



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Tatyane Costa Simões Antunes

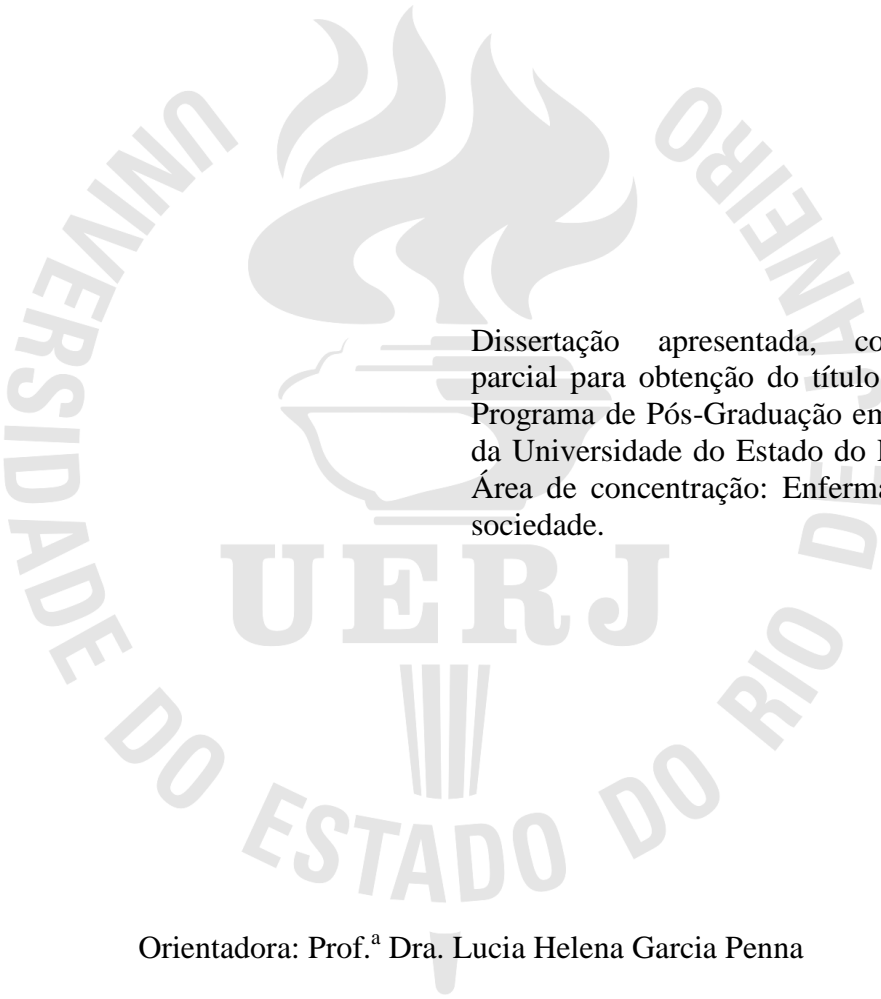
**A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma  
maternidade pública do município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Tatyane Costa Simões Antunes

**A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A636 Antunes, Tatyane Costa Simões.  
A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro / Tatyane Costa Simões Antunes. –2017.  
173 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Violência contra a mulher. 3. Gestantes. 4. Saúde da mulher. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Tatyane Costa Simões Antunes

**A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves  
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2017

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais que são a minha fortaleza, compartilho esta conquista.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder força e determinação, permitindo alcançar meus objetivos e conclusão deste trabalho.

À minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Lucia Helena Garcia Penna, por ter acreditado em mim. Obrigada pelas orientações, sugestões, e mesmo com cobranças e exigências nunca perdeu a leveza e suavidade nas suas colocações. Um exemplo de pessoa e profissional, que contribuiu para a ampliação do meu olhar no campo da saúde da mulher e se tornou meu referencial desde a graduação. Obrigada pela paciência e carinho durante os momentos de adversidade.

À minha família, minha base. Obrigada Mãe (Denise), Pai (Antônio) e Irmão (Thiago), por sempre incentivarem meus estudos e me confortarem nos momentos difíceis. Obrigada pelo carinho, amor e pelas orações, sem o alicerce de vocês, nada disso seria possível. Vocês são fundamentais em minha vida. Amo vocês.

Ao Rafael, namorado, parceiro, amigo, que compartilhou os bons e nem tão bons momentos, obrigada pela compreensão e por respeitar e apoiar minhas decisões.

Às enfermeiras que gentilmente se disponibilizaram a participar da pesquisa e dividir experiências pessoais e profissionais. Vocês fazem parte da essência deste trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Adriana Lenho, por ter aceitado fazer parte da banca e pelo acompanhamento desde a construção do projeto. Obrigada pela leitura crítica e metódica do trabalho e por compartilhar seus conhecimentos.

Ao Prof. Valdecyr Herdy, por ter disponibilizado seu tempo para leitura deste trabalho e pelo aceite em compor a banca. Obrigada pela acolhida, pelas considerações, por compartilhar seus conhecimentos e por me fazer refletir sobre aspectos importantes que passaram despercebidos durante o exame de qualificação.

À Prof.<sup>a</sup> Thelma Spindola, pelas valiosas contribuições e sugestões ao longo do processo de construção desde trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Maria Aparecida, pelo aceite em participar da banca e pela disponibilidade para leitura deste trabalho.

À Liana, mais uma vez agradeço pela ajuda que permeou durante este trabalho. Obrigada por compartilhar sua experiência e me indicar alguns caminhos a seguir.

Aos colegas de turma do mestrado, em especial Tatiane Xavier, Juliana Domingues e Noelle Juliana, pelos socorros, pelas dicas e pelas palavras de incentivo durante toda a nossa trajetória.

Às amigas Natasha Guida e Tamara de Oliveira, por me ouvirem nos momentos difíceis, pelos estímulos, pelos momentos de descontração e por estarem por perto sempre. Sem vocês, esta trajetória seria bem mais difícil. Vocês são especiais.

À secretaria do PPGENF, especialmente as funcionárias Glaucia, Aimée e Débora, pela solicitude e pelo incentivo de sempre.

Às bibliotecárias, pelas orientações e atenção dispensada durante este processo.

Obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente na construção deste trabalho, levo todos no coração e serei sempre grata.

Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre.

*Simone de Beauvoir*



## RESUMO

ANTUNES, Tatyane Costa Simões. **A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro**. 2017. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta pesquisa versa sobre a temática da violência obstétrica na perspectiva de enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Objetivo geral: analisar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade sobre a violência obstétrica. Objetivos específicos: identificar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade acerca da violência obstétrica; caracterizar a violência obstétrica na concepção destas enfermeiras; e discutir os fatores influentes na ocorrência da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo. As participantes foram 31 enfermeiras; e o campo estudado, uma maternidade pública situada no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu entre maio a julho de 2016, a partir de entrevista semiestruturada. Foi empregada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os princípios éticos da Resolução nº 466/12 foram respeitados. Os resultados apontaram a construção da categoria: Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade, relacionada às definições e características da violência obstétrica e seus fatores influentes. As enfermeiras compreendem a violência obstétrica como aquela cometida contra mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, que ocorre tanto em ambiente institucional de saúde como em ambiente doméstico/intrafamiliar e social. As enfermeiras possuem uma visão ampliada sobre o conceito de violência obstétrica, porém algumas não conseguiram identificar a violência obstétrica nos serviços de saúde para além do momento do parto, sendo este o mais presente nas falas das profissionais. A mulher em situação de abortamento teve pouca visibilidade. A maioria das participantes apresentou uma atualização quanto aos conhecimentos técnico-científicos recomendados e não recomendados durante a assistência obstétrica, pautando seus discursos nos princípios dos programas e das políticas de humanização. No que diz respeito aos fatores influentes na ocorrência da violência obstétrica, foram mencionados os relacionados aos profissionais/instituições de saúde e também às mulheres. Os fatores influentes relativos aos profissionais/instituições encontram-se diretamente relacionados aos aspectos do modelo de assistência obstétrica biomédico. Os relacionados às mulheres englobavam os aspectos socioculturais, ressaltando os contextos de estigma social de maior vulnerabilidade para a ocorrência da violência obstétrica nos espaços de saúde. Quanto às ações de enfrentamento da violência obstétrica no âmbito doméstico/intrafamiliar e social, é importante a capacitação e um olhar diferenciado do profissional de saúde a fim de identificar possíveis situações de violência e atuar na formulação de estratégias de assistência para estas mulheres, prevenindo agravos na saúde materno-fetal. Em relação à violência obstétrica, nos serviços de saúde, para além das políticas públicas de enfrentamento da violência, destacam-se a implementação e fiscalização dos direitos reprodutivos na atenção obstétrica humanizada, a promoção da qualificação e formação profissional, em especial das enfermeiras, considerando as questões de gênero e a transformação do modelo de assistência obstétrica tradicional, o estímulo à gestão coparticipativa e a adequação em relação aos recursos institucionais (humanos e materiais), bem como o incentivo de pesquisas nesta área. Para a efetivação destas, é importante o engajamento dos profissionais de saúde, gestores, instituições, órgãos governamentais, organizações internacionais, profissionais da educação, sociedade civil e das mulheres.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Saúde da mulher. Enfermagem obstétrica.

## ABSTRACT

ANTUNES, Tatyane Costa Simões. **Obstetric violence expressed in the perspective of nurses of a public maternity hospital in the city of Rio de Janeiro**. 2017. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This research regards the issue of obstetric violence in the perspective of nurses from a public maternity hospital in Rio de Janeiro city, Brazil. Overall objective: to analyze the perception of the nurses who work at public maternity hospitals regarding obstetric violence. Specific objectives: to identify the perception of nurses who work at maternity hospitals regarding obstetric violence; to characterize obstetric violence in the understanding of these nurses; and to discuss the influential factors in the occurrence of obstetric violence through their perspective. Methodology: a descriptive, exploratory and qualitative study. The participants were 31 nurses and the study field was a public maternity hospital located at Rio de Janeiro city. Data collection occurred between May and July 2016 through semi-structured interviews. Bardin's content analysis technique was used to analyze the content. The ethical principles of Resolution 466/12 were respected. The results pointed to the construction of the category: Expressions of obstetric violence in the perspective of maternity nurses, related to the definitions and characteristics of obstetric violence and its influential factors. The nurses understand obstetric violence as the one committed against women during their puerperal and pregnancy cycles, which occurs inside the institutional environment as well as in domestic/intrafamily and social environment. The nurses have a broad vision of the concept of obstetric violence, however, some of them could not identify obstetric violence in health-care beyond the moment of childbirth, which was most frequently mentioned by the professionals. Women in miscarriage had little visibility. Most participants presented an updated understanding on recommended and not recommended scientific and technical knowledge to be performed during obstetric care, basing their speeches on the principles of humanization programs and policies. With reference to the influential factors in the occurrence of obstetric violence, they mentioned factors related to the professionals/institutions of health care and to women. The influential factors regarding professionals/institutions are directly related to the aspects of the biomedical obstetric care model. Those related to women encompassed socio-cultural aspects, highlighting the social stigma contexts of greater vulnerability to the occurrence of obstetric violence in health settings. Regarding actions to combat obstetric violence in the domestic/intrafamilial and social environment, training and a differentiated look are important to identify possible situations of violence, as well as to act in the formulation of assistance strategies for these women, preventing aggravation in maternal-fetal health. Regarding obstetric violence in health care services, beyond the public policies to combat violence, the implementation and monitoring of reproductive rights in humanized obstetric care stands out, as well as the promotion of professional qualification and training, especially to nurses, which should consider gender issues and the transformation of the traditional obstetrical assistance model, the promotion of coparticipant management and institutional human and material resource adequacy, and also the encouragement of researches in this area. To achieve these goals, health professionals, managers, institutions, government agencies, international organizations, education professionals, civil society and women must be engaged.

Keywords: Obstetric Violence. Women's health. Obstetric nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro demonstrativo do Estado da Arte.....	22
Quadro 2 -	Distribuição das participantes segundo local de atuação na maternidade.....	61
Quadro 3 -	Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade.....	164

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
AGENDE	Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CMM	Conferência Mundial sobre a Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEPPS	Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPPNI	Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida
DPSP	Defensoria Pública de São Paulo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete do Ministério
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas

PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPP	Pré-parto, parto e puerpério imediato
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
PVPI	Iodopovidona
REHUNA	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
RPA	Recuperação Pós-Anestésica
SESC	Serviço Social do Comércio
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>26</b>
1.1	<b>Contextualização histórica das políticas públicas de saúde reprodutiva e sexual da mulher no Brasil.....</b>	<b>26</b>
1.2	<b>Caracterização da assistência obstétrica e sua interface com a violência de gênero.....</b>	<b>32</b>
1.3	<b>O modelo biomédico na atenção obstétrica no parto.....</b>	<b>38</b>
1.4	<b>O modelo humanizado na atenção obstétrica: definições, características e propostas.....</b>	<b>43</b>
1.5	<b>Desvelando a violência obstétrica.....</b>	<b>49</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
2.1	<b>Tipo de pesquisa.....</b>	<b>58</b>
2.2	<b>Cenário da pesquisa.....</b>	<b>59</b>
2.3	<b>Participantes da pesquisa.....</b>	<b>59</b>
2.4	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>62</b>
2.5	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>63</b>
2.6	<b>Aspectos éticos e legais.....</b>	<b>64</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
3.1	<b>Caracterização das participantes da pesquisa.....</b>	<b>65</b>
3.2	<b>Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade.....</b>	<b>67</b>
3.2.1	<b><u>Definições e características da violência obstétrica.....</u></b>	<b>67</b>
3.2.1.1	<b>A violência obstétrica: uma manifestação nas instituições de saúde.....</b>	<b>67</b>
3.2.1.1.1	<b>Atitudes profissionais negligentes, imprudentes e desrespeitosas.....</b>	<b>68</b>
3.2.1.1.2	<b>Inadequação de procedimentos, tecnologias assistenciais invasivas e não utilização de tecnologias de cuidado não invasiva.....</b>	<b>88</b>
3.2.1.1.3	<b>Inequidade no acesso aos serviços e recursos de Atenção à Saúde (violência estrutural).....</b>	<b>98</b>
3.2.1.2	<b>A violência obstétrica no âmbito social.....</b>	<b>105</b>
3.2.2	<b><u>Fatores influentes para a ocorrência da violência obstétrica.....</u></b>	<b>115</b>

3.2.2.1	Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao profissional/instituição.....	117
3.2.2.2	Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao contexto sociocultural da mulher.....	129
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	138
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	142
	<b>APÊNDICE A</b> – Roteiro Estruturado para Entrevista.....	160
	<b>APÊNDICE B</b> – Cronograma de Atividades.....	161
	<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	162
	<b>APÊNDICE D</b> – Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade.....	164
	<b>ANEXO A</b> – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (UERJ).....	166
	<b>ANEXO B</b> – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (SMS/RJ).....	169

## INTRODUÇÃO

O objeto desta presente pesquisa trata da violência obstétrica na perspectiva de enfermeiras<sup>1</sup> que atuam em maternidade.

A partir de minha inserção profissional como enfermeira obstétrica no âmbito de maternidades, me deparo com inúmeras situações que se confrontam com as propostas de humanização preconizadas por políticas públicas de assistência, o que possivelmente compromete o cuidado à mulher em seu período gestacional. Tais situações, e o compromisso profissional de reagir frente ao cuidado não humanizado, motivaram-me a aprofundar sobre a temática da violação dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, em particular no período obstétrico.

Este estudo, em especial aborda a temática da violência que acomete as mulheres no exercício do seu período reprodutivo: a violência obstétrica, ainda pouco explorada em estudos científicos, mas que vem ganhando visibilidade na atualidade, considerando o atendimento às políticas públicas de humanização da assistência, em especial no período obstétrico (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011a).

A saúde reprodutiva e sexual envolve, dentre outras ações, a assistência obstétrica propriamente dita, que vai desde a pré-concepção, pré-natal, parto e nascimento até o pós-parto, abrangendo a atenção à mulher, ao casal e sua família no âmbito do período reprodutivo.

O acesso aos serviços de saúde e também o atendimento das demandas, reprodutivas e sexuais, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) constituem um direito de toda mulher brasileira, independente de raça, classe social, faixa etária ou estado civil. Embora o SUS careça de muito aperfeiçoamento, este é um sistema público, irrestrito, igualitário para todas as pessoas residentes no território brasileiro (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) considera como direitos reprodutivos e sexuais, o direito da pessoa decidir de forma livre e responsável se quer ou não ter filhos, quantos desejar e o momento da vida que julgar ser conveniente; ter acesso a informações e meios para ter ou não

---

<sup>1</sup> Optou-se pelo uso do feminino ao referir “as enfermeiras” em decorrência de este gênero constituir a realidade majoritária no universo da enfermagem.



filhos e direito de exercer sua sexualidade e reprodução livre de discriminação e violência, além do direito de viver e expressar sua sexualidade livre de violência e discriminações, respeitando o corpo do(a) parceiro(a); direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade; direito de escolher se deseja ou não ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual; direito de ter relação sexual independente de reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção de gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); direito ao serviço de saúde de qualidade e sem discriminação e direito à informação sobre saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

Destacamos que, desde a década de 1980, o governo vem se empenhando em elaborar programas e políticas de saúde que ampliem o olhar sobre a saúde da mulher, principalmente no período gravídico-puerperal, ou seja, valorizando uma assistência integral, contextualizada e humanizada de sua saúde reprodutiva e sexual.

Contudo, observa-se que, mesmo nos serviços de saúde que realizam o conjunto das atividades preconizadas pelas políticas de assistência à saúde da mulher, há ainda questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada na atenção perinatal e o impacto desta nos indicadores de saúde. Permanecem ainda questões que devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Infelizmente, verifica-se um número considerável de morbidades e mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, em sua maioria evitáveis. No Brasil, no ano de 2011, as cinco principais causas de mortalidade materna foram atribuídas a transtornos hipertensivos, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, parto e puerpério e aborto, nesta ordem respectivamente, sendo as mulheres negras as mais acometidas (BRASIL, 2007a; CORTEZ-ESCALANTE, 2013).

Cabe destacar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o Brasil vem registrando uma queda de 43% na proporção de mortes de mulheres vítimas de complicações durante a gravidez ou do parto entre 1990 e 2013, em linha com a redução da mortalidade materna no mundo. Contudo, a redução da mortalidade materna permanece como desafio, considerando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em que esta se encontrava incluída no quinto objetivo sobre a melhoria da saúde das gestantes, com meta de redução de 64 para 35 óbitos/100 mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2014a).

Os casos de abortos, no ano de 2011, contribuíram com 5% da mortalidade materna no país (CORTEZ-ESCALANTE, 2013). O Comitê da Organização das Nações Unidas (ONU) pela Eliminação da Discriminação da Mulher evidencia que a classificação do aborto como um crime não contribui para a redução de sua incidência. Ao contrário, favorece situação de risco, com impactos graves para a saúde e a vida das mulheres. A prática do aborto inseguro se relaciona com as diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais, pois aquelas mulheres que possuem melhores condições econômicas realizam o aborto em clínicas privadas, com melhores condições de higiene e segurança, diminuindo assim os riscos à sua saúde, e as que não detêm o mesmo poder econômico ficam à mercê de práticas inseguras e insalubres de assistência (BRASIL, 2007a).

Nesse contexto, qualquer prática de saúde que viole os direitos humanos, os direitos reprodutivos e sexuais garantidos por legislações nacionais e internacionais e que, por consequência, interfira sobre o cumprimento das políticas públicas de assistência à saúde, em particular, da população feminina, pode ser considerada uma forma de violência à mulher.

A violência consiste em invasão da autonomia, da integridade física ou psicológica e à vida do outro; uso de palavras ou ações que constroem e machucam as pessoas, causam danos; o uso abusivo do poder, que resulta em ferimentos, sofrimentos, torturas e mortes (BRASIL, 2014b).

Não se tem dúvida de que a violência, no âmbito da saúde reprodutiva, constitui uma violação dos direitos humanos universais, a partir do momento em que o direito reprodutivo está compreendido na concepção de direitos humanos afirmados pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo no ano de 1994 (PATRIOTA, 1994; SOUSA, 2015).

Observa-se que a violação de direitos relacionados à saúde reprodutiva e sexual geralmente tem na mulher sua principal vítima. A violência é caracterizada pelo desrespeito e a não autonomia da mulher sobre seu corpo e sua saúde sexual e reprodutiva. Este desrespeito tem por base a violência de gênero, a qual é definida como todo ato baseado no gênero que cause morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada (CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ, 1994).

Na esfera pública, nos serviços de atenção obstétrica, a violação dos direitos das mulheres é constatada através de uma assistência obstétrica hegemônica que visa à apropriação do corpo feminino pela autoridade profissional, a partir de condutas normativas e prescritivas. Características estas que representam o modelo de atenção biomédico, em que a

atenção é centrada nas ações dos profissionais e não nas escolhas e “necessidades” das clientes (DAVIS- FLOYD, 2001).

Ainda no contexto das unidades de saúde, a má qualidade dos serviços por ação ou omissão, incluindo os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre usuários e profissionais de saúde dentro da instituição, além da falta de acesso à saúde, é definida pelo MS como violência institucional (BRASIL, 2002a).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) surge a fim de viabilizar uma saúde digna para todos, através da oferta de um atendimento de qualidade para além do prescritivo, que prima pela individualidade e articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento, entre outros. E, no que diz respeito ao monitoramento das situações de violência na atenção à saúde reprodutiva e sexual feminina, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) constitui um principal marco (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2002b).

Considerando as ações governamentais e não governamentais nacionais e internacionais direcionadas a minimizar tais situações de violação de direitos na área da saúde, em particular das mulheres em seu período reprodutivo, observa-se, no início do 2º milênio, o surgimento do conceito de “violência obstétrica”. Este parece surgir, a princípio, como uma tentativa de demarcar as características das manifestações e ações institucionais de violência nesta área contra a mulher em seu período reprodutivo.

A Organização Não Governamental (ONG) “Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”, de maneira mais específica, conceitua a violência obstétrica como todos os atos realizados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva (incluindo abortamento), que podem ser cometidos não somente por profissionais de saúde, mas também por servidores públicos, técnico-administrativos de instituição pública ou privada, bem como civis (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A Defensoria Pública de São Paulo (DPSP), através do Núcleo especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, descreve a violência obstétrica como aquela em que ocorre o:

[...]desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através do tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso de medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos (SÃO PAULO, 2015, p.6).

A OMS aponta que o termo violência obstétrica se refere a um tipo de violência contra a mulher, praticado pelo profissional de saúde, e que corresponde a qualquer ato proferido

contra o corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, através de um atendimento desumano, abuso de intervenções, medicalização e transformação de processos fisiológicos de parturição em patológicos. Tais atitudes de abusos, maus-tratos, negligência e desrespeitos durante a assistência obstétrica correspondem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, de acordo com normas e princípios adotados internacionalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Contudo, considerando a perspectiva de gênero, é possível compreender o termo violência obstétrica de maneira mais ampla, ou seja, não se restringindo ao conceito de violência que ocorre nos/pelos serviços de saúde. Esta pode ocorrer em diferentes espaços institucionais, como: família, escola, local de trabalho, instituições prestadoras de serviço de saúde ou outros serviços, e que se caracteriza por ações que violem os direitos de cidadania das mulheres em seu período reprodutivo.

A própria descoberta da gestação pode ser um fator desencadeador ou agravante de violência no âmbito doméstico e intrafamiliar (MEDINA; PENNA, 2008; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Já no espaço escolar e do trabalho, observam-se dificuldades de algumas instituições assegurarem os direitos previstos em lei, como o afastamento a partir do oitavo mês de gestação e durante três meses para atividades escolares domiciliares e o direito à prestação dos exames finais conforme a Lei nº 6.202, de 17 abril de 1975. E no que concerne aos direitos trabalhistas, garantir o direito à licença-maternidade sem prejuízo do salário ou empregabilidade, à liberação para acompanhamento de consulta pré-natal e exames, entre outros. Tais direitos, quando desrespeitados, podem constituir exemplos de violência obstétrica em diferentes espaços institucionais que não somente o das unidades de saúde (BRASIL, 2016a; BRASIL, 1975).

No que tange à violência obstétrica cometida nos/pelos serviços que prestam assistência obstétrica, esta merece especial atenção, uma vez que aqueles que deveriam oferecer proteção à saúde das mulheres e uma assistência de qualidade e livre de danos são os principais responsáveis pela prática da violência.

Ao procurar saber mais sobre esta forma de violência, foi possível observar que alguns profissionais desconhecem o fato de que suas atitudes podem ser consideradas como violência por julgarem determinadas ações intervencionistas e medicalizadas como algo necessário e indispensável ao processo (AGUIAR, 2010; HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005). A formação profissional também é um fator que contribui para a naturalização e banalização de tais práticas.

Os profissionais de saúde formados no modelo biomédico são preparados para compreender a gestação e o parto como eventos patológicos que requerem intervenções e que tal conduta supostamente traria resultados benéficos. Consideram a mulher como mero objeto suscetível à ação dos principais sujeitos do processo, ou seja, nessa concepção, os próprios profissionais de saúde. Desta forma, o modelo de assistência biomédico é um facilitador da manutenção da violência obstétrica nos serviços de saúde.

O panorama desta assistência medicalizada e biomédica pode ser constatado através do resultado de uma pesquisa nacional, realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), que revelou que uma em cada quatro mulheres (25%) relatou ter sofrido algum tipo de violência na hora do parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

A violência obstétrica nos serviços de saúde muitas vezes também não é reconhecida pela sociedade. Considerando os limites das especialidades técnicas da área da saúde, torna-se difícil avaliar o trabalho dos profissionais de saúde e se tem por princípio acreditar que estes têm a obrigação de fazer o seu melhor, sendo mais comum atribuir os equívocos da assistência a uma não colaboração da própria clientela.

A violência obstétrica em maternidades, em decorrência de situações que expõem a clientela a um atendimento inadequado e inseguro, como a abordagem biomédica pelo profissional; a utilização de tecnologias não apropriadas; as precariedades de grande parte dos equipamentos de saúde contribuem para a manutenção dos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil e, geralmente, não são percebidas como uma violação dos direitos e do protagonismo da mulher no processo de sua maternidade (BRASIL, 2014a, 2014b; SOUSA, 2015).

Diante desta problemática, foram delimitadas as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual a compreensão das enfermeiras que atuam em maternidade sobre a violência obstétrica?
- b) A enfermeira que atua em maternidade percebe a ocorrência de uma violência obstétrica?
- c) Quais os fatores influentes na ocorrência da violência obstétrica segundo a perspectiva das enfermeiras que atuam em maternidade?

Para dar conta de esclarecer estas questões, foram delimitamos os seguintes objetivos:

## OBJETIVO GERAL

- a) Analisar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade sobre a violência obstétrica.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade acerca da violência obstétrica;
- b) Caracterizar a violência obstétrica na concepção destas enfermeiras;
- c) Discutir os fatores influentes na ocorrência da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras.

A violência obstétrica que ocorre nos serviços de saúde é caracterizada por ser geralmente simbólica, ou seja, quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinções entre pessoas como legítimas, disfarçando os reais interesses e as relações de poder desiguais vigentes, ao ponto de isto se tornar aceitável, por ambos, dominadores e dominados (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

A assistência obstétrica no interior das maternidades tem historicamente um modelo assistencial calcado no modelo biomédico, ou seja, de apropriação do corpo feminino; a realização de condutas que priorizem o poder médico em detrimento da apropriação da mulher sobre seu corpo, o que retira dela o autoconhecimento e sua autonomia em decidir sobre a sua saúde de seu corpo.

A relação entre profissionais de saúde e a mulher é desigual e torna-se bastante evidente quando ocorrem situações e seus possíveis desdobramentos pelo âmbito jurídico: uma mulher que, acuada ou agredida, reagir violentamente à ação sob ela praticada pode responder pelo crime de desacato ao funcionário público (artigo 331 do Código Penal, Decreto-lei nº 2848/40). À mulher nenhuma proteção legal e mediata é conferida, pois tais práticas invasivas são consideradas parte da atuação profissional e necessárias ao atendimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Como anteriormente mencionado, ações governamentais, decorrentes do movimento feminista e de lutas das associações em prol dos direitos da mulher à saúde, vêm sendo implementadas no sentido de rever esta prática biomédica, em particular na assistência ao período reprodutivo. Destacam-se o PHPN; a expansão da cobertura de pré-natal; a valorização do parto normal em relação à cesárea; a lei do acompanhante; a política de

incentivo ao aleitamento materno; a maternidade segura; o estímulo à atuação de enfermeiras obstétricas nos serviços de saúde e outros.

Vale ressaltar que a atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto é recomendada pela OMS, uma vez que tem como base a compreensão de que a profissão está pautada essencialmente no cuidado e na valorização dos aspectos fisiológicos do parto, evitando procedimentos desnecessários e contribuindo para a redução dos índices de mortalidade materna (VIEIRA et al., 2012). Esta prática assistencial vai ao encontro do proposto pela Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), instituição representante da categoria, que possui como compromisso social a melhoria das condições de saúde da mulher e do recém-nascido através de esforços multiprofissionais e multisetoriais, em prol da defesa dos direitos de cidadania previstos na Constituição Federal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS, 2016).

Não há dúvida de que, para a implementação exitosa de ações, programas e políticas de humanização, é necessária uma capacitação e atualização dos profissionais de saúde que atuam diretamente junto a este grupo populacional. São os profissionais de saúde que, quando sensíveis e capacitados, conseguem identificar e atuar junto à população no atendimento às suas necessidades. Entretanto, quando não sensíveis, não capacitados e não atualizados aos novos paradigmas assistenciais, podem ser os próprios perpetradores da violência obstétrica.

Assim, a relevância deste estudo encontra-se pautada na possibilidade de se conhecer a percepção das enfermeiras que atuam em maternidades sobre a violência obstétrica, na medida em que, ao diagnosticar as percepções das enfermeiras, é possível mapear sua realidade de atuação obstétrica e subsidiar futuras ações que minimizem tal ocorrência.

A violência obstétrica nas unidades de saúde indica, quase sempre, intervenções desnecessárias e inseguras, negligências, desrespeitos aos direitos, os quais podem aumentar os riscos inerentes à saúde materna e atuar diretamente nos indicadores de saúde materna e neonatal, com impacto negativo.

No intuito de identificar a produção do conhecimento sobre a temática da violência obstétrica, de modo geral, foi realizada uma busca bibliográfica, em junho de 2015, na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), utilizando como descritores: “violência *and* gestação”, “violência *and* parto”, “violência *and* puerpério”, “violência *and* aborto”, “violência *and* obstétrica”, “violência *and* institucional” e “assistência obstétrica *and* violência”, obtendo desta maneira um total de 4.102 produções.

No sentido de sistematizar o levantamento, delimitaram-se como critérios de inclusão: produções que estivessem disponíveis on-line em texto completo, de origem nacional, publicadas em formato de artigo científico e/ou tese. Como critério de exclusão, considerou-se a eliminação das produções repetidas e também aquelas que não abordaram o tema da violência obstétrica. Vale ressaltar que não foi estabelecido um recorte temporal. Foram encontradas 101 publicações, estando estas especificadas de acordo com cada palavra-chave a seguir: violência *and* gestação (42); violência *and* parto (12); violência *and* puerpério (quatro); violência *and* aborto (12); violência *and* obstétrica (sete); violência *and* institucional (18) e assistência obstétrica *and* violência (seis). A partir deste quantitativo, foi feita a leitura de todos os títulos e resumos, a fim de verificar quais as produções tinham relação direta com o objeto de pesquisa em questão, no caso, a violência obstétrica. Foi identificado um total de 16 publicações, sendo que sete delas apareciam repetidas em outras bases de dados e logo foram excluídas, restando apenas nove trabalhos científicos nacionais.

