

# Violência Obstétrica

## ARTIGO DE REVISÃO

SOARES, Cristiane dos Santos <sup>[1]</sup>, BASANI, Ariadne Berbert <sup>[2]</sup>

SOARES, Cristiane dos Santos. BASANI, Ariadne Berbert. **Violência Obstétrica**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 12, Vol. 01, pp. 53-79 Dezembro de 2018. ISSN:2448-0959

## RESUMO

Falar sobre violência obstétrica é de suma importância nesse momento onde ainda existem muitos tipos de violência praticada no parto. Houve uma evolução ao longo do tempo no processo de parir, mas ainda há muitas formas de violência obstétrica sendo cometida pelos profissionais de saúde, a negação em aliviar a dor, xingamentos, entre outros tipos de violência obstétrica, faz-se necessário estudo de revisão bibliográfica, para que se conheça a história do parto, as políticas públicas em relação ao processo parturitivo no Brasil, além de se conhecer o papel do enfermeiro em todo esse processo. O processo de parir é um dos momentos mais especiais da vida de uma mulher, onde a mesma tem o direito de participar ativamente do mesmo, a mulher não pode ser excluída desse momento, ele tem o direito de opinar e resolver o que é melhor para ela, a mulher tem que ter assegurados seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras - chave: Parto humanizado, Violência obstétrica, Direitos sexuais e reprodutivos.

## INTRODUÇÃO

Toda mulher tem o direito de escolha da assistência obstétrica, deve, portanto, ter o direito a todos os procedimentos médicos, tendo assim a sua dignidade assegurada no que concerne aos princípios básicos dos direitos sexuais e reprodutivos. Existe respaldo da assistência obstétrica brasileiro seguindo um modelo biomédico, onde há a possibilidade de intervenção dos profissionais de saúde que são os que estão no comando do processo, desta forma submetendo as mulheres a seus saberes, tornando-as assim reféns dos conhecimentos dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica, desse modo as mulheres perdem sua autonomia e seus direitos.

O Ministério da Saúde criou um programa de humanização do pré-natal e nascimento, que já vinha sendo desenvolvido há mais de 30 anos mundialmente, este programa objetiva dar prioridade da qualidade da interação da mulher no pré-natal e parto, variadas formas de violência foram relatadas em pesquisas recentes sobre agressões sofridas pelas mulheres, como por exemplo, os profissionais se recusam em oferecer alívio das dores, negligência, xingamentos, dentre outras formas de agressão. Nesse sentido, a problemática se faz presente lançando o seguinte questionamento: A violência obstétrica vem aumentando ou diminuindo ao longo do tempo?

Os objetivos desse trabalho tem como, objetivo geral compreender sobre a violência obstétrica, tendo por objetivos específicos, explicar sobre o modelo de parto e nascimento; descrever sobre políticas públicas na saúde da mulher reprodutiva, destacar sobre o papel do enfermeiro no combate a violência obstétrica.

A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi à revisão bibliográfica, tendo como fontes de pesquisa: Scielo Brasil, Publimed, REBEM, e livros que falam sobre a temática abordada. No período de 2002 a 2015, tendo como ponto de corte artigos em língua estrangeira.

O trabalho está dividido em três capítulos, sendo que no capítulo 1 aborda-se um breve histórico do modelo de parto e nascimento, também a história do modelo de parto e nascimento: uma reflexão para o cuidado, o capítulo 2 fala sobre as políticas públicas na saúde da mulher reprodutiva, e o capítulo 3 aborda a violência obstétrica, o papel do enfermeiro no combate a violência obstétrica.

## **2. BREVE HISTÓRICO DO MODELO DE PARTO E NASCIMENTO**

### **2.1 A HISTÓRIA DO MODELO DE PARTO E NASCIMENTO**

O parto sempre foi uma atividade própria da humanidade, principalmente das mulheres, durante um longo tempo foi considerada como uma prática feminina, sendo considerado um ato natural desde os primórdios das civilizações, ao longo do tempo foram adicionados outros significados de valor cultural, através de inúmeras gerações, e ao longo desse tempo foram sofrendo variadas alterações. (CARVALHO, 2007; WOLFF; WALDOW, 2008).

Dessa maneira o ato de parir foi registrado em um universo de cultura, sendo possível o atravessamento das sociedades e tempo e espaço. (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). Diante disso, historicamente falando o parto era uma ação de exclusividade das mulheres dentro do contexto da casa, do lar, era de incumbência das parteiras, curandeiras, comadres, todas mulheres com vasta experiência e de confiança da parturiente (SEIBERT *et al.*, 2005).

A preferência destas mulheres se dava ao fato de que havia também um preconceito acerca da genital masculina, podendo então ser somente mulheres a realizar o parto, a atuação delas iam além de realizar o parto em sim, elas proporcionavam além do conforto, alimentação, ambiente adequado e dava assim as mulheres condições dignas de parir, com liberdade e autonomia e participando ativamente no ato de dar a luz (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No que tange ao processo parturitivo, Wolff e Moura (2004, p. 280) declaram:

É uma coisa de mulher em que se constituía dar à luz, requeria mitos e saberes próprios, em que os homens só interferiam em caso de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por essas razões, a companhia das parteiras.

Portanto, até o século XII, a figura paterna de acordo com as tradições da época não participava do processo de nascimento da criança, sendo que apenas mulheres faziam parte desse universo, onde as parteiras, curandeiras desempenham esse papel de assistência ao parto, cabia ao pai aguardar em um ambiente próximo o nascimento da criança, sendo que assim que nascia a criança era levada ao pai para que o mesmo conhecesse seu filho (SEIBERT *et al.*, 2005).

