LANSKY et al, 2014; OMS, 2014; SOUZA, 2015). Ambas as taxas, consideradas altas pela OMS, impedem o avanço para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - um compromisso internacional que visa à melhoria da saúde das gestantes e à redução em 3/4 da mortalidade infantil - e colocam o Brasil em situação de alerta em relação a esses números (OMS, 2014b; SOUZA, 2015).

Diante disso, em 2011, o governo federal lançou a Rede Cegonha, com o propósito de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência a crianças com até 24 meses de vida. A Rede Cegonha foi organizada para garantir acesso, acolhimento, resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil (MS, 2011).

É definida como “uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis”. Organiza-se em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; além de possuir um sistema logístico de transporte sanitário e regulação (MS, 2011).

A garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e o direito à escolha da maternidade, ao acolhimento e ao cuidado respaldado nas boas práticas do parto normal são marcos importantes desse programa. Além disso, ele corrobora o direito da mulher de ter um acompanhante durante todo o período gravídico-puerperal, previsto na Lei nº 11.108 de 2005 (CASA CIVIL, 2005).

Em 2017, o MS aprovou a Portaria 353/2017, que sancionou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Com este documento, objetivou-se promover, proteger e incentivar o parto normal por meio da qualificação da atenção à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, além de uniformizar e padronizar as práticas clínicas de assistência ao parto, diminuir as intervenções

desnecessárias e, conseqüentemente, favorecer mudanças no processo de atenção ao parto normal (MS, 2017).

Respalgadas em comprovações científicas, as diretrizes nacionais estabelecem recomendações para uma assistência focada na qualidade por meio da prática clínica baseada em evidências. Constituem, portanto, uma importante ferramenta de consulta e auxílio nas tomadas de decisões dos profissionais de saúde (MS, 2017). Apesar de poucas mudanças, entendemos que a normativa representa um avanço na tentativa de garantir os direitos e a autonomia das mulheres. Representa, também, um esforço do MS para garantir mais informação, acesso e respeito durante a assistência obstétrica, assim como reforça a compreensão de que o parto não é apenas um conjunto de procedimentos e técnicas, o que contribui para desmitificar a assistência ao parto normal.

2.3 Assistência à parturiente

Nos últimos anos, em diversos países, registrou-se crescimento das evidências de que as instituições de saúde, em especial os serviços de saúde reprodutiva, constituem outro locus de perpetração de violência contra as mulheres (RAHMANI; BREKKE, 2013; TERÁN et al, 2013; CASTRO, 2014; MOYER et al, 2014). No âmbito internacional, em especial em países subdesenvolvidos, diversos estudos (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; D' AMBRUOSO; ABBEY; HUSSEIN, 2005; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; RAHMANI; BREKKE, 2013; SMITH-OKA, 2013; TERÁN et al, 2013; CASTRO, 2014; MOYER et al, 2014; KRUK et al, 2014; BOHREN et al, 2015) analisaram relatos de maus-tratos com base nas experiências das mulheres durante o parto. Um exemplo é o estudo conduzido por Kruk et al (2014), na Tanzânia rural, no qual 19,5% das mulheres entrevistadas (de um total de 1.779 puérperas) sofreram violência (a maioria abuso verbal, negligência e abuso físico) durante o processo de parturição.

Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa qualitativa realizada em uma comunidade rural de Gana sobre a experiência de mulheres com o parto hospitalar, as quais também relataram abuso físico, verbal, negligência, discriminação e negação de práticas tradicionais. Segundo os autores, os maus-

tratos durante o parto são um problema comum e afastam as mulheres do parto em instituições de saúde (MOYER et al, 2014).

Outra investigação acerca das experiências de mulheres, gestantes e profissionais de saúde sobre a qualidade dos serviços de pré-natal e obstétricos prestados no Afeganistão corrobora esses achados e revela, também, abusos físicos e verbais perpetrados por profissionais de saúde durante o parto e trabalho de parto (RAHMANI; BREKKE, 2013).

Na América Latina este tipo de violência nos serviços de saúde também tem sido investigado. Castro (2014), em estudo realizado no México, alertou para a prática profissional autoritária que se inicia nos anos de graduação nas escolas de medicina e perdura no período de residência médica e nos cursos de especialização. Desde os primeiros anos de faculdade, os alunos, em geral, aprendem a hierarquia da profissão baseando-se na suposição de que os pacientes, em especial as mulheres, são subordinadas aos seus comandos e às ações da equipe. Assim, é possível ignorá-las, repreendê-las e agir de maneira autoritária quando as assistem (CASTRO, 2014).

Segundo o autor, é por meio de um conjunto de atitudes repressivas que os profissionais desqualificam e ridicularizam a dor e as necessidades das mulheres, adotando como natural e profissional tal comportamento. Por meio dessa prática, revelam uma visão extremamente hierarquizada das parturientes, vistas sob uma perspectiva de superioridade profissional e de gênero (CASTRO, 2014).

Pesquisa realizada na Venezuela (TERÁN et al, 2013) identificou, entre 425 puérperas entrevistadas de uma maternidade pública, quase a metade, 210 (49,4%), sofreu algum tipo de tratamento desumano por parte dos profissionais de saúde; do total, 284 (66,8%) declararam que a equipe realizou procedimentos sem seu consentimento, 156 (36,7%) mencionaram a prática de dois tipos de violência e apenas 87 (20,5%) não a reportaram. Com relação ao tratamento desumano, 101 puérperas (23,8%) referiram impedimento de contato com o recém-nascido, 92 (21,6%) foram repreendidas por chorar ou gritar durante o parto, 83 (19,5%) se sentiram impedidas de manifestar seus medos e 65 (15,3%) perceberam comentários irônicos e piadas depreciativas. Sobre os procedimentos realizados sem o consentimento da parturiente, 158 (37,2%) reportaram a realização de exames vaginais repetitivos e 133 (31,3%) a administração de medicamentos para acelerar o

parto. Em todos os casos, a enfermeira, numericamente, foi considerada a principal responsável (70%), seguida do médico (TERÁN et al, 2013).

No Brasil, estudos apontam para uma realidade semelhante no que se refere às formas de violência perpetrada pelos profissionais nos serviços de saúde (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; ANDRADE et al, 2016). Em Cuiabá, estudo sobre as experiências de mulheres que vivenciaram parto normal no Sistema Único de Saúde (SUS) revelou uma assistência pautada na violência velada (física e psicológica) e no desrespeito aos direitos das mulheres, traduzidos em dor e negligência. As relações sociais, no ambiente estudado, foram desiguais, permeadas por comunicação ineficaz, uso de terminologias técnicas, discurso autoritário e rude, tanto da equipe médica quanto de enfermagem (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Pesquisa conduzida em São Paulo a respeito da violência institucional sob a ótica dos profissionais de saúde (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), também revelou posturas autoritárias e desrespeitosas para com as parturientes. Uso de jargões pejorativos, ameaças e repreensões permeiam o atendimento a essas mulheres e são considerados corriqueiros e exercício legítimo da autoridade profissional. Essas condutas, aliadas ao discurso de que são expressões de “boas práticas”, contribuem para a banalização e invisibilidade da violência na assistência a gestantes, parturientes e puérperas (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Em 2011, a Fundação Perseu Abramo publicou um relatório de pesquisa intitulado “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, baseado em entrevistas com 2.365 mulheres em áreas urbanas e rurais em todos os estados brasileiros. Entre as entrevistadas, 25% relataram ter sofrido alguma forma de violência durante o parto, incluindo abuso verbal, recusa de alívio da dor e manipulação vaginal dolorosa (FPA, 2011). A Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (ENSP, 2014), mostrou predomínio de um modelo de atenção ao parto extremamente medicalizado e com intervenções excessivas, o que contraria as recomendações de evidências científicas disponíveis para assistência ao parto e nascimento (ENSP, 2014). Essas pesquisas revelam a necessidade de modificar o

modelo de atenção ao parto vigente no país, uma vez que evidenciam a presença cada vez mais maior da violência na assistência à parturiente no Brasil.

Estudo recente realizado em Pernambuco, em um hospital-escola de referência em humanização na assistência materno-infantil, revelou que as boas práticas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto vaginal (direito de escolha do acompanhante, apoio emocional, respeito à privacidade e uso de métodos não invasivos para alívio da dor) foram aplicadas em 99% das parturientes, de um total de 603 puérperas, o que indica um avanço na direção da humanização da assistência ao parto. Contudo, práticas consideradas prejudiciais ou desnecessárias, compreendidas nesse estudo como violência obstétrica, foram empregadas em 87% das parturientes, sendo as mais frequentes: puxos voluntários (65%), uso rotineiro da posição supina/litotomia (39%), administração de ocitocina (41%) e aminiotomia (31%). A pesquisa alerta para a associação significativa entre violência obstétrica e mulheres que não possuíam ensino médio completo e parturientes assistidas por profissional médico (ANDRADE et al, 2016)

Diversos estudos assinalam que a violação dos direitos das mulheres durante a assistência ao parto decorre das más condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como de jornada exaustiva, estresse, baixos salários, falta de infraestrutura, precariedade de recursos materiais e humanos, excessiva demanda por rapidez no atendimento ou falta de treinamento do pessoal (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; D' AMBRUOSO; ABBEY; HUSSEIN, 2005; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; RAHMANI; BREKKE, 2013; SMITH-OKA, 2013; CASTRO, 2014; BOHREN et al, 2015).

No entanto, segundo pesquisas realizadas por Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), Rahmani e Brekke (2013) e Castro (2014), esses fatores são utilizados para justificar e explicar as atitudes negativas e comportamentos pouco profissionais. Outros pontos importantes são a formação profissional voltada para a prática técnico-científica em detrimento da dimensão subjetiva e a incorporação de princípios, comportamentos e hábitos culturais dominantes sobre gênero e violência de gênero, que são os propulsores sociais que fomentam as ações humanas (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; RAHMANI; BREKKE, 2013; CASTRO, 2014).

Neste contexto, é essencial que a relação entre profissional e parturiente seja pautada no vínculo, na confiança, na segurança e no respeito, sendo necessário que o profissional valorize a participação ativa da mulher, bem como lhe forneça orientações a cada procedimento (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MS, 2014). Portanto, os profissionais de saúde têm papel fundamental na implementação da política de humanização do parto e nascimento quando assumem uma postura ética, humanizada e holística e investem em uma comunicação eficaz. Assim, tornam-se decisivos no processo de parturição saudável, sem prática de atos violentos.

Contudo, apesar dos investimentos e esforços do MS, permanecem altas as taxas de desrespeito e abuso no trabalho de parto, parto e no nascimento por parte desses profissionais (FPA, 2011; ENSP, 2014), o que indica que a violência obstétrica ainda é uma realidade nos serviços de saúde, embora com distintas modulações de acordo com cada região e instituição. Assim, a relevância desta pesquisa se justifica não apenas pela importância de aprofundar a discussão sobre violência obstétrica nas instituições de saúde, mas, também, pela possibilidade de debater as relações éticas entre profissionais de saúde e mulheres.

2.4 Conduta profissional e Código de Ética na assistência obstétrica

O exercício da prática profissional requer dos profissionais de saúde o domínio de competências para ofertar serviços de qualidade (DINIZ et al, 2015). Além disso, devem assumir uma postura condizente com o preconizado pelo Código de Ética que rege a profissão, ou seja, a harmonização da ciência e da ética, no processo de parturição, passa pelo conhecimento e aplicação do Código de Ética (TIMI, 2016).

O Código de Ética Médica (CEM) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) fundamentam-se nos princípios da bioética: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Beneficência diz respeito ao dever ético de potencializar os benefícios e reduzir o dano ao paciente que, neste estudo, denominamos de parturiente, durante as condutas diagnósticas, terapêuticas e de cuidado em saúde. Essa finalidade é consonante ao segundo princípio, da não maleficência, o qual estabelece que as ações dos profissionais de saúde devem

sempre causar o menor prejuízo possível à parturiente (COFEN, 2007; CFM, 2009; CAVALCANTE, 2016).

O princípio da autonomia refere-se à capacidade do indivíduo decidir sobre si e o que julga melhor para si mesmo (CAVALCANTE, 2016). Assim, as mulheres têm direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo, como o processo de parturição, métodos de anticoncepção, entre outros. Destaca, portanto, o papel ativo da mulher nas tomadas de decisões relacionadas aos cuidados em saúde (WINCK; BRUGGEMANN, 2010; CAVALCANTE, 2016).

Esse princípio é fortalecido no CEPE e CEM, segundo os quais o profissional de enfermagem e médico deverão respeitar e reconhecer o direito das parturientes de tomar decisões referentes aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e cuidados em saúde, desde que sejam pertinentes e respaldados cientificamente (COFEN, 2007; CFM, 2009). Um dos direitos das parturientes, e dever dos profissionais assegurá-lo, é o de conhecer as opções e os riscos relacionados a procedimentos e condutas que as envolvem (COFEN, 2007; CFM, 2009; WINCK; BRUGGEMANN, 2010). Assim, o enfermeiro e o médico obstetra devem esclarecê-las sobre as alternativas de assistência ao parto e as práticas recomendadas pela OMS e pelo MS. Isso representa mais que uma etapa técnica: trata-se de uma autêntica postura de respeito para com a parturiente, vista como um ser autônomo, cujos valores morais são tratados com dignidade (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Além disso, o CEM veta ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas”, exceto quando houver vidas em risco (CFM, 2009 p. 38). Os dois códigos de ética proíbem a prestação de assistência à saúde sem o consentimento da parturiente, a não ser diante de risco iminente de morte (COFEN, 2007; CFM, 2009). Válido lembrar que o consentimento deve ser solicitado após o esclarecimento sobre o estado de saúde, tratamento e/ou procedimento a ser realizado. Dessa forma, quaisquer condutas definidas pela equipe de saúde devem ser previamente autorizadas pelas parturientes (COFEN, 2007; CFM, 2009; WINCK; BRUGGEMANN, 2010; CAVALCANTE, 2016; TIMI, 2016).