Dentre os aspectos analisados nas produções selecionadas, destacamos: ano de publicação, autores do estudo, título da publicação, local de origem (região do país), área do conhecimento e tipo de método, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Quadro demonstrativo do Estado da Arte (continua)

<b>N</b>	<b>Ano</b>	<b>Autores e Título</b>	<b>Local de origem</b>	<b>Área do conhecimento</b>	<b>Método</b>
1	2000	HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna.	São Paulo	Medicina	Quantitativa
2	2003	SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.	Paraíba	Psicologia	Qualitativa
3	2006	TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT.	Cuiabá	Enfermagem	Qualitativa
4	2010	SANDI, S. F.; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública.	Rio de Janeiro	Medicina	Revisão bibliográfica



Quadro 1 - Quadro demonstrativo do Estado da Arte (conclusão)

<b>N</b>	<b>Ano</b>	<b>Autores e Título</b>	<b>Local de origem</b>	<b>Área do conhecimento</b>	<b>Método</b>
5	2013	AGUIAR, J. A.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.	São Paulo	Medicina	Qualitativa
6	2014	SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso?	São Paulo	Enfermagem	Teórico-Reflexivo
7	2014	DINIZ, D. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil.	Brasília e Teresina	Antropologia, Sociologia, Psicologia, Medicina	Qualitativa
8	2014	SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar.	São Paulo	Enfermagem	Relato de experiência
9	2015	MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal.	São Paulo	Medicina	Qualitativa

Fonte: A autora, 2016.

Evidenciou-se que os estudos selecionados foram todos publicados em formato de artigos científicos (nove) e encontravam-se entre o período de 2001 a 2015; as publicações ficaram mais frequentes a partir do ano de 2010 (seis). Tal resultado parece indicar que, a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual amplia a atenção à saúde a segmentos da população feminina ainda invisíveis, em particular às mulheres que vivenciam violência, as publicações tiveram maior representatividade (BRASIL, 2011a).

No tocante à origem das produções, foi identificado que a maioria é procedente da região sudeste (seis), sendo São Paulo o principal estado da região que mais publicou (cinco) e o outro estado foi o Rio de Janeiro, com apenas uma publicação. A concentração de estudos na região sudeste pode ter como explicação o fato de a maioria dos programas e cursos de pós-graduação (485), em todas as subáreas de conhecimento da área da saúde, se encontrar na região sudeste (BRASIL, 2015b).

Sobre a variável área do conhecimento, os trabalhos científicos selecionados pertenciam a diferentes áreas, como: medicina, enfermagem, psicologia, antropologia e sociologia. A medicina e a enfermagem foram as áreas de conhecimento que mais produziram sobre a temática, a primeira com cinco produções e a segunda com três. Este resultado pode ser explicado pelos grupos de pesquisa, principalmente na área médica, os quais recebem maior apoio financeiro voltados para a produção do conhecimento, principalmente no aspecto clínico-epidemiológico (MOTTA, 2015).

Chamamos a atenção também para um estudo sobre abortamento em que se verificou a integração de diferentes áreas do conhecimento (estudo multidisciplinar), tendo envolvido a medicina, a antropologia, a sociologia e a psicologia (DINIZ, et al., 2014a). É importante destacar esta valiosa contribuição de áreas do conhecimento que não as da saúde propriamente dita, que agrega trocas de experiência a fim de proporcionar uma qualidade na atenção à saúde das mulheres no período sexual e reprodutivo.

Em relação à metodologia utilizada nas produções, observamos que a maioria desenvolveu pesquisas qualitativas, totalizando oito artigos; destas, cinco pesquisas foram realizadas em campo, um relato de experiência de enfermeiras obstétricas e duas de cunho teórico-reflexivo. Somente um estudo utilizou o método quantitativo. Este estava relacionado aos índices de mortalidade materna.

A pesquisa qualitativa é utilizada pelos pesquisadores quando se há uma lacuna do conhecimento, ou quando pouco se sabe sobre determinado fenômeno, experiência ou conceito (RICHARDS; MORSE, 2007).

No que concerne aos enfoques das produções, observamos quatro estudos com foco principalmente no momento do parto e nascimento, abordando a perspectiva da mulher, questão de gênero, violência simbólica, violência institucional e parto domiciliar na perspectiva de proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; SANFELICE; SHIMO, 2014; SANFELICE et al., 2014; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A temática do abortamento foi abordada em quatro artigos, estando os estudos vinculados ao desrespeito quanto aos direitos sexuais e reprodutivos e ao controle de natalidade exercido pela biopolítica e biopoder (DINIZ et al., 2014a; SOARES, 2003; SANDI; BRAZ, 2010; MACHADO et al., 2015). Uma produção apontava para a questão da morbimortalidade materna, relacionando as causas preveníveis e a deficiência na assistência obstétrica, desde o pré-natal até o puerpério (HADDAD; SILVA, 2000).

No material analisado, somente dois artigos abordaram a temática da violência obstétrica que ocorre em maternidades na perspectiva de profissionais de saúde, uma a partir de relatos de experiência de enfermeiras obstétricas e outro numa visão multiprofissional (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Diante deste levantamento sobre o estado da arte da temática da violência obstétrica, é possível justificar o presente estudo, considerando a necessidade científica de visibilidade da temática, que ainda se apresenta pouco explorada nas produções nacionais. Cabe ressaltar, também, a busca por terminologias únicas que indiquem o conceito de violência obstétrica, o mais próximo da realidade, ou seja, pelos profissionais de saúde que a vivenciam em seu cotidiano.

Compreendemos, como algumas das contribuições do presente estudo, nos seguintes contextos:

**Ensino:** Na medida em que o estudo possa oferecer subsídios teóricos sobre a violência obstétrica, poderá promover reflexões no âmbito da formação obstétrica dos profissionais de saúde, considerando principalmente as questões de gênero, violência à mulher em seu período reprodutivo, modelos de assistência obstétrica, impactos nos indicadores de saúde materno e neonatal, contribuindo para a formação de um olhar crítico favorecedor de uma prática transformadora.

**Assistência:** A pesquisa pretende contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde quanto ao modelo de assistência obstétrica vigente e auxiliará na busca de meios que minimizem a violência obstétrica, a fim de concretizar uma assistência mais humanizada.

**Pesquisa:** A pesquisa tem papel importante no incremento da produção científica, contribuindo com o grupo de pesquisa e linha do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, fornecendo informações para o acervo científico na área de saúde da mulher, em especial na área obstétrica, sendo relevante ao considerar que os dados nacionais voltados para este assunto ainda são escassos.

Ressalta-se que este projeto está inserido no Grupo de Pesquisa: Gênero, Violências e Práticas em Saúde e Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob a coordenação da minha orientadora. A participação no grupo de pesquisa gera experiências e aprofundamentos sobre temáticas pertinentes à área de gênero, violência, vulnerabilidade e saúde reprodutiva e sexual.

## **1 REVISÃO DA LITERATURA**

### **1.1 Contextualização histórica das políticas públicas de saúde reprodutiva e sexual da mulher no Brasil**

A sociedade brasileira tem em sua característica patriarcal uma maior valorização do papel social feminino vinculado à maternidade. Nos dias atuais, observa-se uma maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, inclusive exercendo funções que anteriormente somente eram exercidas por homens. Contudo, estas continuam consideradas como únicas responsáveis pelas atividades domésticas, como cuidar da casa, dos filhos, do marido e manter a harmonia conjugal.

Mesmo conquistando seu lugar no espaço público, ainda que de maneira não equânime, a mulher permanece vinculada a funções domésticas e da reprodução. Esta valorização da maternidade como papel social da mulher tem na história das políticas públicas e programas de saúde brasileiros sua principal característica.

No Brasil, as primeiras políticas nacionais voltadas para a saúde das mulheres surgiram nas primeiras décadas do século XX, sendo restritas às demandas da gestação e parto. Os programas materno-infantis traduziam a visão restrita da saúde da população feminina, focada apenas no caráter biológico e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação e cuidado dos filhos e seus familiares, correspondendo a uma assistência fragmentada, visto que a mulher, fora deste período, não possuía nenhum tipo de assistência à saúde. Estes programas eram elaborados de forma centralizada e sem nenhuma integração com outros programas do governo e apresentavam um baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2011a).

A insatisfação das mulheres com o descaso dado ao seu papel na sociedade, como a subordinação ao marido, a ausência de programas de saúde que a atendessem fora do período gravídico-puerperal e, principalmente, a falta de autonomia e de direitos civis imposta pelo regime militar, levaram as mulheres, no início da década de 1970, a se unirem, formando o Movimento Feminista, que lutaria contra o regime militar e por condições mais dignas de vida para as mulheres (SARTI, 2004).

O Movimento Feminista criticava estes programas devido ao seu caráter reducionista e argumentava a ausência de assistência às mulheres durante a maior parte de suas vidas e que

as desigualdades sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam principalmente a população feminina. Logo, era necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população. Com base nestes argumentos, propuseram que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher (BRASIL, 2011a).

Outro movimento social importante, também na década de 1970, que contribuiu para a redemocratização do país e para as melhorias de condições de vida foi o Movimento de Reforma Sanitária, que pregava o direito à saúde como um direito de cidadania de toda a população; conceito estrutural que daria suporte posteriormente à formulação do SUS (SANTOS NETO et al., 2008).

Dando continuidade a este contexto histórico, em 1984 o MS divulgou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), focando os principais problemas de saúde que acometiam as mulheres naquela época. Ele tinha como objetivos: Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal; Melhorar a qualidade da assistência ao parto; Aumentar os índices de aleitamento materno; Implementar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer de colo uterino e das doenças sexualmente transmissíveis; Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade; Evitar o aborto provocado, prevenindo a gravidez indesejada. Este programa foi uma referência na área de saúde da mulher, servindo de base para todos os outros programas posteriores a ele (BRASIL, 1984).

Em âmbito nacional, o PAISM pode ser considerado um marco na saúde reprodutiva e sexual das mulheres, pois trata das questões relacionadas aos direitos reprodutivos das mulheres mesmo antes de este conceito ser discutido em eventos internacionais como as conferências promovidas pela ONU: a CIPD, realizada no Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), realizada em Beijing, Pequim, em 1995, onde definiram os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, relacionando-os como direitos humanos, focando no desenvolvimento do ser humano e discutindo as relações de desigualdade de gênero (BRASIL, 2013a).

Podemos considerar, também, como outro fator significativo que contribuiu para o avanço da assistência na área da saúde da mulher no Brasil, a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, resultado de uma articulação com diversos grupos sociais,

entre eles o movimento social de mulheres e parlamentares. A Constituição marca o reconhecimento dos direitos humanos das mulheres e de sua cidadania plena. Incumbiu-se das regras para orientar, finalmente, como homens e mulheres deveriam conviver em igualdade; os direitos das mulheres sobre suas vidas, suas escolhas, o cuidado e o destino de seus corpos; tendo o Estado para oferecer uma saúde pública de qualidade a todos, com o objetivo de incluir a igualdade de direitos sob uma perspectiva étnico-racial e de gênero (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

As ações governamentais devem garantir o direito da população a ter acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades e atendimento com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco, direito à realização de exames necessários para seu tratamento ou acompanhamento de sua saúde, bem como a uma infraestrutura que propicie condições dignas de trabalho, com suporte material necessário ao cuidado, ambientes que respeitem a privacidade do indivíduo e profissionais de saúde que considerem a particularidade do sujeito, promovendo seu protagonismo e autonomia, favorecendo sua coparticipação no processo (BRASIL, 2013b).

Desde a década de 1980, o governo move-se buscando a implementação de programas e políticas que contribuam para a melhoria da assistência à saúde da mulher de modo integral. Dentre outros programas na área da mulher surgidos com base no PAISM, destacam-se: o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); a Política Nacional de Humanização (PNH); a PNAISM; a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos; o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal e a Rede Cegonha.

O PHPN, instituído pelo MS através da Portaria nº 569, de 1/6/2000, teve por objetivo principal reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país a partir de ações que assegurassem 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, 2002b).

A PNH, lançada em 2003, a partir de ações centradas na ética, no respeito e no diálogo, surge com o objetivo de contrapor o atendimento que viola a autonomia dos indivíduos sobre seus corpos e os reduzem ao seu problema de saúde, desrespeitando seus aspectos subjetivos, sociais e culturais.

A PNH tem por objetivo contribuir para a mudança dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, através da gestão coparticipativa, que atenda às demandas dos

trabalhadores de saúde e dos usuários, e também a partir de uma assistência pautada na integralidade e no respeito aos direitos dos usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

Salienta-se também, o estabelecimento da PNAISM, em 2004, que ampliou as ações do PAISM (1984), valorizando os contextos socioculturais dos distintos grupos femininos (mulheres de áreas rurais, negras, indígenas, lésbicas, deficientes, entre outras) e incorporando questões referentes aos direitos das mulheres e à melhoria da qualidade de sua saúde, tais como: gênero, promoção, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, atenção ao abortamento, combate à violência, prevenção e tratamento de mulheres com HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas, ginecológicas (BRASIL, 2011a).

A PNAISM fortalece a criação da Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, em 2005, na qual as principais ações de saúde estavam na a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; incentivo à realização de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia); implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2005).

Tais programas e políticas de saúde da mulher citados anteriormente contribuíram para a melhoria da saúde em algumas questões. No que diz respeito à área obstétrica, proporcionou a ampliação da cobertura do acesso a serviços de saúde.

Considerando que o número de mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representava, em 2004, cerca de 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para o desenvolvimento de ações de saúde, houve a ampliação nos últimos anos dos serviços no campo de saúde da mulher pelo SUS, como: serviços de pré-natal, ações de planejamento reprodutivo, exames preventivos para a detecção do câncer de colo do útero e do câncer de mama, atendimento ao abortamento nos casos previstos em lei e às vítimas de violência, entre outros (BRASIL, 2011a; CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2009, foram encontrados resultados que indicam a ampliação do acesso a serviços relacionados a demandas obstétricas quando comparados à PNDS de 1996 (BRASIL, 2009a; SOCIEDADE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

Para o MS, houve o aumento da cobertura pré-natal, passando de 85,7% a 98,7% no país como um todo. Este aumento foi particularmente mais expressivo nas regiões Norte, de 81,4% a 96,1%; e Nordeste, de 73,9% a 97,9%. Estreitou-se também o gradiente urbano-rural no acesso ao pré-natal, uma vez que o incremento na cobertura foi mais expressivo no meio rural (de 68,1% em 1996 para 96,4% em 2006), enquanto no meio urbano elevou-se de 91,4% a 99,2% no mesmo período. E ocorreu o aumento do número de mulheres que iniciaram o acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre (77,4% em 1996 e 83,6% em 2006) (BRASIL, 2009a).

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, alcançando uma cobertura de acesso de 98,7%, como demonstra os dados da pesquisa acima, a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória, visto que as mulheres, durante o período do ciclo gravídico-puerperal, continuam morrendo por causas, na maioria das vezes, evitáveis (BRASIL, 2009a, 2007b).

Assegurar a universalidade e a qualidade da assistência às mulheres no seu período sexual e reprodutivo, principalmente com ações que favoreçam o acesso aos métodos contraceptivos e a atenção à saúde materna, pode contribuir para a redução drástica nas taxas globais de morbimortalidade materna (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por poder ser evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. As principais causas da mortalidade materna são: transtornos hipertensivos, transtornos hemorrágicos, infecção puerperal, abortos e distúrbios da contração uterina (BRASIL, 2007b, 2007a).

Segundo o MS, as elevadas taxas de mortalidade materna configuram-se como uma grave violação dos direitos humanos das mulheres e um importante problema de saúde pública que acomete desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2004b). Assim, tanto a redução da mortalidade materna quanto a mortalidade neonatal ainda são um desafio para os serviços de saúde e sociedade.

Nesse sentido, o MS, em 2004, lançou o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, buscando melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido na tentativa de assegurar uma assistência livre de danos referentes a condutas obstétricas iatrogênicas ou negligentes (BRASIL, 2004b).

Entretanto, no que tange à assistência obstétrica, observam-se ainda dificuldades na superação de alguns entraves, práticas invasivas realizadas de rotina sem o respaldo de



evidências científicas, a dificuldade que alguns serviços possuem para a realização de exames necessários para o bom acompanhamento da gestação, bem como a fragilidade no seguimento do acompanhamento da mulher e criança no pós-parto.

A partir desta situação descrita, e também com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil no país por causas evitáveis, foi lançado pelo MS, em 2011, a estratégia da Rede Cegonha, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual constitui uma rede de cuidados com o objetivo de assegurar à mulher o direito a uma assistência humanizada na gestação, parto e puerpério, direito ao planejamento reprodutivo e garantia de um nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2012a).

A estratégia Rede Cegonha se organiza em diferentes módulos, incluindo: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico - transporte sanitário e regulação. Inclui como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

A diretriz da Rede Cegonha consiste na mudança do modelo da atenção aplicado ao parto e ao nascimento. Dentro da estratégia, estão previstos os Centros de Parto Normal, unidades que funcionam em conjunto com as maternidades para humanizar o parto e o nascimento, e contam com a inserção dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto de risco habitual (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, o Brasil, no primeiro ano de funcionamento da Rede Cegonha, no ano de 2011, registrou queda de 21% na mortalidade materna, sendo considerado pelo MS um marco histórico (BRASIL, 2014b).

Vale ressaltar que as regiões do país que aderiram à estratégia da Rede Cegonha receberam incentivo dos Ministérios da Saúde e da Educação para a formação de enfermeiros obstetras através do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), prevendo a atuação dos profissionais desde o pré-natal até parto e pós-parto, dentro do que é preconizado pela Rede Cegonha, ou seja, com habilidades técnicas para um

cuidado baseado nos princípios da humanização (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRIZAS, 2013).

O incentivo da formação de enfermeiras obstétricas é relevante para a atenção obstétrica, considerando que os modelos de assistência envolvendo enfermeiras obstetras e obstetrizes, além de proporcionar maior grau de satisfação das mulheres, estão associados a menores taxas de intervenção (WALSH; DOWNE, 2004; OVERGAARD et al., 2011).

Contudo, ainda em relação à Rede Cegonha, cabe destacar que o movimento feminista e de saúde fazem uma análise crítica em alguns aspectos importantes, por exemplo, as propostas de atenção pela Rede somente incluem mulheres que desejam engravidar ou aquelas que engravidaram e mesmo contra desejo terão seus filhos. A atenção pela Rede Cegonha não inclui aquelas mulheres em situações de abortamento. Tal situação demonstra uma atenção que valoriza a maternidade e não a mulher de maneira integral. Outro aspecto a ser analisado criticamente é referente à nomenclatura do projeto, que, na concepção do movimento feminista, acredita que o termo “cegonha” retiraria da mulher o papel central do evento reprodutivo, valorizando a figura de alguém que “transporta” um bebê, podendo ser analógico ao profissional da saúde e não à mulher parturiente (CARNEIRO, 2013).

As políticas e os programas de saúde da mulher possuem papéis fundamentais para a transformação do modelo tradicional de assistência obstétrica, contudo, é importante que tais estratégias ministeriais estejam aliadas à conscientização dos profissionais de saúde sobre sua relevância e seus benefícios, a fim de alcançarem melhores resultados para a saúde da mulher e de seu filho, com uma assistência digna, respeitosa e humanizada que assegure o cumprimento dos seus direitos garantidos por lei.

## **1.2 Caracterização da assistência obstétrica e sua interface com a violência de gênero**

Considerando os principais indicadores de saúde sobre a saúde reprodutiva feminina, observamos que ainda uma realidade negativa na assistência obstétrica, principalmente relacionada à mortalidade materna e à ocorrência de assistência medicalizada, não humanizada, que viola os direitos reprodutivos.

Para Teixeira e Pereira (2006), a obstetrícia e a ginecologia são áreas que se dedicam ao controle do corpo feminino e ainda hoje são exercidas, na sua grande maioria, por profissionais do sexo masculino, mas também por mulheres que incorporaram atitudes e

saberes da categoria à qual fazem parte, e a medicina androcêntrica, ou seja, seus fazeres e práticas de intervenção, podem ser vistos e compreendidos como masculinos.

Desse modo, o corpo feminino é transformado em objeto de trabalho das equipes de saúde e isso colabora para o processo de expropriação do corpo feminino, que passa a pertencer aos profissionais de saúde que a assistem e não mais à mulher, que passa a ser “paciente”. O corpo é o foco do controle social através do conhecimento e da autoridade médica, que a disciplina e o classifica como aquele que será dócil e submisso ao saber que afirma garantir a vida da mulher e de seu filho (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

A sociedade brasileira sempre teve na sua cultura raízes no pensamento patriarcal, em que o poder masculino sobrepõe o feminino. Apesar de a cultura estar se transformando, mesmo que lentamente, a discriminação de gênero ainda é presente na sociedade atual e é considerada como grande responsável pela prática da violação dos direitos da mulher, eximindo de sua responsabilidade quem a pratica.

Nessa perspectiva, o conceito de gênero se diferencia do conceito biológico de diferenciação sexual, representando uma construção social das relações entre os sexos, em que a diferença de gênero permite aos homens exercerem poder sobre as mulheres e que as relações violentas entre eles sejam consideradas naturais (AQUINO, 2014).

A violência às mulheres pode ser compreendida no contexto das relações de desigualdades sexuais e sociais, como maneira de reproduzir o controle do corpo feminino e das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal. As desigualdades de gênero têm na violência contra as mulheres sua expressão máxima que, por sua vez, deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011c).

Nesse contexto, a expressão “femicídio”, ou “feminicídio”, surge para denominar as mortes violentas de mulheres em razão de gênero, ou seja, que tenham sido motivadas pelo fato de serem mulheres. Este conceito foi aplicado para tratar das mortes violentas intencionais, mas também não intencionais, que sejam resultantes de uma prática social e cultural que afeta os direitos das mulheres com relação a seu corpo e saúde, como as mortes decorrentes de partos e abortos inseguros, a morte por HIV/AIDS devido a dificuldades de negociação do uso de preservativo com o parceiro, entre outras (COPELLO, 2012).

A violência contra a mulher consiste como todo ato baseado no gênero que cause morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada (CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ, 1994).

Se considerarmos que a maternidade é por excelência o local onde se exerce a função biológica do corpo feminino, e também a função social do papel conferido à mulher, regulada

a partir de uma construção simbólica, toda e qualquer violência neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero. Estando o conceito de gênero associado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, a violência perpetrada nas maternidades (públicas e privadas) é atravessada por estas questões, uma vez que as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual estão inseridas (AGUIAR, 2010).

Desta maneira, as mulheres encontram-se em uma dupla relação de subordinação ao poder, (como “pacientes” e como pessoas do sexo feminino), inter-relacionando a questão de gênero e as relações desiguais de poder que se estabelecem entre profissionais de saúde e clientes. A violência institucional nas maternidades públicas do Brasil é determinada, em parte, por uma violência de gênero, que transforma diferenças (ser mulher, pobre e de baixa escolaridade) em desigualdades, a partir de uma relação hierárquica, em que a mulher é considerada um objeto de intervenção profissional, e não o sujeito principal do processo que deveria ter sua autonomia respeitada, anulando-a como sujeito de direitos, especialmente os sexuais e reprodutivos (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

A relação de assimetria constata que a relação de gênero não se faz presente somente entre homem e mulher, situa-se igualmente entre mulheres, igualadas na condição do sexo feminino, porém desigualadas pelo inter cruzamento de raça e classe social, sendo observado que muitos profissionais de saúde do sexo feminino, até mesmo com vivências similares às das mulheres atendidas nos serviços de saúde, não demonstram solidariedade no entendimento das reais necessidades e sentimentos femininos nesse momento (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Para tratar a condição do corpo feminino na medicina, é preciso estabelecer articulação com duas dimensões: a dimensão biológica, relacionada à condição orgânica, e a dimensão social de gênero. A medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, ou seja, na sua condição biológica (VIEIRA, 2002).

O processo histórico de medicalização do corpo feminino perpassa pela concepção de que há uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina. É através desta concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres, ou seja, a ideia de que a natureza feminina é baseada em fatos biológicos que acontecem no corpo feminino, como, por exemplo, a capacidade de gestar, parir e amamentar. À medida que estes determinantes biológicos parecem justificar as questões sociais que abrangem este corpo é que a natureza biológica então passa a ser dominante, ou seja, uma explicação legítima e única sobre estes fenômenos. E a partir daí decorrem pensamentos sobre maternidade, instinto

maternal e divisão sexual do trabalho como atributos “naturais e essenciais” à divisão de gênero na sociedade (VIEIRA, 2002).

É constatado que o modelo de assistência à saúde reprodutiva da mulher no Brasil é caracterizado por um alto grau de medicalização e também pelo uso abusivo de procedimentos invasivos (SEIBERT et al., 2005). Segundo Vieira (2002), a medicalização do corpo feminino é compreendida como um dispositivo social que abrange questões políticas - como o controle populacional - aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

Ivan Illich (1975) faz duras críticas à medicina moderna e afirma que esta é, na realidade, a principal ameaça à saúde. Um dos efeitos negativos da medicina moderna, traduzidos através da medicalização, é transformar processos naturais e fisiológicos em patológicos e retirar do sujeito sua autonomia, fazendo-o cada vez mais dependente do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde, retirando inclusive a capacidade do indivíduo de lidar com os acontecimentos da vida, como o sofrimento.

Nesse contexto, observa-se que, no campo da obstetrícia, o processo de institucionalização do parto favoreceu o desenvolvimento do saber médico nesta área e contribuiu para o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. A maneira específica pela qual o corpo feminino vem sendo tratado pela medicina a partir do momento em que o transforma em seu objeto de saber e prática traz à tona o tema da medicalização (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A medicalização do corpo feminino se estabeleceu no século XIX, em meio aos discursos que exaltavam a maternidade. Contudo, este processo teve início 300 anos antes da institucionalização do parto e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica (VIEIRA, 2002).

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade e, por muito tempo, foi considerada uma atividade feminina, tradicionalmente realizada por parteiras (WOLF; MOURA, 2004).

O parto era um evento exclusivamente feminino, exercido somente por parteiras, comadres e curandeiras, e todas essas mulheres possuíam relação de confiança com a gestante ou experiência reconhecida naquela comunidade, dispunham de conhecimento acerca da gestação e do puerpério pela própria vivência. As mulheres preferiam ser acompanhadas pelas parteiras por questões humanitárias e psicológicas, além do tabu em relação à exposição da genitália. As parteiras proporcionavam conforto, alimentação e ambiente agradável durante todo o trabalho de parto e parto, possibilitando às mulheres liberdade, autonomia e direito de

agir, obtendo, com isso, uma ação participativa e ativa na arte de partejar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; RODRIGUES, 2014a).

Neste período, a assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto era considerada uma atividade pouco valorizada e, dessa forma, poderia ficar sob os cuidados femininos, pois não se encontrava à altura do cirurgião - homem da arte, além da compreensão do fenômeno como um evento fisiológico, o que permitiu o distanciamento da medicina do cenário da parturição (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; WOLF; MOURA, 2004).

Ao final do século XVI, com a invenção do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, a profissão de parteira começou a declinar, permitindo a intervenção masculina, num cenário que antes era exclusivamente feminino, e a substituição do paradigma não intervencionista pelo intervencionista, expressando a ideia do parto como um evento controlado pelo homem. Além disso, a regulamentação da prática exigiu que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las, como parte da estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças e, assim, legitimá-lo por meio das universidades criadas no Renascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

As parteiras sem acesso a universidades, ou seja, dispunham de pouca base educacional, e o avançar do capitalismo industrial, foram fatores importantes que contribuíram para a ascensão da classe médica e declínio das parteiras neste movimento de luta, de modo que culminou com o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia (SEIBERT et al., 2005).

A partir do desenvolvimento tecnológico e da inserção da classe médica na área obstétrica, o parto deixou de ser um evento íntimo, feminino, que ocorria no ambiente privado, no seio da família, com auxílio de parteiras, para ser vivido de maneira pública e com a participação de outros atores sociais (WOLFF; MOURA, 2004). O parto, então, deixou de ser um acontecimento fisiológico para ser visto como algo patológico e que requer controle, ao invés de cuidado.

Desta forma, a medicina moderna apresenta-se como propositalmente complexa na intenção de obscurecer a simplicidade dos atos e, assim, tornar-se a grande detentora do saber sobre os processos de vida e sofrimento, levando a uma permanente e progressiva dependência do indivíduo em relação ao médico (ILLICH, 1975).

Segundo Nagahama e Santiago (2005), o desenvolvimento do saber médico na área obstétrica e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional. O preço da melhoria das

condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento.

No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. A mudança criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático. O ato de dar à luz, que antes era uma vivência profundamente íntima e subjetiva e que ocorria em ambiente familiar, transformou-se em experiência no âmbito hospitalar, em momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetras, isto é, o corpo feminino passou a ser utilizado como objeto de ensino prático (WOLFF; MOURA, 2004).

Importante ressaltar que mulheres de classe média e alta estavam de acordo com o processo de medicalização, uma vez que não desejavam mais sentir as dores do parto e nem correr “riscos”, além do *status* de parir com médico, pois demonstrava o alto poder aquisitivo de seus maridos, que podiam pagar pelos seus serviços e pela moderna tecnologia. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece, marcando o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, expropriação do corpo feminino e realização de práticas invasivas feitas de rotina, como a utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias (SEIBERT et al., 2005).

A institucionalização do parto tornou-se necessária para que a mortalidade materna e infantil reduzisse e, a partir disso, os índices de mortalidade infantil realmente diminuíssem; fato que favoreceu a aceitação da hospitalização pela sociedade, com o argumento de que partos em hospitais significavam maior segurança para as mulheres. Contudo, o cenário do nascimento era caracterizado por práticas que não respeitavam a individualidade, autonomia e sexualidade da mulher. A atenção obstétrica passou a se organizar como uma linha de produção, em que a mulher se transformou em propriedade institucional (SEIBERT et al., 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Este modelo obstétrico medicalizado em prol da redução dos riscos maternos e neonatais prejudicou a mulher cidadã em seu direito de escolha sobre sua maneira de gestar/parir, levando a classe médica a deter o papel de protagonista da cena do nascimento, com suas intervenções, e deixando a mulher em segundo plano, tornando-a submissa a uma situação que a fragiliza, descaracteriza e violenta. Além disso, os índices de mortalidade materna não corresponderam à mesma perspectiva de declínio relacionada com a mortalidade infantil, o que revela a real situação da assistência obstétrica, por conta da utilização das intervenções e medicalizações no momento do parto e nascimento (RODRIGUES, 2014a; BRASIL, 2014c).

Este modelo de assistência obstétrica pautado em condutas intervencionistas e medicalizadas, que desrespeitam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, constitui o modelo biomédico, o qual ainda é vigente na atual sociedade e que pode ser considerado como um facilitador para a manutenção da violência contra as mulheres nos serviços de saúde.

### 1.3 O modelo biomédico na atenção obstétrica no parto

No Brasil, anteriormente à década de 1980, a compreensão sobre saúde e doença remetia à descoberta da anatomia patológica, na qual o objetivo era estudar estruturas internas do organismo e buscar lesões que explicassem as patologias a partir de uma visão fragmentada do ser humano e, dessa maneira, a importância do sujeito foi se tornando secundária. O lugar do sujeito passou a ser o de portador de doenças, desconsiderando seus aspectos subjetivos (BRASIL, 2014c).

Com o passar dos anos, a compreensão do conceito saúde foi se transformando e tornou-se ampla, passou de mera ausência de doença para a noção de bem-estar físico e mental, incluindo adequação de vida social. Ocorre claramente uma mudança de paradigma, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Na atenção obstétrica, esta perspectiva ampliada do conceito de saúde significa dizer que os profissionais de saúde deveriam não somente considerar os aspectos biológicos na prestação da assistência, mas também levar em consideração o contexto de vida em que está inserida esta mulher, avaliando seus aspectos sociais, econômicos, culturais e emocionais a fim de lhe proporcionar uma assistência de qualidade que garanta um atendimento integral e humanizado – modelo humanizado da assistência. Tal perspectiva se contrapõe à assistência reducionista, fragmentada e padronizada do modelo biomédico, que tem a visão restrita de saúde com foco nos aspectos meramente biológicos, e que ainda é predominante no sistema de saúde. Esta seria a verdadeira transformação de paradigma na atenção obstétrica.