Assim sendo, os cuidados à parturiente era tido como uma atividade sem valor e que poucas mulheres

estavam preparadas para exercer essa assistência, sendo que a parturiente era deixada sob os cuidados dessas mulheres por ser um trabalho visto como menor e de pouca relevância, pois nem mesmo os médicos exerciam esta função por serem homens, assim a medicina era mantida longe do processo de parto, sendo isso normal àquela época. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Entendido como um fenômeno fisiológico, esse momento era deixado de lado pelos médicos, mantendo assim os homens longe desse processo, que não fazia parte da medicina, sendo esse na época algo proveniente da cultura da época, em que o homem, médico, não se permitia adentrar ao ambiente íntimo da mulher (WOLFF; MOURA, 2004).

Há uma diferença entre o mundo civilizado da época e o não civilizado, nos países europeus principalmente onde predominava a religião havia todo um comportamento da sociedade voltada para o pecado, tudo era visto como pecado, mas se for observar outros povos como na própria América pré-colombiana os povos indígenas era todo um comportamento completamente diferente, a começar da parturiente que ganhava seu filho sozinha as margens de um rio e só retornava ao seu ambiente familiar após ter feito toda a higienização da criança, em várias tribos, era o homem que guardava o repouso e a mulher continuava com suas atividades, ao contrário dos ditos civilizados onde a mulher que guardava o resguardo e os homens se mantinham mais afastados realizando seus afazeres (MALHEIROS et al., 2012).

Depois da desmistificação do parto as sociedades modernas estão buscando formas e modos como se fosse um retorno ao passado em humanizar o parto haja vista que em grandes centros e grandes maternidades há a experiência do parto de cócoras que era feito pelas mulheres indígenas e negras, hoje isso está se transformando em uma forma de humanizar e transformar em prazer o ato de parir (MALHEIROS et al., 2012).

Não obstante, a partir do século XVI, teve início o uso de ferramentas metálicas, tais como o fórceps, como forma de realizar onde houvesse risco para a criança e para, foi inicialmente utilizado pelo cirurgião inglês *Peter Chamberlain*, tendo influenciado na aceitação e no domínio do homem no processo parturitivo (SEIBERT et al., 2005).

A partir do século XVII e XVIII as escolas de medicina se espalham por toda a Europa e no Brasil a primeira escola de medicina foi em Salvador estado da Bahia nos idos 1840, mais tarde se expandindo para outros centros do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo, tendo as escolas de medicina no Brasil tinham como referencial as escolas de medicina da França e da Inglaterra onde os médicos começaram a participar do processo de parir das mulheres (WOLFF; MOURA, 2004). Com o avanço dos conhecimentos científicos foi gradativamente aumentando a participação efetiva dos médicos no parto, principalmente nos centros onde haviam as casas de saúde e médicos, enquanto que no interior do país onde não existia acesso ao médico a atividade de parteira continuou normalmente, e até os dias de hoje ainda existem regiões no Brasil em que o acesso a um hospital a um médico é muito precário e as parteiras continuam em plena atividade, sendo que o modelo da época era um modelo intervencionista, favorecendo o parto horizontal, onde a participação do homem nos cuidados a mulher, começaram a favorecer a arte obstétrica num conceito técnico e científico do parto como evento patológico (SEIBERT et al., 2005).

Diante deste novo momento histórico, de mudanças de práticas, com a inserção do homem na cena do parto, por volta do século XIX, assinalou-se a defesa de uma institucionalização do parto e da criação das

maternidades (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A origem do termo “*institucionalização*” vem do Latim, de “*instituere*”, que significa colocar em; estabelecer, construir, constituir, preparar, fundar, regulamentar. Etimologicamente, significa a coisa estabelecida. Entretanto, o termo “*instituição*” designa um estabelecimento, tal como uma unidade hospitalar, como uma maternidade. A noção de “*instituição*” vai se modificando na medida em que os indivíduos vão se tornando sujeitos da história e da construção social (LINS; CECÍLIO, 2008 apud René Barbier, 2002).

Desse modo, o parto sendo um evento universal deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passando a ser vivido de maneira pública, com a presença e a interferência de outros atores sociais, e somente após a II Guerra Mundial o parto foi significativa e em sua integralidade institucionalizado no Brasil, em nome da redução da mortalidade materna e infantil, afetando a celebração à vida para uma condição de meio de risco à saúde materno-infantil (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Contudo, o contexto do nascimento a segurança da mulher no tornou-se necessária para a sociedade médica. Mas, a vivência de um modelo de parturição em favor da redução dos riscos maternos e neonatais vem prejudicando a mulher cidadã em seu direito de escolha, sendo impedida de ser a autora do processo parturitivo ao deixá-la em segundo plano, resultando na ascensão, pela classe médica, com as suas intervenções, do “*papel*” principal na cena do nascimento (MALHEIROS, 2012).

Passar a existir no país um novo modelo de nascimento, com padrão institucionalizado, e a figura médica toma o lugar da mulher na essência principal do processo de parturição, pois a incorporação de novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia à medicina, os quais diminuíram os riscos hospitalares de forma significativa e ampliaram as possibilidades de intervenção, resultou no aumento progressivo de operações cesarianas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), onde fez com que a mulher perdesse seu papel como autora do processo de nascimento.

A institucionalização do parto se tornou necessária para que a mortalidade materna e infantil começasse a declinar, e como resultado, os índices de mortalidade infantil realmente diminuíram. E este fato ajudou para a aceitação da hospitalização pela sociedade, diante da argumentação de que ter filhos em hospitais era mais seguro para as mulheres (SEIBERT et al., 2005). Entretanto, os índices de mortalidade materna não obtiveram a mesma perspectiva de declínio relacionada com a mortalidade infantil, cooperando para a real situação do painel da saúde da mulher, por conta da utilização das intervenções no modelo de nascimento, como a medicalização do parto, a utilização da episiotomia e fórceps, além do parto com um evento cirúrgico para o nascimento.