Segundo o CEM, é vetado ao médico realizar procedimentos desnecessários, como episiotomia e cesárea, quando não bem indicados (CFM, 2009; TIMI, 2016). Além disso, o código também normatiza a relação médico-paciente ao proibir “tratar

o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (CFM, 2009, p. 37). Da mesma maneira, o CEPE proíbe o profissional de enfermagem de “provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência” (COFEN, 2007), e a transgressão dessas normativas constitui infração ética cabível de penalidades previstas no CEPE, como advertência verbal, multa, censura, suspensão e cassação do direito ao exercício profissional.

Conforme preconizam os Códigos de Ética, as equipes médicas e de enfermagem, quando prestam assistência, devem garantir que as parturientes não sejam vítimas de danos resultantes de imprudência, imperícia e negligência (COFEN, 2007; CRM, 2009). O conhecimento a respeito do escopo legal, inclusive dos direitos e deveres do exercício profissional, confere aos profissionais mais eficiência para a prestação da assistência em saúde de forma ética e segura (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Contudo, simplesmente seguir à risca as regras previstas no Código de Ética não garante tratamento adequado à parturiente. É preciso humanizar as letras frias da norma e, nesse sentido, a humanização do parto é critério determinante para a qualidade do atendimento do profissional. É preciso encontrar um vértice que articule a legislação vigente e os Códigos de Ética Médica e de Ética dos Profissionais de Enfermagem aos direitos da gestante e à sua vivência enquanto ser humano (WINCK; BRUGGEMANN, 2010; CAVALCANTE, 2016; TIMI, 2016).

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Para alcançarmos o objetivo proposto optamos pela abordagem qualitativa, com foco na Pesquisa Social. O estudo qualitativo tem a vantagem de permitir aprofundar a compreensão de questões particulares e objetiva a explicação das relações sociais e a constituição de novos espaços de leitura de fenômenos da realidade (ANDRADE; HOLANDA, 2010). Assim, esse tipo de pesquisa mostra-se pertinente quando o intuito é investigar aspectos inerentes ao campo de valores e crenças que fazem parte da realidade social (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

A Pesquisa Social é o processo que possibilita obter conhecimentos com base na realidade social, apreendendo momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de grupos específicos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015). Esse tipo de pesquisa apresenta-se sob cinco modalidades. Tendo em vista os objetivos do presente estudo, a Pesquisa Social Estratégica mostra-se mais adequada. Para Minayo (2008), esse tipo de pesquisa permite a compreensão sobre determinadas questões da realidade social, sem alcançar, necessariamente, soluções práticas para a questão estudada.

Dessa forma, nos propomos a discutir e refletir sobre a construção social da violência obstétrica sob a perspectiva dos profissionais de saúde do município de Goiânia - Goiás. Neste momento não pretendemos propor ações de enfrentamento do fenômeno, mas ampliar o debate e subsidiar o estabelecimento de propostas e ações capazes de minimizar ou extinguir atos violentos de qualquer natureza no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

2.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Goiânia, em Goiás, com profissionais de saúde vinculados a duas maternidades públicas, pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). De todo o Centro-Oeste, Goiânia, capital do estado de Goiás, é a segunda cidade mais populosa, sendo ultrapassada por Brasília (IBGE, 2010). Considerada um importante centro estratégico para a região, concentra áreas como agricultura, indústria e medicina. Foi fundada em 24 de

outubro de 1933 e, em 1937, incorporou da cidade de Goiás o título de capital do estado (OLIVEIRA, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Goiânia possui 1.448.639 habitantes, população estimada para o ano de 2016, distribuídos em uma área territorial de 728 quilômetros quadrados, sendo considerada a sexta maior cidade em extensão (IBGE, 2015). De acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2015), a maioria da população goianiense é feminina e 52,3% dos habitantes concentram-se na área urbana. A Região Metropolitana de Goiânia é considerada a décima região mais populosa do Brasil, sendo composta por 20 municípios que geram uma grande demanda por serviços públicos e emprego (IPEA; FJP; PNUD, 2014).

Goiânia possui sete Distritos Sanitários, distribuídos em todo o território: Distrito Sanitário Norte, Noroeste, Sul, Sudoeste, Oeste, Leste e Campinas-Centro, os quais dispõem de 133 Unidades de Saúde, em diferentes níveis de complexidade.

A Rede Municipal de Saúde goianiense conta com hospitais (gerais e especializados), nove Centros de Assistência Integral à Saúde (CAIS), 22 Centros de Saúde (CS), 60 Centros de Saúde da Família (CSF) e três Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitária (CIAMS). Além desses serviços, o Sistema Municipal de Saúde possui Programas de Residência Terapêutica, oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência, Centro de Endodontia, Pronto-Socorro Psiquiátrico, Ambulatório de Psiquiatria, Ambulatório de Queimaduras, Unidades de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental, Farmácias e duas Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Conta ainda com cinco maternidades, sendo duas de gestão municipal, duas estaduais e uma federal, vinculada a um hospital geral. As duas maternidades de administração Municipal oferecem assistência humanizada ao parto e nascimento.

2.3 Trabalho de campo

Participaram deste estudo médicos e enfermeiros obstetras que possuíam experiência de trabalho em centros obstétricos e que assistiam ao parto nessas duas maternidades municipais. Foram excluídos profissionais que estavam

impossibilitados de responder as perguntas por qualquer motivo (desconforto físico ou atividades paralelas, por exemplo).

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC-UFG), os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de observação de campo e entrevistas individuais semiestruturadas. As maternidades foram visitadas com regularidade, em média quatro dias por semana, em horários alternados. As visitas tinham o propósito de conhecer a rotina, o acolhimento e a forma de atendimento às mulheres.

Durante as visitas, os profissionais eram convidados a participar da pesquisa, sendo informados dos objetivos, possíveis riscos e aspectos éticos referentes ao estudo. Antecedendo a entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) era lido junto com o possível participante e, nesta ocasião, assegurávamos o sigilo de suas identidades. Posteriormente aos esclarecimentos, o TCLE era assinado, sendo uma via do entrevistado e outra da pesquisadora.

Nos dias e horários previamente agendados ocorreram as entrevistas individuais, em sala reservada, para evitar interrupções. Participaram deste estudo 13 profissionais de saúde, sendo cinco enfermeiros obstetras e oito médicos obstetras. As entrevistas tiveram duração média de 35 minutos, tendo ocorrido entre os meses de setembro de 2016 a janeiro de 2017. Mediante anuência dos participantes, todas foram gravadas em meio digital, com auxílio de um gravador de voz, e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Para a realização das entrevistas optamos por um roteiro semiestruturado, uma vez que possibilita ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema, assim como permite que informações aflorem de forma livre, por meio de um ambiente confortável para que ele se sinta à vontade para se expressar sobre o assunto (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015). Para isso, elaboramos questões norteadoras que nos ajudassem a alcançar o objetivo do estudo (APÊNDICE II). Além de aspectos censitários, o roteiro continha questões sobre possíveis vivências em situações que poderiam ser consideradas um “ato violento” envolvendo a gestante, parturiente ou puérpera, bem como a respeito de fatores que podem

predispor tais situações e se algo pode ser feito para assegurar uma assistência humanizada, entre outros.

Optamos por descrever as questões norteadoras abaixo para, assim, evidenciar nossas expectativas com cada uma delas:

1 - Descreva como você atende uma parturiente.

*Possibilitar que os participantes discorressem sobre o trabalho desempenhado por eles nas instituições de saúde.

2 - Nesse trabalho você já vivenciou uma situação que poderia chamar de ato violento? Em que momentos você acha que a parturiente se sente agredida? Como você se sente quando uma parturiente se recusa a fazer algo que você estabeleceu? Ou quando chega com um plano de parto?

*Possibilitar que os profissionais relatassem sobre a/as violência/a durante a assistência obstétrica

3 - Que motivos você acredita que contribuem para que esses maus-tratos aconteçam?

*Possibilitar que os profissionais refletissem sobre as causas da violência.

4 - Em sua formação profissional/capacitação a questão do desrespeito e maus-tratos contra as parturientes foi abordada? Quando?

*Possibilitar que os participantes discorressem sobre a sua formação profissional.

5 - O que você acha que poderia acontecer para mudar essa realidade?

*Possibilitar que os profissionais refletissem sobre as transformações necessárias para assegurar uma assistência humanizada e de qualidade.

6 – Você já ouviu falar de violência obstétrica? Para você, o que significa isso?

*Possibilitar que os profissionais relatassem o significado da VO e as suas vivências.

O número de entrevistas não foi definido previamente, sendo delimitado de acordo com a saturação dos dados, ou seja, quando ideias, sentidos e explicações presentes nas falas dos entrevistados começam a ter uniformidade (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015). Não houve, portanto, um número específico de participantes *a priori*.

Integraram o corpus de análise: os dados da observação, o diário de campo e as entrevistas. A análise e a interpretação dos dados obtidos nas entrevistas foram desenvolvidas por meio do Método de Interpretação de Sentidos. Esse método tem como característica o percurso de três etapas: na primeira faz-se uma leitura compreensiva do material selecionado para obter ampla visão das falas e assimilar as singularidades do conjunto. Na segunda há a construção de inferências, que Gomes (2005) define como “operações pelas quais se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras anteriormente acatadas como verdadeiras” (p.203). A terceira e última etapa envolve a síntese interpretativa, ou seja, a reinterpretção criativa de possíveis significados (GOMES et al, 2005).

Embasados nesta proposta, descrevemos as etapas percorridas para a análise dos dados. De posse de todos os dados (transcrições das entrevistas e diário de campo), iniciamos o processo de análise por meio de uma leitura minuciosa, atenta e repetitiva, com vistas a uma imersão no material coletado e contato com a realidade investigada. Nesse momento, surgiram alguns esboços das ideias centrais, dos quais destacamos aqueles relacionados aos objetivos e às questões do estudo. Assim, construímos um primeiro quadro com essas ideias iniciais acompanhadas de fragmentos de falas dos participantes que melhor as expressassem.

Posteriormente, agrupamos as ideias centrais, extraímos os núcleos de sentidos e os organizamos em um segundo quadro, composto por trechos das falas dos profissionais que exemplificavam esses núcleos. Em seguida, após leitura do segundo quadro, agrupamos os núcleos de sentido semelhantes para construir as categorias temáticas, alicerçadas nos discursos dos participantes da pesquisa. Assim, produzimos um terceiro quadro que contemplou as categorias temáticas e os recortes de falas que exemplificavam e confirmavam a autenticidade daquela categoria.

Desse processo de análise, emergiram três categorias temáticas: “Humanização da assistência à parturiente”, “Vivências da violência obstétrica” e “Conhecimento sobre o período gravídico-puerperal”. Para melhor compreensão dos resultados e apresentação da discussão, dividimos a categoria “Vivências da violência obstétrica” em três subcategorias: “Significados”, “Manifestações” e “Motivos”, discutidas à luz da literatura referente ao tema.

Para designar a quem pertencia cada fragmento de fala, e também com o propósito de preservar o anonimato dos participantes, escolhemos o termo “Enfermeiro Obstetra”, representado pela letra “E”, e “Médico Obstetra”, expresso pela letra “M”, ambos seguidos de algarismos arábicos correspondentes à ordem cronológica de realização das entrevistas. Temos, portanto, E1, E2, E3, E4 e E5; e ainda, M1 até M8.

Cabe registrar que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – CEP/HC/UFG, sob o protocolo nº 1.641.217 (ANEXO I).

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

De modo geral, os resultados apontam que os participantes significaram a Violência Obstétrica (VO) como um desrespeito à autonomia e aos direitos de escolha da mulher e reconheceram suas raízes culturais e organizacionais no sistema de saúde. A influência da área de formação profissional repercutiu na concepção de VO, transitando de incredulidade e negação da existência do fenômeno à percepção cotidiana das diversas formas de VO que atingem a parturiente. A disponibilização de conhecimento sobre o parto foi apontada como um elemento de empoderamento feminino e ferramenta de enfrentamento da VO.

Entraves políticos, sobrecarga de serviço e falta de recursos financeiros e humanos foram mencionados como obstáculos à assistência qualificada ao parto. Alguns caminhos para a solução ou redução dessas barreiras foram verbalizados pelos participantes: contratação de profissionais habilitados para atuação em partos humanizados e cursos de capacitação profissional voltados para a melhoria do atendimento à parturiente e família.

Para melhor compreensão, dividimos os resultados em duas partes. Na primeira, apresentamos a caracterização dos participantes do estudo. Na segunda, apresentamos e discutimos as três categorias temáticas que emergiram do material empírico proveniente das entrevistas com os profissionais de saúde.

3.1 Caracterização dos participantes

Entrevistamos 13 profissionais de saúde, sendo oito médicos obstetras e cinco enfermeiros obstetras. Entre os entrevistados, houve predominância do sexo feminino, representando 76,9% dos participantes, sendo apenas três do sexo masculino. São profissionais relativamente jovens, entre 28 e 47 anos. Todos possuíam residência ou especialização; com relação à graduação, nove participantes (69,2%) estavam formados há três e dez anos, um formou-se há 18 anos, outro há 21 anos e outro há mais de 24 anos. Apenas um cursou pós-graduação há menos de um ano, a maioria (76,9%) especializou-se há menos de cinco anos e dois participantes há mais de 15 anos.

A formação desses profissionais interfere diretamente no cuidado prestado à parturiente (MCMAHON et al, 2014). Destacamos que se a formação estiver

direcionada apenas para corresponder ao modelo técnico-científico, sua prática pode ter como resultado um fazer mecanizado e automatizado (BUSANELLO et al, 2011). Segundo Castro (2014), durante a formação acadêmica os profissionais de saúde, em especial os médicos, aprendem uma prática assistencial autoritária, desvinculada dos conceitos e práticas da humanização do parto. Por meio da adoção de posturas repressivas, aprendem a desqualificar e ridicularizar a dor e as necessidades das mulheres, assumindo como natural e profissional a adoção de tal comportamento.