Nesse aspecto, faz-se importante destacar, de maneira resumida, a diferença entre modelo e paradigma, uma vez que os termos algumas vezes são utilizados por alguns autores como sinônimos, talvez pela própria origem da palavra paradigma derivar do grego *paradeigma* e significar modelo. Contudo, paradigma e modelo são coisas distintas. O



paradigma estaria associado à dimensão teórica e o modelo relacionado ao método, ou seja, ao modo de explicação ou representação da realidade (DOMINGUES, 2004; RENAULT, 2007).

No que diz respeito à assistência obstétrica, esta pode ser representada por três diferentes modelos de acordo com seus paradigmas: modelo biomédico (corpo como uma máquina, supervalorização de tecnologias duras), modelo humanista (não faz separação entre mente e corpo e reconhece a influência da mente sobre o corpo) e modelo holístico (inclui mente, corpo, espírito, emoções e ambiente).

A assistência obstétrica atual no Brasil, e também na maior parte dos países ocidentais, tem por base o modelo denominado médico, biomédico, tecnocrático ou tecnomédico, que possui como característica a compreensão da saúde como um problema, isto é, estamos em constante situação de riscos e a vida está quase sempre em constante perigo. A gestação, nesta concepção, é potencialmente patológica; e o nascimento, um problema médico. O corpo feminino é visto como desvio do masculino, entendido como inerentemente defeituoso, imprevisível, máquina imperfeita que necessita de manipulação, ou seja, de várias outras máquinas para ser “colocado em ordem” (BRASIL, 2014c; DAVIS-FLOYD, 2001).

No contexto obstétrico, a metáfora dominante que se enquadra nesta ideologia é semelhante à de uma produção industrial a partir da padronização de procedimentos, onde o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mulher uma máquina e o bebê é o resultado do processo (DAVIS-FLOYD, 2001).

Esta visão mecanizada vem sendo incorporada ainda na academia de forma acrítica pelos futuros profissionais de saúde, uma vez que um dos livros mais tradicionais da área obstétrica utiliza a metáfora “motor-objeto-trajeto” para descrever os mecanismos do parto, referindo-se ao útero, feto e canal vaginal, respectivamente. Esta ideia reducionista demonstra que a mulher neste momento tem sido abordada exclusivamente no seu contexto biológico, desconsiderando os demais aspectos cultural, social, sexual e espiritual que o evento envolve. Numa leitura crítica de textos médicos, também observam-se dispositivos simbólicos de dominação, como a demarcação do corpo da gestante por nomes médicos (sinal de Kluge, sinal de Haller, sinal de Hegar, entre outros) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; VARGENS; PROGIANTI, 2004; RODRIGUES, 2014a).

O modelo biomédico tem ênfase na assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, sem levar em conta os aspectos socioculturais, transformando os processos naturais e fisiológicos em patológicos, é centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia e de procedimentos rotineiros sem validade científica. Há uma supervalorização da tecnologia em detrimento das relações interpessoais, o que causa a

fragilidade na formação de vínculo. Não leva em conta a particularidade de cada indivíduo, além do pensamento de que é capaz de dominar a natureza e o corpo, com intervenções agressivas e com ênfase em resultados em curto prazo (DAVIS-FLOYD, 2001).

O princípio básico no modelo biomédico é a separação. Significa dizer que ocorre a divisão do sujeito em partes. A matéria pode ser mais bem compreendida se retirada do seu contexto, separada dos objetos e das relações que a cercam. Entre suas características básicas, constam: “separação corpo e mente”; “o corpo como máquina”; “o paciente como objeto”; “alienação do médico em relação ao paciente”; “diagnóstico e tratamento de fora para dentro”; “organização hierárquica e padronização de cuidados”; “autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente”; “supervalorização da ciência e da tecnologia dura”; “intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo”; “a morte entendida como derrota” e “um sistema que visa o lucro” (DAVIS-FLOYD, 2001; BRASIL, 2014c).

O poder do paradigma tecnocrata é fazer com que profissionais de saúde aceitem rapidamente procedimentos e técnicas sustentadas por este paradigma, rejeitando novos achados que vão de encontro a esta ideologia, por exemplo, muitas intervenções são mantidas de rotina em instituições hospitalares, como protocolos assistenciais mesmo a despeito da ausência de evidências científicas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, especialmente na área obstétrica, trouxeram importantes contribuições e possuem condições reais de prevenir a morbimortalidade materna e neonatal, porém, muitas vezes, o que é observado é uma contradição no que diz respeito às complicações decorrentes destes avanços, por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos (BRASIL, 2014c; SODRÉ; LACERDA, 2007).

Atualmente, muitos dos procedimentos que são feitos de rotina nas unidades hospitalares estão sendo questionados. A evidência científica demonstrou que vários deles, como o enema e a tricotomia, não são necessários nem seguros, além de causarem desconforto para muitas mulheres. Outros, como o uso de rotina da episiotomia, da aceleração do parto com ocitócitos e a cesárea eletiva, mostraram-se claramente danosos e devem ser prevenidos (DINIZ, 2003).

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, a Organização Mundial da Saúde (OMS), além de grupos da sociedade civil como a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA),

tem recomendado o abandono do uso de procedimentos, normas e rotinas, tais como (DINIZ, 2003):

- a) a realização de procedimentos “rituais” de limpeza, tais como a lavagem intestinal e a raspagem dos pelos púbicos;
- b) a imobilização das mulheres no leito, pois a liberdade de movimentos é benéfica para a evolução do trabalho de parto;
- c) a punção venosa (com ou sem ocitocina), apenas para manter a veia pérvia, pois isso compromete a mobilidade da mulher;
- d) a aceleração do parto com ocitocina sem indicações clínicas precisas, já que esta conduta costuma descoordenar as contrações e torná-las mais intensas, levando a parturiente à grande aflição;
- e) a episiotomia (corte cirúrgico da vulva e vagina), muitos estudos condenam esta prática, visto que não há evidências científicas que comprovem seu benefício. Este procedimento está associado a lesões genitais no parto, dispareunia, além de não trazer qualquer benefício para a mulher. Reconhecidamente, a episiotomia deve ser um procedimento a ser prevenido, através da educação para a consciência genital (contração-relaxamento), a ginástica vaginal, o oferecimento de liberdade de posição no período expulsivo, a prevenção de puxos voluntários. Este procedimento deve ser evitado e, caso seja realizado, necessita de uma autorização expressa da mulher. Infelizmente, apesar da ausência de estudos que informem a comprovação científica dos seus benefícios e das prejudiciais consequências, como mutilação genital, sequelas físicas e emocionais, a sua utilização é muito elevada, podendo atingir uma frequência de até 90%, principalmente na América Latina (ZANETTI et al., 2009; SÃO PAULO, 2015);
- f) a manobra de Kristeller, em que se imprime força sobre o fundo uterino no período expulsivo, expondo a mulher a grande sofrimento e ao risco de rotura uterina.

Pode-se entender que o uso inadequado da tecnologia, o excesso de intervenção, bem como a intervenção desnecessária são considerados como má assistência à saúde e que, conseqüentemente, acarretará, de alguma forma, prejuízo à saúde dos envolvidos (DINIZ, 2003).

A vulnerabilidade social de mulheres e crianças a algumas situações de risco é, sem dúvida, um fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. A hegemonia do modelo biomédico na assistência obstétrica e a utilização acrítica do conhecimento técnico podem contribuir para aumentar os riscos e tornar ineficaz qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças (BRASIL, 2014c).

Além disso, é preciso salientar que a tecnocracia não se expressa somente por tecnologia, mas também como um sistema hierárquico, burocrático e autocrático, dimensões culturalmente dominantes neste modelo, gerando a subordinação do indivíduo à instituição, através de rotinas hospitalares rígidas e do poder médico e institucional (DAVIS-FLOYD, 1994 apud PEREIRA E MOURA, 2008).

Para Davis-Floyd (2001), uma das maiores demonstrações do poder de escolha do médico é a posição litotômica no momento do parto. Tal decisão não faz sentido do ponto de vista fisiológico, pois sabemos que a posição verticalizada possui inúmeros benefícios (entre eles, a melhora do aporte sanguíneo para o feto e maior efetividade do período expulsivo, com um aumento da pélvis), contudo, estas são menos importantes do que o conforto, conveniência e status do profissional.

Profissionais de saúde formados neste modelo são ensinados a se colocarem como sujeitos principais do processo, de maneira que a mulher deve se comportar de acordo com a sua determinação, assim, quando estas não aceitam a subordinação imposta, estão em risco iminente de sofrer retaliações, como, por exemplo, violência verbal em forma de ameaças, chacotas e até mesmo outras formas de violência, como a realização de procedimentos invasivos realizados sem indicação clínica.

A falta de empatia e sensibilidade nas relações interpessoais entre profissional de saúde e cliente, desconsiderando sua singularidade e sua autonomia, muitas vezes privando-a de informações e esclarecimentos, enfatizando aspectos biológicos e subestimando os aspectos psicológicos e sociais, interfere na promoção da qualidade da assistência. Segundo Davis-Floyd (2001), os profissionais de saúde formados no modelo biomédico são instruídos a evitarem qualquer tipo de envolvimento emocional com seus clientes, mesmo sabendo que o toque afetuoso é um importante instrumento do cuidado.

A forma com que a mulher é tratada pelos profissionais de saúde é reconhecida como uma das questões mais importantes, pois influência nos resultados da assistência. Uma mulher que é tratada com respeito e compreensão possui muito mais chance de seguir as orientações e recomendações dos serviços de saúde, a partir do compartilhamento de decisões, do que

aquela que é tratada de forma desrespeitosa e rude, com indiferença quanto às suas necessidades ou com uma prescrição autoritária e cheia de julgamentos sobre o que é certo e o que é errado (DINIZ, 2003).

Não há justificativa para a permanência de procedimentos de rotina reconhecidos como dolorosos e potencialmente arriscados, usados sem indicação clínica precisa. A manutenção de rotina destes procedimentos cada vez mais é percebida como prejudicial e como violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, uma vez que ameaçam sua integridade física, podem ferir sua condição de pessoa, desconsiderando seu direito de estar livre de tratamento degradante, entre outros. A mudança na atitude profissional é complexa e difícil, pois envolve questões de formação profissional, sobrecarga de trabalho e a precariedade das condições no local de trabalho. Contudo, não é impossível e aos profissionais de saúde cabe a tarefa de “aprender a desaprender”, e redimensionar seu papel na assistência, com tranquilidade e profissionalismo (DINIZ, 2003).

Muitas mulheres no mundo inteiro vivenciam situações de abuso, desrespeito e negligência durante a assistência obstétrica nas instituições de saúde. Este tipo de tratamento viola os direitos das mulheres a um cuidado respeitoso e ameaça o direito à vida, à integridade física e a não discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

É direito das mulheres terem um atendimento digno, respeitoso e atencioso, que garanta o mais alto padrão de saúde atingível. Isto inclui ser tratada pelo nome e ter sua integridade física e privacidade preservadas, ter sua individualidade reconhecida, bem como o respeito aos seus valores éticos e culturais, garantia de confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança sobre qualquer procedimento a ser realizado, e direito de estar livre de violência e qualquer forma de discriminação (DINIZ, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

#### **1.4 O modelo humanizado na atenção obstétrica: definições, características e propostas**

No Brasil, no final da década de 1980, tomaram impulso as reflexões críticas sobre o modelo assistencial tecnocrático a partir de diferentes movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, principalmente, pelo movimento feminista, em torno de pautas sobre direitos sexuais e reprodutivos. O movimento feminista, durante a década de 1980, tomou a saúde reprodutiva como um tema principal de sua atuação,

formando um campo de pressão para mudança nas políticas públicas e amadurecendo uma severa crítica ao “saber-poder” médico, historicamente vinculado a um discurso disciplinador do corpo feminino, então associado como local de reprodução e de imperfeição biológica (DESLANDES, 2005).

Nos anos 1990, as críticas a este modelo assistencial estavam mais intensas e apontavam para o seu autoritarismo, não respeito à autonomia das mulheres, que geravam, nos profissionais de saúde, condutas obstétricas intervencionistas (PORFIRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

A qualidade da assistência obstétrica era posta em cheque diante das elevadas taxas de mortalidade materna no país, bem como das crescentes taxas de cesarianas, consideradas “epidêmicas”, e também do acesso restrito ao serviço de pré-natal, apontando, desta forma, a necessidade de superação desta crise. Assim, revela-se a contradição entre o reconhecimento da cidadania, dos direitos sexuais e reprodutivos que a OMS, PAISM e o movimento feminista defendiam e a cruel realidade da mortalidade materna e da assistência precária à usuária. Desse modo, em meados dos anos 1990, o discurso de humanização da atenção obstétrica encontra um terreno favorável à sua institucionalização como política pública de saúde (DESLANDES, 2005).

Era consenso que a assistência obstétrica havia de melhorar em diversos aspectos (desde o acesso até a qualidade e resolutividade do atendimento), a questão era a discussão de uma atenção baseada nos princípios tecnocráticos *versus* os princípios de uma assistência humanizada. Estes questionamentos remetiam a debates relacionados a práticas clínicas em geral, onde se partia da percepção de que as técnicas empregadas obedeciam a uma lógica de valores sociais em que a tecnologia era o ícone máximo da assistência. Nesta concepção, a organização dos serviços de saúde e a relação entre profissionais e clientes desenham-se com princípios mercadológicos e de produtos. Estas práticas clínicas estavam embasadas em questões culturais, pelo princípio de autoridade deste modelo normativo e pouco fundamentado do ponto de vista científico (DAVIS-FLOYD, 2001; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004), como já descrito anteriormente.

É fato que o uso irracional de tecnologia provoca mais danos do que benefícios, dificultando, inclusive, a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Desta forma, iniciou-se um movimento que visa à utilização de tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre profissional de saúde e a mulher e a desincorporação de tecnologia danosa. Este movimento recebeu nomes diferentes nos diversos países e, no Brasil, é chamado de Humanização no Parto e Nascimento (DINIZ, 2005). Este movimento questiona a medicina

pautada no modelo biomédico e o uso excessivo de tecnologias no processo parturitivo (PEREIRA; MOURA, 2008).

Esta concepção intervencionista dos processos naturais da vida da mulher é responsável por gerar condutas iatrogênicas. Nesse sentido, a busca por melhorias da qualidade na assistência obstétrica no Brasil permanece como um desafio (FERREIRA JUNIOR; BARROS, 2012).

Nesse sentido, algumas ações governamentais contribuíram para o avanço do movimento de humanização na atenção obstétrica, principalmente no que diz respeito à atenção ao parto. Podem ser citados: o documento publicado pela OMS, em 1985, sobre “Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimento”; a criação da REHUNA, em 1993; o projeto da OMS Maternidade Segura, lançado em 1995; a regulamentação da atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal de baixo risco em 1998 pela Portaria MS/GM nº 2.815, de 29/5/1998; a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), em 1999, através da Portaria nº 985, de 05/08/1999; o PHPN, em 2000; e a PNH – HumanizaSUS, em 2004; a Rede Cegonha, em 2011. (PORFIRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010; DESLANDES, 2005; MOUTA; PROGIANTI, 2009; DINIZ, 2005; BRASIL, 2011d; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL), c2012b).

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, a implantação destas pode transformar práticas assistenciais a partir da atualização do *habitus* dos profissionais envolvidos na assistência, com aquisição de novos capitais que geram novas disposições dos sujeitos dentro do campo. *Habitus* pode ser entendido como conhecimento adquirido, uma disposição incorporada, duradoura e transferível, que resulta de um longo processo de aprendizado, sendo produto do contato com diferentes estruturas sociais e que pode ser renovado na medida em que se modificam os contatos sociais do agente (BOURDIEU, 2003; MOUTA; PROGIANTI, 2009; THIRY-CHERQUES, 2006).

Em pesquisa realizada por Camacho e Progianti (2013), no município do Rio de Janeiro, com enfermeiras obstétricas que atuavam em salas de parto, foi verificado que a grande maioria das enfermeiras pesquisadas reproduzia a obstetrícia clássica pautada no modelo biomédico antes da implantação do PHPN. Reproduziam o que apreendiam nas escolas de enfermagem, que, na época, também contribuíram para fortalecer este modelo no campo obstétrico. Desta forma, as enfermeiras obstétricas não atuavam para transformar a assistência obstétrica, pois não possuíam uma visão de mundo diferenciada no espaço hospitalar hierarquizado. Com a incorporação de novos conhecimentos, o que propiciou a

reflexão de suas práticas, as enfermeiras obstétricas puderam ser um agente de transformação com a implementação de práticas pautadas nos princípios da humanização.

Dentre as práticas pautadas nos princípios de humanização, as enfermeiras obstétricas fazem uso das tecnologias não invasivas de cuidado, as quais se apresentam como uma estratégia para a qualificação e a desmedicalização da assistência obstétrica. Estas são caracterizadas por um conjunto de práticas e atitudes que vão desde o pré-natal até o puerpério e que são fundamentadas no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O termo tecnologias de cuidado não invasivas é bastante utilizado na enfermagem obstétrica, e diz respeito a todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos que a enfermeira utiliza durante o processo de cuidado à sua cliente (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

A tecnologia de cuidado não invasiva é relacional, tem como principais instrumentos os corpos que se relacionam no processo de cuidado. Deriva de um saber estruturado, é uma tecnologia viva, dinâmica, adaptável e renovável, não se limitando a nenhum espaço físico. É uma tecnologia aberta, pois considera o ambiente e o contexto de vida da mulher (PORTO et al., 2011).

Basicamente, as práticas humanizadas desenvolvidas pelas enfermeiras obstétricas em unidades hospitalares envolvem (PORFIRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010):

- a) estímulo ao vínculo profissional-mulher-família a partir de uma relação atenciosa, acolhendo a mulher a partir de uma escuta ativa, individualizando o cuidado de acordo com a necessidade de cada mulher, respeitando e valorizando as suas demandas;
- b) práticas que proporcionem segurança e confiança da mulher, como, por exemplo, facilitar a presença do acompanhante de sua escolha durante trabalho de parto, parto e pós-parto;
  - A presença do acompanhante é direito de todas as mulheres mediante a Lei nº 11.108-2005, isto é, a presença de uma pessoa de escolha da mulher desde o momento de internação, parto e até dez dias após este, e independe se a assistência é prestada pelo serviço público ou pela rede privada, se é parto normal ou cesariana; este direito deve ser garantido (SÃO PAULO, 2015);
- c) práticas que promovam alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e que facilitem a sua progressão (água, respiração, massagem, movimentação e liberdade de posição).



Estas práticas humanizadas se enquadram na concepção de tecnologia de cuidado não invasiva no campo obstétrico e atendem aos princípios e diretrizes do MS (BRASIL, 2001, 2002b, 2014b).

Nesse contexto, o PHPN foi instituído pelo MS através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específicas à gestante, ao recém-nascido e à puérpera, na perspectiva dos direitos de cidadania e considera como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal e ampliar as ações já adotadas pelo MS, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002b).

O PHPN se fundamenta no direito à humanização da atenção obstétrica e neonatal. É estruturado de acordo com os seguintes princípios: toda gestante tem o direito ao acesso à atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002b).

Diante do exposto, compreende-se que o modelo humanizado surge em reação aos excessos da tecnocracia, em tentativa de tornar a assistência mais relacional, recíproca, individualizada, receptiva e empática. Traz a flexibilização de rotinas, o vínculo entre profissionais e clientes, bem como informações e decisões compartilhadas (DAVIS-FLOYD, 2001). Este modelo nasce contrapondo a ideologia de inferiorização do corpo feminino pregada pelo modelo biomédico.

Algumas iniciativas governamentais e da sociedade civil, como a construção de casas de parto, atuação de parteiras e doulas, e do parto domiciliar são, ao mesmo tempo, uma forte crítica à medicina tradicional e um convite à possibilidade da reinvenção social do cuidado às gestantes e puérperas. Desta maneira, busca resgatar o protagonismo da mulher, devolvendo sua autonomia e o controle sobre seu corpo e seus processos, a partir de uma assistência ética e de qualidade técnica (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A atenção obstétrica humanizada abrange um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção da saúde e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Esta atenção inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e bebê, que evite a intervenção desnecessária e que preserve a privacidade e autonomia da mulher. Os profissionais de saúde devem colocar seu conhecimento a serviço da mulher e do bebê, identificando os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, é fundamental o respeito à mulher e a seus familiares, chamá-la pelo nome, permitir a ela a identificação de cada membro da equipe de saúde, compartilhar decisões a partir de orientações e esclarecimento sobre quaisquer procedimentos, propiciar um ambiente acolhedor, confortável e silencioso, que respeite sua privacidade, permitir a presença de acompanhante de sua escolha durante sua internação, ofertar apoio emocional e estimular a liberdade de movimentos, bem como ofertar métodos não farmacológicos de alívio da dor, esclarecer suas dúvidas e anseios são atitudes relativamente simples, éticas e humanas (BRASIL, 2001).

O Modelo Humanista de Assistência possui doze características básicas: “conexão corpo-mente”; “o corpo como organismo”; “o indivíduo como sujeito relacional”; “conexão e relação de afeto entre profissional e cliente”; “diagnóstico e cura de fora para dentro bem como de dentro para fora”; “equilíbrio entre os desejos da instituição e do indivíduo”; “informação, tomada de decisão e responsabilidade compartilhadas entre profissional e cliente”; “ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo”; “foco na prevenção de doenças”; “a morte como resultado aceitável”; “cuidados dirigidos pela compaixão e mente aberta para outras modalidades”. Sendo seu princípio básico subjacente o balanço e a conexão (DAVIS-FLOYD, 2001).

A mente e o corpo são entidades distintas, porém, interligadas, conectadas, de forma que não é possível tratar sintomas físicos sem levar em consideração os componentes psicológicos que estão por trás do físico. Há momentos em que os problemas podem ser mais bem encaminhados a partir de um suporte emocional do que das intervenções tecnológicas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Para o MS, humanizar é proporcionar um atendimento de qualidade que articule os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a).

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento, pois permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades; contribui para relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional, em lugar de “assumir o comando da situação”, passa a compartilhar decisões e a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (BRASIL, 2001).

Para atingir o ideal de humanização, é fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde para o exercício de uma atenção que tenha como princípio o diálogo, acolhimento, respeito e ética (MATOS et al., 2013).

Os profissionais de saúde, formados no modelo tradicional, estão habituados a oferecer informações lineares, uma vez tendo a sua tomada de decisão, porém, com os profissionais humanísticos, este processamento ocorre de forma não linear, subjetiva, visando ao desempenho de um papel significativo, qual seja, a divisão da responsabilidade das condutas terapêuticas do cuidado. Esta doutrina constitui o consentimento informado, a partir da compreensão do indivíduo acerca de sua situação de saúde, bem como das suas opções de cuidado. Este paradigma emergente da saúde, denominado humanístico, permite a compreensão do processo do cuidado que tem como foco o sujeito, ou seja, a mulher, valorizando o seu empoderamento e protagonismo (DAVIS-FLOYD, 2001).

Contudo, apesar das importantes mudanças que ocorreram a partir dos programas e políticas de saúde, como a Lei do Acompanhante e a ampliação da cobertura pré-natal, a atenção obstétrica no país permanece centrada num modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrata (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; PEREIRA; MOURA, 2008; DINIZ; 2005).

### **1.5 Desvelando a violência obstétrica**

A literatura sobre a temática da violência obstétrica aponta para conceitos e características referentes exclusivamente àquela perpetrada nos serviços de saúde, principalmente no momento do parto, o qual é considerado um momento de maior vulnerabilidade para a mulher e também de grande valorização pela sociedade. Desta forma, a violência obstétrica tem seu conceito, na maioria das produções científicas, vinculado ao conceito de violência institucional.

A violência institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário. É perpetrada por

agentes que deveriam proteger pessoas que vivenciam algum tipo de violência, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos (AGENDE AÇÕES EM GÊNERO, CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO, 2004).

O MS conceitua a violência institucional como aquela que pode ser exercida nos/pelos serviços públicos, por ação ou omissão, incluindo, neste aspecto, desde a falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2002a).

Para Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), a violência contra a mulher, particularmente nas maternidades, é entendida como a transformação de uma diferença em desigualdade, numa relação hierárquica com o objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade, comunicação e ação impedidas ou anuladas.

A violência obstétrica corresponde a qualquer ato realizado contra a mulher no exercício do seu período reprodutivo, ou seja, durante a gestação, parto, pós-parto ou em situação de aborto. Pode ser caracterizada pelo atendimento desumano, agressões verbais, a privação de um acompanhante, as intervenções realizadas de rotina e de forma desnecessária, bem como a transformação de processos naturais em patológicos, e que, por consequência, acabam por repercutir de maneira negativa na qualidade de vida destas mulheres, retirando sua autonomia e o poder de decisão sobre seu corpo e sua sexualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Contudo, é importante analisar a violência obstétrica numa perspectiva ampliada, considerando as questões de gênero que estão no entorno do fenômeno da violência contra a mulher, onde esta se encontra mais vulnerável a vivenciar situações de violência por sua condição de gênero em diferentes momentos de sua vida e em diferentes espaços institucionais em que se encontra inserida.

As instituições são instâncias de saber que permitem a todo tempo recompor as relações sociais, organizar espaços e recortar limites. A despeito de sua forma virtual, imaginária e simbólica, não estão desvinculadas da prática social. Cada sociedade, segundo o modelo infraestrutural a que obedece, cria um tipo de instituição, que será mantida e sustentada em todos os níveis, do Estado à família, Igreja, escola, relações de trabalho, sistema jurídico, e outros (PEREIRA, 2007, p. 11).

Desta forma, é possível dizer que a violência obstétrica transcende o espaço institucional dos serviços de saúde, de modo que ela pode ocorrer em diferentes instituições

sociais como família, escola, trabalho, unidades de saúde, dentre outros. É caracterizada, basicamente, onde haja a violação dos direitos humanos das mulheres durante o exercício de sua saúde reprodutiva.

Ao considerar que a atenção à saúde da mulher diz respeito a um direito humano, um direito reprodutivo e sexual e que envolve questões de desigualdades de gênero, etnia e classe, passa-se a ter um arcabouço legal importante na orientação das ações de saúde pública, reforçando a responsabilidade dos governos (REIS; PEPE; CAETANO, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Na medida em que não se tem garantido institucionalmente os direitos à atenção à saúde com qualidade, ou seja, um direito humano, se estabelece uma violação dos direitos, o que caracteriza uma violência institucional (MURY, 2016).

Algumas manifestações da violência obstétrica nos serviços de saúde são: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; entre outros (BRASIL, 2002a; MURY, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (2014) afirma que práticas de violência nos serviços de saúde podem ocorrer em qualquer período da gravidez, do parto ou do puerpério, contudo, as mulheres se encontram mais vulneráveis durante o momento do parto. As ações de desrespeito e abuso durante o parto incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos coercivos ou não consentidos, violação de confidencialidade e privacidade, entre outras.

Nesse sentido, a violência obstétrica nos serviços de saúde, envolve seis modalidades de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático. Ressaltando que pode acontecer de, numa mesma situação, mesclarem-se os caracteres de violência obstétrica (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), conforme se segue:

- a) Caráter físico: condutas realizadas sobre o corpo da mulher e que não possuem respaldo científico, causam dor ou dano físico. Práticas inadequadas e invasivas, que resultam em iatrogênicas, como, por exemplo: manobras de

Kristeller, uso rotineiro de ocitocina exógena, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando indicada.

- b) Caráter psicológico: ação verbal ou comportamental que viole a dignidade humana, levando a mulher a sentimentos de inferioridade, abandono, medo, insegurança, dissuasão. Exemplos: chacotas, ameaças, mentiras, humilhação, omissão de informação, desrespeito a crenças e culturas.
- c) Caráter sexual: ato que viole o pudor e a intimidade da mulher, incidindo sobre sua integridade sexual e reprodutiva, que pode ou não ter acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas, resultando em sofrimento físico. Exemplos: exame de toque vaginal invasivo, episiotomia, imposição de posição supina para dar à luz, cesariana sem consentimento informado, lavagem intestinal.
- d) Caráter institucional: ações e formas de organizações que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam eles ações e serviços de natureza pública ou privada. Exemplos: não permitir presença do acompanhante de escolha da mulher durante trabalho de parto, parto, e puerpério imediato, impedimento à amamentação.
- e) Caráter material: ações que tenham o objetivo de obter recurso financeiro de mulheres em processo reprodutivo, violando os direitos à saúde garantidos por legislação, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos ou profissionais de saúde, induzindo a contratação de plano privado sob argumento de ser a única opção que permita a presença do acompanhante.
- f) Caráter midiático: ações realizadas por profissionais através dos meios de comunicação, que violem psicologicamente mulheres no exercício do seu período reprodutivo, denegrindo seus direitos por meio de mensagens, imagens e outros símbolos difundidos publicamente. Apologia às práticas não recomendadas cientificamente em prol de fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana como procedimento seguro e indolor, ridicularização do parto normal, apologia ao aleitamento artificial por fórmulas em detrimento do aleitamento materno.

É importante ressaltar que a violência obstétrica em maternidades tem sido tema recente de estudo em diversos países. Além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes aos maus-tratos vividos

pelas mulheres, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e etnia (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Alguns autores propuseram conceitos sobre a violência obstétrica, compreendendo-a como aquela que acomete a mulher no período gravídico-puerperal, caracterizada por agressão física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, negligência na assistência e discriminação, assim como as intervenções excessivas ou inapropriadas, adesão a práticas obstétricas reconhecidamente desaconselháveis, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento científico, bem como o impedimento da presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto/parto (MUNIZ; BARBOSA, 2012; BRASIL, 2014c; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Países como Argentina e Venezuela contribuíram com a temática da violência obstétrica a partir de discussões e debates que acabaram por gerar resultados positivos através da criação de legislações que tipificassem o conceito de violência obstétrica, que abordassem os direitos da mulher durante o trabalho de parto e parto, bem como o direito dos recém-nascidos e também sobre as penalidades em caso de infração a estes direitos.

O dispositivo legal venezuelano, a Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, de 2007, é preciso em sua forma de coibir e erradicar a violência obstétrica, pois explicita atos que não devem ser realizados à gestante em trabalho de parto pelos profissionais de saúde sob pena de sofrerem consequências legais. Contudo, há ausência de informações quanto aos direitos de mulheres, pais e recém-nascidos durante o nascimento. Não há menção na legislação da Venezuela quanto ao direito do acompanhante, ou sobre o tratamento de gestantes, pais e filhos no âmbito do atendimento à saúde como ocorre na legislação da Argentina (Lei Nacional nº 25.929 ou Lei do Parto Humanizado, de 2004), salvo os direitos à maternidade, vínculo mãe/bebê e aleitamento materno, que são resguardados pela Lei Orgânica de Proteção aos Meninos, Meninas e Adolescentes. Falta, nesse sentido, à legislação da Venezuela, abordar a humanização no atendimento ao parto, bem como a compreensão deste como um evento familiar (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No que tange ao conceito de violência obstétrica, a legislação da Argentina e da Venezuela muito se assemelham. Definem violência obstétrica como uma “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 36).

Nota-se, neste conceito internacional, a relação direta da violência obstétrica com as atitudes e práticas dos profissionais de saúde, caracterizadas por um atendimento

desrespeitoso e desumano. Contudo, algumas formas de violência que acometem as mulheres neste período não são reconhecidas tão facilmente pela sociedade e sua naturalização favorece a invisibilidade do problema.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas e conveniadas ao SUS) demonstrou que a maioria das mulheres foi submetida a algum tipo de intervenção excessiva (restrição ao leito, dieta zero, ocitocina sintética e episiotomia) durante o trabalho de parto e parto. Estas intervenções descritas, quando realizadas sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessário e não são recomendadas pela OMS como procedimentos de rotina (LEAL; GAMA, 2014).