Sendo importante destacar-se as principais indicações para a utilização da cesariana na assistência obstétrica, que são as seguintes: desproporção cefalopélvicas, frequentemente diagnosticada de forma inadequada, já que só pode ser realizada durante o trabalho de parto com base nos dados de sua evolução, conforme registro no partograma; cesárea anterior, sendo uma frequente indicação de nova cesariana, uma vez que muitos obstetras temem uma ruptura da cicatriz uterina, embora distintos estudos observacionais descrevam a segurança do parto vaginal depois da realização de uma cesárea (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

A falta de informação à mulher a respeito do modelo do parto, tornou-se um influenciador para a escolha da cesariana como modelo hegemônico do nascimento, pela conveniência do profissional de saúde e da própria mulher, que não tem a pretensão de sentir os estímulos dolorosos das contrações uterinas. Desse modo, e por essas razões óbvias e previstas no próprio Código de Ética Médica do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), a classe médica deveria esclarecer as gestantes sobre os riscos de se submeterem a uma cesárea eletiva, ao invés de aguardarem o transcurso das questões inerentes ao parto normal (Brasil. 2004a).

A mulher tem vivido imersa em uma cultura pró cesárea e de negação da sua condição de cidadã, na qual a falta de opção relativa ao local de parto não mais lhe causa espanto nem revolta. Em contrapartida, nos últimos anos, tem ocorrido uma expansão significativa de movimentos de mulheres e profissionais de saúde, os quais têm buscado discutir alternativas de atenção ao parto predominante no país. Em especial, a popularização da internet tem contribuído para o crescimento dessa forma de expressão social, possibilitando às usuárias encontrar informações sobre modalidades de parturição diferentes da atenção intervencionista, que possibilitem maior vínculo, conforto e segurança para elas, contribuindo com a mudança no painel da atenção obstétrica no país (VICTORA *et al.*, 2011).

A atividade institucionalizada, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, levou à introdução de novas tecnologias, com importantes implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias. Desse modo, o senso comum foi construído pela Obstetrícia como conhecimento colonizador, em que o estilo moderno é o manejo ativo do parto com várias intervenções que se tornaram socialmente aceitas. Portanto, especialmente em centros urbanos, toda mulher ao ficar grávida, para dar à luz procura uma unidade hospitalar, seguindo um modelo que se tornou hegemônico (LIMA; SILVA, 2011).

Essa institucionalização faz com que as mulheres não mais possam escolher com quem e onde parir, confirmando a necessidade de se atentar para o alcance dos direitos que lhes são inerentes e para uma assistência eficaz e especializada, rompendo com uma assistência obstétrica decorrente de intervenções. (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Desse modo, a institucionalização prevalece frente a rotinas hospitalares rígidas às quais as mulheres ainda se submetem silenciosamente (BARROS, 2009). E se no passado, segundo Nagahama e Santiago (2005), o uso excessivo do fórceps obstétrico impressionava os viajantes estrangeiros, hoje o que impressiona o mundo são as excessivas taxas de cesarianas, as intervenções, a medicalização do parto e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher em consequência da institucionalização do parto. Assim, essas práticas intervencionistas no cuidado à mulher em período reprodutivo perpassam pela conduta de profissionais de saúde, quais são influenciadas pelo paradigma da saúde, e em especial da obstetrícia, como um evento intervencionista e a supremacia da tecnologia no cuidado à mulher

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER REPRODUTIVA**

Com a evolução histórica do conhecimento científico a partir da década de 70, fica mais claro que a necessidade da busca de novos conhecimentos, fica na dependência financeira do Estado e o crescimento da população e a crise financeira a saúde pública não consegue acompanhar dessa forma, havendo uma grande concentração de recursos materiais e financeiros somente nos grandes centros, essa crise persiste até hoje em que dependendo da doença ou tipo de tratamento ou intervenção médica grande parte da

população ainda é obrigada a fazer grandes deslocamentos até chegar a um centro que tenham recursos e até mesmo nas cidades maiores há uma imensa carência, por exemplo, de UTI's neonatais. Embora se reconheça o grande avanço da medicina principalmente no século XXI, ainda existem partes do Brasil que vive o modelo de saúde do século XIX, grande parte da população brasileira sem nenhum ou quase nenhum acesso a todos os recursos da medicina moderna, ainda se presencia todo ano centenas de crianças natimortos e mulheres quando não morrem a maioria fica com sequelas sem condições de ter mais filhos para o resto da vida, tudo isso é uma face dos menos favorecidos sem acesso a nem mesmo ao pré-natal que é de fundamental tanto para a parturiente quanto para a criança. Neste sistema, o modelo de cuidados de saúde está pautado em ações prioritárias para os modelos assistenciais e de cura (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Dessa forma a cada dia mais é preciso que se discuta e busque políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, que vem sendo discutidas ao longo dos anos relacionadas e limitadas a gravidez e parto é fundamental o avanço dos programas materno-infantis, visto que estes eram encarados na especificidade biológica da mulher e estas eram vistas apenas como mães e domésticas, sendo elas responsáveis por todo o processo de educação e cuidado com os filhos (BRASIL, 2011c) .

A partir daí vai surgir o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), esse programa não pode ficar apenas restrito a criança em primeiro plano deve envolver a mãe, porque para se ter uma criança saudável tem que se partir do princípio que a mãe também esteja saudável, para que se passe a combater a mortalidade infantil e também que a mulher não seja vista como simples objeto de reprodução, daí também a importância de um acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, falta-se ainda neste programa ações voltadas a integração com outros programas de saúde pelo governo federal, resultando nisso a fragmentação da assistência, a gestação por ser um período de transformações físicas, biológicas e mentais a participação da família como um todo é de fundamental importância dando a futura mãe mais segurança e apoio neste momento único (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Independentemente de qualquer movimento feminista ou machista o ambiente familiar deve ser compartilhado e dividida todas as tarefas referentes a criação da criança, um ambiente saudável e como forma até de exemplo para o futuro no ambiente familiar não deve existir obrigações separadas, sendo pai ou mãe todos devem as mesmas responsabilidades (GIFFIN, 2002).