Nesse contexto, é primordial que a atuação profissional, na área obstétrica, seja embasada na humanização da assistência, com o intuito de potencializar e valorizar a dignidade, a subjetividade e o protagonismo da parturiente (FERREIRA JUNIOR et al, 2015). Apreendemos, por meio das falas e da observação de campo, que o tempo decorrido da formação contribuiu para o entendimento da violência obstétrica ou sua negação. Assim, profissionais com um tempo maior de especialização tendem a ser mais autoritários, impacientes e inflexíveis, bem como apresentam dificuldade para compreender a importância da humanização do parto. A fala a seguir evidencia essa postura:

“(...) paciente que se preocupa com isso, com violência obstétrica (...), não deveria nem estar dentro de uma unidade de saúde, quer fazer o parto do jeito que quer? Faça do jeito que quer longe, no canto dele”. (M3)

Esse pensar expressa a necessidade de aprimorar a formação desses profissionais por meio de estratégias de capacitações e treinamento, com vistas à atuação em assistência humanizada. A formação na área da saúde deve favorecer o desenvolvimento de profissionais capazes de incorporar às suas reflexões e ações as diretrizes da bioética e da humanização (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

É possível perceber que os entrevistados possuíam experiência profissional na área da obstetrícia e buscavam por qualificação em outra área, uma vez que três participantes tinham duas especializações, sendo dois em ultrassonografia e um em reprodução humana; um participante havia realizado curso de mestrado e dois o cursavam na época em que os dados foram coletados. Todos acumulavam funções em outros locais de trabalhos, como hospitais ou maternidades, consultórios

particulares, trabalho na docência e acompanhamento de gestantes em regime particular.

3.2 Humanização da assistência à parturiente

Alguns médicos e enfermeiros obstetras consideravam a humanização da assistência à parturiente uma forma de respeito à mulher e ao seu processo de parturição e, para implementá-la, recorriam a boas práticas como acolhimento da parturiente e do acompanhante, manejo ativo do trabalho de parto e de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, por exemplo, massagens, banho de aspersão e uso da bola suíça, bem como forneciam esclarecimentos acerca dos procedimentos e do trabalho de parto. Em suas falas, destacaram a possibilidade de alcançar a humanização, entre outras formas, pelo respeito à autonomia e aos direitos de escolha da mulher:

“Ela tem direito às suas escolhas”. (M2)

“A gente orienta sobre os exercícios na bola e banho de aspersão, caminhada e agachamento (...) a gente ensina o acompanhante a fazer massagem”. (E3)

“Ela tem direito a acompanhante, tem direito à informação, à alimentação, ela tem livre arbítrio”. (E5)

“A paciente tem que ser atendida com todo respeito, com respeito aos seus direitos, o objetivo é tratar a paciente com respeito”. (M8)

O termo humanização da assistência ao parto é polissêmico, pois engloba uma multiplicidade de interpretações e um conjunto de propostas para a mudança no que diz respeito à atenção ao parto e nascimento (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; SEOANE; FORTES, 2014). Segundo Vargens, Silva e Progiante (2017), humanizar implica, além de uma mudança da concepção do parto como uma vivência fisiológica humana, o reconhecimento de aspectos sociais e culturais da família e uma nova postura do profissional diante do sofrimento da parturiente.

A assistência com vistas à humanização do parto, centrada na mulher, está fundamentada na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das parturientes. Dessa forma, esse modelo busca reduzir o uso rotineiro de métodos

invasivos, intervencionistas e desnecessários (FERREIRA et al, 2013). A fala a seguir destaca essa concepção:

“Quando tem que intervir, quando tem necessidade de intervir, a gente realiza a intervenção necessária”. (E2)

Segundo o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (MS, 2002), a humanização da atenção ao parto e nascimento envolve a obrigatoriedade de fornecer tratamento digno às mulheres e seus familiares, utilização de medidas e procedimentos benéficos, apoiados em práticas baseadas em evidências científicas comprovadas. Assim, humanizar significa valorizar a qualidade do cuidado sob a ótica técnica, respeitar os direitos da parturiente, considerar sua subjetividade, cultura, e promover um relacionamento saudável entre profissionais de saúde e mulheres, com valorização do profissional (DESLANDES, 2014).

Compreendemos que o parto humanizado não se viabiliza apenas pelo não uso de procedimentos desnecessários, mas requer respeitar a mulher em sua integralidade, tornando-a um sujeito ativo e autônomo nas decisões acerca do seu próprio parto (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011; CARVALHO et al, 2012; CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017):

“Parto humanizado você tem que levar em consideração a vontade da mulher”. (E3)

Dessa forma, humanizar o parto confere às mulheres a posição de foco principal da assistência, o que inclui a adoção de práticas que favoreçam o exercício de sua autonomia durante todo o processo de parturição, como a escolha do acompanhante, acesso à informação prévia sobre os procedimentos realizados, respeito aos direitos e à fisiologia do parto. Sob essa ótica, devem ser protagonistas de seu parto (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; MELO et al, 2017).

A utilização de tecnologias não invasivas de cuidado tem como princípios a compreensão de que o trabalho de parto e parto correspondem a processos fisiológicos, o respeito à integridade física, psíquica e emocional da parturiente e a não intervenção desnecessária. São exemplos de tecnologias não invasivas: deambulação, massagens, uso da bola suíça, banho quente, dentre outras (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017). Essas práticas integram o modelo de

humanização da assistência ao parto e vêm sendo utilizadas para alívio da dor, redução do tempo do processo de parturição e da necessidade de anestesia epidural e tornam o trabalho de parto e parto mais relaxantes e menos dolorosos (FRELLO; CARRARO; BARNARDI, 2011; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2013; LAWRENCE et al, 2013; LEE et al, 2013; ROCHA et al, 2015). Importante ressaltar que essas condutas não são relacionadas a qualquer desfecho negativo para as mães ou os recém-nascidos (LAWRENCE et al, 2013).

O uso de tecnologias não invasivas de cuidado mencionado pelos profissionais neste estudo evidencia o conhecimento e a aplicação de algumas práticas condizentes com a assistência humanizada. Essas condutas são pautadas em evidências científicas e classificadas pela OMS em categoria A, ou seja, comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas (OMS, 1996).

O manejo do trabalho de parto recomendado pela OMS e MS inclui: oferta de líquidos; estímulo à adoção de posições verticalizadas para o parto e à liberdade de movimentação da parturiente; e uso de tecnologias não invasivas de cuidado (métodos não farmacológicos para alívio da dor, como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens, entre outros). Essas tecnologias, além de serem não invasivas, são acessíveis e de baixo custo, sendo, portanto, possíveis de serem disponibilizadas nas unidades de saúde (OMS, 1996; MS, 2001b).

Entendemos que, para alguns entrevistados, o cuidado humanizado por meio da utilização dessas tecnologias valoriza a autonomia das mulheres, centraliza a atenção na parturiente e configura-se como uma estratégia para implementação do processo de humanização. Válido lembrar que a decisão de adotar ou não essas técnicas é da parturiente, a qual deve ser livre para decidir, na condição de verdadeira protagonista de seu processo de parturição:

“A gente explica e ela decide, por que ninguém vai fazer nada com ninguém se ela não quiser”. (E5)

Todavia, estudo realizado com profissionais de saúde que prestam assistência ao parto alerta que a adoção dessas práticas depende de conhecimento, disponibilidade, sensibilização, comprometimento e trabalho dos médicos e enfermeiros obstetras (MELO et al, 2017). Nesse sentido, requer uma postura ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, além da modificação da organização e

estrutura hospitalar, a fim de disponibilizar um ambiente acolhedor. Requer, também, a adoção de condutas benéficas, evitando práticas intervencionistas e desnecessárias (DESLANDES, 2014). Alguns relatos expressam este conhecimento:

“A gente tenta trabalhar sempre com boas práticas (...) a gente realiza as intervenções menos possível”. (E2)

“O não intervencionismo é pregado aqui”. (E5)

“Eu sou a favor do mínimo de intervenção possível”. (M8)

“Aqui a gente não faz episiotomia em todas, só faz quando é preciso”. (M6)

Percebemos que alguns profissionais utilizavam, além de procedimentos técnicos e instrumentais inerentes ao trabalho de parto e parto, estratégias para potencializar o acolhimento, a interação e a comunicação:

“Eu gosto de conversar um pouco com ela até para criar um vínculo”. (E4)

“A gente faz um acolhimento com ela, a gente se apresenta”. (E2)

“Na hora que a paciente chega é feito um acolhimento com ela (...) onde a gente apresenta o que vai ser proposto durante toda a evolução do trabalho de parto”. (E3)

Compreendemos que a atitude dos profissionais se move por uma linha tênue entre o atendimento humanizado e a manutenção de uma assistência que impede a participação e autonomia da parturiente. Um dos participantes do estudo considerou a humanização uma oposição à violência obstétrica:

“Violência obstétrica vai de frente com parto humanizado. Ou tem violência obstétrica ou parto humanizado”. (E3)

De acordo com Deslandes (2014), o resgate da humanização no atendimento é um movimento de oposição à violência, aqui entendida como a “negação do outro em sua humanidade”. Esta violência pode ser tanto física quanto psicológica, neste caso expressa por maus-tratos. Pode, ainda, ser simbólica, pelo não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais das parturientes. Assim, a humanização da assistência à parturiente, ao se contrapor às diversas formas de violência, abre possibilidades para construção de um novo modelo de comunicação e diálogo entre profissionais da saúde, gestores, parturientes e seus familiares.

Neste estudo, os profissionais mencionaram outro fator de aproximação à humanização: a empatia pela parturiente. Nesse sentido, procuraram se colocar no lugar da mulher para ofertar um atendimento mais humano e de qualidade:

“Eu me coloco no lugar dela”. (M7)

“Eu me coloco no lugar dessa paciente”. (E5)

Percebemos que os profissionais, quando se colocavam no lugar da mulher, ofereciam o cuidado que gostariam de receber. Segundo Calegari, Massarollo e Santos (2017), a empatia deve ser compreendida com uma competência e, portanto, pode ser desenvolvida para o aperfeiçoamento profissional. Por outro lado, a barreira para sentir empatia pode criar dificuldades na relação entre profissionais de saúde e parturiente, podendo levar a uma assistência indigna e desrespeitosa. Em contrapartida, o excesso de empatia pode gerar sofrimento e angústia ao profissional e, assim, tornar o trabalho emocionalmente difícil, além de comprometer sua conduta.

3.3 Vivências de violência obstétrica

As vivências dos profissionais a respeito da violência obstétrica emergiram de suas falas quando mencionaram desrespeito aos direitos da mulher, incluindo o direito à escolha do tipo de parto, e maus-tratos durante o atendimento (desde o pré-natal até o período puerperal). Verbalizaram, também, algumas das principais manifestações da VO durante a rotina profissional, entre elas, abuso físico, cuidado indigno (por exemplo, abusos verbais, humilhações e falas desrespeitosas), demora no atendimento e falta de informação à gestante durante o pré-natal. Contudo, alguns entrevistados não conseguiram reconhecer a existência da VO durante a assistência em saúde à parturiente.

Nas falas, também observamos que, sob suas perspectivas, os principais desencadeantes da VO eram a falta de médicos e enfermeiros obstetras capacitados para a atuação no parto humanizado, ausência de informação da parturiente e do acompanhante, falta de capacitação e atualização do profissional, rotina engessada das maternidades, que afastava os obstetras da realização do parto vaginal sem

distócias, e sobrecarga de trabalho. Alguns profissionais identificaram raízes culturais que permeiam esse contexto e que podem contribuir para desestimular as parturientes a optarem pelo parto vaginal como desfecho natural para o parto.

Os profissionais apontaram caminhos para o enfrentamento da VO, por exemplo, abordagem do tema, e de como lidar com situações estressantes durante a formação profissional, neste caso por meio de treinamento e capacitação específicos para a realização de parto humanizado, contratação de recursos humanos habilitados, maior fiscalização por parte da diretoria hospitalar, além da sensibilização do profissional quanto ao tema.

3.3.1 Significados da violência obstétrica

Nessa categoria, os profissionais verbalizaram que a VO significa uma violação dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Em suas falas, emergiram também os maus-tratos sofridos pela parturiente durante o processo de parturição, além de desrespeito ao seu direito de escolha da via de parto, conforme expressam as falas abaixo:

“É causar algum transtorno para essa paciente, às vezes não física, mas emocional (...) é tudo aquilo que é desnecessário, que faz por capricho do profissional”. (E2)

“Eu acho que é não respeitar a vontade da paciente. (E4)

“É maltratar a paciente, para mim significa maltratar”. (M4)

“Violência obstétrica é você obrigar ela a ter um parto normal quando ela não quer. (M5)

“A paciente não poder escolher, optar pela sua via de parto”. (M6)

A VO é compreendida como uma violação dos direitos humanos, por desrespeitar algumas prerrogativas fundamentais da parturiente, como dignidade, autonomia e liberdade. Dessa forma, as mulheres têm o direito legal de receber cuidados profissionais de qualidade, com liberdade, autonomia e não coerção, bem como tratamento livre de danos, maus-tratos e discriminação, e obter informações, consentimento esclarecido (com a possibilidade de recusa). Têm, ainda, a garantia de respeito a suas escolhas, privacidade e sigilo, devendo ser tratadas com

dignidade e respeito (GARCÍA-JORDÁ; DÍAZ-BERNAL; ÁLAMO, 2012; MATTAR; DINIZ, 2012; OMS, 2014).

Segundo Windau-Melmer (2013), todas essas prerrogativas são baseadas em instrumentos de direitos humanos internacionalmente pactuados, entre eles a Declaração Universal de Direitos Humanos; a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; o Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres.

No entanto, por meio das falas, captamos uma relação entre a ocorrência da VO e a anulação dos direitos humanos fundamentais. De acordo com a Declaração Universal de Direitos Humanos e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, é direito fundamental da mulher ser tratada com respeito, dignidade, autonomia, justiça e liberdade (FNEDH, 2008). Assim, os atos violentos durante o processo de parturição ocorrem quando esses direitos não são assegurados, ou seja, quando a parturiente é ceifada em seu direito de decidir sobre seus processos fisiológicos ou quando é atendida de forma indigna:

“É não respeitar a vontade da paciente [...] e tratar de forma desrespeitosa”. (M8)

“O ato violento acontece quando você não leva em consideração a vontade da mulher (...) não respeita a pessoa como ser humano que ela é”. (E3)

Além disso, a violência contra a mulher na atenção obstétrica tem origem na violência de gênero e nas estruturas de poder. Segundo Sadler et al (2016), o gênero tem sido central para compreender o termo violência obstétrica, uma vez que, além de se concentrar na assistência à saúde de forma desumana, tem potencial para abordar a dimensão socioeconômica e as estruturas de poder que envolvem as múltiplas formas de desrespeito e abuso.