Tais práticas inadequadas realizadas de forma constante nas unidades de saúde, mesmo com ausência de comprovação científica, e estando desaconselhadas pelo MS, acabam sendo compreendidas pela sociedade como realmente necessárias e indispensáveis ao processo, mas que, na realidade, constituem uma forma de violência.

Uma das características da violência é ter um caráter invisível e naturalizado. Em decorrência de situações a que ambos estão expostos e da precariedade de grande parte dos equipamentos de saúde, do acesso e de uma relação pouco favorecedora da afirmação dos direitos e do protagonismo da mulher no processo, muitas das expressões de violência não são percebidas como tais (BRASIL, 2014c).

A violência invisível, simbólica é muito frequente e ocorre quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinções entre pessoas como legítimas, disfarçando os reais interesses e as relações de poder desiguais vigentes, ao ponto de isto se tornar aceitável, por ambos, dominadores e dominados (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Nesse contexto, o pensamento da classe dominante é muito difundido, e a comunidade de baixo poder aquisitivo, por não possuir meios de produção, passa a aceitar e a incorporar a verdade da classe dominante (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

A violência simbólica, por ter como característica aspectos relacionados à invisibilidade e à pouca tangibilidade, traz em sua formação a construção do poder simbólico e, assim, transforma-se silenciosamente em outros tipos de violência, num processo que transmite ares de naturalidade e confunde os olhos daqueles que a ela se submetem e mesmo dos que a praticam, acontecendo, principalmente, quando se localiza num terreno institucional ambíguo, onde encontra diversas maneiras de justificar sua incapacidade de realizar uma assistência razoável e decente, sendo aceitas pelas mulheres como normais (PEREIRA, 2000).

O reconhecimento da sociedade sobre seus direitos e a violação destes, bem como a possibilidade de ser assistida por um modelo de assistência que respeite sua autonomia e



liberdade de escolha, é fundamental para auxiliar no combate da banalização e da naturalização da violência contra a mulher nos serviços de saúde.

É necessário que estas mulheres tenham acesso a serviços de saúde que ofereçam uma assistência de qualidade; que não sejam limitados à reprodução de técnicas obstétricas, mas que consigam oferecer uma assistência que atendam a mulher e sua família de uma maneira integral, favorecendo sua participação e fazendo valer seus direitos. O esclarecimento de dúvidas e anseios, bem como orientações de cunho técnico baseadas em estudos científicos e nos direitos constituídos em legislação, são ferramentas importantes para o empoderamento destas mulheres.

É importante que as práticas obstétricas estejam de acordo com os níveis aceitáveis de interferências no corpo e na saúde das gestantes, incluídas as intervenções físicas praticadas pelos profissionais de saúde no atendimento obstétrico de forma a prevenir a ocorrência de danos à saúde das mulheres (SOUSA, 2015).

Nesse contexto, observa-se um descompasso no que diz respeito às recomendações ministeriais e as práticas de saúde, podendo ser utilizado como exemplo os dados sobre as taxas de cirurgia cesariana.

O percentual de cirurgias cesarianas, atualmente, no Brasil, chega a 84% na saúde suplementar e, na rede pública, este número corresponde a 40% dos partos. Este percentual é preocupante por ser bem superior aos 15% recomendados pela OMS. A cesariana é, sem dúvida, uma cirurgia muito importante e que, com indicação, salva vidas de mulheres e bebês. No entanto, quando realizada sem indicação, pode ocasionar riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumentando em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015, 2008).

Além dos riscos elevados de uma cirurgia cesariana desnecessária, esta pode também ser considerada como uma forma de violência obstétrica quando realizada sem indicação clínica e sem o consentimento livre e esclarecido da mulher (SÃO PAULO, 2015; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Os últimos dados disponíveis pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre a situação de mortalidade materna e neonatal no país, do ano de 2011, demonstra que a taxa de mortalidade neonatal se encontrava entre 10,6 por mil nascidos vivos e a razão de mortalidade materna de 64,8 por cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2012b).

De 1990 a 2011, o país reduziu em 55% a taxa de óbitos das gestantes, ou seja, a taxa caiu de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos em duas décadas (NAÇÕES UNIDAS, 2014a).

Cabe destacar que a OMS considera como aceitável uma razão de mortalidade materna entre 10 e 20 por cem mil nascidos vivos, o que deixa o Brasil em situação de atenção constante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996a).

Apesar dos índices de mortalidade materna e neonatal no país terem tido uma redução, comparados aos anos anteriores, ainda estão longe do esperado e recomendado pela OMS, o que corresponde a uma redução de três quartos (75%) (BRASIL, 2015a; NAÇÕES UNIDAS, 2014b), refletindo, dessa forma, um modelo de assistência obstétrica que requer urgentemente adoção de novas práticas que reduzam estes riscos à saúde.

A morte materna revela, também, que o Estado negligencia seu dever de proteger a vida e a saúde da mulher, e que há na sociedade desigualdade entre gêneros, estando a mulher mais vulnerável (VENTURA, 2008). Nesse sentido, há maior reconhecimento de que a redução da mortalidade materna não se restringe a uma questão de desenvolvimento; está relacionada à cidadania, aos direitos da cidadania e, sobretudo, deve ser vista como uma questão de direitos humanos (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Dessa forma, o índice de mortalidade materna é um importante indicador de avaliação do lugar que a mulher ocupa na sociedade. Este reflete a adequação não só do sistema de saúde, mas também das diversas políticas públicas voltadas à população feminina no atendimento às suas necessidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996a).

No que diz respeito à taxa de mortalidade materna e sua relação com a assistência obstétrica, vale lembrar que as mulheres em situação de abortamento estão num grupo desfavorecido, onde o acesso e a qualidade do serviço muitas vezes perpassam por questões de cunho moral e religioso, gerando julgamentos e atitudes discriminatórias que se refletem em agravos à sua saúde.

A ausência de um atendimento adequado nos casos de abortamento pode ocorrer quer seja pelo pensamento de que a mulher não carrega mais uma vida em seu ventre e por isso não é dada a urgência nos procedimentos necessários ao tratamento da mulher, quer seja pelo pré-julgamento dos profissionais de saúde (SOUSA, 2015). Geralmente, a assistência à mulher em situação de abortamento é norteadada pela concepção de que o aborto é um crime, sem alusão aos direitos reprodutivos e sexuais, ou às questões sociais que derivam da problemática da clandestinidade (SOARES, 2003).

As mulheres em situação de pós-parto também não estão livres de vivenciarem a violência obstétrica. A exemplo: a separação da mãe de seu filho imediatamente após o parto,

sem nenhum tipo de impedimento clínico que o justifique, com retorno do bebê após várias horas de nascido (fato que dificulta o vínculo, o início da amamentação, bem como a duração do aleitamento exclusivo); o exame clínico das mamas sem consentimento e sem a informação sobre o procedimento; bem como a perda do sentido da amamentação como um direito, ou seja, quando é realizada uma imposição ou obrigatoriedade, este caráter de direito assume um caráter normativo. Estas são algumas formas de violência que a puérpera está sujeita a vivenciar durante sua estadia na maternidade, além de uma abordagem inadequada de alguns profissionais de saúde, que reduzem a mulher com um tratamento infantilizado e restrito a cuidar do seu bebê quando a chamam por “mãezinha” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Deste modo, faz-se necessária não só uma mudança cultural, mas também de formação profissional, que assegure a promoção dos direitos humanos. Neste sentido, estão incluídos os direitos sexuais e reprodutivos, para a transformação da realidade vivenciada na prática das instituições de saúde, possibilitando o enfrentamento das questões relacionadas com a violência obstétrica (RODRIGUES, 2014a).

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva, exploratória e tem como principal objetivo analisar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade sobre a violência obstétrica.

Neste estudo, buscou-se aprofundar a temática da violência obstétrica pela perspectiva de um grupo específico a partir de seus discursos, logo, para o delineamento desta pesquisa, será utilizada a abordagem qualitativa, visto que a temática se situa no âmbito do aspecto subjetivo e simbólico.

A pesquisa qualitativa enfoca compreender a experiência humana vivida, coletando e analisando materiais narrativos, subjetivos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa se aplica melhor em estudos da história, das relações, das representações, das crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Esta abordagem se enquadra melhor ao estudo de grupos e seguimentos delimitados através da análise de discursos e de documentos e se caracteriza pela sua empiria e sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou fenômeno em investigação (MINAYO, 2010).

O estudo descritivo tem como objetivo descrever completamente as características de um fenômeno ou de uma população, e o estudo exploratório, dentre seus objetivos principais, destaca-se por aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno e clarificar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O pesquisador que conduz a investigação descritiva, conta, descreve e classifica [...] como a pesquisa descritiva, a pesquisa exploratória começa com algum fenômeno de interesse; no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 34).

Com este estudo, não se buscou constatar que a violência obstétrica em maternidades acontece, nem tampouco identificar sua frequência, uma vez que partimos do pressuposto que ela exista como nos embasa a literatura. O que se pretende é compreender melhor o

fenômeno da violência obstétrica pela perspectiva do profissional de saúde que está envolvido diretamente no cuidado à mulher desde o momento do pré-natal até o puerpério, as enfermeiras (AGUIAR, 2010).

## **2.2 Cenário da pesquisa**

O campo de pesquisa é o recorte espacial que representa uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (MINAYO, 2010).

Considerando o objeto de investigação da pesquisa, a violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras que atuam em maternidade, foi selecionado um hospital maternidade da rede pública do município do Rio de Janeiro, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, localizado na área programática 1.0, que envolve os bairros do Centro, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristovão, Mangueira, Benfica, Santa Teresa, Saúde, Paquetá e Vasco da Gama.

Esta unidade foi escolhida por ser referência no atendimento obstétrico de baixo risco, onde as enfermeiras obstétricas possuem autonomia para sua atuação, além de possuir número representativo de enfermeiras em diferentes setores da maternidade.

## **2.3 Participantes da pesquisa**

A Resolução nº 466/12 incorpora os princípios da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e, nessa perspectiva, visa a garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade e ao Estado (BRASIL, 2012c).

As participantes da pesquisa foram 31 enfermeiras de diferentes setores da maternidade estudada: supervisão, ambulatório, admissão, centro obstétrico, centro cirúrgico obstétrico, enfermaria de gestante e abortamento e enfermaria de alojamento conjunto.

A inclusão de enfermeiras de diferentes setores tem sua importância justificada na busca por uma perspectiva ampliada e diversificada da violência obstétrica no contexto de

uma maternidade. O grau de complexidade de cada setor e as experiências e vivências das profissionais em cada contexto assistencial possibilitam a análise coletiva do fenômeno da violência obstétrica numa perspectiva de transversalidade.

Segundo Pedroso e Vieira (2009), transversalizar é incluir diferentes atores, contextos e coletivos, levando em consideração suas conexões possíveis que indicam caminhos para uma saúde que defenda o valor da vida.

No tocante aos setores em que as participantes da pesquisa atuam, destacam-se as seguintes características:

- a) Ambulatório – direcionado para o atendimento do pré-natal de alto risco e acompanhamento integral da gestação realizado por profissionais médicos. Cabe à enfermeira deste setor a organização do fluxo de atendimento e exames, bem como a realização de grupos educativos que ocorrem semanalmente;
- b) Admissão – setor de entrada das mulheres na maternidade. São recebidas pela equipe de enfermagem, onde as enfermeiras (obstétricas ou generalistas) acolhem esta mulher e seu acompanhante e realizam a classificação de risco de acordo com a gravidade de seu quadro, para posteriormente ser atendida pelo médico obstetra. A enfermeira obstétrica deste setor é responsável também pela “Visita Cegonha”, uma reunião com gestantes a partir de 28 semanas e seus acompanhantes, agendada pelo pré-natal, que tem por objetivo uma aproximação da mulher com a maternidade referência e com os profissionais de saúde, através de orientações e esclarecimento de dúvidas sobre trabalho de parto e parto e visita pelos diferentes setores da unidade;
- c) Enfermaria de alojamento conjunto e Enfermaria de gestantes e abortamento – apresentam 40 leitos cada;
- d) Centro cirúrgico obstétrico – possui duas salas de cirurgias, uma sala para curetagem e dois leitos de Recuperação Pós-Anestésica (RPA);
- e) Centro obstétrico – possui seis salas de pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP) e três leitos extras para acompanhamento de mulheres que não se encontram em trabalho de parto, mas que necessitam de uma maior atenção, como caso de indução, ameaça de trabalho de parto prematuro em tocólise, pré-eclâmpsia/eclâmpsia em uso de sulfato de magnésio, entre outros.

Importante destacar que a atuação das enfermeiras obstétricas é somente no setor de admissão e nas salas de parto/centro obstétrico, sendo responsáveis, dentre outras atribuições, pela assistência ao trabalho de parto e parto de baixo risco.

A fim de proporcionar melhor visualização da distribuição das participantes do estudo de acordo com seu local de atuação na maternidade, foi elaborado um quadro demonstrativo (Quadro 2), no qual é possível observar que a coleta de dados abrangeu mais da metade das profissionais enfermeiras que atuam na unidade.

Quadro 2 – Distribuição das participantes segundo local de atuação na maternidade

<b>Setor</b>	<b>Número de Enfermeiras</b>	<b>Número de Entrevistadas</b>
Ambulatório	01	01
Admissão	12	06
Alojamento Conjunto	12	06
Enfermaria de Gestante e Abortamento	06	05
Centro Obstétrico	15*	06
Centro Cirúrgico Obstétrico	06	06
Supervisão	03	01
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>31</b>

Legenda: \*No período da coleta, havia 3 enfermeiras de férias e/ou licença. O quadro completo deste setor abrange 18 enfermeiras.

Fonte: A autora, 2017.

O número total de depoentes foi limitado a partir do componente de saturação das respostas, ou seja, à medida que as entrevistas apresentaram-se repetidas, foi considerado ter atingido a saturação das respostas (MINAYO, 2010).

O estudo de natureza qualitativa não está preocupado com a generalização dos resultados obtidos, mas sim com a caracterização, compreensão e interpretação dos fenômenos observados num grupo específico (MOURA; FERREIRA, 2005).

O critério de inclusão para participação no estudo foi a profissional atuar na unidade como enfermeira e possuir vínculo empregatício com a mesma. A seleção das profissionais dos setores ocorreu de forma aleatória, sendo entrevistadas aquelas que estavam de plantão no dia da coleta de dados e que aceitaram o convite para participar do estudo.

Como critério de exclusão, consideraram-se as enfermeiras que não possuíam vínculo empregatício com a unidade, como as residentes, e também aquelas profissionais que são enfermeiras, mas não atuam na unidade nesta função.

## 2.4 Coleta de dados

A escolha por determinada técnica de coleta de dados está intimamente relacionada à natureza dos constructos envolvidos na pesquisa, na medida em que tal escolha deve se nortear pelo objetivo de obter instrumentos que sejam capazes de fornecer informações importantes a respeito dos indicadores explicitados na definição prévia destes constructos (MOURA; FERREIRA, 2005).

Assim, definiu-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada, que foi realizada com o auxílio de um gravador, em um local reservado a fim de evitar constrangimentos devido a questões específicas sobre a violência. O roteiro de entrevista semiestruturada foi composto por oito perguntas sobre o perfil das entrevistadas e seis perguntas abertas relacionadas ao objeto de estudo (APÊNDICE A).

A entrevista diz respeito ao encontro de duas pessoas, em que o objetivo principal é obter informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema. É um procedimento utilizado na investigação social para auxiliar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Dentre as diferentes modalidades de entrevista, optou-se nesta pesquisa por utilizar a semiestruturada, pela sua flexibilidade, pois, apesar de se apresentar sob a forma de um roteiro preliminar de perguntas, pode se moldar à situação concreta de entrevista, uma vez que o pesquisador possui liberdade de acrescentar novas perguntas com o intuito de aprofundar aspectos relevantes aos propósitos do estudo (MOURA; FERREIRA, 2005).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e ocorreu após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), nos meses de maio a julho, conforme o cronograma de atividades (APÊNDICE B).

Após o término das entrevistas, estas foram transcritas pela pesquisadora, digitalizadas e transferidas para um CD-ROM, onde ficarão arquivadas durante cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal e, após este prazo, serão excluídas, como prevê a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c).



## 2.5 Análise dos dados

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, superar a sociologia ingênua e o empirismo, buscando adentrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência da sua realidade. A análise de um material colhido em campo visa a alcançar três objetivos: ultrapassagem das incertezas, enriquecimento da leitura e integração das descobertas (MINAYO, 2010).

A análise qualitativa é uma atividade intensa, que exige dedicação, criatividade e sensibilidade. Ela não segue de modo linear, é mais complexa e mais difícil do que a análise quantitativa, por ser menos convencional. A finalidade da análise dos dados é organizar, fornecer estrutura e extrair significados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os depoimentos obtidos foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

Dentre as diferentes modalidades existentes de análise de conteúdo, aplicou-se a técnica de análise temática. A análise temática tem uma abordagem transversal, isto é, recorta o conjunto das entrevistas por meio de uma grade de categorias projetadas sobre os conteúdos. Leva em conta a frequência dos temas extraídos do conjunto de discursos, correspondendo a dados segmentáveis e comparáveis (BARDIN, 2011).

No entender de Minayo (2010, p. 316), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Neste estudo, foram seguidas as três fases em ordem cronológica da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011):

- a) Pré-análise: Fase na qual ocorre a preparação dos dados colhidos, transcrevendo-os e realizando a organização do material. Tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir um

esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise;

- b) Exploração de materiais: Administração sistemática das decisões tomadas que consistem em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas;
- c) Tratamento dos dados, inferência e a interpretação: Os resultados brutos são tratados de forma que sejam válidos e significativos. Compreende uma análise quantitativa e qualitativa dos dados, permitindo estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, que condensam e expõem as informações fornecidas pela análise. O pesquisador em posse dos resultados fiéis e significativos pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou até mesmo a respeito de outras descobertas inesperadas.

Os custos desta pesquisa foram arcados pelos autores. Não houve nenhum tipo de benefício econômico para os participantes ou para a instituição onde ocorreu o estudo.

## **2.6 Aspectos éticos e legais**

O estudo obedeceu aos pressupostos e exigências da Resolução nº 466/12, do CNS, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012c).

O estudo foi submetido e aprovado pelo COEP da Faculdade de Enfermagem da UERJ (ANEXO A) e pelo COEP da SMS/RJ (ANEXO B).

Após aprovação do projeto pelo COEP da UERJ e da SMS/RJ, iniciou-se a coleta de dados com as enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa, após orientações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Caracterização das participantes da pesquisa

Ao apresentar os principais resultados que emergiram na análise do conteúdo das entrevistas, considerou-se, para melhor compreensão, descrever algumas das características sociais das enfermeiras entrevistadas, que atuam em diferentes setores (supervisão, admissão, ambulatório, centro cirúrgico obstétrico, centro obstétrico, enfermaria de gestante e abortamento e enfermaria de alojamento conjunto) de uma maternidade pública da região do município do Rio de Janeiro.

Dos 55 enfermeiros lotados nestes setores da maternidade, ao serem aplicados os critérios de inclusão descritos no capítulo da metodologia, obteve-se um total de 31 participantes, todas do sexo feminino. Embora o homem tenha conquistado espaço na enfermagem, a profissão ainda corresponde a um grupo majoritariamente feminino, principalmente em atividades referentes à saúde da mulher (SOUZA et al., 2014).

Sobre a faixa etária, prevaleceu a faixa dos 25 aos 57 anos de idade, em que mais da metade delas - 17 (55%) - encontrava-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos.

Sobre o tempo de graduação, este variou de 1 a 29 anos, prevalecendo 15 (48%) entre 6 a 10 anos de formada. Este dado evidencia que a maioria das participantes foi formada após a instituição pelo Ministério da Saúde (MS) do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que se deu no ano de 2000. Tal programa se fundamenta no direito à uma prática obstétrica e neonatal humanizada, integral e individualizada, defensora dos direitos reprodutivos e sexuais (BRASIL, 2002b).

No que tange ao tempo de experiência em maternidades das enfermeiras, foi observada uma diversidade, variando de poucos meses até 20 anos de experiência nesta área. E 23 entrevistadas possuíam entre 2 a 20 anos de experiência em maternidades, o que indica ser um grupo com condições profissionais para analisar possíveis situações de violência obstétrica em sua prática profissional. Vale ressaltar que o tempo de experiência de atuação em maternidade focou a experiência como profissional enfermeira, independente de terem atuado anteriormente em maternidade em outra função.

No que diz respeito a terem realizado algum curso de especialização, verificou-se que a maioria das enfermeiras 20 (65%) era especialista, algumas até mesmo com mais de uma

especialização. Os cursos de pós-graduação referidos pelas entrevistadas são de diferentes áreas da saúde, como: enfermagem obstétrica, enfermagem oncológica, terapia intensiva, enfermagem em neonatologia, gerontologia e enfermagem do trabalho. Este dado demonstra que as enfermeiras estão voltadas para atualizações em sua prática, o que pode ser explicado ao se considerar as necessidades de mercado, que exigem melhorias nos currículos profissionais. Este contexto circunstancial favorece também a melhoria da qualidade da assistência. Nessa perspectiva, a noção de empregabilidade motiva o trabalhador a obter credenciais que melhorem sua inserção no mercado de trabalho (CARVALHO, 2011; LIMA et al., 2015).

As especialistas em enfermagem obstétrica, lotadas nos setores de admissão e centro obstétrico, correspondem a 10 (32%) das enfermeiras do estudo. No que diz respeito à especialização na área de saúde da criança, este número correspondeu a uma (3%).

Considerando a autonomia das enfermeiras obstétricas, geralmente observa-se que, nas maternidades, elas são importantes agentes de transformação do modelo de assistência hospitalar biomédico para o modelo humanizado e desmedicalizado da assistência obstétrica.

O movimento de humanização e de transformação do modelo assistencial ao parto e nascimento não teria avançado no Brasil sem a atuação das enfermeiras obstétricas no processo de mudança (NARCHI; CRUZ; GONÇALVEZ, 2013).

Chama a atenção o fato de que 21 participantes não são enfermeiras obstétricas e 11 enfermeiras não possuem nenhum tipo de curso de especialização, o que pode influenciar na percepção e avaliação sobre a violência obstétrica. Porém, a atuação conjunta das enfermeiras especialistas e não especialistas pode influenciar na percepção de ambas sobre a atenção obstétrica.

O presente estudo destaca-se por abordar a perspectiva de enfermeiras de maternidade sobre a violência obstétrica. Nesse sentido, seus discursos expressaram numa única categoria as definições, características e os fatores influentes que permeiam a violência obstétrica – “Expressões de Violência Obstétrica na perspectiva de enfermeiras de maternidade” (APÊNDICE D).

### 3.2 Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade

Esta categoria corresponde às definições e características da violência obstétrica e aos fatores influentes para sua ocorrência na concepção das enfermeiras atuantes em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Os discursos das participantes indicam um resgate de suas vivências profissionais e também pessoais.

Esta categoria é constituída por duas categorias intermediárias: “Definições e características da violência obstétrica” e “Fatores influentes para a ocorrência da violência obstétrica”.

#### 3.2.1 Definições e características da violência obstétrica

Esta categoria intermediária trata da percepção das enfermeiras sobre o que caracteriza a violência obstétrica. Estas apontaram a violência obstétrica vinculada tanto aos serviços de saúde (em maior proporção) e, de maneira mais ampliada, indicaram também a violência obstétrica como algo relacionado à condição de reprodução, ou seja, podendo acontecer em outros espaços sociais além da instituição de saúde.

Dessa maneira, na composição desta categoria intermediária, destacam-se duas subcategorias: “A violência obstétrica: uma manifestação nas instituições de saúde”, perpetrada no interior da unidade de saúde e “A violência obstétrica no âmbito social”, ou seja, que acomete a gestante/puérpera em seu contexto social e não hospitalar.

##### 3.2.1.1 A violência obstétrica: uma manifestação nas instituições de saúde

Observou-se que a maioria das enfermeiras compreende a violência obstétrica como sendo aquela perpetrada nos espaços institucionais de saúde, sendo o momento do parto o período mais citado por elas, como de maior ocorrência.

Nesse aspecto, as participantes atribuem características relacionadas a atitudes profissionais negligentes, imprudentes e desrespeitosas, bem como a utilização inadequada de

procedimentos, tecnologias assistenciais invasivas, a não utilização de tecnologias de cuidado não invasivas<sup>2</sup> e a inequidade no acesso aos serviços e recursos de atenção à saúde (violência estrutural).

#### 3.2.1.1.1 Atitudes profissionais negligentes, imprudentes e desrespeitosas

As enfermeiras apontaram em seus discursos que consideram violência obstétrica nos espaços institucionais de saúde, na maioria das vezes, aquelas ações/conduas diretamente relacionadas à prática do profissional de saúde, ou seja, atitudes de imprudência, negligência e ações desrespeitosas à cliente pelos profissionais de saúde.

Vale a pena conceituar o que seriam atitudes de imprudência e negligência na prática profissional. A imprudência consiste na precipitação, na falta de previsão, em contradição com as normas do procedimento sensato. Age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, precipitadas, sem cautela. Já a negligência é a omissão daquilo que razoavelmente se faz. Caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É a inobservância das normas que nos ordenam a agir com atenção, com capacidade, solicitude e discernimento (PONTES; LACERDA; TOZETTO, 2001).

O enfermeiro deve assegurar uma assistência segura, como determina o código de Ética da Enfermagem no art. 12, que diz que é responsabilidade e dever do enfermeiro assegurar uma assistência de enfermagem à pessoa, família e coletividade, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL), c2012a).

A prática da imprudência foi lembrada pelas enfermeiras através de condutas que são de competência e conhecimento técnico do profissional de saúde (enfermeiros e médicos), mas que estes o fazem de maneira precipitada, sem tomar os devidos cuidados, ignorando as consequências que tais atos podem provocar na saúde da mulher.

Nesse aspecto, foi exemplificado como imprudência a realização de sutura de

---

<sup>2</sup> As tecnologias de cuidado não invasivas são aquelas utilizadas pela enfermagem obstétrica no cuidado à mulher. No contexto de desmedicalização, podem ser empregadas nas diferentes fases de parir e nascer. Dessa forma, as tecnologias podem ser consideradas como alternativa segura e eficaz no processo de desmedicalização (MEDINA, 2003; VARGENS; PROGIANTI, 2004).

laceração do canal vaginal no puerpério imediato de maneira desconfortável para a puérpera, que ocasiona dor, bem como acarretará o comprometimento de uma técnica de sutura adequada, uma vez que o profissional a realiza com pressa por motivos banais. Outro exemplo mencionado foi a realização de procedimento anestésico durante cirurgia de cesárea, em que não foi obtido o efeito desejado por imprudência profissional.

Tipo... quando tem... laceração e você vai bruscamente, vai fazer uma sutura... (E.4)

Até mesmo uma sutura de laceração pode ser violenta, né... teve uma laceração, mas a mulher tá mais queixosa, a gente sabe que dor é uma coisa muito subjetiva, que varia de mulher pra mulher, então, mas “ah eu tô com pressa, tô cansada...” (E.14)

Uma cesárea que [a cliente] tomou uma anestesia e a anestesia não pegou e o profissional tá lá continuando a cirurgia e ela tá sentindo dor, né... (E.5)

Tais práticas, segundo relato das enfermeiras, desvalorizam a mulher como indivíduo, visto que ela não é levada em consideração sobre o sentimento de dor que a prática imprudente está a ocasionar, sendo tratada como mero objeto de ações dos profissionais.

As ações de negligência foram caracterizadas pelas enfermeiras como a não adoção de determinado procedimento ou conduta que julgavam, em suas concepções, serem necessários para uma atenção obstétrica de qualidade. Nesse sentido, englobam-se a falta de intervenção cirúrgica (por trabalho de parto prolongado e por fetos considerados grandes), a não realização de episiotomia, a não administração de anestesia no parto normal a desejo da mulher (sem contraindicação clínica), a falta de cuidado de enfermagem (medicação, higiene, alimentação e conforto), a separação precoce do recém-nascido logo após o parto, a falta de informação, a não permissão do acompanhante (durante pré-natal, parto e puerpério) e a postergação da assistência por situações discriminatórias (como o aborto).

Dentre as diversas situações que emergiram das falas das participantes, algumas obtiveram maior prevalência, ou seja, foram abordadas por um expressivo quantitativo de enfermeiras. São elas: falta de intervenção cirúrgica, falta de informação, não permissão do acompanhante e separação precoce do recém-nascido logo após o parto. A não realização de episiotomia e a demora no atendimento de mulheres em situação de abortamento não apresentaram esta abrangência, sendo apontadas por apenas duas participantes, mas devido à sua relevância na atenção obstétrica, considerou-se necessário o seu destaque.

No que tange à falta de intervenção cirúrgica, a maioria das enfermeiras aponta em seus discursos a questão do incentivo ao parto normal, o que traz por consequência o tempo prolongado do trabalho de parto. Elas compreendem como “forçar o parto normal”, e

caracterizam esta prática como violência obstétrica devido à fadiga materna e por nascimentos de recém-nascidos com vitalidade prejudicada.

Aí o parto normal eu já acho uma violência, eu acho que é tanta dor, um sofrimento tão grande, que eu acho que é uma violência o parto normal, eu acho desnecessário ao meu ver, porque sei lá... o parto normal eu acho muita agressão, já vi tantas crianças nascendo com problemas devido ao parto normal... é... a espera muito longa, que sei lá... eu não gosto, eu acho desnecessário, eu acho uma violência o parto normal. (E.28)

Mas eu acho que deve ter a ver com isso do esperar demais [o trabalho de parto], às vezes do forçar de mais um parto que talvez não deveria ser normal e acaba sendo... (E.30)

...na questão de você forçar um parto normal com um bebê muito grande... (E.26)

O que eu entendo como violência obstétrica é essa parte de... de parto humanizado forçadamente, porque eu acho que fica muito tempo forçando e às vezes a criança acaba entrando em sofrimento, então eu acho que pra mim é isso. (E.25)

As enfermeiras não definiram o que consideram como tempo prolongado do trabalho de parto. O parto humanizado corresponde ao trabalho de parto/parto que ocorre de maneira fisiológica e natural. A duração do tempo de trabalho de parto, segundo Friedman (1954), é em torno de 15 horas (fase latente e fase ativa), devendo ser levada em consideração a paridade, uso de analgesia, entre outros aspectos individuais que possam interferir na sua evolução.

Considerando as variações de cada mulher, ou seja, compreendendo que esta é um ser único e com suas particularidades, e que o tempo de trabalho de parto deve corresponder à sua fisiologia, o profissional deve avaliar cada parturiente de maneira única, considerando os aspectos biológico-obstétricos, sociais e psicológicos que podem influenciar este momento, e realizar intervenções quando realmente necessário.

O diagnóstico do trabalho de parto se faz, em geral, pela presença das seguintes condições: presença de contrações uterinas em intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de frequência e intensidade (BRASIL, 2001).

No que diz respeito ao período expulsivo prolongado, também há diversas medidas que podem ser tomadas que variam de acordo com a condição da cliente: vai desde a amniotomia, ocitocina, parto instrumental, até a realização de cesariana, se for o caso (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016). Diferente do que pensam as entrevistadas, o procedimento cirúrgico não é a única alternativa tanto no primeiro período quanto no segundo período de trabalho de parto prolongado.



A conduta ideal a ser adotada no segundo período do trabalho de parto deveria se basear no balanço entre a probabilidade de um parto vaginal, que deve ser maximizada, contra os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados (AMORIN; PORTO; SOUZA, 2010).