Na sociedade moderna a metade dos lares são chefiados por mulheres que exercem o papel de mãe, pai e provedora do lar, portanto, é necessário que haja políticas públicas voltadas para o auxílio dessa mulher que está principalmente no mercado de trabalho, é importante que haja a participação das mulheres no cenário das discussões de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, principalmente no que tange a gravidez, parto e puerpério, e também em outros níveis da saúde feminina, o movimento das feministas no Brasil, vem ao longo dos anos questionando essa participação, considerando que a mulher é deixada de lado, por terem uma visão reducionista da mulher no momento da gravidez e parto (BRASIL, 2011c).

Há argumentos que dizem que a desigualdade nas relações afetivas e sociais entre homens e mulheres podem trazer problemas de saúde para a mulher, um outro fator muito importante é o nível de escolaridade da mulher, quanto mais baixo esse nível mais propensa ela está a riscos e doenças no período de gestação e no nascimento dos filhos, faz-se então necessário políticas públicas voltadas para esse público-alvo não deixando de citar que grande parte desse público-alvo são de adolescentes (BRASIL, 2011b). Na década de 70/80 a ONU - Organização das Nações Unidas instituiu como a década da mulher

com o objetivo de promover leis e políticas públicas com o objetivo de proteger a mulher contra a violência, discriminação, embora deveriam ser políticas públicas constantes, principalmente contra a violência em todos os sentidos, física, moral e psicológica (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Diante da evolução da sociedade a saúde da mulher deve ser uma prioridade na elaboração de novas políticas públicas voltadas exclusivamente para a mulher, desde a infância até a velhice, pois as transformações que a mulher passa no decorrer de sua vida devem ser vistas com uma maior atenção o que vai além da gravidez e do parto (MAIA, 2014).

Nos anos 80 diante de tantas transformações surgem também movimentos organizados de feministas e pessoas preocupadas acerca da saúde da mulher como o direito de procriar, planejar sua família, seus direitos sexuais, discriminação dentre outros inseridos como o da saúde pública, além de ser também o momento da redemocratização do país, que vem contribuir com mudanças e quebra de paradigmas em relação a saúde da mulher e seus direitos, esta discussão foi apresentada na VIII Conferência Nacional de Saúde no âmbito do Movimento Sanitário, no qual se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde hoje vigente (BRASIL, 2011c) (SOUZA; TYRRELL, 2011), .

Dentro dessa nova visão, em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e também o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), dessa forma quebrando um paradigma conceitual com os princípios da política de saúde, além da separação entre as ações voltadas para a saúde da mulher e da criança. As ações preconizadas pelos Programas vão além do ciclo gravídico-puerperal e de uma abordagem médico-hospitalar, considerando “*a mulher como sujeito da reprodução*”, incluem ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. No entanto, ambos os Programas continuaram enfatizando o ciclo reprodutivo, especificamente as questões relacionadas com a doença, o parto e a maternidade (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Em Fortaleza capital do estado de Ceará, no ano de 1985 aconteceu o Congresso Internacional de Tecnologia Apropriada para o Nascimento, sob a égide da OMS – Organização Mundial de Saúde, quando foi estabelecido que o parto como um processo fisiológico deve ser respeitada a autonomia da mulher e o direito tenha um acompanhante de sua escolha dentre outros direitos (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Com base na Carta de Fortaleza, em 1986, o mesmo grupo de trabalho da organização Mundial de Saúde (1996) classificou em quatro categorias suas recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal: a) práticas comprovadamente úteis, que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas; c) práticas em relação às quais não existem evidências científicas suficientes para apoiar uma recomendação e que devem ser empregadas com cautela, até que novas pesquisas esclareçam a questão; d) práticas frequentemente utilizadas, de modo inadequado.

Considera-se que a maternidade segura é um direito universal da mulher, sendo um projeto institucional aderido pela OMS a fim de combater a mortalidade materna e do seu conceito. Desse modo, o aumento da cobertura de melhorias para a qualidade do atendimento nos serviços de saúde representa estratégias a serem priorizadas para a redução do índice de mortalidade (SGOES, 2010).

O seu principal objetivo seria os “*oitos passos para a maternidade segura*” atuando diretamente nos

cuidados relacionados à saúde reprodutiva, com a assistência à criança. Esses oito passos seriam, a saber: garantir informação sobre a saúde reprodutiva e direito da mulher; garantir a assistência durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como o planejamento reprodutivo; incentivar o parto normal humanizado; ter rotinas prescritas para normatizar a assistência; treinamento da equipe de saúde para implementação das rotinas; possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal; possuir arquivo e sistema de informação; e avaliar os periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal (SGOES, 2010).

A partir do exposto, esses temas influenciaram a forma como estava sendo realizada a assistência obstétrica no país, principalmente considerando os termos da Carta de Fortaleza. Nesse sentido, o movimento de humanização iniciado na década de 70, transpassando parte de profissionais de saúde, usuários do serviço e militantes dos direitos humanos, contribuiu para uma discussão paradigmática do painel da assistência à saúde da mulher (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Nessa perspectiva, em 1993 foi fundada em São Paulo a Rede de Humanização do Parto e Nascimento, congregando profissionais, usuários e instituições. A Carta de Campinas, documento fundado pela Rede, denuncia as circunstâncias de violência, constrangimento e discriminação da assistência obstétrica, especialmente as condições desumanas a que são submetidas às mulheres no momento do nascimento (DINIZ *et al.* 2007).

De acordo com Malheiros *et al.* (2012), dentre os objetivos dessa Rede está o de incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e partos. Tais objetivos vêm sendo alcançados através da progressiva participação feminina, que reivindica a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao parto e nascimento. Contudo, as imposições de rotinas hospitalares, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias, perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patológico e de intervenção médica (DINIZ, 2005). Assim, inibe a autonomia da mulher pela imposição de uma assistência obstétrica respaldada na violência.