“Teve uma paciente que aí eu entrei para fazer o parto dela (...), que ela tinha chutado a enfermeira aí eu assumi. Mas comigo não teve

problema. Acho que é diferente a mulher se revoltar contra uma outra mulher do que com homem". (M1)

A conformação de relações sociais com base no sexo e na rejeição do senso comum de que a natureza dominadora do homem e submissa da mulher determina os comportamentos interliga-se diretamente ao conceito de gênero. O gênero trata das “construções sociais” que permeiam a definição de papéis categorizados como adequados aos homens e às mulheres, cabendo a cada um atuar de acordo com a sua categoria biologicamente imposta (SCOTT, 1995).

Nesse sentido, a violência de gênero objetiva preservar a organização social com base na desigualdade entre as pessoas, pela diferenciação entre os sexos, e por meio da manutenção da hierarquia social, de modo a preservar a subordinação feminina (SAFFIOTI, 2015). Esta categoria de violência é cometida, geralmente, pelo sujeito que possui maior poder na relação, sendo consequência direta do mito da superioridade masculina transmitido entre gerações pela nossa sociedade, que exalta estereótipos de força, virilidade e potência como características inerentes aos homens (SANTOS, 2010). Assim, a reprodução do machismo e da violência de gênero é recorrente não só em homens, mas é também propagada por mulheres, inclusive no atendimento profissional (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). Segundo esses autores, a solidariedade ou empatia pelas mulheres que integram a equipe de enfermagem para com as pacientes é pouco evidente, sendo recorrente o registro de comportamentos autoritários e inclusive rudes (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Segundo Hogan (2007), esse tratamento é reflexo da questão de classe: mesmo que ambas (profissionais e parturientes) sejam mulheres, estão em classes distintas. Contudo, são escassos os trabalhos que abordam o tema, e a violência sofrida pelas gestantes permanece banalizada e concebida como natural. Estudos são unâimes ao ressaltar a frequência acentuada dos atos de violência e a invisibilidade dessas agressões.

Considerando que a maternidade é uma etapa da vida que conjuga a função biológica do corpo e o papel social de mãe conferido à mulher, toda e qualquer violência neste campo constitui uma violência de gênero. Uma vez que esse conceito se conecta a fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e étnicos, de acordo com a distinção por contextos de classe em que as mulheres estão inseridas,

a violência que ocorre nas maternidades perpassa também por essas questões (AGUIAR; D'OLIVEIRA; DINIZ, 2013).

Estudos assinalam que este fenômeno é permeado por relações desiguais, de poder e dominação entre profissionais e parturientes, o que favorece a criação de um ambiente hostil, o qual contribui para gerar violência durante o processo de parturição. Nesse contexto, a mulher perde sua autonomia e seu direito de decidir, ficando passiva aos comandos da equipe de saúde (COSTA, 2000; PEREIRA, 2004; TEXEIRA; PEREIRA, 2006; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHAIBER, 2013).

No entanto, as falas evidenciaram que os participantes não possuíam conceituação filosófica e questionadora de como se dá essa relação de poder e violência no (des) cuidado em saúde. Notamos que, para eles, o termo violência é mais frequentemente associado a algo que consideram de maior gravidade, como a violência física e sexual. Para a maioria, os significados de desrespeito e maus-tratos se mesclam àqueles referentes à VO, o que indica que, sob suas concepções, esse tipo de violência é “apenas” uma expressão de desrespeito e maus-tratos.

“Para mim, esse é um termo [violência obstétrica] que é usado para denegrir os obstetras. É isso”. (M4)

“Ato violento? Não, não, nunca vi nenhuma violência física (...) nunca presenciei nada assim”. (M6)

As falas não se mostraram restritas à vinculação do significado da VO ao momento da parturição. Ao contrário, os profissionais verbalizaram perceber que ela pode ocorrer em qualquer momento do período gravídico-puerperal, como evidenciam as falas:

“Violência obstétrica, para mim, é a violência realizada na gestante de uma forma geral”. (E2)

“É todo e qualquer desrespeito ou maus-tratos ou não bem trato da gestante”. (M8)

A violência obstétrica é compreendida como uma violência institucional, estrutural e simbólica, resultante dos processos vinculados à cultura do descuido e abuso vivenciados pelas mulheres durante a atenção obstétrica, podendo ocorrer durante o pré-natal, parto e puerpério. Essas agressões podem interferir na saúde materna e comprometer o processo de parturição, acarretando prejuízos à saúde integral da mulher e do recém-nascido (JUÁREZ et al, 2012).

Em geral, os entrevistados afirmaram ter presenciado atos violentos durante suas rotinas profissionais e consideraram essas agressões uma expressão da violência obstétrica. Todavia, os médicos destacaram, sobretudo, as agressões contra eles praticadas e banalizaram ações violentas sofridas pela parturiente:

“Eu não penso que é a paciente que está sendo desrespeitada (...) quem está sendo mais desrespeitado aqui é o profissional de saúde”. (M3)

“Eu já fui muito agredida por paciente aqui (...) eu penso que sou muito mais agredida pelos pacientes do que algum momento tenha agredido alguém”. (M3)

“Assim, em algumas vezes, por parte do desespero da paciente, já levei alguns tapas”. (M2)

Por meio dessas falas e da observação de campo, é possível observar que alguns profissionais tenderam a ser mais compassivos com as agressões de seus colegas do que das parturientes. Isso expõe a hierarquia de valores presente nas relações entre os próprios profissionais e deles com as parturientes (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHARIBER, 2013).

Todos os profissionais entrevistados tinham conhecimento prévio sobre violência obstétrica. Contudo, a visão dos médicos obstetras e dos enfermeiros obstetras divergiu em alguns pontos. Alguns médicos não acreditavam que pudesse haver violência obstétrica e práticas desrespeitosas no atendimento à parturiente. Durante as entrevistas, foi possível apreender um relativo menosprezo quando o tema foi abordado. Observamos, inclusive, que isso gerou um sentimento de hostilidade em relação à pesquisa, na medida em que eles se sentiram avaliados e questionados quanto à legitimidade de suas ações:

“Eu não entendo esse discurso de violência obstétrica”. (M1)

“Eu não vejo nada como violência obstétrica”. (M2)

“Isso [violência obstétrica] é uma palhaçada, falta do que fazer (...) eu penso que isso não existe, é um termo descabido”. (M3)

“Para mim, violência obstétrica é uma palavra que veio para denegrir os obstetras. Isso só traz prejuízos, é um atraso imenso”. (M4)

A invisibilidade da VO pode decorrer de diversos fatores, como a banalização das condutas baseadas em estereótipos de classe e gênero, jargões pejorativos usados como brincadeiras pelos profissionais; aceitação e banalização

de práticas comprovadamente desnecessárias, dificuldade da parturiente criticar o serviço de saúde e os profissionais que a atenderam (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011).

As práticas em saúde refletem e reproduzem os valores da sociedade, orientando-se em direção a práticas banalizadoras e naturalizadoras das violências. Dessa forma, os profissionais de saúde criam mecanismos de aceitação da violência travestindo seus atos violentos em ações necessárias para o cuidado e para o “bom parto” Para tanto, há um deslocamento do ponto de vista ético para qualificar atos violentos como mero exercício técnico-científico das condutas profissionais, necessário para a organização e condução do processo de parturição (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Percebemos que alguns entrevistados não conseguiram ultrapassar o ciclo de banalização do sofrimento alheio e da invisibilidade da VO, negando, veementemente, a existência desse tipo de violência como decorrente de suas ações profissionais. Demonstraram, também, dificuldade de refletir sobre seu exercício profissional. Destacamos que alguns atos violentos que acometem a relação profissional-parturiente por vezes não são explícitos, como o abuso verbal e psicológico, o que acentua a invisibilidade da violência e vela a responsabilização pelo ato.

Nesse sentido, importante assinalar que, em 2016, cinco observatórios de VO liderados por grupos da sociedade civil, fundados no Chile, na Espanha, Argentina, Colômbia e França, declararam que a violência na atenção obstétrica é uma das formas mais visíveis e naturalizadas de violência contra a mulher (SADLER et al, 2016).

3.3.2 Manifestações da violência obstétrica

Os profissionais de saúde participantes desta pesquisa descreveram alguns atos violentos vivenciados durante suas trajetórias profissionais, apesar da resistência em falar sobre o assunto anteriormente assinalada. Com base nessa descrição e no referencial teórico adotado, pudemos classificar a violência por eles expressa. De alguns relatos, emergiram sinais de discriminação, cuidado indigno, cuidado não confidencial e abuso físico:

“Eu vejo um tratamento diferente para as pessoas que, às vezes, vem com doula, que quer um parto mais natural (...) eu vejo que tem muito mais preconceito com as pessoas que são mais naturebas”.

(E1) Discriminação

“Eu já presenciei violências verbais com as pacientes (...) falando para a paciente não gritar, se manter calada”. (E2). Cuidado indigno

“Alguns profissionais deixam a paciente muito exposta”. (E3). Cuidado não confidencial

“Então é assim, o profissional fala: vou fazer uma anestesia aqui por que se precisar dar o cortinho, mas aí já está cortando”. (E5). Abuso físico

“A paciente não abre a perna aí vai e força o joelho dela para abrir (...) nem sempre eu pergunto se ela quer ou não quer episiotomia, por que na hora ali, o que ela for falar não vai me ajudar em nada”. (M7). Abuso físico

O cuidado não confidencial caracteriza-se pelo desrespeito ao direito de privacidade da mulher e pela privação do direito ao acompanhante. O cuidado indigno refere-se a abusos verbais, incluindo ameaças, xingamentos, humilhações e falas desrespeitosas que ridicularizam e desmoralizam as mulheres (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; BOWSER; HILL, 2010; MS, 2014; BOHREN et al, 2015; TESSER et al, 2015). Esse tipo de descuidado é marcado pelo tratamento grosseiro, impaciente e com indiferença por parte dos profissionais.

Ressaltamos aqui a dificuldade de alguns profissionais perceberem o abuso verbal como uma manifestação da VO. Falas ríspidas e tom de voz elevado não são considerados práticas violentas, o que revela a banalização dessas atitudes no cotidiano da assistência:

“Muitas vezes a gente tem que ser um pouco enérgico com a paciente, por que se ela não ajudar o bebê vai morrer (...) muitas vezes a gente tem que subir o tom [de voz] para ela respeitar”. (M1)

“A gente tem que ser, às vezes, incisiva para que ela ouça o que você está falando”. (E4)

“(...) e tenha alterado a voz, também, para a paciente algumas vezes no sentido de ajudar o filho dela a nascer (...) eu, por vezes, aumento o tom de voz, até para que a paciente me ouça”. (M2)

Por meio dessas falas é possível perceber a linha tênue entre o que consideravam abuso verbal, tratamento grosseiro ou apenas uma conduta necessária para que a parturiente escutasse e fosse cooperativa aos comandos da equipe. A diferença parece residir na intenção de quem fazia, de como fazia e no

contexto em que a fala era pronunciada. Assim, se a parturiente se mostrasse “descontrolada” ou se não colaborasse com os profissionais, esse tom de voz ríspido e incisivo não era visto como uma forma de violência, mas sim exercício de autoridade da equipe com o intuito de “ajudar o filho dela a nascer” e “para mostrar que você está fazendo para o bem dela”.

A Lei Maria da Penha (CASA CIVIL, 2006) considera violência física qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. No campo da obstetrícia, o abuso físico é expresso por meio de toques vaginais abusivos, procedimentos de rotina desnecessários, restrição à movimentação da parturiente, intervenções sem anestesia e negação do alívio da dor quando tecnicamente indicado (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; BOWSER; HILL, 2010; MS, 2014; BOHREN et al, 2015; TESSER et al, 2015).

Nas falas dos entrevistados, há menção a toques vaginais repetitivos, desnecessários e sem o consentimento da parturiente, bem como à utilização de procedimentos dispensáveis, como administração de ocitocina, episiotomias, rompimento artificial da bolsa amniótica e manobra de Kristeller, que consiste em uma pressão manual na parte superior do útero dirigida para o canal de parto, com o objetivo de auxiliar o parto vaginal espontâneo e evitar a segunda fase prolongada ou a necessidade de parto operatório (HOFMEYER et al, 2017).

Essas condutas são classificadas, segundo a OMS, nas categorias B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas), C (práticas sobre as quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e, portanto, devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas esclareçam a questão) e D (práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado) (OMS, 1996).

A prática da episiotomia foi incluída na assistência obstétrica com a finalidade de reduzir tanto o dano perineal causado pela laceração natural durante o trabalho de parto quanto o risco de incontinência fecal e urinária. No entanto, foi incorporada sem que qualquer pesquisa avaliasse previamente seus riscos e benefícios (LEAL et al, 2014). Estudos controlados comprovam que a episiotomia eleva o risco de lesão perineal grave, de infecção e hemorragia, sem, no entanto, diminuir o risco de incontinência fecal e urinária e as complicações de dor (CARROLI; MIGNINI, 2009; RAISANEN et al, 2011). Por esses motivos, as novas

diretrizes clínicas desaconselham utilizá-la rotineiramente, embora ainda recentemente a Pesquisa Nascir no Brasil tenha evidenciado elevada taxa de episiotomias (50%), realizadas em quase 75% das primíparas (LEAL et al, 2014).

Estudo desenvolvido por Andrade et al (2016) mostrou que a administração de ocitocina e a amniotomia são práticas empregadas para acelerar o trabalho de parto, utilizadas em 41% e 31% dos partos, respectivamente. Pesquisa de abrangência nacional encontrou prevalências de 38,2% e 40,7% (LEAL et al, 2014); na cidade de São Paulo, os números foram de 31% e 53,4%, ambos em mulheres de risco habitual e usuárias do SUS (SILVA et al, 2013).