As participantes do estudo apontaram também a falta de orientação/informação às clientes, seja no pré-natal, trabalho de parto/parto e puerpério. Para as entrevistadas, tal fato constitui uma prática comum nos serviços de saúde e que se configura como uma atitude de negligência aos direitos enquanto cidadã usuária do serviço de saúde.

Estas situações são caracterizadas quando não é orientado sobre o procedimento que necessita ser feito com a mulher ou com seu filho, quando não estimula a mulher ao conhecimento do seu corpo e o que ocorrerá no momento do parto, a falta de orientações nos cuidados de puerpério, entre outras, são entendidas pelas enfermeiras como uma forma de violar o direito da mulher e, conseqüentemente, como uma violência obstétrica.

São coisas assim tão simples que eu já vivenciei que ninguém fala, ninguém responde e a própria paciente fala “pô, tô aqui há dois dias e ninguém falou nada disso pra mim”... dúvida normais assim de bebê, tipo “por que que toda hora furam o pé do meu bebê?” Aí chega lá, bota o pé do bebê, fura e ninguém fala nada... não orienta, eu acho que não deixa de ser uma violência obstétrica... (E.19)

Quando fazem, eu acho que, algum procedimento e não explicam à paciente o que está acontecendo com ela, ela só fica ali como se fosse um objeto... É muito ruim quando você está num lugar e tão te fazendo, tão te furando, tão te costurando e você não sabe o que aconteceu. (E.8)

Então assim, se você não orienta isso no pré-natal, também é uma forma de violência contra ela, né, uma falta de respeito a ela, porque tá sem aquele conhecimento, né, pra saber o que que pode, o que que não pode, o que que é bom pra ela, o que que não é bom. (E.9)

Na construção de uma relação de confiança cliente-profissional, o diálogo, a troca de saberes, o esclarecimento de dúvidas e as orientações sobre seus direitos de cidadania, bem como o conhecimento sobre seu corpo e processos reprodutivos, são elementos indispensáveis a uma prática humanizada e respeitosa. Além de ser um dever profissional, esta atitude pode favorecer o empoderamento da mulher e o resgate de sua autonomia.

Observou-se também nos discursos das profissionais a valorização da presença dos acompanhantes durante todos os momentos do período obstétrico, durante as consultas de pré-

natal, trabalho de parto/parto e puerpério. Nesse sentido, teve destaque em suas falas para o trabalho das doulas<sup>3</sup> na oferta de apoio emocional.

As enfermeiras apontam que muitas mulheres estavam tendo dificuldades de ter este tipo de acompanhamento (com doulas), possivelmente decorrente da Resolução nº 266/2012, que vedava a participação de pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde durante e após a realização de parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais. Nesta proibição, incluem-se as doulas. Cabe destacar que esta resolução foi suspensa em 2016 pelo Poder Judiciário (BRASIL, 2016b).

Uma violência obstétrica é ausência de doula no ambiente hospitalar, que a mulher tem aquele profissional durante a gestação e agora por algumas leis que estão sendo implantadas, implementadas, a mulher não pode entrar mais com outra mulher e mais o acompanhante dela. (E.11)

É isso aí... a gente vê [violência obstétrica no parto], por exemplo, quando eles não aceitam as doulas... (E.14)

Esta decisão parece arbitrária, uma vez que a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, determina que os serviços de saúde do Sistema único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, permitam a presença de um acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, que seja de escolha da parturiente (BRASIL, 2005).

A presença de um acompanhante, seja membro da família, amigo, ou mesmo um profissional que acompanhe a mulher no pré-parto e no parto como as doulas, aumenta a segurança da mulher, promove conforto, diminui o estresse e ansiedade e, conseqüentemente, a sensação dolorosa, proporciona a liberação de ocitocina e endorfina, acelera o trabalho de parto, reduzindo distócias, e diminui o uso de procedimentos desnecessários durante o trabalho parto/parto (SILVA et al., 2012; PORTO et al., 2011).

Acho que no pré-natal, quando você não permite do acompanhante estar junto, assim é uma violência ao direito dela, porque ela tem direito a acompanhante. (E.9)

No puerpério... é... Violência no puerpério... Não permitir que... Eu sei que alguns lugares não têm recursos, mas não permitir que aquela mulher fique com alguém auxiliando, né, um acompanhante auxiliando ela nesse período que ela necessita. (E.5)

---

<sup>3</sup> Profissional treinado que fornece suporte físico, emocional, e de informação para a mulher antes, durante e logo após o nascimento com objetivo de ajudar a alcançar uma experiência mais saudável e mais satisfatória possível (DONA, 2017).

A paciente tem direito a acompanhante e muitas vezes fala “não vai entrar!” Se é um direito dela, eu acho que isso também é uma violência, porque [o parto] é um momento em que ela tá meio com medo e insegurança e ela, tendo alguém do lado dela, isso vai ser muito mais tranquilo... (E.15)

Além disso, a presença do acompanhante reduz taxas de APGAR abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação do vínculo mãe-bebê, maior satisfação da mulher. Caso o nascimento ocorra por cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada e maior duração do aleitamento materno (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; DINIZ et al., 2014a).

A presença do acompanhante durante trabalho de parto/parto é considerada um fator significativo associado à percepção das mulheres em relação a um atendimento mais respeitoso por parte dos profissionais de saúde e, dessa forma, ficando menos vulneráveis a sofrerem violência obstétrica, sendo considerado um fator protetor deste tipo de violência (D'ORSI et al., 2014).

Entretanto, a desinformação da maioria das clientes sobre seus direitos, em particular sobre ter a presença de um acompanhante de sua escolha no momento do trabalho de parto, favorece atitudes inapropriadas das instituições de saúde/profissionais, como determinar o acompanhante pelo seu sexo ou até mesmo não permitir qualquer tipo de acompanhante, justificando pela deficiência na estrutura do serviço.

As enfermeiras do estudo, além de apresentarem ciência acerca da legislação do acompanhante, parecem sensíveis quanto à importância e benefícios da presença destes durante todos o período gravídico-puerperal, em especial no momento do parto, oferecendo-lhes segurança e confiança.

O acompanhante no parto humanizado é a pessoa que provê o suporte à mulher durante o processo parturitivo e, de acordo com o contexto assistencial, este pode ser representado por profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, doula e mulher leiga (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

As instituições de saúde, ao considerarem os benefícios gerados pela presença do acompanhante e estimularem a sua participação, através de informações e infraestruturas adequadas para recebê-los, atendem à legislação vigente e amenizam a insegurança da clientela.

Ainda nas ações de negligência, algumas enfermeiras recordaram a importância do contato pele a pele das mães com seus filhos logo após o parto e afirmam que o descumprimento deste direito sem justificativa clínica plausível pode ser considerado uma violência obstétrica.

A separação precoce do recém-nascido, que ocorre logo após o parto, deveria ser evitada se considerarmos que a maioria das crianças nasce a termo e com boa vitalidade, não necessitando de qualquer manobra de reanimação (BRASIL, 2014c).

Alguma situação [que] ela foi privada de ter seu bebê ali com ela naquele momento [do parto], isso também é considerado uma violência à mulher... (E.29)

Não deixa ela ficar com o filho dela, isso a gente vê muito em algumas maternidades aqui do Rio... (E.9)

Quando postergam o contato imediato com a criança. É aquela porcaria... e a mãe solicita, né, eu quero ficar com meu filho, ah não, tem que ser cuidado pelo pediatra, eu quero clampeamento imediato, me dá agora... (E.14)

Em vários serviços de saúde, a separação precoce mãe-bebê ainda tem proporções elevadas. Na maioria das vezes, ocorre em serviços onde a população tem melhor poder aquisitivo e onde ocorre o maior uso de práticas não recomendadas. A via de nascimento também contribui significativamente para a separação mãe-bebê: mulheres que tiveram parto vaginal permaneceram mais tempo com seus bebês (LEAL; GAMA, 2014).

O contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o parto possui diversos benefícios maternos e neonatais, pois ocorre a estimulação de mecanismos sensoriais, hormonais e fisiológicos que favorecem a formação de vínculo das mães com os filhos (CRUZ; SUMAM; SPINDOLA, 2007). Dentre os benefícios, estão a regulação da temperatura corporal, manutenção dos níveis glicêmicos estáveis, estabilização do sistema cardiorrespiratório, além de favorecer o início da amamentação precoce. Para a mulher, o vínculo e a amamentação contribuem para a produção de ocitocina e conseqüentemente reduzem o sangramento puerperal, involução uterina, entre outros (SIQUEIRA; COLLI, 2013; UNICEF, [2015?]).

Para o MS, alguns cuidados imediatos no pós-parto, como clampeamento tardio, contato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são práticas simples que possuem benefícios a curto e longo prazo para a saúde da mulher e do recém-nascido, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério, prevenindo a morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014c).

Desta maneira, observamos que não se justifica a separação imediata de mãe e bebê após o parto e nem a realização de procedimentos invasivos nos recém-nascidos de boa

vitalidade, como acontece com elevada frequência. Esta prática impede as mulheres de terem contato com seus filhos no primeiro momento de vida e pode influenciar na dificuldade de formação de vínculo e, conseqüentemente, nos cuidados voltados para o recém-nascido e no seu desenvolvimento.

Apesar dos discursos da maioria das participantes estarem voltados principalmente para a atenção no parto, as mulheres em situação de abortamento não foram ignoradas. A sua vulnerabilidade no que concerne à negligência no atendimento foi revelada no relato da enfermeira.

Eu já cansei de ouvir e escutar, de presenciar inclusive eles falarem abertamente: “não, ela não teve a cara de pau, ela não teve a coragem de provocar um abortamento, ainda mais com tal idade gestacional? (...) então ela vai ser a última ser atendida”. (E.14)

Muitas vezes, mulheres em situação de abortamento acabam passando por diversos questionamentos dos profissionais de saúde, que buscam, através de informações e por manifestações de comportamento, caracterizar o tipo de aborto. Através de julgamentos e juízos de valor, pautam sua assistência em princípios morais e religiosos, o que acarreta, naquelas que provocaram o aborto, uma maior suscetibilidade para vivenciarem maus-tratos durante o período de internação, e naquelas que tiveram o aborto espontâneo, um tratamento especial e diferenciado, gerando um sentimento de compaixão da equipe de saúde.

A atenção desumana e discriminatória com mulheres em situação de abortamento ainda é uma realidade frequente nos serviços públicos de saúde, manifestada por recusa de internação, longas esperas nos atendimentos, como também a demora na resposta à demanda das mulheres (BRASIL, 2014c). Além de negligências, são comuns também relatos de mulheres que passaram por uma curetagem sem anestesia, maus-tratos, julgamentos, preconceito, falta de informações e orientações (SOARES, 2003).

Em todo caso de abortamento, espontâneo ou induzido, a atenção à mulher deve atender aos princípios de liberdade, dignidade e autonomia, sendo livre de preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza que possam gerar um atendimento desumano (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Dessa forma, considera-se importante que os profissionais façam uma reflexão a respeito da impessoalidade do problema e da garantia dos direitos humanos (MACHADO et al., 2015).

Essas mulheres frequentemente, encontram dificuldades para conseguir um atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados a esta

população pode ser considerada um fator que contribui para a ocorrência da mortalidade materna (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Com menor frequência, houve o relato de negligência relacionada a não realização de episiotomia de rotina, acreditando-se que, quando não é feita esta intervenção, acarreta danos à integridade física das mulheres, como a ocorrência de laceração profunda, o que parece ser uma afirmação contraditória, uma vez que o próprio procedimento em si já ocasiona uma lesão na integridade genital.

No caso quando não se faz a episio, lacera... eu acho que também é muito ruim...  
(E.28)

Este fato evidencia uma desatualização das práticas recomendadas pelo MS e Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que não se recomenda o uso do procedimento de forma rotineira, visto que ele não previne lacerações de terceiro e quarto grau, como sugerido pela enfermeira (BRASIL, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Estudos recentes demonstram que as lacerações espontâneas tendem a se recuperar mais rapidamente e as mulheres tendem a retomar a sua atividade sexual mais cedo do que as mulheres que sofreram episiotomia (PORTO et al., 2011).

No que diz respeito à assistência das enfermeiras, especialmente das enfermeiras obstétricas, estas devem estar de acordo com os benefícios mostrados por estudos científicos. A enfermeira obstetra não pode garantir o resultado final do processo de parturição, por outro lado, deve munir-se de cuidados e zelo, evitando expor a mulher e bebê a riscos desnecessários, ao exercer suas atividades na assistência ao parto. Deve voltar constantemente sua atenção aos limites da competência, agindo estritamente dentro do que a legislação lhe autoriza fazer. Procedendo desta forma, a profissional garante uma assistência livre e resguardada de ações negligentes, imperitas ou imprudentes que podem resultar em danos à mulher, feto/ou neonato (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Em relação às atitudes desrespeitosas, as enfermeiras atribuíram aquelas associadas ao relacionamento interpessoal profissional-cliente (violência psicológica e violência física), bem como aquelas relacionadas ao desrespeito à privacidade.

Nos discursos das participantes, observou-se a violência psicológica (emocional) e a violência física, caracterizadas por maus-tratos verbais e físicos, no trato interpessoal, praticados por profissionais da instituição hospitalar contra as mulheres por ocasião do atendimento obstétrico.

Quando você fala pra ela assim: “ah, ano que vem você tá aqui de novo”, isso pra mim soa como violência, dói aos meus ouvidos assim, sabe. (E.9)

Questão de... palavras de... baixo calão, “ah... agora... tá gritando agora? Você não queria? Você não queria? Então agora aguenta!” (E.2)

A violência psicológica foi mais apontada do que a física. Neste aspecto, englobam frases constrangedoras que inferiorizam as mulheres, a maneira ríspida de falar, ofender, humilhar, atos de dissuasão, ludibriamento, não acolhimento e também o desrespeito à autonomia, às crenças/culturas e aos aspectos emocionais (em especial de mulheres em situação de perdas fetais).

Entende-se por violência psicológica toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano emocional, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, incluindo a diminuição da autoestima. Ameaças, humilhações, chantagem, controle de suas ações, crenças e decisões e discriminação também são exemplos de manifestações da violência psicológica. Dentre as modalidades de violência, é a mais difícil de ser identificada. Ela pode causar na mulher sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, perda da dignidade e prestígio (BRASIL, 2002a; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Pra mim, violência obstétrica é quando uma mulher, primeiramente, ela chega num centro de emergência e não é acolhida adequadamente, não é ouvida... (E.4)

Então, eu acho que durante o parto, eu acho que é mais isso... quando a gente... é... às vezes o profissional, por ser uma rotina, às vezes ele não tem uma sensibilidade maior com algumas gestantes. (E.8)

Você acha que aquela queixa que ela tá sentindo é besteira e você não ouve, também é uma forma de violência, você negligenciar o que ela fala, sabe. (E.9)

O não acolhimento referido pelas participantes do estudo diz respeito à falta de apoio dos profissionais durante o atendimento com a mulher, evidenciado pela falta de paciência, sensibilidade e de uma escuta ativa, não valorizando a queixa trazida.

Acolher significa reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, vínculo e compromisso entre serviços, profissionais de saúde e usuários e sua família. Para tal, é preciso uma escuta qualificada dos profissionais de saúde às demandas de saúde da população a fim de garantir o acesso oportuno às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013b).

O não acolhimento se inseriu no contexto de violência psicológica, uma vez que em suas características está presente a não valorização da necessidade de saúde através da desvalorização das queixas, provocando sentimentos negativos que podem afetar psicologicamente a saúde da mulher.

É em relação ao profissional médico, né, também, ou seja, qualquer profissional de saúde, não médico, quando ele fala pra paciente “você tá chorando, você tá gritando agora, você não pensou na hora de fazer, abrir as pernas é fácil, virar o olho é fácil, né, e agora chora e agora grita. é... pensasse antes”, então isso é uma maneira que eu vejo da violência obstétrica à mulher. (E.23)

Hum... tem tantas... uma que eu vejo sempre, gente, que eu acho um absurdo! Você tem um jeito... tem um termo que eu vou usar, mas é o termo que eu escuto falar, né... muitas vezes por médico, já ouvi até enfermeira falar, é: “na hora de fazer foi bom, mas na hora de parir não é!” Isso é uma grande violência! (E.15)

Verificou-se que a grande maioria das enfermeiras reconhece a violência psicológica como a mais predominante. Destacam o período do parto, o qual envolve inúmeras expectativas, sendo considerado o clímax do período reprodutivo, em que os principais insultos estão relacionados a frases de conotação sexual, não permitindo à mulher a liberdade de manifestar qualquer sintoma de dor durante este processo, pois são investidas frases a partir de uma visão de que o parto é um evento doloroso como forma de se pagar pelo prazer obtido na relação sexual.

As próprias mulheres, ao irem para a maternidade por ocasião do parto, já possuem incorporada a ideia de que não lhes é permitida a liberdade de expressão no trabalho de parto e parto, e temem serem abandonadas e maltratadas pelos profissionais caso não se comportem conforme o esperado.

Também foi citada a violência psicológica em outros momentos, tais como nas consultas de pré-natal, nas consultas de emergência durante a gestação e também no puerpério, porém bem menos frequente.

Quando você já aterroriza a mulher no pré-natal em relação, por exemplo, ela quer um parto normal e você já vai dizendo um monte de coisa que não é indicação de cesariana para ela ter uma cesárea, porque você, médico, precisa... é... não quer trabalhar no feriado, quer interromper logo essa gestação, vamos dizer assim. (E.15)

É... na gestação também a questão de alguns profissionais dizerem pra ela que ela não é capaz de parir... é... com parto humanizado também pra mim é uma violência obstétrica. (E.6)



Um estudo realizado em São Paulo, com profissionais de saúde de diversas áreas (obstetras, enfermeiras e técnicas de enfermagem) que atuam tanto em serviços públicos como privados, demonstrou que eles consideram algumas formas de violência psicológica/verbal (falar mais ríspido, fazer ameaças e aumentar a voz), em algumas situações, necessárias a fim de coagir a mulher a “colaborar”. Estas situações ditas “necessárias”, segundo estes profissionais, ocorrem com mulheres consideradas por eles como “não colaborativas” e “escandalosas”, ou seja, aquelas que não se submetem à obediência esperada, necessitando destas ações, que são consideradas legítimas no exercício da autoridade profissional. Frases jocosas, preconceituosas e moralistas, frequentemente ditas em tom de brincadeira, foram percebidas pelos profissionais como forma de humor, o que revela uma banalização da violência, mascarada de boa prática assistencial (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

[o profissional] coagir [a mulher], agressão verbal, né. (E.12)

...é como já vi médico também falar: “você tem que abrir a perna! Você tem que fazer força! E se você não fizer isso, eu vou cortar você!” Eu já ouvi falar também e eu acho um absurdo. (E.15)

É a médica que fala que se ela não fizer força direito, o bebê dela vai morrer (...) Você vê assim profissionais falando: “Aí, não grita não, porque seu bebê vai subir...” (E.9)

Práticas de coerção que se traduzem em ameaças, gritos, humilhações, xingamentos, chacotas e piadas são frequentes no cotidiano dos profissionais de saúde e muitas vezes acabam por se naturalizar. Estas agressões verbais são uma constante nos estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais de saúde como forma de disciplinar as mulheres, desmoralizando a sua dor e desautorizando eventuais pedidos de ajuda. As mulheres em trabalho de parto, por sua vez, mantêm-se caladas, temendo sofrer represálias ou serem desassistidas (WOLFF; WALDOW, 2008; D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, mostrou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Dentre as mais comuns, segundo o estudo, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Eu acho que é isso, quando de alguma forma... é... não sabem da vivência dela e falam: “ah, não foi fácil fazer? Então agora se dá aí...” (E.8)

...A gente pode falar no momento que manda ela calar a boca, que na hora de fazer ela revirou os olhinhos e não ficava gritando... (E.14)

Por exemplo, falar quando tava fazendo, né, não reclamou, agora quer reclamar? Então... eu acho isso um absurdo... (E.31)

A postura profissional que visa o controle sobre a decisão do outro também representa uma manifestação de violência psicológica e, nesse sentido, as enfermeiras chamam a atenção para a falta de autonomia das mulheres como uma característica da violência obstétrica. Nesse aspecto, merece destaque as intervenções que são realizadas no corpo das mulheres e dos recém-nascidos, sem orientação, sem consentimento ou até mesmo contra sua vontade, violando os princípios das Políticas de Humanização da Assistência e da Assistência ao Parto e Nascimento (BRASIL, 2002b, 2004a).

Os procedimentos realizados contra a vontade da cliente envolvem práticas obstétricas (realização de episiotomia, imposição da amamentação, imposição quanto ao tipo de parto, imposição de métodos contraceptivos ou qualquer outra forma de intervenção não aceita) e neonatais (aspiração de vias aéreas de rotina, vacinas, vitamina K e credeização com iodopovidona - PVPI).

Eu vejo quando, por exemplo, a mulher teve o bebê, às vezes não quer... tipo, a gente orienta que tem que amamentar assim que o neném sai e às vezes ela não quer e você quer insistir numa coisa que ela não quer naquela hora do parto. (E.4)

E procedimentos também que são feitos sem orientação à paciente, muita das vezes já peguei também alguns casos da paciente ter sido laqueada e não ter sido avisada que foi feito isso, não é porque a paciente tem tantos filhos...e isso daí é uma decisão da própria paciente, né...é da mulher, né, e não do profissional. (E.22)

Acho violência também uma coisa que agora eu vejo muito, que você impõe a mulher a ter um parto vaginal, dizendo pra ela que ela vai ser mais mulher por ela ter um parto normal, sabe... (E.9)

A amamentação, o parto normal e a escolha pela contracepção são direitos reprodutivos das mulheres/casal. Contudo, para o exercício de seus direitos, estas devem ser orientadas e preparadas para fazerem suas escolhas livres e esclarecidas. Entretanto, o que se percebe é uma imposição destas práticas, sendo estes direitos transformados em deveres pelo julgamento dos profissionais de saúde. A mulher passa a ter obrigação de amamentar porque se tornou “mãe”; ser laqueada por ter muitos filhos; ter parto normal, para se tornar uma “melhor mãe”.

Uma pesquisa realizada com gestores de maternidades municipais do Rio de Janeiro identificou em suas falas a humanização da assistência como a normatização dos “direitos” da mulher em ficar com seu bebê imediatamente após o parto, amamentá-lo e acompanhá-lo em caso de internação. Desta maneira, o “direito” é quase tido como um dever de uma “boa mãe” e de um “serviço comprometido com as metas da amamentação” (DESLANDES, 2005).

Nota-se que há uma reflexão crítica das enfermeiras quanto à prática profissional voltada a atender à normatização institucional, quando elas abordam a questão do direito de amamentação e a importância de respeitar a autonomia das mulheres e suas escolhas. As enfermeiras reconhecem a importância e os benefícios do parto normal e da amamentação na saúde materna e neonatal, contudo, prezam pela orientação destes e não pela imposição, baseando-se no respeito à decisão das mulheres.

A realização do procedimento de laqueadura sem o desejo da mulher, relatado pelas enfermeiras, representa uma importante violação dos direitos humanos e dos direitos reprodutivos, que consideram que as pessoas devem ter autonomia para se reproduzirem e liberdade de decidirem quando e quantas vezes desejam ter filhos; incluindo, nesse sentido, o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercer sua sexualidade e reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2013a).

Um dos princípios norteadores da política de humanização é a construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos a partir da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão (BRASIL, 2004a).

Eu acho que a violência no momento na questão da obstetrícia, como envolve gestação, parto e puerpério, eu acho que é uma violência nesse momento com... como vai contra o que é de desejo da mulher. (E.17)

Eu acho que é uma violência obstétrica, na nossa prática cotidiana, dela chegar na hora e dizer que não quer que seja feito a episio e ela ser feita, né, porque hoje algumas já têm conhecimento disso, a gente mesmo é um veículo informador. (E.20)

As enfermeiras entendem que esta conduta de transgressão das decisões das parturientes sobre seu corpo, os seus desejos durante o trabalho de parto/parto e a ausência ou o não consentimento a intervenções, constitui uma forma de violação de direito, uma violação de autonomia, logo, uma violência obstétrica.

No âmbito da instituição de saúde, constataram-se relações assimétricas de poder, nas quais os profissionais se julgam detentores do poder, ou seja, detentores do conhecimento, e

desconsideram o saber e as vivências das mulheres. Nessa ótica, a realização de procedimentos não necessita de esclarecimento, tampouco consentimento, sendo feita inclusive contra sua vontade, pois acreditam saber o que é melhor para a cliente.

O exercício da autonomia requer liberdade de escolha entre alternativas e a possibilidade de agir em conformidade com as opções feitas, isto é, ser coerente e responsável por seus atos (SARCADO; FORTES, 2000).

Para proporcionar uma mudança na atenção obstétrica, é indispensável dar voz às mulheres que são assistidas, ampliar o diálogo, valorizar as demandas trazidas, suas experiências de vida, bem como compartilhar decisões e responsabilidades. Esta atitude vai ao encontro dos princípios dos programas e políticas de humanização, priorizando a oferta de uma assistência digna e de qualidade, favorecendo o protagonismo da mulher (BRASIL, 2002b, 2013b).

No que diz respeito aos procedimentos realizados com o recém-nascido e que foram considerados como uma violência obstétrica, estão incluídos, principalmente, os realizados no período de puerpério imediato, ainda na sala de parto, sem consentimento das mães. São eles: aspiração de vias aéreas de rotina, vacinas, vitamina K e credeização com PVPI.

E... a outra violência que a gente às vezes vê é quando ela não deixa que os cuidados sejam realizados e de uma maneira bem forçada... no RN [Recém-nascido]... a equipe exige que seja feito, isso eu acho que é uma violência, a mulher ela tá lá no leito, ela tá... no momento de emoção, alguém orientou ela durante todo esse trabalho de parto que não era pra fazer as medicações, naquele momento a verdade dela é aquela, então eu acho que tem que ser respeitada, entendeu? (E.20)

A principalmente aceitar... a gente pelo menos aqui na pediatria... aceitar as decisões da mulher de não fazer PVPI no olhinho do bebê, não fazer vacina, não fazer vitamina K que aqui é injetável ainda. Tem mulheres que vêm com essa decisão bem, bem forte, né, e coloca no plano de parto e não querem e aí a pediatra simplesmente se revolta na hora, diz que se não é pra fazer, era melhor não ter pediatra ali, era melhor não ter vindo pro hospital... é bem complicado justamente quando a mulher se recusa a fazer alguns procedimentos de rotina do bebê, aspiração, e aí o pediatra diz que quem estudou foi ele e não a mulher... (E.13)

A assistência prestada ao recém-nascido a termo saudável na sala de parto tem passado por uma série de transformações nos últimos anos e um dos objetivos é reduzir o excesso de intervenções a ele aplicadas logo após o nascimento. Há evidências de que a maioria das intervenções praticadas é desnecessária e algumas delas podem ser, até mesmo, prejudiciais. Além disto, sabe-se que o excesso de intervenções na sala de parto afeta a interação mãe/bebê, enquanto que a interação precoce influencia a fisiologia e o comportamento de ambos (MOREIRA et al., 2014).

O MS indica que, logo após o parto, deve-se verificar o estado do recém-nascido que, em sua maioria, não precisa de intervenções. Na assistência ao recém-nascido normal, nada mais há que ser feito além de secá-lo com compressas aquecidas e promover contato íntimo e precoce com sua mãe, imediatamente, colocando-o sobre seu abdômen ou em seus braços (BRASIL, 2012d).

Protocolos clínicos baseados nas melhores evidências disponíveis recomendam que recém-nascidos saudáveis devem ser assistidos junto de suas mães e não necessitam de procedimentos invasivos como o uso de oxigênio e aspiração de vias aéreas superiores e gástricas. Apesar disso, verificam-se altas proporções de utilização destas práticas em um grupo de recém-nascidos que delas não necessitariam (MOREIRA et al., 2014; PERLMAN et al., 2010).

Os procedimentos técnicos de rotina, que são recomendados pelo MS, como aferição de dados antropométricos, a credeização, a profilaxia gonocócica, a aplicação da vitamina K e a vacina contra hepatite B não devem ser realizados antes do contato físico entre recém-nascido e sua mãe, preferencialmente realizados após a primeira hora de vida (BRASIL, 2012d; GOMES, 2010).

Contudo, as enfermeiras revelam que, em sua prática cotidiana, há um conflito entre pediatras e as mulheres sobre estes procedimentos técnicos de rotina, principalmente a vitamina K, hepatite B e credeização, que não são do aceite de algumas mães. Esta situação gera no profissional o sentimento de responsabilidade sobre a saúde do recém-nascido, fazendo-o reagir muitas vezes de maneira autoritária, impositiva e agressiva com a mulher, realizando os procedimentos mesmo contra sua vontade, alegando estar no seu dever de profissional de saúde.

Na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências, observa-se que o artigo 4º diz que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, entre outros. E o artigo 5º diz que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990a).

O ECA afirma a saúde como direito de todas crianças, bem como a não negligência quanto aos direitos das crianças por qualquer cidadão, portanto, é de se entender que a não realização de tais procedimentos nos recém-nascidos constitui um conflito no profissional sobre seu dever de assegurar a efetivação dos direitos à saúde da criança através de práticas

recomendadas e o direito da mãe, responsável legal, de decidir sobre o que julga ser melhor para seu filho (BRASIL, 1990a).

Deve ficar claro para a mulher que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a verdade (BRASIL, 2014c).

No que se refere às questões culturais das clientes, verificou-se que as enfermeiras valorizam tais aspectos e reconhecem a sua importância e benefício para as mulheres. Na medida em que desconsiderem estas questões, as enfermeiras apontam como uma violência.

É, uma vez a gente pegou uma [gestante] que tinha umas credices lá... de que... risos... tinha que entrar com uma, uma fitinha vermelha e aí ninguém queria deixar ela entrar [no centro cirúrgico] com a fitinha vermelha dela, aí foi uma confusão danada e eu falei: “ela vai entrar com a fitinha vermelha, por quê? É a credice dela gente, é no que ela acredita, qual o problema que tem da fitinha vermelha?” [...] então eu acho quando a gente também não respeita a credice... (E.20)

Você não respeitar a cultura dela, isso é uma violência também. (E.6)

Os profissionais devem estar voltados para a assistência que possibilite à mulher assumir seu trabalho de parto de modo agradável e confortante, levando em consideração seu saber, seu modo de ver e perceber o parto, enfim, sua cultura. Estes devem estar atentos às crenças das clientes, pois, por meio de suas crenças, pode-se observar se as práticas de saúde são favoráveis ou não, pode-se compreender o que elas esperam receber de ajuda diante de suas crenças sobre nascimento, morte e cura (BEZERRA; CARDOSO, 2006; LEININGER; MACFARLAND, 1978).

As situações referentes às mulheres com diagnóstico de perdas fetais também foram citadas, principalmente em relação ao desrespeito aos aspectos emocionais. As profissionais destacaram como uma manifestação de violência obstétrica a internação destas mulheres em enfermarias de gestantes ou de puérperas e seus recém-nascidos, pois, nas suas concepções, este fato agravaria seu estado emocional, em geral abalado.

Na maioria das situações, num modelo medicalizado, a organização e gestão do serviço focaliza sua atenção para o menor custo e efetividade, ficando a necessidade individual em segundo plano.

E uma das violências também que eu acho é não ter assim por muitas vezes uma enfermaria pra aquela mãe que perdeu o bebê e por muitas vezes ela fica junto com as outras que têm bebê ou com gestante e isso é muito ruim, muito doloroso. (E.21)

As enfermeiras sugeriram a criação de um espaço destinado exclusivamente para o atendimento desta clientela, pois o convívio com outras mães poderia intensificar o sentimento de tristeza e impotência destas mulheres.