Em 1998, diante das recomendações e compromissos assumidos pelo Brasil nas citadas Conferências, o Ministro da Saúde decretou como uma de suas prioridades a redução da mortalidade materna e perinatal, como também a qualidade do pré-natal e parto, reduzindo o número de cesarianas e os casos de violência contra as mulheres. Estas recomendações foram expressas nas Portarias nº 2815/GM e nº 2.816/GM daquele ano, com o propósito de reduzir as altas taxas de mortalidade materna por cesariana (SOUZA; TYRRELL, 2011).

A iniciativa, além de ensejar a mobilização social, inaugurou um processo amplo e contínuo de humanização dos serviços de saúde, conduzido pelo Ministério da Saúde por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pela Portaria nº 569-570-571/2000, cujo objetivo maior foi a transformação da assistência à saúde (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Em sua cartilha, o PHPN ratifica como principal estratégia, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002). Além disso, conforme Malheiros *et al.* (2012), o Programa foi proposto para incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando ainda a reorganização da assistência, ficando esta pautada na



ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções. Em outras palavras:

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b, p. 1282).

Deste modo, o conceito de humanização se expande com a sua utilização pelos distintos atores sociais, embora com suas próprias interpretações. Sendo assim, a humanização aparece como negação da cesariana e redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos (DINIZ, 2005). Do mesmo modo, a humanização refere-se ao acolhimento do outro, promovendo a autonomia e o protagonismo da mulher durante o processo parturitivo.

Diante do exposto, humanizar e qualificar a atenção em saúde significa aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, visto que a atenção humanizada e de boa qualidade conduz ao estabelecimento de melhores relações entre sujeitos, mesmo que estes possuam características distintas quanto às condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (MAIA, 2014).

Uma vez que a organização dos hospitais é marcada pela imposição aos pacientes, no sentido de isolamento; submissão em relação aos seus corpos e à sua própria subjetividade; despersonalização; diminuição do convívio familiar e social; desrespeito à sua própria capacidade de tomar decisões, surgem obstáculos a essa nova cultura de atendimento que a política de humanização tenta promover na saúde. A temática da humanização apresenta-se como antítese da violência e da incomunicabilidade, reafirmando a importância de ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos de produção de cuidados (MENEZES, 2005).

Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) teve o seu lançamento em 2000. Em seus objetivos contempla: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos; coparticipação e corresponsabilidade; estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva; identificação das necessidades sociais; e mudança no panorama de atenção ao processo de trabalho, além da melhoria do atendimento (BRASIL, 2004). Desse modo, a garantia do acompanhante e o atendimento de qualidade são eixos prioritários dessa política.

O Ministério da Saúde reconhece que “*a saúde é um direito de todos e dever do Estado*”, como estabelece o Artigo 196, da Constituição Federal de 1988. Assim, em 2004, divulgou em documento contendo as

ações de implantação da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde, destinado a gestores e trabalhadores do SUS. Nesse documento foram descritos o progresso político e os desafios, como princípios, estratégias e diretrizes para implementar o PNH (SOUZA; TYRRELL, 2011).

Desse modo, a humanização da assistência vem contribuir para uma mudança de práticas e favorecer um modelo que assegure o protagonismo da mulher, com o seu parto em um evento social. Assim, o paradigma humanístico (DAVIS-FLOYD, 2001) permite uma contribuição aos aspectos fisiológicos do parto e do mesmo modo, a diminuição de práticas consideradas como violentas na atenção ao processo de nascimento.

Nesse contexto, 2004 foi declarado o Ano da Mulher. Diante desses avanços, e fruto de compromissos firmados, o Ministério da Saúde decidiu considerar a importância da saúde da mulher como prioridade, e para tanto, procedeu à implementação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAIM), considerando “*a mulher como sujeito de cidadania*” incorporando, de fato e de direito, gênero, integração, promoção, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, atenção ao aborto, combate à violência, prevenção e tratamento de mulheres com HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas, ginecológicas, além de ações dirigidas às mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas e deficientes, dentre outras (BRASIL, 2011c) (SOUZA, TYRRELL, 2011) .

Nessa linha de atuação, em 2004 o Ministério da Saúde promoveu o lançamento do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que consiste em uma série de ações programáticas nas distintas esferas de Governo, visando propiciar a qualificação da assistência obstétrica e neonatal no país, para tanto organizando a rede integrada de acesso aos serviços de saúde, garantindo a equidade/cidadania como fortalecimento, investimento e expansão da assistência qualificada (BRASIL, 2011c).

Contudo, a problemática da saúde materno-infantil ainda persiste no país, assim como a precariedade da assistência obstétrica por meio da medicalização do processo de nascimento, além das altas taxas de cesariana, criando obstáculos para o alcance da redução da mortalidade materna e neonatal. Diante dessas ações, em 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS o Programa Rede Cegonha, por intermédio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a fim de assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do pré-natal; da assistência ao parto e puerpério e da assistência da criança, com disponibilidade ao acolhimento e à resolutividade (BRASIL, 2011b).

As diretrizes da Rede Cegonha perpassam todo o ciclo gravídico da mulher, com ênfase no acolhimento/classificação de risco para melhoria da qualidade do pré-natal; garantia da vinculação da gestante à maternidade de referência; as boas práticas do parto e nascimento; atenção à saúde da criança de zero a vinte e quatro meses; e acesso ao planejamento reprodutivo. A atenção se organiza em quatro módulos: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico - transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b). A garantia aos direitos humanos e aos direitos sexuais e reprodutivos constituem marcos desse programa, além do direito à maternidade de escolha visando inibir a peregrinação da mulher, o direito ao acolhimento, ao acompanhante de escolha e ao cuidado respaldado nas boas práticas do parto normal, ações respaldadas anteriormente pelo PHPN.