No presente estudo, os entrevistados ampliaram o significado desse tipo de violência, relacionando-o ao descaso do poder público para com as mulheres durante o período gravídico-puerperal. Nesse sentido, seria uma violência institucional perpetrada pelo sistema de saúde:

“Eu acho que essa violência [obstétrica] é diária, é do poder público, é do sistema de saúde que é insuficiente”. (M8)

Percebemos, como uma manifestação da VO, a intolerância ao outro, no caso a parturiente, baseada na discriminação das mulheres que frequentam essas maternidades (em geral, de baixa renda e pouca escolaridade). Isto leva os profissionais a considerarem que essas parturientes não possuem capacidade de compreensão, informação ou autonomia para decidir sobre as intervenções durante o seu processo de parturição:

“Então ela [parturiente] se sente violentada em tudo, ela se sente uma vítima, uma pobre coitada, sendo que ela engravidou porque ela quis, não usou anticoncepcional porque não quis”. (M3)

A intolerância e a discriminação resultam na menor participação das mulheres no processo decisório, na expropriação do corpo da parturiente e no afastamento de seus processos fisiológicos. Segundo um estudo de base populacional, as mulheres mais atingidas pela VO são as pardas ou pretas, de menor escolaridade, na faixa etária de 20 a 34 anos, cujos partos vaginais foram realizados no setor público e que não tiveram acompanhante neste momento (D'ORSI et al, 2014). Trata-se de um perfil que evidencia a presença de discriminação social e racial nas maternidades públicas no Brasil.

3.3.3 Motivos da violência obstétrica

As razões mencionadas pelos profissionais de saúde para a ocorrência de maus-tratos e desrespeitos nas maternidades foram: escassez de médicos e enfermeiros obstetras capacitados para atuação no parto humanizado, ausência de informação da parturiente e do acompanhante, falta de capacitação e atualização do profissional, características pessoais daqueles que assistem as parturientes, rotina de trabalho que não possibilita reflexão sobre sua prática e afasta os obstetras da realização do parto vaginal sem distócia, além de sobrecarga de trabalho. Lembramos que todos os profissionais entrevistados cumpriam jornadas de trabalho em mais de uma instituição.

“Rotina diária de excesso de carga horária, excesso de trabalho, plantão tumultuado”. (E1)

“Eu vejo que a formação influencia muito, a forma como que foram moldados, porque eles aprenderam assim e provavelmente eles vão reproduzir assim”. (E2)

“O começo disso tudo é a falta de informação, tanto dos profissionais quanto das pacientes”. (E3)

“Acho que é falta de caráter da pessoa mesmo”. (M7)

“Eu acho que o principal que leva à violência em torno do parto (...) eu acho que é mais que tudo uma questão cultural”. (M8)

A VO tem sido apontada como resultado da precarização do sistema de saúde e relacionada à falta de investimento no setor, de modo que sobrecarga de serviço, precariedade de infraestrutura e de recursos materiais e humanos são apontadas pelos profissionais como dificuldades cotidianas. Segundo alguns autores, essas dificuldades vão desde a falta de anestésias à ausência de espaço físico para assegurar a presença do acompanhante (MENEZES et al, 2006; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Diversos estudos apontam que a violência durante a assistência obstétrica decorre de jornada exaustiva, estresse, baixos salários, falta de infraestrutura, excessiva demanda por rapidez no atendimento ou falta de treinamento do pessoal (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; D’AMBRUOSO; ABBEY; HUSSEIN, 2005; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; RAHMANI; BREKKE, 2013; SMITH-OKA, 2013; CASTRO, 2014; BOHREN et al, 2015).

Segundo Pereira (2004), os pilares da violência e do poder simbólico na atenção obstétrica estão relacionados com a falta de informação, dificuldade de comunicação, mitificação e desqualificação da relação entre equipe de saúde e parturientes.

Esses fatores são utilizados para justificar e explicar atitudes negativas e comportamentos não profissionais. No entanto, embora possamos compreender que constituam barreiras para um atendimento com qualidade, acreditamos que o profissional deve estar preparado para fornecê-lo independentemente das condições da instituição. Frisamos que o bom atendimento perpassa por uma relação saudável entre profissional de saúde e parturiente, com base no vínculo e na confiança, livre de desrespeitos e maus-tratos.

De acordo com McMahon et al (2014), os profissionais de saúde podem apresentar comportamentos que expressam a VO em decorrência da própria formação acadêmica - aspecto fundamental no atual cenário de assistência à parturiente:

“O médico precisa ser formado para ser mais humano, para ser mais humanizado e não máquina de diagnóstico e de resolver problemas (...) eu acho que as faculdades ainda estão formando maquinazinha. Um monte de máquina”. (M7)

Hotimsky (2008) assinala que a prática em saúde é, muitas vezes, “apreendida de forma deslocada do seu balizamento ético e com a priorização de habilidades técnicas em detrimento de valores éticos e morais”. A autora alerta para a objetificação das mulheres em prol do treinamento da atenção obstétrica. Além disso, os formandos da área da saúde têm pouco conhecimento sobre as práticas baseadas em evidências, considerando-as pontos de vista ou questões de filosofia, e não modelos de excelência em assistência (DINIZ et al, 2015).

Rego, Gomes e Siqueira-Batista (2008) referem que durante o desenvolvimento profissional as parturientes tendem a ser desumanizadas, anuladas em sua identidade e autonomia e reduzidas a dados hospitalares. Essa constatação sobre a educação formal das profissões não se limita à obstetrícia, aplica-se a múltiplas especialidades e profissões, com diferentes graus de intensidade. Dessa forma, o ensino das profissões tem sofrido críticas pela dificuldade de formar profissionais comprometidos com o atendimento humanizado. Sem uma formação

dessa natureza, a relação que se estabelece é entre sujeito-objeto, profissionais de saúde e doença, e não mais entre humanos.

A fala a seguir mostra como a rotina e o ritmo de trabalho podem ser alienantes e tornar o trabalho extremamente mecanizado, uma vez que não permitem reflexão sobre a própria prática:

“O trabalho exaustivo faz a gente perder um pouquinho dessa humanização (...) acaba tirando um pouquinho daquela atenção”.
(M7)

Nesse contexto, observamos que o atendimento mecânico e automático provocou mudanças na relação profissional-parturiente, desfavorecendo ou mesmo impossibilitando a construção de vínculos, de relacionamento com as mulheres e seus familiares, ou seja, de humanizar a assistência durante o processo de parturição. Contudo, tendo em vista o discutido anteriormente, nos parece que a equipe médica não “deixou” de humanizar o atendimento, uma vez que nunca houve uma formação que levasse a essa humanização e, portanto, ela sequer chegou a ocorrer. Neste contexto, o ritmo e a rotina que levam à mecanização e automatização na realização do trabalho aumentam os riscos de desumanização durante a assistência obstétrica.

Alguns profissionais associaram a ocorrência da VO ao caráter pessoal do profissional:

“Mas tem gente mais grossa mesmo que outras”. (E1)

“Eu acho que pode ter um peso, um pouco, é a questão pessoal”.
(E2)

“Eu acho que as pessoas são agressivas por natureza e isso vem de berço”. (M8)

Sob essa ótica, ser violento seria uma “falha de caráter”, uma condição da personalidade do indivíduo ou falha na educação de “berço”. Segundo Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013), esse tipo de explicação banaliza e naturaliza a violência, limita as possibilidades de questionamento crítico, de enfrentamento e contribui para a invisibilização da VO.

Os profissionais apontaram, como principal motivo para a ocorrência da VO, a falta de informação da parturiente. Notamos que alguns chegam a responsabilizá-

la pelas agressões e por não possuírem informações adequadas sobre o parto e sua saúde:

“É por conta da desinformação (...) porque, assim, o paciente vai atrás das coisas dele (...) por quê que ele não vai atrás da informação também? Não é desinformação, é falta de interesse pela informação” (M3)

“Bom, eu acho que é a falta de instrução dela”. (M4)

“O principal é a falta de informação. Deveria ter aulas durante o pré-natal e deveria ser obrigatório elas estarem cumprindo as aulas”. (M5)

A culpabilização da mulher pelas agressões sofridas durante a assistência à saúde reflete os valores machistas da sociedade. Recai sobre ela a imposição social de responsabilização da agressão. A atitude de culpabilizar a vítima é desprovida de reflexão; atribui-se a culpa de um ato violento justamente à parte mais prejudicada com o sofrimento e o constrangimento dele decorrentes (PEIXOTO; NOBRE, 2015). Reconhecemos que a falta de informações torna as parturientes mais vulneráveis a sofrer violência, contudo consideramos absurdo culpabilizá-las, uma vez isso que aniquila a dignidade da mulher vítima de quaisquer agressões e não pondera sobre o contexto que leva a essa falta de informações.

Os entrevistados acreditavam que alguns fatores poderiam contribuir para a qualidade do atendimento prestado à parturiente e ao acompanhante, entre eles: melhorar a formação profissional, mantendo-os atualizados, construindo um pré-natal qualificado e eficaz, que informe e empodere as mulheres, e esclarecer a sociedade sobre os riscos e benefícios do parto normal e da cesárea. Vejamos algumas falas:

“A questão é lá na base, no pré-natal, que tem que ser avaliada, orientada, tem que ter palestras, tem que ser ensinado”. (M3)

“Eu acho que os profissionais têm que ser capacitados para entenderem o que é um parto humanizado”. (E3)

“O problema é durante o pré-natal, ela tem que saber o que é parto, como é que é, e elas não sabem, é tudo novidade”. (M5)

“Falta conhecimento do que é humanização, do que é respeito”. (E5)

“É falta de orientação no pré-natal e falta de o colega ter as orientações e repassar essas orientações (...) então tudo gira em torno de um sistema insuficiente”. (M6)

“Eu acho que precisa ter mais [aulas] de como tratar o paciente, de como falar, se expressar em uma situação de estresse”. (M7)

A educação em saúde constitui uma estratégia para prevenir a VO, por ser uma oportunidade de preparar as gestantes e seus familiares para a vivência para um parto mais agradável. O processo de educação em saúde enfatiza a prevenção e promoção da saúde com base nos contextos sociais, culturais e econômicos dos pacientes, o que, neste caso, permite a troca de experiências e saberes entre profissionais de saúde e gestantes.

Segundo Camillo et al (2016), a educação em saúde envolvendo mulheres no período gravídico-puerperal permite transformar a percepção e o enfrentamento do processo de parturição, bem como possibilita o esclarecimento de dúvidas e a promoção da saúde. Assim, é possível informar e transformar o parto em uma experiência mais agradável.

Os entrevistados citaram a capacitação como uma forma de prevenir VO, pois acreditavam ser capaz de melhorar a qualificação dos profissionais para a implementação da humanização na assistência. Percebemos que todas essas estratégias têm o objetivo de construir uma atenção à saúde obstétrica pautada na humanização, mas lembramos que ela perpassa pela dimensão ética entre profissionais de saúde e parturientes, sendo necessário incluir esse tema transversal na formação dos profissionais de saúde.

3.4 Conhecimento sobre o período gravídico-puerperal

Nessa categoria os profissionais discorreram sobre o conhecimento da parturiente e do acompanhante acerca do período gravídico-puerperal. Nas falas, expressaram acreditar que a população não tem esclarecimentos sobre o trabalho de parto e parto, sendo essa a principal falha do pré-natal:

“(...) a gestante chega para gente, a maioria fez pré-natal e não sabe de nada”. (E1)

“Eu acho que a paciente tem por obrigação ter informações (...) elas não procuram conhecimento e não recebem conhecimento que elas deveriam ter”. (M2)

“População muito pouco esclarecida (...) está chegando aqui sem o mínimo preparo”. (M3)

“Falta de informação no pré-natal, a gente vê muito isso aqui”. (E4)

“Ela vem totalmente desinformada”. (M6)

“A gente acredita que as pacientes não têm informações o suficiente”. (M7)

O desenvolvimento de práticas educativas durante o pré-natal é fundamental para o preparo da gestante e fortalecimento da sua autonomia na condução do processo de parturição. A preparação para o parto amplia o nível de conhecimento, facilita escolhas benéficas para o trabalho de parto e parto, disponibiliza métodos de respiração e relaxamento, proporciona maior satisfação das mulheres com a vivência do parto, fornece instrumentos para a manifestação de uma postura ativa e autônoma (MORGADO et al, 2010; PINHEIRO; BITTAR, 2012; BRITO et al, 2015), além de favorecer a adesão da mulher a práticas menos intervencionistas (PROGIANTI; COSTA, 2012). Somado a isso, o conhecimento, quando adquirido corretamente, possibilita um processo decisório consciente e com responsabilidade por parte das mulheres. (MELO et al, 2015).

Estudo realizado com um grupo de casais grávidos evidenciou a necessidade de disponibilizar informações às gestantes. Após a participação no grupo, as mulheres maximizaram seus conhecimentos e perceberam a possibilidade de reivindicar seus direitos sexuais e reprodutivos, em especial durante o trabalho de parto e parto. Com a construção coletiva de saberes, sentiram-se empoderadas e preparadas para a apropriação do seu processo de parturição (ZAMPIERI et al, 2010).

Em contrapartida, a falta de conhecimento prévio aumenta o medo, a insegurança, ansiedade e impotência das gestantes diante do parto (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014; BRITO et al, 2015). Essa tensão influencia negativamente o processo de parturição, gerando angústias que podem perdurar até o puerpério (MELO et al, 2016).

Percebemos que, na percepção dos participantes, a assistência em saúde durante o pré-natal não é realizada com eficácia e seriedade, o que contribui para o desconhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto e os acontecimentos que o permeiam:

“Paciente chega aí e ela não sabe nem o que que ela tem que sentir para vir em uma maternidade saber se é trabalho de parto ou não”. (M6)

Pesquisa realizada com 30 puérperas revelou que a assistência à saúde durante o pré-natal constitui um espaço de aprendizagem sobre o processo gravídico-puerperal e promoção do parto normal. Contudo, esses espaços de aprendizagem e de conhecimento coletivo não são utilizados satisfatoriamente, na medida em que o serviço é prestado com displicência, superficialidade, desatenção e pressa, acarretando uma desmotivação das gestantes no tocante a essa prática (COSTA et al, 2011).