A apresentação do luto e de seu processo de resolução varia de indivíduo para indivíduo, cada qual enfrentando e respondendo às perdas de forma bastante diversificada. Este varia de acordo com a personalidade do indivíduo, suas experiências pregressas, o significado da perda, da existência de uma rede social e familiar de apoio, da sua cultura, entre outros (SILVA; SAND, 2002).

Um estudo realizado por Silva e Sand (2002) sobre a visão da equipe de enfermagem em relação às perdas fetais verificou que, na perspectiva destes profissionais, este é um momento que envolve muita tristeza tanto da mãe e família, como também é sentido pela equipe, e consideram como um fator agravante, no processo de elaboração do luto vivido pela mãe, o fato de esta permanecer internada em enfermarias com outras mães e seus bebês vivos. Neste sentido, a equipe também aponta a necessidade de uma mudança na conduta institucional, para que se ofereça um espaço reservado às mães enlutadas.

Contudo, o local no hospital onde estas mulheres devem ficar é problema difícil de ser resolvido. A decisão de onde permanecer após o parto ou aborto deve ser discutida com a própria mulher. Para algumas, ficar só, seria muito importante, mas há também aquelas que prefeririam a companhia de outras mães e seus bebês (LUZ et al., 1989).

Segundo O'Donohue (1979 apud LUZ et al., 1989), transferir a mãe para uma unidade de ginecologia pode diminuir a dor que ela sente, mas isso torna-se inapropriado caso seja interpretado pela mulher como uma punição pelo seu fracasso em dar à luz a um bebê vivo ou por ter abortado, podendo até mesmo contribuir para a abstenção de cuidados pela equipe da maternidade.

Para Luz et al. (1989), não se pode generalizar a assistência, porque cada mulher tem sua própria realidade e sentimentos a respeito da perda. Algumas superam com certa facilidade, enquanto outras precisam de um tempo maior.

A equipe de enfermagem possui um papel importante na assistência à mulher durante o período de luto no âmbito hospitalar. Esta deve estar preparada para diversas reações emocionais das mulheres e seus familiares, oferecendo um suporte emocional adequado, no sentido de ouvir esta mulher e não proferir frases inapropriadas que, apesar de bem-intencionadas, possam ser mal interpretadas ou indicar uma incompreensão destes profissionais para com a perda vivida. Muitas vezes, a simples presença do profissional e a

escuta dos sentimentos das mulheres permitirá demonstrar preocupação, cuidado e acolhimento.

Outra manifestação de violência relativa ao trato interpessoal que emergiu dos discursos das enfermeiras foi a violência física, porém com menos frequência, sendo caracterizada como aquelas ações diretamente associadas à abordagem interpessoal dos profissionais com a mulher, não incluindo as ações práticas-obstétricas propriamente ditas.

A violência física ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, através do uso da força física ou com algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Dentre alguns exemplos, podemos citar: tapas, socos, empurrões, amarrar, arrastar, entre outras (BRASIL, 2002a).

[ os profissionais de saúde] bateram na perna [da parturiente]. (E.12)

...então a gente não precisa nem chegar ao extremo daquela mulher que é amordaçada na cama ou amarrada na cama, uma mulher na condição de presidiária que é algemada na cama. (E.14)

A contenção no leito, citada pela enfermeira, durante o momento do parto, não se restringe a esta população. Qualquer mulher que venha a não “colaborar” com as regras e normas impostas pelos profissionais de permanecer em determinada posição e com as pernas bem abertas, posição esta que frequentemente gera desconforto para a mulher, não favorece o nascimento e beneficia somente o profissional pela sua comodidade, está sujeita a vivenciar a violência física, como contenção com ataduras e agressões físicas nos membros inferiores, como tapas e empurrões, e até mesmo de ser silenciada com chumaço de gaze em suas boca, não permitindo que ela se expresse.

Este tipo de conduta está pautado no modelo de atenção obstétrico biomédico, que investe na autoridade dos médicos, instituições e funcionários e que não enxerga o parto como um evento fisiológico, mas sim como um evento que necessita de controle e de intervenções a fim de se colocar a máquina imperfeita em ordem (DAVIS-FLOYD, 2001).

A violência física apontada pelas enfermeiras parece apresentar sua base na noção de que as atitudes dos profissionais visam à manutenção de um poder sobre a mulher, ou seja, que ela se submeta a agir favorecendo o profissional. Nesta situação, a mulher tem menor importância para os profissionais do que seu conforto, conveniência e status, ficando claro que aquilo que pode ser melhor para a mulher é secundário em relação ao que é adequado



para o profissional, sendo ele o protagonista do parto e não a mulher que está parindo (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; DAVIS-FLOYD, 2001).

Por fim, outra atitude desrespeitosa que foi apontada como violência obstétrica no âmbito da instituição de saúde está relacionada à falta de privacidade durante exame obstétrico ou parto.

A privacidade é um princípio constitucional e faz parte da Declaração de Direitos Humanos e está intrínseca ao movimento de humanização. Há respeito ao processo fisiológico e ao reconhecimento da individualidade (LOPES, 2007).

A privacidade é necessária para a mulher no processo de trabalho de parto/parto, a qual envolve liberações hormonais, levando à amenização da dor e à redução do tempo de evolução de trabalho de parto (ODENT, 2002).

É dever do profissional de saúde promover a privacidade das clientes durante a prática assistencial, conforme se observa no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo IV, que trata dos deveres dos profissionais, que diz: “Art. 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar” e o “Art. 28 - Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL), c2012a).

A manutenção da privacidade da mulher é uma forma de cuidado e deve fazer parte da essência de quem cuida, pois se preserva a dignidade humana e atende a uma necessidade básica da parturiente. A invasão do espaço físico e do espaço pessoal fere a sua dignidade (LOPES, 2007).

É no momento do parto, ela não ter um local adequado pra ela ficar durante seu trabalho de parto, é... um local que garanta sua privacidade. (E.3)

(...) No exame físico também... é... por exemplo, eu já vi várias vezes, deixar a paciente exposta... e fica aí... há assim vários exemplos, várias coisas que você vê, né. (E.2)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), dentre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas pelos profissionais, está o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto. A Política Nacional de Humanização (PNH) também trabalha com a questão da ambiência na assistência, sendo esta uma diretriz da política, que visa a promover ambientes saudáveis e acolhedores, que respeitem a privacidade dos indivíduos, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2004a).

### 3.2.1.1.2 Inadequação de procedimentos, tecnologias assistenciais invasivas e não utilização de tecnologias de cuidado não invasiva

Ainda como um desdobramento da subcategoria “Violência obstétrica no âmbito de instituições de saúde”, relativa à categoria intermediária “Definições e características da violência obstétrica”, as enfermeiras atuantes em maternidade destacaram, em grande proporção em seus discursos, que a violência obstétrica nos serviços de saúde encontra-se principalmente no cenário da assistência ao parto. E é caracterizada pelas condutas intervencionistas sem clara indicação clínica e/ou obstétrica, por condutas intervencionistas não recomendadas, pelas tecnologias invasivas, apesar da indicação médica/obstétrica e pela falta de acesso às Tecnologias de Cuidado Não Invasivas.

A realização de procedimentos sem indicação clínica ou de maneira rotineira, e também alguns procedimentos não recomendados pelas políticas públicas de atenção obstétrica, foram considerados pelas participantes do estudo como forma de violência obstétrica nos serviços de saúde.

Os procedimentos listados pelas entrevistadas como aqueles que são realizados sem indicação clínica e/ou obstétrica na prática assistencial são: Cesáreas por comodidade/falsa indicação; Ocitocina venosa de rotina; Episiotomia de rotina; e Amniotomia artificial de rotina.

Fazer uma ocitocina numa gestante, numa parturiente que está evoluindo bem, jogar uma ocitocina pra evoluir rápido é uma forma de violentar e querer que seu serviço ande mais rápido, isso é uma forma de violentar. (E.5)

Aqui não, mas em algumas maternidades do Rio que eu já passei e já vivenciei durante a residência a gente vê: episiotomia de rotina, rotura de bolsa de rotina, ocitocina de rotina, nada assim dependendo da situação, dependendo do partograma. Não, todas as mulheres que internam têm isso de rotina. (E.12)

Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas com prudência, apenas em situações de necessidade, são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres e seus filhos que são assistidos em hospitais no país (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016).

Na medida em que reconhecem que a realização destas práticas são violências obstétricas, demonstram uma vivência pessoal desta realidade, mas também apontam estarem atualizadas quanto às evidências científicas de uma boa prática assistencial.

O modelo de assistência obstétrica biomédico caracteriza-se por encarar a saúde como um problema, ou seja, a vida é cheia de riscos e está quase sempre em constante perigo. O nascimento é tido como um problema médico, em que todas as gestações são potencialmente patológicas até prova contrária. O corpo da mulher é encarado como uma máquina complexa que só pode ser entendida por meio do método científico que separa as partes do todo. A mulher é vista como incapaz de entender as intrincadas nuances médicas e científicas envolvidas nas decisões e, desta forma, não se é consultada sobre a realização de determinado procedimento em seu corpo. Em relação à tecnologia, este modelo acredita que, para aumentar a eficiência da “máquina imperfeita”, faz-se necessário intervir, ou seja, várias tecnologias são empregadas sem a devida avaliação real da sua necessidade e eficácia e, principalmente, da sua segurança (BRASIL, 2014c).

O modelo atual de atenção ao parto tem sido marcado, por um lado, pelo parto vaginal repleto de intervenções desnecessárias e iatrogênicas, como mostra a pesquisa Nascido no Brasil, em que a maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, algumas delas foram o uso de ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller, restrição no leito, parto horizontal e dieta zero, e apenas 5% das mulheres conseguiram vivenciar um parto normal sem intervenções. Por outro, há a banalização de cesarianas, muitas vezes realizada por conveniência dos envolvidos, desconsiderando a fisiologia da mulher (LEAL; GAMA, 2014; FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

A cesárea foi o procedimento mais citado pelas enfermeiras como uma forma de violência obstétrica, através de uma falsa indicação clínica, como, por exemplo, circular de cordão, bebê muito grande, bebê muito pequeno, entre outras, sendo vista como procedimento prático para o profissional, dada a facilidade e comodidade de organizar seu serviço.

...orientar ela numa cesariana é... sem necessidade, né, por situações que não existem né, mentirosas, então eu acho que isso também faz parte da violência, né. (E.12)

É... Mulheres também que chegam aqui de plano de saúde que não conseguem o tipo de parto que querem pela rede privada. Não, não, não consegue o médico que atenda aquilo que elas querem porque eles [médicos] querem fazer a cesárea porque é mais prático, mais rápido, pelo valor que o plano paga. Então, elas acabam tendo os seus direitos desrespeitados né, pra mim, isso eu incluo como violência. (E.13)

Quando você oferece uma cesárea sem necessidade é uma violência obstétrica, se você tá pondo em risco a vida de duas pessoas que não têm necessidade, você pode ver que a paciente está bem, o bebê tá bem e você impõe por questões de horário, a gente cansa de ver... no público nem tanto, mas no particular a gente vê muito isso, porque o médico vai viajar então a gente encaixa no horário que ele quer, no dia que ele quer... (E.17)

A imposição de cesáreas desnecessárias também tem sido considerada pelos pesquisadores e pelas próprias mulheres como uma forma de violência, porque, além de ser algo invasivo, oferece mais riscos a curto e a longo prazo para a mulher e para o bebê (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Historicamente, a cesárea apresentava-se como uma alternativa para situações extremas, tentando basicamente salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento. Com os avanços e progressos nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, hemoterapia, antibioticoterapia, entre outros, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Esta segurança, associada ao alargamento de sua indicação nos casos de comprometimento das condições de vitalidade maternas e fetais, foi responsável por uma significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir do início da segunda metade do século XX (BRASIL, 2001).

Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar, indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização da cesariana. Contudo, já existem evidências suficientes que permitam dizer que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a redução da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para um aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e, especialmente, no Brasil (BRASIL, 2001).

No Brasil, a quase totalidade dos partos ocorre em ambiente hospitalar 98% (última informação disponível do ano de 2011), destes, 53,8% correspondem a cesarianas na rede pública de saúde (BRASIL, 2011f); já na rede privada, este número ultrapassa os 80%. Cabe destacar que a OMS recomenda que somente 15% dos partos sejam realizados por este procedimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2015]; LEAL GAMA, 2014; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015; DIAS, 2011).

Os motivos para o elevado índice de cesárea são diversos e têm sido discutidos por diferentes especialistas na área que possuem opiniões distintas. Há quem atribua a elevada taxa ao que chama de “medicina defensiva” ou “conduta defensiva”, na qual, frente a qualquer diagnóstico médico que possa ocasionar algum problema, é indicada a cirurgia, e também ao determinante cultural, ou seja, considera que a mulher opta por cesárea por supor que após o parto vaginal o períneo ficaria mais flácido (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Contudo, a explicação que mais nos parece coerente e adequada consiste na de outro especialista em obstetrícia, que acredita que o grande responsável pelo elevado índice de cesarianas foi a mudança do modelo obstétrico, quando a transformação do parto domiciliar em hospitalar, na década de 1970, criou um conceito equivocado sobre o corpo da mulher, considerando-o defeituoso e que necessitava de intervenção para dar à luz, quer seja por cesariana quer seja por parto vaginal. Ele considera os riscos reais que também elevaram estas taxas, mas também recorda a entrada dos convênios médicos nos planos de parto, nos quais o médico responsável pelo acompanhamento pré-natal é o mesmo que prestará assistência ao parto. Nesse sentido, esta organização não favorece o parto normal, visto que, do ponto de vista de mercado, não é lucrativo, preferindo o médico ficar no consultório a sair para ganhar tão pouco em uma longa jornada que pode durar o trabalho de parto e parto natural. Desta maneira, o parto normal é desconstruído no consultório, consulta após consulta (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

A elevada taxa de cesáreas demonstra uma banalização deste procedimento e cada vez mais o profissional, visando a atender às suas necessidades pessoais e demandas de trabalho, agenda cesarianas sem indicações clínicas, desconsiderando o que é de desejo da mulher, o que, dessa forma, compromete a saúde materna e fetal e também acaba por acarretar uma menor experiência profissional no acompanhamento da assistência ao parto normal, fato que pode contribuir para insegurança profissional e adoção de posturas defensivas e, assim, novamente, mais indicações cirúrgicas.

As enfermeiras também pontuaram algumas condutas recorrentes nas maternidades, que não são mais recomendadas, por não apresentarem benefícios, são elas: puxos dirigidos, restrição ao leito, dieta zero, toque vaginal por diversos profissionais, manobra de Kristeller e a episiotomia.

Elas entram na maternidade e ficam em dieta zero e punccionam ela, ficam com acesso (...) e o toque sucessivo da equipe médica, chega um, toca, chega outro, toca, todo mundo toca a paciente, sem o consentimento dela, não sabe nem o nome dela, chega e toca, até técnico de enfermagem toca, não aqui, mas em outras maternidades... (E.10)

Já fui cúmplice de situações aonde “ah, tem que nascer logo, porque eu tenho que trocar o plantão, vamos lá, vamos lá ajudar, vamos fazer força, vamos subir, vamos subir logo, alguém sobe na paciente, alguém empurra”, então isso foi uma violência, quando você passa a controlar o seu tempo que tem que nascer porque eu tenho outro plantão. (E.26)

A episiotomia que já foi considerada como uma violência, ela não é pra ser feita e os profissionais fazem, principalmente fazem de rotina. (E.11)

Em 1996, a OMS, com intuito de estabelecer práticas adequadas no momento do parto, criou um guia prático de recomendações pautadas em evidências científicas, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. O MS passou a incorporar tais práticas no final da década de 1990 (BRASIL, 2001).

Tais práticas assistenciais durante o momento do parto foram classificadas pela OMS em quatro grupos: práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas; práticas no parto normal, claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas no parto normal sobre as quais não existem evidências para apoiar a sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Estas recomendações têm como objetivo orientar os profissionais na sua prática profissional, de modo a evitar o uso excessivo de técnicas que podem ser desnecessárias e muitas vezes prejudiciais às mulheres e seus bebês (CARVALHO et al., 2010).

Os procedimentos citados pelos enfermeiros, como: prática liberal de cesariana, infusão intravenosa de rotina durante trabalho de parto, uso rotineiro da episiotomia, esforços de puxos prolongados e dirigidos, toques vaginais frequentes e por mais de um examinador, manobra de Kristeller e uso rotineiro da posição de litotomia foram considerados, nesta classificação, como práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (BRASIL, 2001).

A amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto e a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, nesta classificação, foi considerada como práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2001).

Segundo o MS (2001), no que diz respeito à prática da episiotomia, foi evidenciado, através de estudos sistemáticos, que não há base científica para a manutenção desta prática de rotina, o uso restrito de episiotomia parece ter benefícios quando comparado à episiotomia de rotina. Há menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização, embora se observe risco aumentado de trauma perineal anterior.

A Organização Mundial da Saúde (1996) avalia que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia num parto, até então de evolução normal, sendo esta última indicação subjetiva, uma vez que não existem instrumentos que mensurem a elasticidade

perineal, portanto, não há como afirmar que a rigidez perineal de determinada cliente possa acarretar laceração de terceiro grau e, mesmo se optando pela episiotomia, não se excluem os riscos de laceração de terceiro e quarto grau (ZANETTI et al., 2009).

Apesar de não haver consenso sobre as indicações da episiotomia, as complicações deste procedimento são amplamente divulgadas, tais como: riscos de extensão da lesão, hemorragia significativa, edema, infecção, dor no pós-parto, dispareunia e, embora rara, a endometriose da episiorrafia (ZANETTI et al., 2009)

A OMS sugere uma taxa ideal de episiotomia, nos diversos serviços, em torno de 10%, entretanto, este procedimento ainda é frequente nas maternidades do país; acredita-se que quase a totalidade das nulíparas seja submetida a uma episiotomia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [2015]; CARROLI; MIGNINI, 2012), muitas vezes realizada sem o consentimento das clientes, desrespeitando sua autonomia, bem como os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar das recomendações da OMS que enfatizam a adoção de práticas baseadas em evidências científicas pelos profissionais de saúde na atenção ao parto e nascimento, alguns estudos mostram que estas práticas permanecem sendo realizadas rotineiramente na assistência ao parto normal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

A pesquisa Nacer no Brasil mostrou que a incidência de boas práticas obstétricas encontrava-se pouco frequente, enquanto que a incidência de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi extremamente elevada tanto nas mulheres de baixo quanto nas de alto risco. Entre as entrevistadas, 74,9% foram rotineiramente puncionadas, 36,4% receberam ocitocina; realizou-se amniotomia em 39,1%, foram submetidas à episiotomia 53,5%, parto em posição de litotomia em 91,7% e o uso da manobra de Kristeller ocorreu em 36,1% (LEAL; GAMA, 2014).

Sobre as boas práticas, estas não apresentaram um número satisfatório e significativo, apenas 25,2% se alimentaram, tiveram a presença de acompanhante 18,7%, liberdade de movimentação em 44,3%, fizeram uso de algum procedimento não farmacológico para alívio da dor 26,7%, e acompanhamento com partograma em 41,4% (LEAL; GAMA, 2014).

O que se observa é que, apesar dos esforços em busca da humanização da assistência obstétrica, persiste ainda uma assistência extremamente intervencionista e medicalizada, que ignora as melhores evidências científicas, e que faz prevalecer nesse processo as relações desiguais de poder entre profissionais e mulheres. Segundo Wolff e Waldow (2008), esta relação, na qual prevalece o poder através da dominação, extrapola e recai na desumanização, constituindo-se em atos de violência.

As práticas intervencionistas, que não consideram a fisiologia feminina e que visam ao domínio masculino sobre o corpo feminino, têm como pano de fundo as questões de gênero. Baseiam-se numa filosofia androcêntrica e patriarcal que enxerga o corpo feminino como desvio do masculino, compreendendo-o como defeituoso e imprevisível, que necessita de monitoramento e intervenções para seu adequado funcionamento.

No âmbito das maternidades públicas do país, a violência obstétrica é marcada, em parte, por uma violência de gênero, que faz com que as diferenças sociais (ser mulher, pobre e de baixa escolaridade) se transformem em desigualdades a partir de uma relação hierárquica, favorecendo a relação de dominação, em que a mulher é considerada objeto de intervenção dos profissionais de saúde (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Tesser et al. (2015) corroboram as afirmações anteriores, apresentando como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, cotidianamente adotadas nas maternidades públicas do país: Infusões intravenosas de rotina no trabalho de parto; Uso indiscriminado de ocitocina; Amniotomia para acelerar o trabalho de parto; Episiotomia; Posição de litotomia; Manobra de Kristeller; Restrição hídrica e alimentar; Restrição de movimentos corporais; Impedimento do acompanhante. Tais práticas são consideradas prejudiciais ou ineficazes no processo do evoluir do trabalho de parto e parto, assim como podem prejudicar a saúde materna e fetal/neonatal.

Outras práticas que as enfermeiras referem como violência obstétrica são aquelas que, apesar da indicação médica/obstétrica, são tecnologias invasivas, tais como o Fórceps e Vácuo extrator.

...Então acho que... eu acho que o fórceps não deveria ser mais usado, coisa que também é usada, isso pra mim é uma violência porque é muito fácil... assim, eu sei que a pessoa tá tentando salvar um bebê, mas é muito fácil você introduzir uma coisa tão agressiva numa mulher quando o corpo não é seu. (E.17)

...usar o fórceps também é uma violência obstétrica, mas eles falam que se faz necessário, então quem sou eu pra julgar isso, porque é uma conduta médica... (E.20)

Tem coisas que até são permitidas, mas ao meu ver é uma violência até contra a criança, é o kiwi [vácuo], sabe assim, eu não sou muito a favor, mas eu sei que pode, né, então... (E.31)

A bibliografia nos mostra que a utilização de fórceps e/ou vácuo-extrator torna-se justificável em casos que ameacem o bem-estar materno e/ou fetal e que possam ser revertidos ou melhorados pelo uso adequado e seguro dos instrumentos (BRASIL, 2001).



Segundo O'Mahony, Hofmeyr e Menon (2010 apud AMORIN; PORTO; SOUZA 2010), a decisão de um parto instrumental depende de vários fatores, e as indicações classicamente reconhecidas são: período expulsivo prolongado, exaustão materna, emergências como prolapso de cordão ou Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI), diagnosticadas no período expulsivo, padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, entre outras condições clínicas, como eclampsia e cardiopatias. Não estão disponíveis ensaios clínicos randomizados validando estas indicações, de forma que a indicação do parto instrumental ainda depende fundamentalmente do obstetra, devendo ser realizado após orientação e consentimento informado da parturiente.

No que diz respeito às vantagens e desvantagens relacionadas ao uso de cada instrumental, um estudo de metanálise comparativo evidenciou que o vácuo-extrator está associado à menor morbidade materna, reduzindo traumas, dor perineal, uso de anestesia geral e regional e índices de cesárea. O fórceps, entretanto, esteve menos associado à cefalohematoma e hemorragias retinianas nos neonatos, ressaltando que nenhum dos instrumentos ocasionou danos sérios nos recém-nascidos (BRASIL, 2001).

O kiwi [vácuo] eu acho melhor que... é... dizem que é menos agressivo [do que o fórceps], mas eu também acho forte, é... a gente cansa de ver muito... Nem tanto, mas a gente vê algumas formas prejudiciais também do kiwi [vácuo], é... eu sei que é uma tentativa de salvar o bebê e às vezes até acabar indo pra cesárea e tal, mas eu ainda acho uma violência. (E.17)

Nesse sentido, podemos verificar que as enfermeiras detêm o conhecimento técnico-científico sobre as indicações do fórceps e vácuo extrator, reconhecem que o segundo possui vantagens importantes em relação ao outro, contudo, não desconsideram estes como uma forma de violência obstétrica devido às possíveis consequências tanto para a mulher quanto para o recém-nascido.

O MS (2001) afirma que partos instrumentais associam-se a um maior risco de hemorragias no quarto período e puerpério. É absolutamente necessária a atenção redobrada à mulher após o parto. Faz-se necessário um obstetra qualificado para a utilização de tais instrumentais, de modo que avalie corretamente a necessidade do seu uso e que possua destreza na técnica de passagem, bem como respeito à mulher e recém-nascido, informando-a sobre a necessidade de utilização e realizando a técnica após seu consentimento para que, desta forma, tenha uma assistência obstétrica segura, que trabalhe de forma respeitosa e que intervenha somente quando preciso, em busca de minimizar os danos maternos e neonatais.

Desta maneira, é importante destacar que o que foi, no início e meados do século XX, símbolo da obstetrícia cirúrgica e da assistência humanizada, o fórceps, passa a ser compreendido na atualidade pelas enfermeiras do estudo como uma tecnologia invasiva, agressiva ao corpo da mulher e do recém-nascido e que deveria ser evitada. Este pensamento emerge de uma nova concepção de humanização da assistência obstétrica e da transformação da visão do parto de um fenômeno patológico, agressivo e arriscado para algo natural e fisiológico (DINIZ, 2005).

Constata-se que as enfermeiras primam pelo respeito aos direitos reprodutivos e o protagonismo feminino. A valorização em seus discursos das tecnologias não invasivas em detrimento das tecnologias invasivas corrobora este pensamento. As participantes passam a classificar a não permissão ou até mesmo a não oferta das tecnologias de cuidado não invasivas como uma forma de privar as mulheres dos benefícios que lhes podem proporcionar uma assistência humanizada, o que, no seu entendimento, pode representar uma violência obstétrica.

É no momento do parto, ela não ter acesso a práticas não farmacológicas para alívio da dor... (E.3)

[Violência obstétrica] é... deixar de usar as tecnologias como a gente tem: a bola, o chuveiro, coisas que a gente sabe que melhoraria, que abreviaria o trabalho de parto prolongado, que seria um conforto maior para a mulher (...) (E.11)

Nos discursos das enfermeiras, é possível perceber que a violência obstétrica parece estar diretamente relacionada à violação dos direitos a uma assistência humanizada, integral e de qualidade.

Para elas, a assistência humanizada é caracterizada como a que oferece uma tecnologia de cuidado menos invasiva e que preza pela fisiologia e empoderamento feminino. As principais tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica mencionadas pelas enfermeiras neste estudo foram: o uso da bola, banho morno e, de modo generalizado, as que promovam o alívio da dor durante o trabalho de parto/parto.

Torres e Merhy (2000) indicam que as tecnologias envolvidas na saúde se classificam em leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve se define como a construção de vínculo e acolhimento; a tecnologia leve-dura, são os saberes estruturados; e a tecnologia dura, material concreto, máquinas, normas e estruturas organizacionais. Na prática diária do cuidar, estas três categorias (leve, leve-dura e dura) estão inter-relacionadas.

O termo tecnologia vem sendo entendido no campo da atenção obstétrica a partir de um conceito mais ampliado, ou seja, abrange ideias transformadoras que não se reduzem ao aparato tecnológico, técnicas invasivas e procedimentos medicalizados. A tecnologia é compreendida como um saber estruturado, aplicado com uma intencionalidade e uma justificativa e que produz um resultado que satisfaça as necessidades individuais dos seres humanos (TORRES, 2006).

Considerando a atenção obstétrica, muitos são os olhares para uma tecnologia que atenda aos princípios da humanização da assistência, ou seja, permita à mulher o pleno exercício da cidadania durante o nascimento de seu filho, ter seus direitos reprodutivos respeitados e uma qualidade da atenção obstétrica – as tecnologias de cuidado não invasivas de enfermagem obstétrica (MEDINA, 2003; VARGENS; PROGIANTI, 2004).

As tecnologias de cuidado são definidas como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos que são utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado do cliente (NEVES; VARGENS, 2003; PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

A partir deste conceito, Medina (2003) destaca a ideia das tecnologias de cuidado realizadas por enfermeiras obstétricas no cuidado à mulher. Estas são denominadas tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e são desenvolvidas pautadas na desmedicalização do parto e em diferentes etapas do processo de parir e nascer.

O cuidado prestado à mulher pela enfermeira obstetra, que utiliza as tecnologias de cuidado, visa dar-lhe poder de decisão e ajudá-la a passar, da melhor forma e sem intervenções desnecessárias, pelos processos naturais (MACEDO et al., 2008).

Desta maneira, observamos que as enfermeiras do estudo parecem compreender a importância da utilização destas tecnologias de cuidado como instrumentos que contribuem no momento de trabalho de parto/parto, proporcionando o relaxamento da parturiente, alívio da dor, bem como abreviação do tempo de trabalho de parto.

A literatura aponta que, dentre os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto/parto, estão os métodos farmacológicos (como a anestesia peridural e contínua e a técnica combinada da raquidiana e peridural) e os não farmacológicos, que são considerados métodos não invasivos, dentre eles estão: banho morno por imersão ou aspensão, massagens, exercício respiratório, aromaterapia, entre outros. Estes podem ser utilizados de forma combinada ou isolada e, além de promover alívio da dor de parto, podem contribuir para reduzir a necessidade de métodos farmacológicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; ORANGE; AMORIN; LIMA, 2003; DAVIM et al., 2008).

Além de contribuírem para a evolução do trabalho de parto e conforto da parturiente, as tecnologias de cuidado não invasivas promovem o protagonismo da mulher em todo o processo. As enfermeiras obstetras, ao ofertarem as tecnologias de cuidado não invasivas às mulheres, se fundamentam nos seguintes princípios: a mulher como protagonista e o profissional de saúde como coadjuvante; o parto como um evento fisiológico que não requer controle, mas sim cuidado; o parto abrangendo aspectos além do biológico, com influências sociais, culturais, ambientais e místicas; e o respeito à privacidade e à segurança da mulher. Nessa perspectiva, o emprego de procedimentos invasivos deve ser realizado com prévia autorização da mulher, colocando-a como sujeito ativo do evento (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

Vale ressaltar que o caráter não invasivo atribuído às tecnologias de cuidado consiste em acreditar que, quando a mulher estabelece uma relação de confiança com o profissional, ambos compartilham decisões quanto ao planejamento de seus cuidados. Logo, mesmo quando os procedimentos tocam regiões íntimas do corpo biológico ou mesmo do corpo sociocultural da mulher, estes não são vistos como invasão de privacidade, da fisiologia do corpo ou mesmo da mente (NASCIMENTO et al., 2010).

Desta maneira, os discursos das participantes vão ao encontro dos princípios de uma assistência humanizada, através do reconhecimento do parto como um evento natural e fisiológico e da liberdade de autonomia da mulher, respeitando sua integridade física e psíquica, de modo que as tecnologias não invasivas são compreendidas como um direito de toda as mulheres, isto é, todas as mulheres deveriam ter direito a uma assistência obstétrica humanizada.

#### 3.2.1.1.3 Inequidade no acesso aos serviços e recursos de Atenção à Saúde (violência estrutural)

Nesta subcategoria intermediária, foi observado que a violência obstétrica nos serviços de saúde também engloba aspectos estruturais do SUS, principalmente no que diz respeito à dificuldade de garantia do direito de acesso ao serviço pré-natal, ao respeito ao número mínimo de consultas de pré-natal e à realização de exames laboratoriais necessários para um adequado acompanhamento gestacional.

Bom, durante pré-natal, eu acho que a pior violência que existe pra mulher é o acesso ao pré-natal, né, por mais que hoje em dia a gente tenha as clínicas da família, os centros municipais de saúde, a gente ainda vê muita mulher com dificuldade de iniciar o pré-natal com facilidade (...) A gente pega o cartão de pré-natal sem o mínimo do mínimo que o Ministério da Saúde preconiza, pra mim, isso é uma violência, né. (E.13)

É uma das coisas que eu já falei... é a dificuldade dela ter um acesso ao pré-natal. (E.3)

Ela foi privada de repente de ser coberta pelo número de consultas de pré-natal que é preconizado pelo Ministério da Saúde, então, eu vejo que isso é uma violência obstétrica pra mulher nesse momento da gestação. (E.29)

Das disposições gerais de que trata a Lei nº 8.008/1990, a saúde corresponde a um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis para seu pleno exercício. No que diz respeito aos princípios e diretrizes do SUS, também dispostos na lei (capítulo II, artigo 7), é assegurado o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, através de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, entre outros (BRASIL, 1990b).