A Rede Cegonha veio corroborar a garantia da mulher ao direito ao acompanhante, previsto em 2005 na Lei nº 11.108, o qual foi iniciado a discussão sobre o tema no PHPN, assegurando a livre escolha do mesmo durante o todo período de pré-parto, parto e pós-parto imediato, direito esse que deve ser

respeitado durante o processo do acompanhamento do nascimento (BRASIL, 2005).

Todos os avanços ocorridos no cenário das Políticas Públicas voltadas à saúde da mulher, com destaque para a assistência obstétrica, demonstram a força da mulher, principalmente em movimentos sociais, transformando-a em protagonista do próprio cuidado. Sendo assim, para manter uma atenção de qualidade pautada no desenvolvimento dessas políticas vigentes, faz-se necessário o acompanhamento adequado dos profissionais de saúde através de sua qualificação, com isso permitindo mudar o atual painel da saúde obstétrica brasileira (MAIA, 2014), dialogar e debater visando uma mudança paradigmática que resgate o protagonismo da mulher e favoreça o parto como um evento fisiológico, a fim de que a diminuição das distintas modalidades de violência obstétrica seja consolidada.

## **4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

### **4.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO PARTURITIVO**

A violência obstétrica tem como característica uma grande falta de respeito aos direitos da mulher, sejam de ordem sexual, de reprodução ou os próprios direitos humanos, isso acontece de forma mais contundente nas maternidades públicas, sendo que este fato vem sendo estudado no enfoque das mulheres durante o parto e nascimento, a falta de cuidado com as parturientes durante o nascimento de seus filhos, que não raramente são submetidas frequentemente a procedimentos e intervenções sem necessidade, causando uma forma de violência obstétrica (AGUIAR, 2010).

A perspectiva da violência obstétrica, tema atual e relevante na área obstétrica, aonde nos dias atuais sua discussão vem sendo inserida nos meios de comunicação que como resultado estão contribuindo sobremaneira para um debate no país em prol de Leis que protejam as mulheres contra a obrigatoriedade de aceitação de normas e rotinas institucionais consideradas desnecessárias, e compreendidas no meio científico como uma violência, a exemplo dos debates que ocorreram no Brasil e diversos países com enfoque em um parto mais humanizado (AGUIAR, 2010).

Como ponto de partida, em 25 de novembro de 2006, ao celebrar-se o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre da violência, a qual foi publicada no Diário Oficial nº 38.647 em 19 de março de 2007, daquele país. Esta nova lei tipifica dezenove formas de violência contra a mulher, sendo a mais recente a violência obstétrica (GUERRA, 2008).

Nesse sentido, conforme apresenta D'Gregório (2010, p. 201) em seu Editorial, a definição da expressão “*violência obstétrica*” utilizada no referido texto legal tem como característica:

Toda apropriação dos processos do corpo e reprodutivos da mulher por profissional de saúde, que se expressa como tratamento desumano, um abuso de medicamentos, e para converter os processos naturais em patológicos, trazendo com isso a perda da autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

A respeito da Lei nº 26.485/2009, de proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres, vigente na Argentina, que conceitua a violência classificando-a em cinco tipos que se manifestam em cinco modalidades: física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial e simbólica.

Além disso, esta mesma Lei apresenta modalidades de violência, de acordo com os tipos apresentados, configurando violência doméstica, institucional, laboral e contra a liberdade reprodutiva e obstétrica (MATERNIDADE ATIVA, 2012), conforme se pode observar no conceito abaixo descrito:

Da apropriação do corpo da mulher e do processo parturitivo, tornando-o patológico, e convertendo a realização de intervenções desnecessárias e medidas farmacológicas, sem permitir que a parturiente participe ativamente do processo de decisão sobre seu corpo e o modelo de nascimento, deixando de aplicar informações para a tomada de decisão, a qual aplicam protocolos assistenciais impedindo a sua movimentação, expressão, nisto a sua autonomia, bloqueando os mecanismos da fisiologia do parto natural (MATERNIDADE ATIVA, 2012, p. 37).

Sob este olhar, em 2012, por uma escassez de referências na produção técnica e jurídica brasileira, foi elaborado pela *Rede de Maternidade Ativa*, um manual tipificando a violência obstétrica praticada no Brasil contra as mulheres, durante o processo parturitivo. Desse modo, atos caracterizados como violência obstétrica foram considerados todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue. (MATERNIDADE ATIVA, 2012). Assim, a violência obstétrica pode ser compreendida em seis distintas modalidades de caráter: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Perante o que foi exposto, percebe-se que a temática precisa ser aprofundada teórica e filosoficamente, embora ao longo do texto sejam apontadas publicações científicas que retratam a violência obstétrica, ou situações desrespeitosas com práticas de *(des) cuidado*, com a finalidade de elucidar ao máximo possível, em que situações ou fases do processo parturitivo elas ocorrem.

## **4.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

O conhecimento científico aliado à habilidade técnica é importante na assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal, mas não é suficiente para garantir uma assistência de qualidade. É preciso que esse saber científico esteja baseado em evidências e que as habilidades técnicas estejam integradas às habilidades interpessoais como o respeito ao outro e aos seus desejos e diferenças. empatia; escuta ativa valorizando dúvidas, queixas e conhecimentos. Todo esse conjunto pode ser considerado como uma assistência humanizada (AGUIAR, 2010).