Nesse contexto, perde-se a oportunidade de legitimar novos hábitos e construir novos saberes efetivamente comprometidos com a saúde das mulheres e as mudanças necessárias nos serviços de saúde (COSTA et al, 2011). Além disso, algumas vezes, os profissionais de saúde manifestam desinteresse e descaso em informar e transmitir conhecimentos às gestantes (CARVALHO et al, 2014). Esses podem ser alguns dos motivos que levam ao despreparo das parturientes para a evolução do trabalho de parto e parto.

Notamos que o desconhecimento das parturientes pode reforçar o poder dos profissionais de saúde e contribuir para que abdicuem das decisões sobre o seu próprio corpo, uma vez que são consideradas desqualificadas e desinformadas para tanto. Acreditamos que a apropriação do corpo feminino pela mulher e o fortalecimento da sua autonomia e voz nas decisões ocorrerão por meio da disponibilização de informações de forma emancipatória, levando a uma construção empoderada e cidadã. Assim, o cuidado em saúde pode revelar-se como uma prática assistencial ética e emancipatória ao desenvolver habilidades e atitudes que favoreçam a transformação das relações de poder e submissão e o reconhecimento dos direitos das mulheres (PEREIRA; BENTO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreendermos os significados da violência obstétrica na perspectiva dos médicos e enfermeiros obstetras, optamos por mergulhar no universo subjetivo desses profissionais, por meio da análise das convicções por eles expressas no que se refere à violência obstétrica.

Retomando a proposta inicial de analisar os significados atribuídos pelos médicos e enfermeiros obstetras à violência obstétrica, consideramos ter alcançado nosso objetivo. A compreensão dos significados e dos motivos que desencadeiam atos agressivos contribui para a identificação de diretrizes necessárias ao enfrentamento desse tipo de violência.

Podemos afirmar que o significado da VO para esses profissionais assume ampla configuração, contemplando todo o período gravídico-puerperal, o que remete a uma desvalorização da autonomia das parturientes, ao desrespeito aos seus direitos de escolha, incluindo o direito de decidir sobre a via de parto, e aos maus-tratos durante a assistência obstétrica. Vimos que essa violência está pautada na intolerância ao próximo e na discriminação das mulheres que frequentam as maternidades públicas.

Essas mulheres são discriminadas em função da sua classe social, de modo que os profissionais as julgam incapazes de decidir sobre seus processos fisiológicos, anulando suas vozes e sua autonomia. Nesse contexto, a VO é banalizada mesmo estando presente durante o cotidiano da assistência obstétrica, tal como reportado nas falas dos entrevistados.

Observamos um ciclo em torno da banalização do sofrimento da parturiente, naturalização e invisibilidade da violência que não permite que os profissionais reflitam sobre sua prática. Dessa forma, a VO é velada, invisível aos olhos da equipe de saúde, gerando, ao seu redor, sentimentos de negação e hostilidade. Durante as entrevistas, percebemos que os profissionais se sentiam ofendidos na medida em que interpretavam que os questionávamos em sua autoridade e na legitimidade de suas ações, assumindo, por vezes, uma postura defensiva e hostil.

Em nosso estudo, foi possível apreender que a VO se manifesta por meio do abuso físico, do cuidado indigno, da demora no atendimento e da falta de informação

à gestante durante o pré-natal. Os resultados evidenciam a precariedade dos recursos materiais e humanos, a falta de informação da parturiente e do profissional, a rotina, a alta demanda e a descontinuidade do pré-natal, o que configura um espaço fecundo para a ocorrência da violência obstétrica.

Ressaltamos a dificuldade dos profissionais de significar a violência obstétrica por meio da ausência de reflexão sobre a sua prática, revelando uma representação superficial e limitada do que seja esse tipo de violência. Além disso, notamos certa resistência em se colocarem e se perceberem no lugar do outro, neste caso, da parturiente. Apesar da dificuldade e das resistências, consideramos que contribuímos para uma maior visibilidade da violência obstétrica, por levarmos a discussão para dentro das maternidades públicas e assumirmos o termo “violência obstétrica” para designar o desrespeito e aos maus-tratos à parturiente.

Assim, contribuímos com subsídios para mudanças de atitudes profissionais durante essa assistência, o que acreditamos favorecer um cuidado em saúde integral e que atenda aos preceitos dos direitos humanos.

Uma das limitações deste estudo foi a análise dos significados atribuídos por apenas duas categorias profissionais que prestam atendimento à parturiente. Entendemos que a violência obstétrica pode ser perpetrada por qualquer profissional durante o atendimento a essa mulher, como recepcionistas, maqueiros, auxiliares de serviços gerais, técnicos de enfermagem, seguranças, diretores, entre outros. Além disso, não foi nosso objetivo analisar as condições organizacionais e estruturais das instituições de saúde que podem favorecer ou dificultar a ocorrência de violência obstétrica. Essas questões podem ser futuramente estudadas para complementar e aperfeiçoar a presente pesquisa.

Sinalizamos para a importância do exercício da ética na construção da relação profissional-parturiente com o intuito de ampliar a perspectiva de cuidado. Além disso, as condutas dos profissionais de saúde devem ser baseadas nas diretrizes da bioética e do Código de Ética de cada profissão e, portanto, médicos e enfermeiros obstetras devem fundamentar suas ações nos seguintes princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os quais visam proporcionar a valorização da vida e dignidade da parturiente.

Nesse contexto, é fundamental o respeito aos Direitos Humanos e o enfrentamento da discriminação durante a assistência obstétrica. Para tanto, é necessário desconstruir a visão que banaliza e invisibiliza a violência obstétrica. É essencial a reorientação das intervenções focadas na autonomia e valorização da mulher enquanto sujeito ativo para superarmos o modelo fragmentado de atenção ao parto, baseado nas relações hierárquicas de gênero, poder e submissão.

Além disso, ressaltamos a necessidade de incluir conteúdos que abordem a VO nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas que prestam assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Para os profissionais já inseridos nos serviços, consideramos primordial a sua capacitação como uma forma de reduzir a lacuna desse tema na graduação e nos cursos de especialização e residência.

Dessa forma, acreditamos ser possível restabelecer e fortalecer a autonomia das mulheres, com vistas à apropriação do corpo feminino e à qualidade ética e técnica nas relações interpessoais entre parturientes e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. PLoS One. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 13];10(4): 1-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401776/pdf/pone.0123606.pdf>
- Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schaiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 14]; 29(11): 2287-96. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001600015
- Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu). [Internet]. 2011 [cited 2017 abr 14]; 15(36):79-91. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119115004>
- Andrade CC, Holanda AF. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. Estudos de Psicologia. [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 15]; 27(2): 259-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>
- Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. [Internet]. 2016 [cited 2016 nov 28]; 16(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029
- Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2011 [cited 2016 dez 05]; 27(6). Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003
- Araújo MF. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. Psic. Clin. [Internet]. 2005 [cite 2016 nov 28]; 17(2): 41-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a04.pdf>
- Bandeira LM, Almeida TMC. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. Rev. Estud. Fem. [Internet]. 2015 [cited 2016 nov 14]; 23(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200501
- Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Revista Sociedade e Estado. [Internet]. 2014 [cited 2016 nov 28];29(2): 449-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf>
- Barreto MRN. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. Niterói. [Internet]. 2007 [cited 2017 jan 17]; 7(2): 219-36. Available from: <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/viewFile/152/95>
- Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. [Internet]. 2013 [cited 2015 dez 12]; 1(7): 25-34. Available from: <http://www.unesco.org/uy/shs/red->

[bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf](#)

Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE. [Internet]. 2016 [cited 2017 fev 3]; 11(2): 1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/pdf/pone.0148343.pdf>

Bettiol E, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. Paediatric and Perinatal Epidemiology. [Internet]. 2000 [cited 2016 dez 02]; 14(1): 30-38. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3016.2000.00222.x/abstract>

Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SH, Souza JP, *et al.* The mistreatment of Women during childbirth in Health Facilities Globally: a Mixed-Methods systematic Review. PLoS Medicine. [Internet]. 2015 [cited 2015 out 26]; 12(6): 1-32. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>

Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Translating Research into Action (TRAction) Project [Internet]. Washington: Harvard School of Public Health; 2010 [cited 2016 jan 15]. Available from: <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>

Busanello J, Kerver NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. Cienc Cuida Saúde. [Internet]. 2011 [cited 2017 mai 05]; 10(1): 169-75. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8533>

Brazão A, Oliveira GC. Violência contra as mulheres - Uma história contada em décadas de lutas. Coleção 20 anos de cidadania e feminismo. Brasília: Centro Feministas de Estudos e Assessoria; 2010.

Brenes AC. História da Parturição no Brasil, Século XIX. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. 1991 [cited 2017 jan 16]; 7(2): 153-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02>

Brito CA, Silva ASS, Cruz RSBL, Pinto SL. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. Rev Rene. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 14]; 16(4):470-78. Available from: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14405/1/2015_art_cabrito.pdf

Calegari RC, Massarollo MCKB, Santos MJ. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 14]; 49(Esp2):42-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0042.pdf>

Camillo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, OSto DSD, Bock A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2016 [cited 2017 abr 13]; 10(Supl. 6):4894-901. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11270/12905>

Campos AS, Almeida ACH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes. Rev Enferm UFSM. [Internet]. 2014 [cited 2017 abr 14]; 4(2):332-34. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10245/pdf>

Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva. [Internet]. 2012 [cited 2016 dez 05]; 22(1): 35-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>

Carneiro MN. A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX). Revista da Faculdade de Letras. [Internet]. 2005 [cited 2017 jan 22]; 6(69): 69-98. Available from: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3377.pdf>

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2009 [cited 2017 abr 15]; (1):CD000081. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract;jsessionid=3164451269748FA7305F757A818FAA00.f04t02>

Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 03]; 49(6):890-98. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0890.pdf

Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. Saúde Soc. [Internet]. 2014 [cited 2017 abr 13]; 23(2): 572-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0572.pdf>

Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2012 [cited 2017 abr 09]; 46 (1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100004&script=sci_arttext

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM. Brasília (Brasil): 1985

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Atos das disposições constitucionais. Brasília (Brasil): 1988.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003. Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. Brasília (Brasil): 2003a.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília (Brasil): 2003b.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004. Cria no Código Penal um tipo especial denominado Violência Doméstica. Brasília (Brasil): 2004.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as

parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): 1990

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (Brasil): 2006

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília (Brasil): 2010.

Castro R. Génesis y práctica Del habitus médico autoritario en México. Rev MexSociol. [Internet]. 2014 [cited 2015 ago 10]; 76(2): 167-97. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_arttext

Cavalcante LA. O parto no Brasil: pressupostos para uma assistência humanizada à gestante e ao nascituro. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná. [Internet]. 2016 [cited 2017 mar 30]; 33(131). Available from: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/761/745>

Cechin PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2002 [cited 2017 jan 20]; 55(4): 444-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a15.pdf>

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.613/2001. Aprovar o Código de Processo Ético-Profissional anexo, que passa a fazer parte desta resolução. Brasília (Brasil): CFM; 2001.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM-1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília (Brasil): CFM; 2009.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providencias. Brasília (Brasil): COFEN; 1973.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2007.

Costa AM. Participação Social na conquista das Políticas de Saúde para Mulheres no Brasil. Ciênc. Saúde coletiva. [Internet]. 2009 [cited 2016 dez 05]; 14(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014

Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. Rev Rene. [Internet]. 2011 [cited 2017 abr 12]; 12(3):548-54. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12n3.pdf

Costa LHR. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2000 [cited 2017 abr 12]; 53(1):39-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n1/v53n1a06.pdf>

D'Ambruzo L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. BMC Public Health [Internet]. 2005 [cited 2015 set 5]; 5: 140. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343547/pdf/1471-2458-5-140.pdf>

D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Scharaiber LB. Violence against women in health - care institutions: an emerging problem. The Lancet. [Internet]. 2002 [cited 2015 set 26]; 359(9318): 1681-85. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602085926>

D'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JÁ, Tuesta AA, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [cited 2017 abr 14]; 30 (Sup): S154-S168. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/11061>

Dahlberg LL, Krug EG. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]. 2007 [cited 2016 nov 12]; 11(Sup): 1163-1178. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics. [Internet]. 2001 [cited 2017 jan 20]; 75: S5-S23. Available from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf

Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FioCruz. 416 pg. 2014

Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN; Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]. 2008 [cited 2016 dez 06]; 13(5): 1521-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/17.pdf>

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência&Saúde Coletiva. [Internet]. 2005 [cited 2017 jan 15]; 10(3): 627-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>

Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception abortion and childbirth in Brazil. Reproductive Health Matters. [Internet]. 2012 [cited 2015 set 26]; 20(40): 94-101. Available from: [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(12\)40657-7/fulltext](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(12)40657-7/fulltext)

Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DN. Violência Obstétrica como Questão para a Saúde Pública no Brasil: Origens, Definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Journal of Human Growth and Development. [Internet]. 2015 [cited 2016 dez 07]; 25(3): 377-76. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2004 [cited 2015 out 20]; 20 (Sup 1):S52-S62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20s1/06.pdf>

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública. Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento. Nascer no Brasil – Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Projeto Nascer no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

Faniete J, Feo A, Merlo JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por El personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 [cited 2015 ago 10]; 72(1): 4-12. Available from:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Farah MFS. Gênero e Políticas públicas. Estudos Feministas. [Internet]. 2004 [cited 2016 dez 05]; 12(1): 360. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>

Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Ximenes Neto, FRG. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Rev Enferm UFPE. [Internet]. 2013 [cited 2017 abr 09]; 7(5):1398-405. Available from:

http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agnerferreira2.pdf

Ferreira Junior AR, Makuch MY, Osis MJMD, Barros NF. Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. Sanare – Revista de Políticas Públicas. [Internet]. 2015 [cited 2017 mai 05]; 14(2): 27-35. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/821>

FNEDH – Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. Protegendo as mulheres da violência doméstica. Brasília (Brasil): FNEDH; 2008. 164p.

FPA - Fundação Perseu Abramo. Relatório da Pesquisa: A mulher brasileira nos Espaços Público e Privado. 2011.

Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2016 dez 05]; 11(2):424-8. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2011 [cited 2016 dez 06]; 27(10): 2009-20. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n10/14.pdf>

Frello AT, Carraro TE, Barnardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Rev BaianaEnferm. [Internet]. 2011 [cited 2017 abr 10]; 25(2):173- 84. Available from:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5093/4474>

Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2015 [cited 2016 nov 28]; 37(4/5):251–57. Available from:

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a10.pdf>

García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Alamo MA. Childbirth in Cuba: analysis of the experience of medically supervised delivery from an anthropological perspective. Cienc Saúde Coletiva. [Internet]. 2012 [cited 2017 abr 13]; 17(7):1893-902. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>

Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. Saúde Soc. [Internet]. 2008 [cited 2016 fev 20]; 17(1): 61-72. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7560/9080>

Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2007 [cited 2016 jan 14]; 20(4): 504-08. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19.pdf>

Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Ministério da Saúde, orgs. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-140. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo, MCS, org. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FioCruz; 2005. p.185 - 222.

Gomes, VLO, Silva CD, Oliveira DC, Acosta DF, Amarrijo CL. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited 2016 nov 13]; 23(4): 718-724. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00718.pdf

Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. [Internet]. 2008 [cited 2016 dez 05]; 336: 85. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/336/7635/85.full.pdf>

Hofmeyer GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2017 [cited 2017 mai 05]; Issue 3. Available from: http://www.cochrane.org/CD006067/PREG_fundal-pressure-during-second-stage-labour-improving-maternal-and-fetal-outcomes

Hogan D. *Feminism, class and anarchism*. Dublin: Revolutionary Anarcha feminist Group; 2007.

Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. [Internet]. 2008;12(24):215. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114103019.pdf>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados: Goiás – IBGE Censo 2010* [Internet]. 2010 [cited 2016 out 30]; Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de vida da População Brasileira*. IBGE Cid@des [Internet]. 2015 [cited 2016 out 30]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>

Inagaki ADM, Silva JC, Santos MS, Santos LV, Abud ACF, Cruz VC. Cesárea: prevalência, indicações e desfecho do recém-nascido. *Rev enferm UFPE*. [Internet]. 2014 [cited 2016 dez 06] 8(12): 4278-84. Available from: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I62061.E13.T10919.D9AP.pdf>

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Nota Técnica nº 17: Atlas da Violência 2016. Brasília. 2016.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; FJP – Fundação João Pinheiro; PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. 2014. Available from:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=24037

Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM. Assistência pré-natal e Políticas Públicas de Saúde da Mulher: revisão integrativa. Ver Bras Promoç Saúde. [Internet]. 2015 [cited 2016 dez 05]; 28(1): 140-148. Available from:

<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2864/pdf>

Juárez DP, Bagnasco ME, Candal W, Gygli MS, Quiroga M, Santandrea C. Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012 [cited 2015 jan 10]. Available from:

http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/violencia_mujer_web.pdf

Kruk M, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman L. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. Health Policy Plan. [Internet]. 2014 [cited 2016 fev 20]. Available from:

<https://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2014/09/21/heapol.czu079.short>

Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [cited 2016 dez 05]; 30(Sup): S192-S207. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cited 2017 abr 09]; (2):CD003934. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub2/full>

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Thema MM, Dias MAB, Pereira-Nakamura M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [cited 2017 abr 14]; 30 (Sup):S17-S47. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005

Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reproductive Health. [Internet]. 2012 [cited 2016 dez 02]; 9:15. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>

Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. [Internet]. 2013 [cited 2017 abr 09]; 42(1):19-28. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x/full>

Lima M, Scharaiber LB. Violência e outras vulnerabilidades de gênero em mulheres vivendo com HIV Aids. Temas psicol. [Internet]. 2013 [cited 2016 nov 28]; 21(3): 947-60. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a11.pdf>

Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 189.

Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2009 [cited 2016 dez 05]; 25(7): 1587-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>

Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2014 [cited dez 05]; 36(2): 56-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>

Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Estudos Feministas. [Internet]. 2005 [cited 2017 jan 22]; 13(3): 645-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300011

Martins APV. A ciência obstétrica. In: Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 63-106.

Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Harter J, Gonzales RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2013 [cited 2016 dez 05]; 7(esp):870-78. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741>.

Mattar LD, Diniz, CSG. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. Interface. [Internet]. 2012 [cited 2017 abr 14]; 16(40): 107-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>

McMahon S; George AS, Chebert JJ, Mosha IH, Mpembeni RNM, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth: a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. BMC Pregnancy and Childbirth. [Internet]. 2014 [cited 2017 abr 14]; 14(268): 1-13. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-268>

Melione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2008 [cited 2016 nov 14]; 24(8): Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/10.pdf>

Mello-Jorge MHP. Violência como problema de saúde pública. Cienc. Cult. [Internet]. 2002 [cited nov 14]; 54(1): 52-53. Available from: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v54n1/v54n1a24.pdf>

Melo DSA, Silva JMO, Santos AA, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2016 [cited 2017 abr 14]; 10(Supl. 2):814-20. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11024/12409>

Melo LPT, Doudou HG, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues

DP. Practices of health professionals in delivery and birth care. *Rev Rene*. [Internet]. 2017 [cited 2017 abr 10]; 18(1): 59-67. Available from: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22170/1/2017_art_lptmelo.pdf

Melo RM, Angelo BHB, Pontes CM, Brito RS. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 14]; 19(3):454-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0454.pdf>

Meneghel SN, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Roza MD, *et al*. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2003 [cited 2016 nov 28]; 19(4): 955-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16845.pdf>

Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [cited 2017 abr 14]; 22(3):553-559. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>

Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34 st ed. Petrópolis: Vozes; 2015.

Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência, Saúde*. 1998; IV(3): 513-531.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 7st ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2008.

Morgado CML, Pacheco COC, Belém CMS, Nogueira MFC. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. [Internet]. 2010 [cited 2017 abr 14]; II(12): 17-27. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FpqAud3ohQAJ:https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D302%26codigo%3D+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br

Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [cited 2016 nov 22]; 22(9): 1825-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n9/06.pdf>

Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História*. [Internet]. 2002 [cited 2017 fev 4]; 25:197-219. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/viewFile/10588/7878>

Moyer C, Adongo P, Aborigo R, Hodgson A, Engmann C. 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. [Internet]. 2014 [cited 2015 set 2]; 30(2): 262-268. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813001514>

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação de Centros de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): 1999.

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): 2000.

MS - Ministério da Saúde. Portaria Nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de redução da Morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília (Brasil): 2001a.

MS - Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

MS - Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto, humanização do Pré – Natal e Nascimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

MS – Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília (Brasil) 2004a

MS - Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004b

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (Brasil): 2011.

MS - Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014.

MS – Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

MS – Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.

Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2005 [cited 2017 jan 28]; 10(3): 651-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>

Norman AH, Tesser CD. Obstetrias e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2015 [cited 2016 dez 02]; 10(34): 1-7. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1106/670>

O'Dougherty M. Plot and Irony in Childbirth Narratives of Middle-Class Brazilian Women. *Medical Anthropology Quarterly*. [Internet]. 2013 [cited dez 06]; 27: (1): 43-62. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/maq.12015/abstract>

Oliveira AMV. A percepção da mudança: os registros na cidade de Goiás. *História* [Internet]. 2011 [cited 2016 out 31]; 30(1): 189-208. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742011000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

OMS – Organização Mundial de Saúde. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996

OMS - Organização Mundial de Saúde. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Suíça: OMS; 2013

- OMS – Organização Mundial de Saúde. Global Status Report on Violence Prevention. Genebra: OMS; 2014a. Available from: <http://nevus.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014b.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
- OPS - Organização Panamericana de la Salud. Compreender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio. Washington: OPS, 2013.
- Osava RH, Tanaka ACDA. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. Rev. Esc. Enf. USP. [Internet]. 1997 [cited 2017 fev 13]; 31(I): 96-108. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/34956/37692>
- Pacheco LR. A prática assistencial na rede de enfrentamento da violência contra as mulheres em Palmas/TO [Tese Doutorado]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2015. 170 p.
- Pacheco LR. Violência conjugal no âmbito doméstico: as vozes de mulheres que romperam com a agressão [Dissertação Mestrado]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 139p.
- Pacheco LR, Medeiros M, Guilhem D. Intimate Partner Violence: cultural, social and health correlations. Nursing & Care Open Acces Journal. 2017, 2(4)00046.
- Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". 2012 [cited 2017 abr 29]. Available from: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Homepage Amigas do parto (BR) [cited 2017 mai 24]. Available from: <https://www.amigasdoparto.com.br/>
- Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saude Publica. [Internet]. 2011 [cited dez 05]; 45(1): 185-94. Available from: https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/malik_-_modelo_de_assistencia_ao_parto_e_taxa_de_cesarea_em_diferentes_paises.pdf
- Peixoto AF, Nobre BPR. A responsabilização da mulher vítima de estupro. Revista Transgressões – Ciências Criminais em Debate. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 15]; 3(1): 227-39. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/viewFile/7203/5331>
- Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. Rev Rene. [Internet]. 2011 [cited 2017 mai 22]; 12(3): 471-77. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf
- Pereira APE, Deneux-Tharaux C, Pereira MN, Saucedo M, Colle MHB, Leal MC. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case

Control Study in Brazil. PLoS One. [Internet]. 2016 [cited 2016 dez 06]; 11(4): e0153396. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830588/pdf/pone.0153396.pdf>

Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto Contexto-Enferm.* [Internet]. 2004 [cited 2017 abr 15]; 13(3):391-400.

Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>

Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia.* [Internet]. 2012 [cited 2017 abr 13]; 37: 212-27. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015

Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2017 abr 12]; 65(2): 257-63. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200009

Progianti JM. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. *Rev BrasEnferm.* [Internet]. 2004 [cited 2017 jan 14]; 57(3):303-05. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a09v57n3>

Rahmani Z, Brekke M. Antenatal and obstetric care in Afghanistan- a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research.* [Internet]. 2013 [cited 2015 set 2]; 13(1): 1-6. Available from:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/166>

Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet.* [Internet]. 2011[cited 2017 abr 16]; 115:26-30. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21767841>

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu).* [Internet]. 2009 [cited 2017 jan 15]; 13(Sup 1): 759-68. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027

Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica.* [Internet]. 2008;32(4):482-91. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf>

Rehuna [Internet]. Rede de humanização do parto e nascimento (BR) [cited 2017 mai 24]. Available from: <http://www.rehuna.org.br/>

República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência. Caracas: UNFPA; 2007.

Ribeiro M. Movimento feminista na fonte dos centros de combate à violência contra mulheres. In: *Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas* [Internet]; 2010 Junho 24-25; Londrina, Brasil. 2010 [cited 2016 nov 4] Available from: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/5.MonicaDias.pdf>

Rifiotis T. Dilemas éticos no campo da violência. *Comunicação & Educação* [Internet]. 1998 [cited 2016 nov 4]; 13: 26-32. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/36823/39545>

Rocha FAA, Fontenele FMC, Carvalho IR, Rodrigues IDCV, Sousa RA, Ferreira Júnior AR. Care during labor and birth: mothers' perception. *Rev Rene*. [Internet]. 2015 [cited 2017 abr 10]; 16(6):782-89. Available from:

http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1999/pdf_1

Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *FEMINA*. [Internet]. 2010 [cited 2017 abr 03]; 38 (3): 119-21. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Sacramento LT, Rezende MM. Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*. 2006:95-104.

Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen JA. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. [Internet]. 2016 [cited 2017 abr 15]; 24(47): 47-55. Available from:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDE2L2oucmtLjIwMTYuMDQuMDAyP25lZWRYBY2Nlc3M9dHJ1ZUBAQDA=>

Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [cited 2016 nov 28]; 41(3):472-77.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Salzman J. Equidad y género: una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid: Cátedra, 1992.

Santos SCM. O modelo predominante de masculinidade em questão. *Revista de Políticas Públicas*. [Internet]. 2010 [cited 2017 mai 05]; 14(1): 59-65. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/352/771>

Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn Tratamento*. [Internet]. 2009 [cited dez 05]; 14(4): 133-37. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2002 [cited 2017 jan 10]; 36(4):470-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1995.

Seibert SL, Barbosa JS, Santos JM, Vargens OM. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na História. *R Enferm UERJ*. [Internet]. 2005 [cited 2017 jan 17]; 13:245-51. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>

Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2017 [cited 2017

fev 10]; 21 (60): 209-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>

Seoane AF, Fortes PAC. Percepção de médicos e enfermeiros de unidade de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2014 [cited 2017 mai 05]; 23(4): 1408-16. Available from: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/104311/102958>

SEPM - Secretária Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (Brasil): Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

SEPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (Brasil): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2004 [cited 2016 dez 05]; 20(5):1281-89. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0739.pdf>

Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2011[cited 2017 mai 05]; 15 (2): 306-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a13.pdf>

Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2013 [cited 2017 abr 14]; 47 (5): 1031-38. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf

Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2015 [cited 2016 nov 13]; 20(11): 3523-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3523.pdf>

Smith-Oka V. Managing Labor and Delivery among Impoverished Populations in Mexico: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice. *American Anthropologist.* [Internet]. 2013 [cited 2015 set 3]; 115(4): 595-607. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aman.12046/abstract>

Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2015 [cited 2016 fev 13]; 37(12): 549-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>

Souza MHN, Tyrrell MAR. Políticas de Salud a La Mujer en Brasil, 1974-2004. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet]. 2011 [cited 2016 dez 05]; 19(1): 70-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a12.pdf>

Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2017 abr 11]; 32 (3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007

Souza V. Nota técnica – Violência obstétrica. Considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. Artemis. 2015.

SPM - Secretária de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília (Brasil): Ministério da Cidadania; 2011.

SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (Brasil): Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

SPM – Secretária de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Balanço: Ligue 180 – Uma década de conquistas. Brasília (Brasil): Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.

Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. [Internet]. 2013 [cited 2016 nov 12]; 382(9895): 859-865. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61030-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61030-2.pdf)

Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2006 [cited 2016 fev 18]; 56(6): 740-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600004&lang=pt

Terán P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de lãs usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [Internet]. 2013 [cited 2015 dez 12]; 73(3): 171-80. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2015 [cited dez 06]; 10(35): 1-12. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>

Timi JRR. Parto: como harmonizar a Ciência e Ética? *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*. [Internet]. 2016 [cited 2017 mar 30]; 33(129). Available from: <http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/741/724>

Tita ATN, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *The New England Journal of Medicine*. [Internet]. 2009 [cited 2016 dez 02]; 360(2): 111-20. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0803267>

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2003 [cited 2017 fev 4]; 19(Supl. 2): S419-S427. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>

Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Harts Z, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2016 dez 07]; 30 (Sup): S220-S231. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0220.pdf>

Vargens OMC, Silva ACV, Progiatti JM. Enfermeiras obstétricas na humanização do parto. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2017 [cited 2017 abr 10]; 21(1):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>

Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Non-invasive nursing Technologies for pain relief during childbirth - The Brazilian nurse midwife's view. *Midwifery*. [Internet]. 2013 [cited 2017 abr 9]; 29(11): e99-e106. Available from: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00218-5/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00218-5/pdf)

Vieira EM. História, Políticas, Conceitos – A Medicalização do corpo feminino. In: Giffin K; Costa SH, orgs. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz; 1999.p. 67-78.

Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. [Internet]. 2007 [cited 2016 dez 05]; 335:1025. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/335/7628/1025.full.pdf>

Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigación y Educación en Enfermería*. [Internet]. 2015 [cited 2016 jan 13]; 33(3): 556-64. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/24465/20000>

Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015 - Homicídio de mulheres no Brasil.

Winck DR, Brüggemann OM. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2010 [cited 2017 mar 30]; 63(3): 464-69. Available from: <http://oaji.net/articles/2015/672-1437680835.pdf>

Windau-Melmer, T.A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Projec; 2013. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/09/RMC-Guide_FINAL.pdf

Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc*. [Internet]. 2008 [cited 2017 jan 10]; 17(3): 138-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014

Youtube. Documentário “Violência Obstétrica – a voz das brasileiras”. 2012 [cited 2017 mai 24] Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>

Zampieri MF, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2010 [cited 2017 abr 12]; 19(4): 719-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400015

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo que está sendo desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, nível Mestrado, intitulada “A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Medeiros. A pesquisa será desenvolvida por mim, Mayara Guimarães Santos, enfermeira e pesquisadora responsável.

Após a leitura e esclarecimento sobre as informações contidas neste documento, sua participação será voluntária. Caso aceite participar, você deverá assinar ao final deste termo em duas vias, uma delas é sua. Em caso de recusa você não será penalizado (a).

Com vistas a lançar luz sobre a temática da violência obstétrica de forma que possa contribuir para o debate e, por conseguinte, para o estabelecimento de propostas e ações que possam minimizar e extinguir atos violentos de quaisquer naturezas no atendimento à gestante, parturiente e puérpera, estabelecemos como objetivo desta pesquisa: identificar e analisar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde à violência obstétrica.

A sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista individual com você, no seu local de trabalho, e será gravada em equipamento digital. Posteriormente, a gravação será transcrita e, nesse momento, não haverá qualquer identificação de que foi você quem nos forneceu a entrevista. Utilizaremos um símbolo apenas para diferenciar as entrevistas. Poderemos usar partes de sua fala, sem sua identificação, ao escrever a redação da dissertação e/ou para publicação dos resultados.

Quanto aos riscos que você corre em participar desta pesquisa, informamos que você poderá ter desconfortos de caráter psíquico-emocional durante a entrevista por estarmos tratando de um tema complexo que é a violência contra a mulher. A sua participação na pesquisa não se reverterá em benefícios financeiros, e o pesquisador se deslocará até você para a realização da entrevista.

A sua participação muito contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre a construção social da violência obstétrica e seus significados, sendo esta informação muito importante para colaborar para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem e dos demais profissionais de saúde à mulher.

Caso não queira participar da pesquisa, ou suspender sua participação, poderá fazê-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pela pesquisa para esclarecimento de possíveis dúvidas, a qual pode ser encontrada pelo telefone: Mayara Guimarães Santos - 9090 (62) 98332-1102. Caso de dúvidas ligar/ procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas (HC), localizado na 1ª Avenida, s/n - Setor Leste Universitário - Goiânia - Goiás - CEP: 74.605-020. Telefone: (62) 3269.8497.

De acordo com a Lei 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, solicitamos sua assinatura que representará estar de acordo em participar da pesquisa. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e, após, incinerados, conforme orientação Resolução CNS N. 466/2012.

Desde já agradeço, e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Mayara Guimarães Santos – Pesquisadora responsável

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DE
PESQUISA**

Eu, _____
RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, como informante (sujeito da pesquisa). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora *Mayara Guimarães Santos* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, bem como a segurança de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionado com a minha privacidade. Foi-me garantido que posso esclarecer dúvidas a qualquer momento, mediante ligações a cobrar para a pesquisadora responsável e, no caso de me sentir lesado (a), posso procurar pelos meus direitos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Goiânia, __/__/__

Assinatura do sujeito

Mayara Guimarães Santos - Pesquisadora Responsável

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados Pessoais e institucionais

- 1 - Sexo
- 2 - Idade
- 3 - Estado civil
- Tem filhos? Quantos?
- 4 - Formação (especialização, pós-graduação e tempo de formação)
- 5 - Função e setor de trabalho atual
- 6 - Carga horária e tipo de vínculo trabalhista. Quanto tempo trabalha na instituição?
- 7 - Outras atividades profissionais (passadas e atuais)

Perguntas Norteadoras

- 1 - Descreva como você atende uma parturiente.
- 2 - Nesse trabalho você já vivenciou uma situação que poderia chamar de ato violento? Em que momentos você acha que a parturiente se sente agredida? Como você se sente quando uma parturiente se recusa a fazer algo que você estabeleceu? Ou quando chega com um plano de parto?

O que considera ser um desrespeito à parturiente?

Na sua prática profissional já presenciou o uso de jargões pejorativos e/ou procedimentos sem consentimento? Com que frequência?

Você já presenciou algum tipo de violência física, verbal, psicológica ou sexual contra a paciente? Com que frequência?

- 3 - Que motivos você acredita que contribuem para que esses maus-tratos aconteçam?
- 4 - Em sua formação profissional/capacitação a questão do desrespeito e maus-tratos contra as parturientes foi abordada? Quando?
- 5 - O que você acha que poderia acontecer para mudar essa realidade?
- 6 – Você já ouviu falar de violência obstétrica? Para você, o que significa isso?

7 - Você gostaria de comentar algo mais que eu não perguntei, mas veio à sua lembrança?

ANEXO I

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Mulheres em situação de violência: suas percepções em diferentes momentos da vida.

Pesquisador: Paula dos Santos Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48537815.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.641.217

Apresentação do Projeto:

Segundo descreve a pesquisadora A violência entre parceiros íntimos, é todo e qualquer comportamento de violência cometida tanto na unidade doméstica como em qualquer relação

Íntima de afeto, independentemente de coabitação, e compreende as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e o comportamento controlador. A violência contra mulher é um tipo de ato violento entre parceiros íntimos, sendo um dos principais tipos de manifestação da violência, sendo atualmente uma questão de saúde pública, além de uma atitude contra os direitos humanos. Os principais agressores são comumente, os parceiros e/ou familiares, e a agressão costuma ocorrer no ambiente doméstico, gerando consequências também aos filhos da vítima. Presenciar violência conjugal aumenta nas crianças a propensão a desenvolver depressão, ansiedade, medo, baixa autoestima, isolamento, passividade, problemas comportamentais, transtornos de conduta e atrasos no aprendizado, o que pode levar a perpetuação da condição de vítima ou a transmissão da violência entre gerações. Diante do exposto e com vistas a subsidiar a elaboração de uma proposta de atendimento às mulheres

vítimas de violência doméstica, bem como permitir a discussão sobre o tema violência e melhorar a qualidade dos atendimentos realizados a essa população, estabelecemos para o presente estudo o objetivo de compreender as percepções sobre a influência de atos violentos vividos em

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.641.217

diferentes momentos da vida de mulheres em situação de violência, afim de analisar e identificar a possibilidade da perpetuação de comportamentos de risco em relação a atos violentos, caracterizando a intergeracionalidade destes atos.

Conforme declara a pesquisadora, trata-se de um estudo que visa compreender a influência dos atos violentos vividos ao longo da vida de mulheres em situação de violência, além de identificar a perpetuação de comportamentos de risco em relação à violência, caracterizando a intergeracionalidade da violência contra a mulher.

Para atingir os objetivos propostos e considerando a complexidade inerente ao tema em discussão, será realizada uma pesquisa descritiva, que objetiva caracterizar determinada população ou fenômeno, como por exemplo, idade, nível de escolaridade e outros fatores que descrevam um determinado grupo, afim de estabelecer e compreender as relações entre estas variáveis, trata-se também de um estudo exploratório visando desenvolver conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um tema.

Metodologia: será tipo qualitativa, que visa trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O estudo será realizado com mulheres vinculadas ao Programa de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, setor pertencente à Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município de Aparecida de Goiânia, cidade localizada na região metropolitana de Goiânia, além das puérperas vinculadas às Unidades de Atenção Básica do Município de Goiânia e Aparecida de Goiânia e profissionais de Saúde filiados às Maternidades Públicas destes dois municípios.

Será realizada a Análise de Conteúdo modalidade temática para verificação dos dados obtidos, que consiste em um conjunto de técnicas que visa obter, por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às produções das mesmas.

População: Serão entrevistadas mulheres adultas que foram ou são vítimas de violência, com idade entre 19 a 59 anos e que são mães, biológicas ou não.

O critério em relação à maternidade é para investigação da percepção desta mulher sobre a violência vivida diante dos filhos, e se ela percebe as possíveis consequências destes atos na vida deles.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.641.217

Em relação as puérperas serão entrevistadas aquelas que com idade superior a 18 anos com condições cognitivas preservadas para responder à entrevista, já os critérios para inclusão dos profissionais de saúde das Maternidades são terem experiência em Centro Obstétrico e possuem disponibilidade para realização da entrevista. Será utilizada a entrevista semi-estruturada como instrumento para a coleta de dados, este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Critério de Inclusão:

- Mulheres com idade entre 19 a 59 anos;
- Mulheres que estão vivendo uma situação de violência (sexual, psicológica, física, moral ou patrimonial) ou já sofreram atos violentos na fase adulta;
- Mulheres cujo o agressor seja um parceiro íntimo, ou seja, pessoa com a qual mantém uma relação afetiva (cônjuge, namorado, companheiro);
- Mulheres que possuem filhos, biológicos ou não, de qualquer idade
- Puérperas acima de 18 anos com capacidade cognitiva preservada;
- Profissionais de Saúde que tenham experiência em Centro Obstétrico e possuam disponibilidade para realização da entrevista.
- Mulheres e profissionais de saúde que concordaram de forma livre e esclarecida em participar do estudo, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Primário - Analisar o(s) risco(s) envolvido(s) durante o processo de dispensação de medicamentos de alta vigilância em uma farmácia hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Identificar a influência da experiência pregressa da mulher em situação de violência na situação vivida atualmente;
- Compreender os significados atribuídos pela mulher sobre a violência praticada pelo seu companheiro íntimo;
- Compreender as percepções da mulher vítima de violência sobre as influências dessa situação na vida dos filhos e de sua família;
- Analisar as perspectivas futuras da mulher que sofreu atos violentos em relação a si própria e à sua família;

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIÂNIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcuq@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.641.217

- Identificar a inserção do profissional de saúde no contexto de atendimento às mulheres que sofreram atos violentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora NÃO há risco significativo em participar deste estudo. Os riscos correspondem à possibilidade de dificuldades em relação às respostas de algumas das questões apresentadas, ou ainda despertar alguma reação, como manifestação de algum sentimento aversivo ou incômodo. Se necessário será providenciado atendimento no serviço público de saúde. Ademais, a pesquisadora Paula dos Santos Pereira, Mayara Guimarães Santos e Vitória Braz de Oliveira Alves estarão disponíveis para o esclarecimento de quaisquer dúvidas através do telefone (62) 8162-4644, (62)8332-1102 e (62) 9116-1874, respectivamente.

Benefícios:

Pesquisas que investigam as consequências da violência contra a mulher em diferentes momentos históricos da vida dela podem proporcionar dados que viabilizem a criação de condutas de prevenção à violência. O conhecimento aprofundado de um comportamento que gera consequências sociais amplas, como é o caso da violência, pode preparar melhor os profissionais da saúde e de outros setores em como lidar com as vítimas e como realizar programas de prevenção mais pertinentes e adequados a realidade da nossa sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estima-se que este estudo contribuirá para o aprendizado e conhecimento aprofundado de um comportamento que gera consequências sociais amplas, como é o caso da violência, pode preparar melhor os profissionais da saúde e de outros setores em como lidar com as vítimas e como realizar programas de prevenção mais pertinentes e adequados a realidade da nossa sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios necessários foram apresentados adequadamente conforme a RESOLUÇÃO Nº 466/12. Bem como a autorização a Gerencia de Ensino e Pesquisa autorizando a realização da Pesquisa no Hospital das Clínicas e autorização da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Aparecida de Goiânia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se que o projeto não possui nenhum óbice ético e que possui relevância científica,

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.641.217

tendo possíveis benefícios para a população estudada. Para tanto, recomendo a aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_737210 E1.pdf	14/06/2016 13:58:37		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/06/2016 13:57:23	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADOADENDO.doc	13/06/2016 15:03:13	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaGoiania.pdf	13/06/2016 14:46:08	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaAparecida.pdf	13/06/2016 14:45:05	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Outros	notapesquisador.doc	01/10/2015 16:18:17	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoPaulaSantos.doc	01/10/2015 16:16:58	Paula dos Santos Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/10/2015 16:06:23	Paula dos Santos Pereira	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.641.217

Outros	Certida o de Ata Paula.pdf	07/07/2015 14:40:47		Aceito
Outros	autorizacao prefeitura.pdf	07/07/2015 14:38:47		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 19 de Julho de 2016

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcuq@yahoo.com.br