Desta maneira, a violação do direito à saúde corresponde a uma violação do direito de cidadania e, na perspectiva dos direitos reprodutivos, esta dificuldade de acesso ao serviço de pré-natal corresponde a uma violência obstétrica. Foi compreendido pelas enfermeiras que o acesso de má qualidade, que não contemple as recomendações ministeriais, se enquadra também no conceito de violação obstétrica, por não assegurar uma atenção de qualidade conforme preconizado também pelo PHPN.

O PHPN tem como principal objetivo 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, 2002b).

A assistência pré-natal adequada é de fundamental importância, pois, através da detecção e a intervenção precoce de situações de risco, pode contribuir para desfechos perinatais favoráveis. Esta atenção adequada neste período se faz necessária a fim de prevenir consequências negativas tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, crianças prematuras e de baixo peso. O componente de atenção pré-natal é um dos determinantes dos indicadores de saúde que tem o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2012e; MARTINELLI et al., 2014; MENDONZA-SASSI et al., 2011).

Uma pesquisa nacional realizada em 2011 e 2012, que tinha como objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados, constatou que a assistência pré-natal no Brasil foi de 98,7%, sendo superior a 90%, sendo 74,6% realizada na rede pública de saúde. As baixas coberturas do serviço de pré-natal foram mais frequentes em mulheres da região norte, indígenas, com baixa escolaridade, sem parceiro, com maior número de gestações, mulheres com desfechos anteriores negativos, que não desejavam engravidar e que ficaram insatisfeitas com a gestação atual (VIELLAS et al., 2014).

Em um estudo realizado no Espírito Santo, em 2012 e 2013, no âmbito do SUS, verificou-se que as mulheres com menor renda e residentes na zona rural foram as que receberam a pior assistência pré-natal, mostrando que, dentro da política universal, os gestores e os profissionais das unidades de saúde não conseguiram ainda focalizar, dentro da atenção pré-natal, as mulheres que mais precisam de cuidados e orientação e oferecer a estas um atendimento diferenciado que realmente as faça se comprometerem com o acompanhamento de sua saúde durante o período gestacional (MARTINELLI et al., 2014).

Outros estudos também apontam para a associação da falta de adequação pré-natal em mulheres de baixa renda, demonstrando que os grupos socialmente mais vulneráveis possuem pior acesso ao serviço de pré-natal (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; COIMBRA et al., 2003).

Embora o acesso ao pré-natal alcance grande parte da população, a qualidade deste atendimento ainda é insatisfatória visto que atividades educativas em saúde não abordam as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens; e a rede de serviços de apoio diagnóstico para realização de exames preconizados durante a gravidez não contempla as necessidades dos municípios, além de existir, em diversas localidades, a peregrinação da mulher para encontrar um estabelecimento de saúde no momento de atenção ao parto e nascimento (ALVES, 2012).

É bem certo que somente o acesso ao serviço de saúde, e até mesmo a realização de mais de seis consultas conforme preconizado pelos órgãos ministeriais, não garantem à mulher uma assistência de qualidade. Segundo Castro, Moura e Silva (2010), a assistência de pré-natal de qualidade diz respeito à disponibilidade de infraestrutura adequada no que se refere aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam às necessidades de cada gestante.

A avaliação da qualidade da atenção pré-natal é um passo importante para medir sua efetividade e o impacto nos indicadores de resultados maternos e neonatais. A construção dos

índices nacionais deve ser baseada nos critérios estabelecidos pelo PHPN, que define um conjunto de exames laboratoriais, administração de vacinas, ações educativas, acolhimento, classificação de risco e encaminhamento dos casos de riscos (LEAL et al., 2015).

Nesse sentido, as enfermeiras pontuaram a dificuldade das gestantes terem acesso a um serviço de pré-natal de qualidade que preze por ações recomendadas pelo MS, como a realização de exames laboratoriais de rotina pertinentes à sua idade gestacional.

[Não] ter acesso aos exames persistentes ao seu pré-natal... (E.3)

...Então, durante a gestação, falta de solicitação de exames, né, necessários a cada idade gestacional dessa gestante... (E.22)

Quando os exames demoram demais pra fazer, tipo, você manda hoje, depois de sei lá... seis meses depois, quase já passou a outra consulta e ela não fez ainda aquela ultra que ela precisava, entendeu. (E.8)

A respeito da cobertura dos exames laboratoriais durante o pré-natal, o MS (2012e) estabelece a acessibilidade de exames como: tipagem sanguínea e fator Rh, hemoglobina/hematócrito, sorologia para sífilis e/ou VDRL, exame de urina, glicemia de jejum; testagem anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose, entre outros, caso necessário.

Ainda, a Rede Cegonha, instituída em 2011 pela Portaria nº 1.459, possui como uma de suas diretrizes a ampliação do acesso e a melhoria da qualificação do serviço de pré-natal. Nesse sentido, prevê, entre outras coisas, a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011d).

A ausência do resultado de exames básicos de rotina representa a perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento de agravos passíveis de controle, como a infecção pela sífilis e pelo HIV, anemia, infecção urinária e bacteriúria assintomática, causas de vários desfechos perinatais negativos e para as quais existem intervenções efetivas (DOMINGUES et al., 2012).

Sobre os motivos que levam as gestantes a terem dificuldade de acesso aos exames laboratoriais de rotina, estes podem estar relacionados ao profissional ou à instituição de saúde. No tocante ao profissional de saúde, podemos pensar na não solicitação dos exames ou a solicitação em tempo não oportuno e no que tange ao aspecto institucional, este fato pode estar relacionado à demora na operacionalização das unidades quanto à realização e entrega dos exames no tempo apropriado.

Um estudo realizado na rede SUS do município do Rio de Janeiro, com mais de duas mil gestantes, observou que a solicitação e coleta de exames foram elevadas, o que sugeriu a adesão dos profissionais e das mulheres aos exames de rotina. Contudo, a proporção de gestantes com registro de resultados de exames foi baixa. Embora o problema possa ser apenas de registro dos resultados nos cartões de pré-natal, há também a possibilidade de falhas na execução dos exames, por falta de insumos específicos, equipamentos danificados, demora no retorno do resultado, extravio das amostras, entre outros (DOMINGUES et al., 2012).

A lentidão do processo de realização e recebimento dos resultados de exames evidencia uma falha na atenção do sistema de saúde. A indisponibilidade de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde dificulta o acompanhamento pré-natal, que acaba não ocorrendo de maneira tranquila, rápida e efetiva, com condições de monitoramento adequado da saúde das gestantes (SILVA et al., 2015).

Dentre os princípios que estruturam o PHPN, está o acesso ao atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002a). Logo, é necessário que os gestores municipais cumpram com o dever de garantir e fornecer a operacionalização da atenção em saúde respaldada pelas portarias e protocolos do MS (SILVA et al., 2015).

Ainda no aspecto referente ao acesso ao serviço de saúde, uma depoente abordou a situação de mulheres que desejam interromper a gestação em condições legais e que possuem dificuldades de se valer deste direito, constituindo, desta maneira, uma forma de violência obstétrica.

Eu acredito que só da mulher peregrinar nos serviços buscando essa situação de abortamento assegurado por lei, isso já é por si uma violação. (E.14)

Chama a atenção, que neste estudo, a violência obstétrica nos serviços de saúde, voltada para as mulheres em situação de abortamento, não foi visualizada por quase a totalidade das participantes, sendo apontada por somente uma enfermeira, no aspecto de dificuldade de acesso ao serviço de aborto legal e também da negligência de atendimento, quando ocorre a postergação deste por juízo de valores por parte do profissional.

O abortamento representa um grave problema de saúde pública. Estima-se que ocorram, considerando apenas o Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos por ano, sendo uma das principais causas de morte materna no país. Sua discussão envolve aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Vulnerabilidades como a desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação, e múltiplas



dimensões da pobreza fazem com que o abortamento inseguro atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (BRASIL, 2011e).

A criminalização do aborto não promove coibição de sua prática, traz efeitos negativos para a saúde das mulheres e perpetua a desigualdade social. No Brasil, a prática do aborto se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, em que a minoria das mulheres pode arcar com os custos de um abortamento rápido e seguro, mesmo que ilegal, e aquelas que não detêm recursos, ou seja, a maior parte da população feminina, recorrem a estratégias inseguras que frequentemente se complicam e acarretam mortes maternas (BRASIL, 2009b, 2011e).

No país, a lei relativa ao abortamento legal é restrita a duas situações, quando há risco de vida da gestante e quando a gravidez é resultante de estupro, previstas no artigo 128 do Decreto de Lei nº 2.848/1940 (BRASIL, 1940).

Apesar dos referidos permissivos da lei terem sido incorporados desde 1940, apenas na década de 1980 foram realizados, oficialmente, os primeiros atendimentos no serviço público de saúde brasileiro. Os casos de anomalia fetal incompatível com a vida, como o de fetos anencefálicos, apesar de não estarem contemplados nos permissivos da lei, não se tipificam como um crime e também têm sido atendidos nos serviços de saúde (SOARES, 2003).

Entre os fatores que contribuíram para a existência da assistência ao aborto autorizado por lei no Brasil, estão o movimento feminista, que durante anos discute a questão do aborto como um direito reprodutivo das mulheres, e as conferências internacionais que consolidaram os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos - a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, e a Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995, estando incluído no relatório da CIPD que, nos casos em que o aborto fosse previsto em lei, sua prática deveria ser realizada em condições adequadas, devendo os países signatários se comprometerem a oferecer uma assistência de qualidade tanto para os abortos previstos em lei, como os abortos em geral (SOARES, 2003).

Desta forma, o MS também vem contribuindo para a implementação dos direitos das mulheres ao aborto legal, bem como a uma assistência adequada e humanizada em qualquer forma de abortamento através de manuais e normas técnicas, a fim de buscar promover uma assistência humanizada a mulheres em situações de abortamento. Além disso, também houve um aumento do número de serviços de referência para o atendimento ao abortamento previsto em lei (BRASIL, 2011e).

Apesar dos avanços alcançados, muitos serviços que oferecem este tipo de atendimento ainda não estão preparados e as mulheres tendem a enfrentar algumas dificuldades para ter seus direitos assegurados, principalmente no que diz respeito à interrupção da gestação decorrente do estupro.

Alguns profissionais ainda acreditam que, para a ter acesso ao serviço de aborto legal, é preciso ter o Boletim de Ordem e Ocorrências ou autorização judicial e, mesmo quando possui tais documentos, ela ainda é interpelada para a produção da verdade, ou seja, é feita uma forma de inquérito investigativo com as mulheres, justificado, muitas vezes, pela verificação donexo causal da gravidez ser decorrente desta situação contada, mas, por vezes, realizado em busca de caracterizar a veracidade da história contada, sendo realizada também uma avaliação subjetiva de seu comportamento. Além de contar uma história que tenha relação de causalidade entre o fato, o acontecimento do estupro e a gravidez, necessitará ainda apresentar traços que a caracterizem como vítimas, para poderem de fato terem assegurado seu direito de interromper a gestação (DINIZ et al., 2014b).

O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal (BRASIL, 2012f).

Muitas mulheres ainda desconhecem os serviços de aborto legal para determinadas situações, e/ou quando os procuram, possuem dificuldades de acesso ao serviço, devido à desqualificação de alguns profissionais, que fazem requisição de documentos e procedimentos totalmente dispensáveis, que não são obrigatórios para o prosseguimento de sua assistência profissional e, assim, dificultam a garantia do direito das mulheres.

É importante a divulgação de informação sobre o serviço de aborto legal, como também dos locais de referência para este atendimento. Quanto aos profissionais, é necessário que estejam capacitados e que sua assistência seja livre de qualquer tipo de preconceitos e julgamentos, promovendo um atendimento digno e respeitoso, o qual é de direito da mulher, de modo a não obstruir ou dificultar o acesso ao serviço de saúde.

### 3.2.1.2 A violência obstétrica no âmbito social

Considerando ainda as definições e características da violência obstétrica presentes nos discursos das enfermeiras de maternidades, ao expressarem a violência obstétrica em sua perspectiva, destaca-se como uma segunda subcategoria a “Violência obstétrica no âmbito social”. Esta ficou evidenciada ao destacarem os diferentes tipos de violência cometida contra gestante e puérpera fora do espaço dos serviços de saúde, ou seja, aquela que ocorre no âmbito social.

Como já visto anteriormente, as principais literaturas sobre a temática da violência obstétrica apresentam conceitos e características desta forma de violência como sendo aquela que ocorre em ambiente institucional do setor saúde, caracterizada por atendimentos desumanizados e práticas intervencionistas, acometendo principalmente parturientes e na qual os agentes perpetradores são os próprios profissionais de saúde.

Este trabalho, contudo, trouxe um conceito de violência obstétrica ampliado, a partir da visão das profissionais, que estão em contato direto com as mulheres gestantes, parturientes, puérperas e em situação de aborto, as enfermeiras. Em sua percepção, compreendem a violência obstétrica não somente numa perspectiva institucional dos serviços de saúde, mas para além, abrangendo o âmbito doméstico/familiar e social.

A violência contra a mulher envolve um grande número de modalidades e situações que se evidenciam pelas agressões físicas, psicológicas e sexuais no ambiente doméstico, profissional ou em outros espaços de convivência (BRASIL, 2012e).

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. É cometida por um familiar, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, mesmo que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra. A violência doméstica difere da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados, agregados e visitantes esporádicos (BRASIL, 2002a).

Acreditamos que por ser a violência doméstica a forma mais frequente de violência cometida contra as mulheres, esta foi lembrada pelas participantes do estudo e compreendida como uma forma de violência obstétrica quando ocorre no período gestacional e também no puerpério (SÃO PAULO, 2007).

Dados atualizados do “Mapa da Violência 2012: Homicídio de Mulheres no Brasil” apontam que o ambiente doméstico é onde ocorrem as principais situações de violência contra a mulher. A taxa de ocorrência de violência no ambiente doméstico é 71,8%, enquanto em vias públicas é de 15,6% (WAISELFISZ, 2012).

Nesse sentido, infelizmente, a condição gravídica não isenta a mulher de vivenciar situações de violência, como demonstram os dados abaixo sobre a incidência de violência no período gestacional.

Schraiber e D’Oliveira (1999), inclusive, destacaram em seus estudos que consideram que a violência pode ser intensificada durante o período gestacional, ou até mesmo ser iniciada nessa etapa da vida da mulher.

As mulheres, durante a gestação, são mais suscetíveis a vivenciarem agressões, mais do que mulheres não grávidas (SANTOS et al., 2010). Cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou severidade da violência durante o período gestacional. Em relação à violência física e sexual durante o período gestacional, a prevalência é de 1% a 20%; no período de pós-parto (principalmente nos seis primeiros meses), os índices permanecem altos, acometendo cerca de 25% das mulheres (BRASIL, 2012e).

Em relação à violência na gestação, uma pesquisa realizada em São Paulo com 1.922 usuárias dos serviços públicos de saúde revelou que 20% das usuárias que já engravidaram referiram algum episódio de violência por parceiro íntimo na gestação (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

Desta maneira, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher e a violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia (BRASIL, 2012e).

Como principais fatores de risco para a ocorrência da violência doméstica (psicológica e física/sexual) contra a gestante estão: a sua baixa escolaridade, renda familiar baixa, a união não estável e ter na infância presenciado ou sofrido algum tipo de violência (AUDI et al., 2008).

Para o MS (BRASIL, 2012e), as representações da violência que acometem as mulheres em seu período gestacional podem ocasionar diversos transtornos à saúde tanto materna quanto fetal, entre eles: dores crônicas, infecções urinárias recorrentes, os transtornos de comportamento, as depressões e as tendências ao suicídio, baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal.

No que tange às repercussões voltadas para o recém-nascido, uma pesquisa verificou que a violência física cometida por parceiro íntimo aumentou em duas vezes as chances de

óbito do bebê no período neonatal, e em três vezes de óbito pós-neonatal, se comparado aos filhos de gestantes não vítimas de agressões pelo pai do bebê (VIELLAS et al., 2013).

A violência contra a gestante ainda é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais, uma vez que mulheres que vivenciam estas situações sentem-se coibidas em declarar as agressões de parceiros e familiares, e também por alguns atos de violência não serem reconhecidos por eles, nem por estas mulheres, e nem mesmo por profissionais de saúde (MEDINA; PENNA, 2008).

Ainda que as mulheres que vivenciam violência durante a gestação apresentem maiores chances de terem um acompanhamento de pré-natal inadequado, iniciando de forma tardia (MORAES; ARANA; REICHEIM, 2010), este ainda parece ser o local mais indicado para atuar na identificação da violência doméstica/intrafamiliar e promover ações de enfrentamento que contribuam para a redução dos riscos e danos maternos e neonatais, uma vez que, enquanto gestante, esta mulher tem maior possibilidade de buscar um serviço de saúde para acompanhamento do que a não grávida.

A consulta de puerpério também representa um momento importante para identificar situações de violência doméstica/intrafamiliar, através de uma abordagem integral, uma observação cuidadosa, escuta qualificada e avaliação de fatores de risco.

Entretanto, o que ainda se observa, na maioria das vezes, é o atendimento no pré-natal limitado a procedimentos técnicos obstétricos como medição de fundo de útero e ausculta fetal, bem como prescrição de exames e medicações, rotinas mecanizadas e com pouca interação cliente-profissional, que ignoram aspectos psicossociais das mulheres. E, no puerpério, este fato não se difere, uma vez que a atenção é voltada exclusivamente para o recém-nascido e, mesmo quando há abordagem à mulher, esta se restringe à amamentação e questões relacionadas ao restabelecimento após o parto (retirada de pontos após cesárea, involução uterina e loquiação). É fundamental que os profissionais estejam sensibilizados para esta questão para que possam trabalhar formas de enfrentamento da violência doméstica/intrafamiliar junto a estas mulheres.

Neste estudo, identificou-se que as enfermeiras possuem uma perspectiva ampliada no que diz respeito aos conceitos e características da violência obstétrica, abordando aspectos referentes à violência que acomete gestantes e puérperas, principalmente no âmbito doméstico/familiar, mas também no seu meio social.

No caso assim da parte, da parte familiar também, né... a gente aqui na maternidade, a gente, por ser uma maternidade pública também, a gente pega a gestante em várias situações, né, de várias faixas etárias, é questão social, é de várias situações... então

assim, eu acho que principalmente quem trabalha na admissão, que faz a parte do acolhimento, eu já fui de lá da admissão e sei bem como que é, então a gente ouve, a gente vivencia situação de espancamento, maus-tratos... (E.1)

Agressão domiciliar do companheiro [contra a gestante]. (E.7)

Observou-se nas falas das entrevistadas que as principais manifestações desta forma de violência obstétrica correspondem à violência psicológica e física, sendo a primeira a mais referida.

As pessoas fazendo aqueles comentários deselegantes dizendo que a pessoa tá gorda, que a pessoa vai deformar, que o peito vai cair, enfim, eu vejo dessa forma. [a violência obstétrica na gestação]. (E.30)

É... quando [marido] diz que a mulher tá feia porque tá grávida, não quer manter relação com ela porque ela tá grávida... que depois que ela teve o parto, ela ficou larga... (E.11)

É... outros tipos de briga de repente com familiares, agressão a uma gestante mesmo. (E.7)

A violência psicológica, na maioria das vezes, não é visível, não deixa marcas físicas, e muitas vezes não é percebida pela mulher como um tipo de violência. Segundo o MS (BRASIL, 2002a), ela é caracterizada por insultos, humilhações, chantagens, desvalorização, manipulação afetiva, negligência, isolamento de amigos e familiares, ameaças, entre outros, que possam acarretar danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do indivíduo.

Um estudo realizado com 1.379 gestantes usuárias do SUS do estado de São Paulo evidenciou que, no que tange à violência doméstica, 19,1% (n=263) das gestantes reportaram violência psicológica; e 6,5% (n=89), violência física/sexual (AUDI et al., 2008).

A violência física diz respeito a toda ação ou tentativa de causar um dano não acidental por meio da força física ou de algum tipo de arma; ocorre quando uma pessoa está em relação de poder sobre a outra. Pode ser caracterizada por socos, chutes, empurrões, mordidas, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicamentos inadequados ou desnecessários, álcool, drogas ou outras substâncias, amarrar, arrastar, tirar de casa à força, abandonar em lugares desconhecidos e danos à integridade corporal por negligência (BRASIL, 2002b).

Dados de um estudo de corte realizado em Recife com mulheres, a fim de avaliar a violência doméstica cometida por parceiros antes, durante e após a gestação, mostram que a gestação não manteve a mulher protegida de violência, mas o tipo da violência vivida se

modificou, pois durante o período gestacional a violência física diminuiu e a psicológica aumentou (SILVA et al., 2011).

Outro estudo realizado com 385 puérperas atendidas em maternidade pública ratifica a importância da temática da violência doméstica na gravidez, demonstrando que este tipo de violência acometeu 36,9% das mulheres em algum momento da vida e 34,6% na gravidez. De acordo com os dados, a violência psicológica correspondeu a 97,1%, a física a 48,7% e a sexual a 4,9%, sendo o parceiro o principal agente perpetrador deste tipo de violência, seguido por membro da família (OKADA et al., 2015).

Deve-se pensar sobre a dificuldade de reconhecimento de algumas formas de violência psicológica pelas mulheres, o que pode acarretar ainda uma subnotificação dos dados, além do fato de se sentirem envergonhadas em declarar que vivenciaram e/ou vivenciam alguma situação de violência.

Verifica-se, através dos resultados das pesquisas que tratam da temática, que a violência psicológica é apontada como a principal forma de manifestação de violência doméstica/intrafamiliar contra gestantes, sendo esta também a mais presente nos discursos das entrevistadas, seguida da violência física e sendo ausentes discursos sobre violência sexual.

Apesar de não ter sido citada no estudo pelas participantes, a violência sexual no âmbito doméstico é muitas vezes imperceptível aos olhos da sociedade devido às questões de gênero que a ela estão relacionadas. É importante estar atento para estas relações abusivas referentes a imposições sexuais, de maneira forçada, física e psicologicamente, bem como à recusa do parceiro em usar preservativo.

No que diz respeito aos principais agentes mencionados como perpetradores da violência obstétrica no âmbito doméstico/intrafamiliar e social, destacou-se, primeiramente, o parceiro, seguido de familiares e, em menor frequência, conhecidos. Também foi apontado por uma das enfermeiras, como agente perpetrador, a própria mulher, quando esta adota comportamento de risco, por exemplo, ao fazer uso de drogas e, assim, comete violência contra si própria.

...Questão de espancamento, de uma gravidez não desejada por parte mais do pai. (E.1)

Eu acho que é violência doméstica, é... do companheiro agredir a gestante, eu entendo isso com essa pergunta. (E.7)

...A mulher não quer levar aquela gestação pra frente e o homem se empodera sobre o corpo dela e diz que ela tem que levar ou, ao contrário, quando ela quer levar e o homem diz que ela tem que abortar. (E.11)

Através dos discursos das participantes, observou-se os parceiros como principais agentes agressores da violência doméstica contra a mulher, principalmente através de agressões físicas e psicológicas; esta última caracteriza-se por meio de atitudes de posse sobre o corpo das gestantes no que diz respeito aos seus direitos reprodutivos e também através de frases depreciativas, que têm por objetivo inferiorizá-las. Estas formas de violência, segundo a perspectiva das enfermeiras, acometem principalmente gestantes, mas também puérperas.

Pesquisas realizadas no Brasil apontam que a prevalência de violência doméstica durante a gravidez parece oscilar entre 7 e 34% (MORAES; REICHENHEIM, 2002; MENEZES et al., 2003).

As participantes parecem estar sensibilizadas para esta temática tão importante e ignorada no cotidiano dos profissionais de saúde. Suas perspectivas quanto ao agente agressor vão ao encontro dos estudos que tratam da violência doméstica contra mulheres, os quais confirmam que os principais agentes agressores são seus parceiros e ex-parceiros, tanto em não gestantes como em gestantes.

Uma pesquisa sobre violência doméstica e intrafamiliar contra mulher mostra que, dentre as mulheres que já vivenciaram estas formas de violência, 65% foram agredidas por seu próprio parceiro, ou seja, por marido, companheiro ou namorado. Ex-namorados, ex-maridos e ex-companheiros também aparecem como agressores frequentes, tendo sido apontados por 13% das vítimas. Familiares e cunhados aparecem em 11% dos casos (BRASIL, 2013).

Sobre a violência doméstica contra gestantes, um estudo dimensionou este fenômeno através do registro da ocorrência em Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher de Teresina - PI, no ano de 2008, e constatou que os principais responsáveis pela violência foram seus companheiros (38,0%), maridos (18,3%) e ex-companheiros (18,3%) (SANTOS et al., 2010).

Dentre os fatores associados à violência doméstica cometida por parceiros íntimos durante a gestação, além das contusões localizadas, observa-se que as mulheres costumam ter uma assistência de pré-natal inadequada, iniciando tardiamente ou até mesmo não realizando seu acompanhamento, apresentam baixa autoestima, baixo nível de escolaridade e maior consumo de álcool e outras drogas, acarretando um possível aumento de complicações maternas e fetais (VIELLAS et al., 2013). Com relação às características do companheiro, há associação com não ter trabalhado durante a gestação e uso de drogas ilícitas (SGOBERO, 2015).



As justificativas culturais para a violência geralmente decorrem de noções tradicionais dos papéis característicos de homens e mulheres, segundo as quais caberia à mulher assumir o dever do cuidado com os filhos e com o lar, prestando obediência e respeito ao seu marido. Nessa concepção, se o homem julgar que a mulher não cumpriu seu papel de esposa e de mãe ou ultrapassou os limites, então a violência pode ser a resposta dele (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

As entrevistadas também indicaram algumas situações de agravamento ou de desencadeamento da violência obstétrica no âmbito doméstico, praticada por parceiro, como o caso de gestação indesejada. Nesse sentido, a descoberta da gestação, muitas vezes, desencadeia processo de violência intrafamiliar também por questões sócio-econômica-culturais, uma vez que familiares e parceiros acabam por impor o aborto à mulher e, ao perceberem sua recusa, há uma tentativa de fazê-lo através da violência (MEDINA, 2007). Quando a gestação é indesejada tanto pela mulher quanto pelo atual parceiro, as chances de vivenciar a violência por parceiro íntimo aumentam 4,3 vezes (BAGGINI, 2014).

Para Oliveira e Vianna (1993), a gravidez pode desencadear sentimento de insegurança e abalo na virilidade do parceiro, devido à chegada de um novo ser comprometer a atenção de sua companheira, levando-o a se sentir desvalorizado e com menos poder, e também ao fato de o processo de gerar ocorrer no corpo da mulher e dar a ela a certeza de saber quem é o pai, gerando sentimento de insegurança sobre a paternidade da criança. Nesse clima de ciúme e desconfiança, pode ter início, então, a violência neste período, podendo continuar no pós-parto.

Desta maneira, para o MS (BRASIL, 2002a), o fato de a maternidade ser certa, e a paternidade incerta ou presumível, representa um fantasma para a organização da cultura patriarcal. O controle da vida sexual e reprodutiva da mulher garante a imposição das regras de descendência e patrimônio e, posteriormente, um sistema rígido de divisão sexual do trabalho. Assim, a mulher passa a ser tutelada por algum homem, seja pai, ou marido.

Este tipo de pensamento sempre justificou o autoritarismo masculino e traz uma compreensão equivocada sobre a violência do homem contra a mulher, como sendo algo natural. Nossa cultura está impregnada pelo pensamento machista e patriarcal de tal forma que, *assim* como muitos homens não assumem que estão sendo violentos, muitas mulheres também não reconhecem a violência que estão vivendo (BRASIL, 2002a).

Depois do parceiro, os familiares são os agentes perpetradores mais citados pelas profissionais. Os discursos das enfermeiras indicam que tanto familiares como conhecidos praticam violência obstétrica quando assumem atitudes impositivas e de controle a respeito do

tipo de parto e do número de filhos que esta deveria ter. Tais atitudes constituem um desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Aquelas coisas que a gente sabe que não é realmente o que acontece, mas que a própria população fica, fica colocando isso na cabeça da mulher, aquela mulher que quer parir começa a gestação pensando em ter parto normal e aí vai minando a mulher até chegar o momento do parto e aí a mulher muda a cabeça dela por conta das outras questões que são colocadas na cabeça dela. (E.11)

Às vezes a família que impõe, já coloca na cabeça que [parto normal] é complicado, vai dar trabalho, você vai sofrer, você não vai aguentar e aí elas acabam se acovardando (...) (E.30)

No que diz respeito à escolha pelo tipo de parto, as mulheres sofrem influências de diferentes mecanismos institucionais, individuais e coletivos, de experiências prévias, do poder médico e da família, da ausência de informações/orientações no período pré-natal, do interesse, curiosidade e de sua cultura, entre outras (NASCIMENTO et al., 2015).

No contexto da família e comunidade, esta interferência para a decisão pela via de nascimento advém de mulheres de próximo convívio da gestante e de familiares, como mães, tias, avós. Tais influências são moldadas a partir da vivência destas mulheres, seja ela positiva ou negativa.

Identificou-se pela perspectiva das enfermeiras que a influência de pessoas do seu convívio e da família ocorre de forma a desencorajar o parto normal, contrariando o que seria de desejo da gestante. Logo, esta influência se sobrepõe ao que é da vontade da mulher e/ou amedronta, quando as gestantes mantêm sua decisão pelo parto normal, por isso, foi considerada pelas participantes como uma violência obstétrica.

Este fato pode estar associado à experiência negativa destas mulheres durante seu trabalho de parto e parto, sendo percebida como um processo extremamente doloroso e sofrido. Este pensamento geralmente é reflexo de uma assistência obstétrica desumana e violenta, que ainda hoje ocorre com certa frequência nas maternidades. Desta maneira, não desejam vivenciá-la novamente e transmitem suas vivências para as mais próximas, de modo a desencorajar o parto normal.

Uma pesquisa realizada em Mato Grosso do Sul evidenciou que a maioria das participantes, 19 (76%), manifestou preferência pela realização do parto normal. Destas, dez mulheres (40%) preferiram o parto normal, mas foram submetidas à cesárea, nove (36%) escolheram e alcançaram o parto normal, e cinco (20%) escolheram e tiveram parto cirúrgico. Apenas uma (4%) não tinha preferência, mas acreditava que o normal seria melhor. Este resultado contraria o modelo de assistência obstétrica hegemônico vigente no país, em que as

mulheres sinalizaram sua preferência pelo parto normal, natural e humanizado, contrapondo-o à cesárea, muito praticada no Brasil e, em muitos casos, sem atender a critérios e classificações preconizadas pela literatura médica nacional e internacional (NASCIMENTO et al., 2015).

É importante o diálogo entre o profissional de saúde e as mulheres, estimulando o autoconhecimento de seu corpo, orientando sobre o processo reprodutivo e fisiologia feminina a fim de favorecer o protagonismo desta mulher, para que ela tenha autonomia de decidir não somente pelo tipo de parto, como para outras questões relacionadas ao seu corpo.

É importante pautar a atuação profissional nos princípios bioéticos, principalmente, respeitando o princípio da autonomia, no qual as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Na atenção à saúde, as ações devem ser autorizadas pelas pessoas (BRASIL, 2013a).

Além da interferência negativa na decisão da mulher sobre o tipo de parto, as profissionais citaram também o controle da quantidade de filhos, através de críticas e cobranças de familiares, numa tentativa de coibir as mulheres de terem mais filhos.

Este fato foi enquadrado pelas participantes como uma manifestação de violência obstétrica, uma vez que infringe os direitos reprodutivos dos indivíduos decidirem se querem ou não ter filhos, quantos e quando (BRASIL, 2013a).