Os maiores erros cometidos pelos profissionais que assistem a mulher durante a gravidez e ao parto estão relacionados principalmente ao fato de não considerarem a gravidez como uma das fases mais saudáveis da vida da mulher e algo fisiológico. No momento do parto, fica mais evidente a crença de que a gravidez é uma doença e os erros aparecem em cascata de intervenções desnecessárias, como se fosse necessário corrigir algo que não vai bem para tratar alguém que está doente. Há uma utilização de tecnologia onerosa e, na maioria das vezes, desnecessárias, uma vez que somente 15% das gravidezes são de risco e precisarão de intervenções (MAIA, 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil” aponta ainda que apenas 5% das mulheres tiveram partos sem intervenções como cesariana, episiotomia (incisão para ampliar o canal de parto) e manobra de Kristeller (aplicação de pressão no útero para facilitar a saída do bebê), sendo que 53,5% das mulheres sofreram episiotomia (AGUIAR, 2010).

Além dessas intervenções, muitas mulheres são privadas da alimentação, movimentação e de ter o acompanhante de sua escolha. Intervenções já desaconselhadas, como lavagem intestinal (enema), raspagem dos pelos pubianos (tricotomia), rotura precoce e sem indicação da bolsa (aminotomia) ainda são práticas de rotina em muitos estabelecimentos de saúde. O resultado da pesquisa é um retrato da assistência ao parto praticada atualmente no Brasil e da necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade (MAIA, 2014).

Após se discutir sobre a importância da alimentação e liberdade de posição durante o trabalho de parto, inclusive com caminhadas, exercícios na bola obstétrica e banhos de chuveiros, uma mulher nos contou quase que em prantos que no parto da sua primeira filha sentia sede e necessidade de andar (mesmo sem saber que esses desejos facilitariam o parto), mas foi proibida e orientada a permanecer na cama e em jejum. Depois de muito reclamar de sede, lhe ofereceram gaze embebida em água para passar na boca. E para conseguir sair da cama, precisou mentir dizendo que estava com diarreia, assim, pode ir ao banheiro por várias vezes e aproveitava para andar e agachar. É inadmissível ainda ouvir esses relatos e outros de violência verbal em um momento tão especial da vida de uma mulher como é o nascimento de um filho (MAIA, 2014).

Na formação de enfermeiros obstetras, procuramos subsidiar os alunos com conhecimentos atuais e baseados em evidências obstétricas para uma assistência de qualidade, mas prezamos também por levar o diagnóstico atual da assistência obstétrica brasileira que, infelizmente, é marcada pelo não protagonismo e assistência sem evidências científicas. O lado positivo é que algumas instituições, como o Hospital Sofia Feldman em Minas Gerais, conseguem oferecer uma assistência à mulher e à criança pautada nos princípios do protagonismo feminino e na humanização preconizada pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (MAIA, 2014).

É imprescindível que na formação dos enfermeiros obstetras haja estímulo para a realização de práticas educativas como grupos de gestantes e casais grávidos. Sabemos que há por parte das mulheres uma valorização das consultas de pré-natal em grupo, porém, a maioria delas saem das consultas com dúvidas, medos e ansiedade, principalmente com a proximidade do parto. E, mesmo quando o profissional tem uma escuta ativa e faz orientações individuais em consultório, é necessário promover espaço que possibilite a troca de experiência entre as mulheres, a oportunidade de retirar dúvidas e minimizar medo que circundam a gravidez, o parto e pós-parto. Nestes espaços, o enfermeiro obstetra pode promover o empoderamento através da informação (MAIA, 2014).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência obstétrica vem sendo estudada e divulgada por estudiosos da área já há algum tempo, apesar destes estudos e das leis que amparam as mulheres na hora do parto e nascimento, ainda ocorre em grau elevado principalmente nas maternidades públicas à violência obstétrica contra as mulheres parturientes. Fato este que precisa de mais atenção por parte das autoridades de saúde e também dos profissionais que atuam na área.

A violência obstétrica jamais deveria ocorrer, em um momento que é considerado o mais importante na vida das mulheres, momento este em que ela traz ao mundo seu filho, momento que deveria ser somente de alegria e atenção por parte dos profissionais de saúde, muitas vezes detalhes são deixados de lado devido à falta de recursos materiais e humanos causados pela superlotação dos hospitais traz graves

consequências para o momento que deveria ser só de alegria por uma vida que está chegando, fatos esses muitas vezes ignorados pelos profissionais por não fazer um exame mais aprofundado e detalhado, a mídia está cheia de exemplos por todo país de graves erros por falta da dedicação de uma atenção maior e mais humanizado a parturiente.

Hoje através da mídia e da imprensa são relatados muitos casos de violência obstétrica no Brasil, mães que dão a luz no chão, nos corredores por falta de vagas e também de atenção dada aos sinais de parto iminente, muitos médicos mandam para casa a mulher em trabalho de parto, dizendo que não é a hora. Além disso, xingamentos, procedimentos dolorosos e desnecessários durante o processo do parto. Faz-se, contudo necessário que as mulheres não se calem diante da violência obstétrica, como também as autoridades competentes criem novas políticas públicas de proteção e atenção ao parto humanizado, onde os profissionais respeitem os direitos das mulheres parturientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENFO. Associação Brasileira de Obstetrias e enfermeiros Obstetras. **Maternidade segura**. Brasília: 2009.

AGUIAR, Janaína Marques. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo: 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2013.

AMORIM, Melânia Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicação de cesariana baseada em evidências: parte I. **Revista Fermina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, ago. 2010.

ARMELLINI, Cláudia Junqueira. **Resgatando a palavra das mulheres: o acolhimento na parturição**. Rio Grande do Sul: 2000. 230 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BARBIER, Renée. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro, 2002. 280 p.

BARROS, Sonia Maria de Oliveira. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2a ed. São Paulo: Roca, 2009. 464 p.

BOHREN, Meghan A; HUNTER, Erin C; MUNTHE, KAAS Heather M.; SOUZA, João Paulo; VOGEL, Joshua P.; GULMEZOGLU, A Metin. **Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis**. *Reproductive Health*. 2014.

CREMESP. **Conselho Regional de Medicina de São Paulo**. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: 2004a.

BRASIL, Maternidade Ativa. **Violência obstétrica: parirás com dor**. Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: 2011c.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004.

\_\_\_\_\_. **O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set. /out. 2004b.

\_\_\_\_\_. **Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Dispõe sobre a criação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF: 24 jun. 2011b.

CARVALHO, Geraldo Mota. **Enfermagem em obstetrícia**. 3ª ed. São Paulo: EPU, 2007.

DAL MOLLIN, Rossano Sartori. **O exercício da atividade da enfermeira obstetra: análise do discurso médico no Sul do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15392/000680923.pdf?sequence=1>> Acesso em: abril de 2018.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Limerick, v. 75, suppl 1, p. S5-S23, Nov. 2001.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência**. Caderno de saúde pública [Internet]. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>> Acesso em: abril de 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. **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*. 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; BICK, Debra; BASTOS, Maria Helena; RIESCO, Maria Luiza. **Empowering women in Brazil**. *The Lancet*, London, v. 370, n. 9599, p. 1589-1598, Nov. 2007.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência no parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.627-637, jul. /set. 2005.

FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; MERLO, Judith Toro. **Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud.** *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto.** São Paulo: 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>. Acesso em: abril de 2018.

GIFFIN, Karen. **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 103-112, 2002.

GUERRA, Gidder. Benitez. **Violência Obstétrica.** *Revista de la Facultad de Medicina*, Caracas, v. 31, n. 1, p. 5-6, 2008.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Humanização no contexto da formação em obstetrícia.** *Ciência Saúde Coletiva*. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a20v10n3.pdf>> Acesso em: 2 abr. 2018.

JEWKES, Rachel; PENN-KEKANA, Loveday. **Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women.** *PLoS Medicine*. 2015.

LIMA, Roberto Teixeira; SILVA, Esther Pereira. **Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos e fortalecimento da institucionalização.** *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 103-114. 2011.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-488, set. 2008.

LUKASSE, Mirjam; SCHROLL, Anne-Mette; KARRO, Helle; SCHEI, Berit; STEINGRIMSDOTTIR, Thora; PARYS, An-Sofie Van; RYDING, Elsa Lena; TABOR, Ann. **Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries.** *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015.

MAIA, Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto. **Programa cegonha carioca: dilemas conceituais/programáticos e expectativas na atenção pré-natal. Rio de Janeiro: 2014.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MALHEIROS, Paolla Amorim; ALVES, Valdecyr Herdy; RANGEL, Tainara Seródio Amim; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Labor and birth: knowledge and humanized practices.** *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, abr./jun. 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na**



**enfermagem.** Texto & contexto enfermagem. 2008; disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. > Acesso em: abril de 2018.

MENEZES, Ana Lydia Soares. **A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: 2005. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia, Comunidade e Ecologia Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec editora. São Paulo. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

MORAES, Roque; **Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos.** Porto Alegre. PUCRS, 2003.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, jul./set. 2005.

PEREIRA, Carlota J; DOMÍNGUEZ, Alexa L; MERLO, Judith Toro. **Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.** 2015.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano. **Using research in evidence-based nursing practice. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization.** Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, v. 7, p. 457-94, dec. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000106&pid=S01040707200800040001800011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000106&pid=S01040707200800040001800011&lng=en)>. Acesso em: abril de 2018.

POZZIO, Maria Raquel. **La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y La violencia obstétrica. Estudos Feministas.** Florianópolis. 2016.

REGIS, Jacqueline Fiuza da Silva; RESENDE, Viviane de Melo. **“Daí você nasceu minha filha”:** análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. **D.E.L.T.A.** 2015.

REIS, Juliana Gonçalves; MARTINS, Maria de Fátima Moreira; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Indicativos de qualidade para artigos de Revisão Integrativa.** Rio de Janeiro. [Internet] 2015. Arca Repositório Institucional da Fiocruz. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/10952>> Acesso em: abril de 2018.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Pratica rotineira da Episiotomia: refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres.** Escola Anna Nery Revista Enfermagem 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a06.pdf>> Acesso em: abril de 2018.

SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. **Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.** Physis, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso

em: abril de 2018.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, mai. /ago. 2005.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. **O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento.** Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul. /set. 2004a.

SGOES – Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Espírito Santo. **Maternidade segura: um direito universal da mulher.** Vitória: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001866.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

SILVA, Michelle Gonçalves da; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Livia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carcaman; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.** Rev Rene. 2014.

SMITH-OKA, Vania. **Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in México.** Social Science & Medicine. United States. 2015.

SOARES, Glauce Cristine Ferreira; ANDRETTO, Daniela de Almeida; DINIZ, Carmem Simone Grilo; NARCHI, Nádia Zanon. **Transtornos de adaptação no pós-parto decorrentes do parto: estudo descritivo exploratório.** O.B.J.N. 2012.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Políticas de salud de la mujer em Brasil, 1974-2004.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 70-76, jan./mar. 2011.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. **Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, n. 6, p.740-744, nov./dez. 2006.

TERÁN, Pablo; CASTELLANOS, Carlos; BLANCO, Mireya González; RAMOS, Damarys. **Violencia obstétrica: percepción de las usuárias.** Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2013.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma; DIAS, Rita; ALBA, Deise; ROSAS, Wagner; FIGUEIREDO, Nadja. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado.** Fundação Perseu Abramo e SESC[Internet]. 2015. Disponível em: <[http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf)> Acesso em: abril de 2018.

VICTORA, Cesar Gomes; AQUINO, Estela Maria Motta Lima Leão de; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.** The Lancet, Londres, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, mai. 2011.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. **A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-285, ago. 2004.

<sup>[1]</sup> Graduanda em enfermagem. Faciteb -Anhanguera.

<sup>[2]</sup> Enfermeira Especialista Em Gerência Em Enfermagem E Mestranda Da Universidade Estadual De Londrina (Uel).

Enviado: Novembro, 2018

Aprovado: Dezembro, 2018