A CIPD, realizada no Cairo, em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2005).

As pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, quando estes não querem instituir uma família, ou pelo casal, e diz respeito a um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantem direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole (BRASIL, 2013a).

Eu só consigo ver isso [violência obstétrica na gestação] pela família... cobrança, crítica, dependendo de quantos filhos ela já tenha. (E.30)

Durante o puerpério eu não sei o que poderia ser violência [obstétrica]... de repente a falta de apoio familiar, né... eu acho que poderia ser isso. (E.7)

Apesar de as enfermeiras terem um olhar ampliado sobre a questão da violência obstétrica, abrangendo características relativas aos serviços de saúde e para além destes, houve participantes que não conseguiram identificar a violência obstétrica nos serviços de

saúde no momento da gestação e no puerpério. E, desta maneira, acabaram por assim associarem a violência contra gestante e puérperas restrita ao âmbito doméstico/intrafamiliar. Esta situação pode ser explicada pelo fato de a sociedade, quando pensa em violência obstétrica, remetê-la ao trabalho de parto/parto exclusivamente, momento em que esta forma de violência é mais evidente.

Apenas uma depoente citou a mulher como própria agressora, em situações que, após a ingestão de algum tipo de droga, possam favorecer comportamento agressivo contra si própria e, dessa forma, comprometer sua integridade física.

A própria mulher que se autoviolenta em relação a drogas, que utiliza drogas. (E.1)

O consumo de drogas tem se tornado um problema de saúde pública na sociedade e, quando o grupo de risco são as gestantes, este problema ganha repercussão maior, pois a exposição destas mulheres a estas substâncias pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-bebê (YAMAGUCHI et al., 2008).

Estudo realizado no Paraná por Kassada et al. (2013), com 394 gestantes, identificou números alarmantes sobre o consumo de drogas durante a gestação, apontando que 72 (18,28%) faziam uso de algum tipo de droga, ou seja, a cada 05 gestantes, uma provavelmente utilizava substâncias prejudiciais à sua saúde e à saúde do feto. Observou-se que a droga mais utilizada foi o cigarro, seguido do álcool. As drogas ilícitas utilizadas foram cocaína, maconha e crack, com prevalência de 1,53%.

As gestantes com dependência química têm menor adesão à assistência pré-natal, têm menor participação em grupos de gestantes e apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais (KASSADA et al., 2013).

Na gestação, o uso de drogas pode gerar repercussões tanto na saúde materna quanto fetal, caracterizadas por abortamento, descolamento de placenta, hipertonia uterina, ruptura uterina, trabalho de parto prematuro, isquemia cerebral, infarto e morte. Em relação ao feto, a maioria das drogas ultrapassam a barreira placentária e hematoencefálica sem metabolização prévia, acometendo principalmente o sistema nervoso central do feto, causando déficits cognitivos ao recém-nascido, malformações, síndromes de abstinência, entre outros (ORNOY; ERGAZ, 2010; BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; YAMAGUCHI et al., 2008).

O consumo de drogas durante a gestação está associado a fatores como: problemas familiares, ausência de parceiro, instabilidade financeira, baixa autoestima e solidão (PORTELA et al., 2013). O histórico de violência antes e durante a gestação também pode ser

considerado como um fator de risco para o consumo de drogas pelas gestantes (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

É sabido que o uso de drogas interfere drasticamente de maneira negativa na saúde da mulher e de seu filho, e constitui um fator de risco para a ocorrência de violência, seja contra o outro ou contra si próprio. O MS afirma que gestantes usuárias de drogas podem apresentar riscos, tais como suicídio, hetero e autoagressão e comorbidades psiquiátricas (BRASIL, 2012e).

Desta maneira, mais uma vez aponta para a necessidade de ofertar uma atenção integral às mulheres durante a gestação, abrangendo os aspectos biopsicossociais e avaliando o contexto de vida em que a mulher está inserida, bem como comportamentos autodestrutivos como o uso de drogas.

### 3.2.2 Fatores influentes para a ocorrência da violência obstétrica

A segunda categoria intermediária “Fatores influentes para a ocorrência da violência obstétrica” diz respeito aos fatores que contribuem para a ocorrência da violência obstétrica tanto no âmbito social, mas, principalmente, no âmbito dos serviços de saúde, na perspectiva das enfermeiras da maternidade estudada. Esta se encontra subdividida em: Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao profissional/instituição e Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao contexto sociocultural da mulher.

A violência é compreendida como um grave fenômeno social que se encontra em franca expansão, em todas as suas formas e, especialmente, contra a mulher, ao longo da história e, nos dias atuais, ganhou caráter endêmico, cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa (FONEITE; FEU; MERLO, 2012).

A violência contra a mulher consiste em ações de ordem física, sexual ou psicológica que acarretem morte, dano, sofrimento e que se manifestam através das relações assimétricas baseadas no gênero, seja na esfera pública como na esfera privada (CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ, 1994). Logo, a violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões e algumas delas, apesar de serem muito presentes, dificilmente são identificadas pela população: a violência obstétrica institucional nos serviços de saúde e, mesmo, no âmbito doméstico.

Como dito anteriormente, a violência obstétrica no espaço institucional de saúde consiste em ações ou omissões que são realizadas por autoridades, funcionários, profissionais, pessoas e agentes pertencentes a qualquer órgão, que tentem retardar, obstruir ou impedir que as mulheres tenham acesso às políticas públicas e exerçam seus direitos previstos por lei (POLJAK, 2009).

Esta violência encontra-se associada a diferentes causas. A literatura demonstra que ela apresenta, em muitos casos, relação com as dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, e com os aspectos socioculturais vinculados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia (AGUIAR; D' OLIVEIRA, 2011).

Ao se observar a maternidade como um espaço social e repleto de práticas assistenciais em saúde, é possível compreender o quanto estes fatores potencializadores de violência obstétrica mostram-se evidentes e o quanto interferem diretamente na vida destas mulheres, principalmente, no momento do parto. Segundo Aguiar e D'Oliveira (2011), o parto é considerado um evento social que faz parte do rol de experiências humanas mais significativas para a mulher e sua família. Por ser o parto um evento fisiológico, este difere de outros eventos da prática hospitalar, pois requer cuidado e acolhimento. Apesar disso, o que se observa é que este momento por várias vezes é permeado por violência, praticada justamente por profissionais que deveriam ser seus cuidadores.

Assim, pode-se dizer que a literatura aponta a violência como um fenômeno multicausal e de repercussões diretas na sociedade. Neste estudo, os dados evidenciaram que os fatores influentes da violência obstétrica apresentam relação com as dimensões sociais relativas ao profissional/institucional (serviço/instituição) e com o próprio contexto sociocultural da mulher (cliente).

No que diz respeito aos fatores influentes para a ocorrência da violência obstétrica, relacionados ao profissional de saúde e à própria instituição, destacam-se: a falta de humanização, as condições emocionais, a desmotivação profissional caracterizada pela rotina mecanizada, a qualificação profissional e a formação profissional, as condições precárias de trabalho (déficit de recursos materiais e humanos) e os modelos assistenciais estabelecidos nos contextos da unidade hospitalar.

Cabe ressaltar que é preconizado pelas políticas públicas de humanização da assistência obstétrica um modelo de atenção integral e humanizado, que respeite a individualidade da cliente e seus direitos como cidadã. Entretanto, ainda se observa, em muitas situações, o modelo de assistência biomédico que, dentre outras características, possui

como foco do processo de trabalho o profissional de saúde em detrimento das particularidades de cada mulher.

Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo biomédico tradicional de assistência obstétrica, esta transformação implica perda de poder. Abandonar rotinas que adequam o trabalho ao modo de funcionamento do hospital e às necessidades profissionais e adotar outras que privilegiam o acompanhamento da fisiologia feminina significa perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do profissional neste contexto da assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Nesse sentido, pode-se afirmar que, para uma assistência obstétrica humanizada, que atenda aos direitos da mulher e seu filho, ou seja, livre de qualquer forma de violência, faz-se necessária uma mudança na postura e na atitude profissional, bem como uma adequação de estrutura física e de equipamentos das unidades de saúde (BRASIL, 2001).

### 3.2.2.1 Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao profissional/instituição

Percebe-se que a falta de humanização foi um dos fatores mais abordados pelas participantes. A partir dos relatos, a falta de humanização caracterizou-se como falta de empatia, sensibilidade e respeito ao outro.

Eu acho que é a falta de humanização das pessoas, eu acho que isso acarreta a violência (...) Então, assim, se a pessoa fizer ao outro o que quer que faça com a gente, acho que não gera nenhum tipo de violência, nem obstétrica e nenhuma outra. (E.1)

Eu acredito que... Os profissionais, poucos, né... Tem profissionais que já são humanizados, que sabem ver bem o protagonismo da mulher em cada momento, em cada fase, né, do ciclo gravídico-puerperal, mas tem profissionais que ainda não têm essa sensibilidade de ver a mulher como um todo. Então isso leva... (...) Ainda tem profissionais que não têm essa sensibilização de que o parto é fisiológico, que pode ser demorado... eu entendo como uma causa a falta de sensibilização do profissional. (E.5)

...se colocar no lugar da pessoa, né... isso acontece muito, se você se coloca no lugar da pessoa, não iria acontecer esse tipo de coisa, né... (E.28)

Segundo Mezomo (1995), a humanização no hospital envolve tudo o que é necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana, visando à proteção dos direitos fundamentais da clientela. Um hospital humanizado corresponde àquele que valoriza e

respeita as pessoas, se colocando a serviço dela, por meio de uma estrutura física, tecnológica, humana e administrativa adequada, de forma a assegurar um atendimento de elevada qualidade.

O MS entende humanização como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; o fomento de autonomia e do protagonismo destes sujeitos; o aumento do grau de responsabilidade na produção de saúde dos sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e atendimento (BRASIL, 2004a).

Atender à população, neste caso, às mulheres gestantes, puérperas ou em situação de abortamento, sem considerar suas necessidades ou suas particularidades, favorece a desumanização da assistência e, como consequência, a violência obstétrica nos espaços institucionais de saúde. A empatia e a comunicação são consideradas ferramentas de alicerce fundamental no cuidado à mulher. À medida que são praticadas, permitem que as mulheres tenham voz e, com isso, é possível estabelecer vínculos, compreender e valorizar o outro. Desta forma, uma relação profissional-mulher, baseada no respeito e confiança, contribui para o estabelecimento de um ambiente mais harmonioso e acolhedor. Tal cenário só é propício quando o profissional desenvolve sua assistência pautada na humanização.

O MS enfatiza ainda a necessidade de humanizar o atendimento, reconhecendo as individualidades; isto significa que o profissional deve estabelecer com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e sua capacidade de lidar com as mudanças decorrentes do ciclo gravídico-puerperal. Refere também que a partir do momento que os profissionais de saúde, ao invés de assumirem o controle da situação, adotam condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança da mulher e do bebê, permite o estabelecimento de relações menos desiguais e menos autoritárias (BRASIL, 2001).

Algumas reflexões de Oliveira, Zampieri e Bruggemann (2001) afirmam ser o ponto chave da humanização a comunicação e o relacionamento entre as pessoas, através do respeito das próprias individualidades, do ouvir o dito e o não dito, do observar, tomando como veículo técnicas específicas que só serão humanizadoras se houver envolvimento do profissional com o cliente. E, nesse sentido, complementam as autoras, é preciso existir um clima de respeito, confiança e afeto entre os membros da equipe.



No que diz respeito ao momento do parto, o qual foi bastante valorizado pelas profissionais e reconhecido como o principal momento em que ocorre a violência obstétrica, a humanização deve considerar os desejos e valores da mulher, devendo o profissional adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando qualquer forma de violência (BRASIL, 2001). As mulheres devem receber um atendimento digno e respeitoso, que assegurem sua privacidade, favorecendo, assim, a evolução do trabalho de parto e parto (WOLFF; WALDOW, 2008).

À medida que o cuidado é focado na mulher, este profissional está agregando atenção individualizada e fornecendo as melhores condições para que ela se sinta à vontade, livre de constrangimentos e julgamentos. Assim, a prática, quando não é pautada no respeito ao corpo feminino, pode desenvolver uma assistência opressora e interventora, colaborando para violências obstétricas.

Observa-se, à luz da percepção das enfermeiras entrevistadas, que as condições emocionais dos profissionais favorecem a perpetuação da violência obstétrica nos serviços de saúde. As participantes referiram que o estresse, a falta de paciência e amor, assim como os problemas da vida pessoal e a personalidade rude do profissional são exemplos de situações que contribuem para comportamentos hostis nas maternidades.

Então, às vezes tem que ter paciência, leva paciência, demanda paciência, porque ela vai te chamar oito, nove vezes no plantão só pra aquilo e muita gente perde a paciência com isso... (E.31)

Por falta de paciência, por estresse no ambiente de trabalho... (E.1)

Então, eu acho que as pessoas... é... isso é um dos fatores que eu acho que influencia, o fato de algumas pessoas talvez não trabalharem com o que querem, não trabalharem com amor, não se dedicarem àquilo. Então, no final das contas, a pessoa age de qualquer jeito, o importante é a criança nascer, não é? É nascer viva, não é? Se ela nasceu viva, APGAR 9/10, show, se ela foi de kiwi [vácuo extrator], se ela foi de fórceps, se você forçou, se você ficou ali o tempo todo adiantando uma coisa que não tinha necessidade, pra você não faz a menor diferença (...) Eu acho que a forma como a pessoa é também define o profissional que ela vai ser... é... se ela for aquela pessoa rude, aquela pessoa de mal com a vida eternamente, ela vai tratar a pessoa como ela vive (...) É... eu não tô bem financeiramente, eu não tô bem... até o próprio dia, né, o momento de vida da pessoa, externamente ao hospital, vai influenciar em como ela vai atuar. Seria muito bom se as pessoas entrassem no trabalho, de uma forma geral, pode ser no hospital, pode ser no consultório, pode ser... Independente de onde ela trabalha, se você deixar os seus problemas do lado de fora... (E.17)

É importante compreender que a emoção reflete significativamente nas práticas assistenciais do cuidado. Os problemas pessoais, juntamente com a carga emocional do indivíduo, podem afetar sua saúde e impossibilitá-los de autorregular suas emoções no

ambiente de trabalho. Existem profissionais que apresentam dificuldades de lidar com suas emoções e, assim, regulam sua prática assistencial pautada em comportamentos repletos de agressividade, intolerância, indiferença, impaciência, falta de disponibilidade, de interesse e de comunicação como estratégias para reduzir o estresse e o contato com as emoções do outro.

Durante a assistência, é necessário que o profissional apresente um envolvimento emocional e disponibilidade para se relacionar com o outro. Os profissionais de saúde são frequentemente incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam, capacitando-os para o autoconhecimento e automonitorização das suas próprias emoções. Para tal, a enfermeira deve possuir competências na gestão de suas emoções durante o cuidado com o outro, de modo a gerir os sentimentos extremos, reprimindo sentimentos negativos, para fazer com que o outro se sinta cuidado e seguro (VILELAS, 2013).

No entanto, ainda que não intencionalmente, as emoções exacerbadas e o estresse são agentes influenciadores para o surgimento de violência obstétrica nos serviços de saúde. A falta de controle destas emoções poderá impactar na saúde da mulher, gerando sentimentos de inferioridade, desvalorização e insegurança.

A desmotivação profissional também foi considerada um determinante negativo e propagador de violência. Pode-se dizer que a rotina mecanizada e a própria falta de vontade/interesse dos profissionais no ambiente laboral compreendem falhas na qualidade da assistência e, conseqüentemente, práticas assistenciais inadequadas e assoladas de violência. A realização da assistência de maneira apressada no intuito de acelerar as atividades no trabalho por comodismo do profissional foi apontada como determinante para a violência. Pode-se identificar tal atitude nos depoimentos abaixo:

Eu acho que é a rotina que às vezes o profissional fica, já se torna tão habitual pra ele, que ele se torna meio frio às reações das outras pessoas. Eles [os profissionais] se tornam assim, é a rotina... então ela vai gritar, ela vai fazer isso, ela vai ter dificuldade, ela vai ter um monte de coisas, então eu já sei que vai acontecer isso. (E.8)

E também muitas vezes profissionais que você vê que não tão trabalhando com aquela vontade que deveria, conhece também o que deveria ser feito, sabe o que que é violência e muitas vezes não quer nem saber. Sabe que tá errado, sabe que tá fazendo errado e continua fazendo. (E.15)

É... o tempo, a situação de querer que aconteça as coisas rápidas, né, é... trabalho mesmo, pra que não dê muito trabalho para o profissional, então acho que tudo isso ele direciona pra violência. (E.12)

As rotinas e complexidade do trabalho são características que, por vezes, podem delinear, em longo prazo, processos assistenciais agressivos, através de uma padronização ou generalização de condutas, desconsiderando a individualidade dos sujeitos envolvidos e, ao mesmo tempo, afastando-os das emoções e necessidades do outro.

Muitas vezes, esta padronização de ações ocorre no sentido de atender às necessidades dos profissionais de saúde, quando as participantes do estudo apontam para o fato de que alguns profissionais, mesmo com conhecimento das práticas recomendadas e não recomendadas na assistência obstétrica, continuam com condutas mecanizadas em seu cotidiano, visando à sua comodidade. As inovações e atualizações, quando não aplicadas, estão fadadas ao esquecimento e impossibilitadas de modificarem a prática assistencial de saúde. A postura profissional desinteressada e rotineira fere o modelo humanizado de assistência obstétrica.

A falta de atenção e a indiferença tornam-se rotina para os profissionais que se esquecem do outro que está ali sob seus cuidados. No atendimento à clientela, algumas situações como esta demonstram a necessidade de uma mudança de atitude dos profissionais, conforme preconiza o MS em suas normas sobre a Assistência Humanizada à Mulher no Parto, Aborto e Puerpério (BRASIL, 2001).

Humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas, as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos, estão a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. Humanizar a assistência implica humanizar os profissionais de saúde, humanizar as pessoas. Inclui a atitude e a postura que se assume diante da vida e o modo como interagir com os outros. Sendo assim, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um (WOLFF; WALDOW, 2008).

Verificou-se também que a formação profissional foi percebida pelas participantes como fator condicionante à violência obstétrica. A maior parte da violência ocorre numa assistência pautada no modelo biomédico, ou seja, centrado no profissional de saúde, como é possível verificar nas falas abaixo.

Por causa do modelo de... que a gente tinha de formação anterior, que era o modelo biomédico. É um modelo centrado no fazer, centrado na resolutividade do profissional de saúde, não na mulher, né... Antes, o parto, nessa época, tanto o parto quanto a gestação, quem era o protagonista era o profissional e não a mulher, então, quando você centra isso em você... aí se torna uma violência obstétrica... (E.6)

Bom, eu acho que acontece a violência obstétrica primeiro pela formação médica que é centrada em fazer procedimentos mesmo e intervenções, eles não estão prontos para atuar numa mulher de baixo risco que não necessite de intervenção. (E.13)

Primeiro que a assistência, ela já é culturalmente, tradicionalmente, ela é direcionada para empoderar-se do outro... então, se você tem dor de cabeça, eu vou te prescrever uma medicação... (E.14)

Olha, eu acho que os médicos estão acostumados, né... normalmente são os médicos que já estão na profissão há um tempo e eles acham... eles julgam como frescura, entendeu?! “A fresca... Que saco, essa mulher fica gritando, vamos deixar ela esperando.” Eles julgam... eles se julgam sabedores... sabedores não, é... tem outra palavra, detentores do saber, mas eles não sabem o que o outro está sentindo, é complicado. (E.24)

A formação profissional tradicional tem por foco, geralmente, valorizar o papel do profissional de saúde em detrimento do papel da mulher no processo do cuidado. O juízo de valores ou julgamento destes durante a prática assistencial são características deste modelo que compreende o profissional de saúde como detentor do poder e, nessa concepção, suas práticas vão sendo solidificadas, mantendo a mulher na condição de subordinada e sem o direito de expressar seus desejos e sentimentos. Nessa perspectiva, a formação tecnocrata ou biomédica implica práticas assistenciais prejudiciais e que violam os direitos das mulheres.

Este tipo de violência é reproduzida por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, ou seja, seu corpo (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Neste sentido, pode-se considerar como uma violência a inferiorização da mulher por suas diferenças de gênero, classe, etnia e grupo social, assim como a desvalorização de sua subjetividade. Tratada como um objeto, ela tem o seu corpo e a sua saúde reprodutiva sujeitos a intervenções e manipulações pelos profissionais de saúde, muitas vezes sem o seu consentimento ou sem que seja informada sobre os procedimentos que serão realizados.

A medicalização em torno do processo de trabalho de parto e parto retira o protagonismo da mulher, passando o profissional de saúde de coadjuvante a ator principal desta experiência, enfatizando o aspecto patológico e biológico, encarando a gestação como doença, e reforçando as relações desiguais, o que pode vir a contribuir para o grande número de intervenções desnecessárias e, como consequência, para a violência obstétrica e de gênero (BRASIL, 2001).

Tais práticas inadequadas se devem, principalmente, à formação obstétrica da maioria dos profissionais médicos, pois esta se baseia em modelos tradicionais e, muitas vezes, desatualizados e incoerentes ao contexto das políticas públicas atuais. Além disso, nos tempos recentes, a formação tecnocrata apresenta sérios conflitos no que se refere à reorganização e atualização do conhecimento a partir da lógica do parto natural contra as perdas de conhecimentos de uma soberania científica (RODRIGUES, 2014b).

Para Rodrigues (2014b), a maioria dos estudantes e profissionais formados no modelo hospitalocêntrico possui uma tendência à intervenção, como acontece em outras disciplinas relacionadas às patologias. A grande dificuldade para romper com os paradigmas da assistência tecnocrática e atuar num modelo humanizado reside neste padrão de conscientização dos profissionais e nas mudanças da assistência a partir de interesses de cada categoria profissional.

O médico obstetra ou pediatra, pela sua formação, obviamente está mais capacitado a lidar com as mulheres e recém-nascidos de alto risco e com as complicações sérias que podem surgir durante a gravidez, o parto e o nascimento, estando mais propensos a intervirem com mais frequência (BRASIL, 2014c).

Algumas situações são discutidas quanto à formação do profissional na área da saúde, entre as quais se destacam a desarticulação entre teoria e prática, saúde e doença, decorrentes de um modelo que tem maior ênfase nas especialidades, não percebendo a cliente como um todo, compartimentando o corpo da mulher e valorizando os procedimentos invasivos e mais complexos (STELLA et al., 2009).

Somadas à influência do modelo assistencial e de formação, as enfermeiras consideram a cultura e as questões sociais de gênero elementos fortalecedores de soberania de saberes médicos e dominação masculina sobre o corpo feminino. As falas abaixo apontam a influência destes elementos na violência obstétrica.

A gente vê isso [violência] como uma coisa que está enraizada, sabe, cultural, entendeu. Isso é uma coisa cultural, que tem que mudar, que tem que ser trabalhado, sabe. (E.9)

...ela deixa de ser mulher para ser a mãe e passa, quer dizer, ela deixa de ser a mulher, ela vai ser a que está gestando e conseqüentemente vai ser a que está amamentando. Então, ela é vista tudo é o quê? É o bem-estar da criança, a gente vê isso na cultura, na mídia, as coisas da Johnson, a mãe que cuida, a mãe que zela e quando a mãe não quer ficar com a criança? (E.14)

Eu acho que, assim, primeiro de tudo é a questão do gênero, porque é... a própria obstetrícia, ela foi ela, foi... a história dela, né, a gente vê que tem muitos nomes de procedimentos, de material com nome de homem, né, e a gente vê a questão do poder do homem sobre a mulher e aí eu acho que as coisas foram desenhadas, foram feitas dentro dessa questão do gênero, porque se você se apropria do corpo do outro, você acaba fazendo determinadas coisas sem consentimento do outro, porque se você acha que você é dono do corpo do outro, você vai fazer e não precisa a mulher responder, a mulher só tem que estar ali, parir e acabou. (E.11)

As entrevistadas reconhecem a influência das questões de gênero associadas a práticas de violência obstétrica, uma vez que identificam que a determinação e definição de normas sociais, como os papéis sociais atribuídos à mulher no contexto maternal, a qual deve ser

considerada a “boa paciente” se “comportando” durante seu trabalho de parto, “boa mãe” no cuidado do bebê, inclusive amamentando-o mesmo que seu desejo seja contrário, contribuem para a disseminação de uma cultura patriarcal que naturaliza e banaliza as diferentes formas de violência obstétrica.

Segundo Scott (1990), o conceito de gênero é definido como um conjunto de referências que, pautado nas diferenças percebidas entre os sexos, estrutura a percepção e organização da vida social concreta e simbólica de todo indivíduo.

A figura feminina do que seja uma mulher, nas concepções da sociedade, ganha nova configuração à medida que se vê gestante. A assistência de saúde passa a abstrair a sexualidade, particularidades e subjetividades do ser mulher e passa a resumi-las a uma atenção focada basicamente no bebê, quando, numa perspectiva cultural, aquela mulher se encontra na condição de apenas geradora daquele bebê em seu ventre.

Pode-se perceber, nestes exemplos, o que Chauí (1985) denomina transformação de uma diferença - ser mulher, ser mãe, ser aquela que amamenta - em uma desigualdade que é imbuída de medidas de valor, como superior e inferior, com o objetivo de dominar, explorar e oprimir alguém que é tomado como objeto das ações de outrem e não como sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece.

A ideologia de naturalização da inferioridade física e moral da mulher, aliada à condição de reprodutora como determinação de seu papel social, permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de domínio e controle da ciência médica (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002; GIFFIN, 1999).

Ainda, a partir dos relatos, a não qualificação profissional (despreparo e desatualização profissional) foi considerada fator agravante e fomentador da violência nas maternidades.

Acho que profissionais despreparados. (E.18)

Ah, eu acho que falta de conhecimento dos profissionais. (E.20)

Falta de, falta de, não só de conhecimento dos profissionais de saúde quanto atualização, né, ainda falta muito isso, atualização de toda a equipe de saúde com relação a isso tudo. (E.10)

A obstetrícia ela é... ela pouco se recicla, ela é última, a gente sabe, no que diz respeito às evidências científicas, é última classe, é a última especialização que tem acesso (...) E a partir do momento que as pessoas [os profissionais] não se... não têm esse conhecimento, não renovam os seus conhecimentos, já é uma questão que é uma assistência sem respaldo de evidência científica, então é uma coisa prescritiva. (E.14)

As competências técnico-científicas dos profissionais presumem a qualidade da assistência prestada à população. Quando desqualificada, torna-se uma ameaça à saúde do outro, ficando este suscetível a agravos e violências dentro das instituições de saúde. Ao trabalhar com um público específico, mulheres em trabalho de parto, gestantes e em situação de perdas, é indispensável um cuidado baseado em conceitos de gênero e na garantia dos direitos femininos. Portanto, o despreparo e a desatualização profissional podem ocasionar ações de imperícia e negligências que comprometerão a saúde da mulher.

Um passo inicial para o reaprendizado dos profissionais técnicos em obstetrícia e para a formação de novos profissionais está no saber científico, cujos resultados encorajam a equipe de saúde a confiar na fisiologia do corpo feminino e em sua condição natural para parir e fornecem respaldo científico e legal para a adoção de possíveis procedimentos necessários antes, durante e após o parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b).

Dentre os fatores influentes relacionados ao serviço de modo geral, e apontados pelas enfermeiras como potencializadores das violências nos espaços institucionais de saúde, estão: as condições de trabalho e, em menor proporção, as diretrizes e normas institucionais.

As condições de trabalho foram consideradas com forte relação aos condicionantes de violência obstétrica. A falta de material e de limpeza e os recursos humanos insuficientes na assistência em saúde criam dificuldades no ambiente laboral como sobrecarga profissional, cobrança institucional e emoções extremas – estresse, impaciência, cansaço.

O déficit de recursos humanos, o grande quantitativo de clientes para atendimento e internação, e o reduzido número de vagas/leitos para a real demanda institucional também contribuem para a violência.

Porque muitas vezes não é nem porque a gente não tenha paciência, não quer ajudar, mas porque às vezes a gente tá num número reduzido, não tem quantitativo suficiente de profissional para, por exemplo, ele entrar 9 vezes naquele quarto e ficar 40 minutos, por exemplo, que é o ritmo em média que a gente acompanha uma mãe amamentando. Ela não tem culpa de que não tem profissional, né, mas a gente fica, né, entre a cruz e a espada (...) Às vezes até mesmo por falta de meios de trabalho, é... materiais, né, às vezes a gente tá num hospital que falta tudo, que não tem material, que não tem... demora de limpeza... (E.1)

Às vezes tem um técnico para tipo 20 pacientes, uma enfermeira por andar. (E.4)

Déficits de funcionários, acaba acarretando nessa violência obstétrica também. (E.21)

Gonçalves et al. (2013) discutem sobre o ritmo elevado de trabalho decorrente do volume de atividades que os trabalhadores têm de executar por conta do quantitativo reduzido

de recursos humanos. Grande parte do ritmo laboral acelerado está associado à elevada demanda de trabalho proveniente do aumento da quantidade de clientes e a pouca disponibilidade de leitos, ocasionando no profissional de saúde um desgaste não só físico, mas, especialmente, mental. Sabe-se que o alto nível de estresse no cotidiano pode gerar um quadro de esgotamento emocional com sentimentos negativos, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho, mudanças de comportamento com os colegas e clientes e despersonalização em relação ao objeto de seu trabalho.

O estresse é identificado como uma das mais importantes repercussões das vivências laborais na saúde, refletindo-se, assim, em riscos psicossociais. Os profissionais aludiram a responsabilidade da tarefa ao fato de estarem lidando com vidas humanas, à cobrança da chefia por produtividade, eficácia e eficiência como fatores que geram sofrimento psíquico e tensões emocionais (SOUZA et al., 2012).

Verificou-se que uma prática assistencial pontual e acelerada, associada também ao excesso de demanda de trabalho no sentido de atender a todas as mulheres, contribui para a realização de violência por parte dos profissionais. As enfermeiras reconhecem que algumas práticas são realizadas mais rapidamente a fim de conseguir vagas/leitos para atender àquelas mulheres que estão em muito tempo de espera ou em trabalho de parto iminente, e, portanto, minimizar quaisquer comprometimentos e danos às mulheres durante a assistência.

As participantes consideraram ainda que as condições de trabalho provocam também prejuízo na assistência em saúde à medida que não se consegue promover uma assistência de qualidade, mas apenas de quantidade. Como reflexo destas práticas assistenciais, as enfermeiras apontaram uma assistência de enfermagem fragilizada e não ideal. Devido às demandas exorbitantes nas maternidades, há uma dificuldade de se avaliar adequadamente as clientes e identificar possíveis problemas e agravos à saúde destas mulheres.

Olha, a violência também tá no quantitativo de internações, aonde você... aonde estabelecem que você tem que ter um quantitativo de internações, então você perde a qualidade do serviço, porque você tem quantitativo de internações e que o andar já não tem mais sala pra colocar essa paciente. (E.26)

Eu acredito que um dos fatores seria também a demanda grande, né, aí você acaba tendo que fazer tudo muito rápido... Tem que ser... pra ter uma vaga pra outra (...) Infelizmente, a realidade da saúde pública, a gente não pode dar aquele atendimento... que assim... eu tava até questionando aqui esses dias, que assim, a gente tem trabalhado muito com quantidade, né, e não com qualidade, né, então esse trabalhar com quantidade muita vezes, assim, poxa, a mãe acabou de parir, a mulher acabou de parir e você tem que limpar paciente correndo e botar na cadeira e jogar no corredor... (E.15)



Na pesquisa de Aguiar, D'oliveira e Schraiber (2013), o resultado aparece semelhante aos dados desta pesquisa no que diz respeito à sobrecarga de demandas, às condições estruturais e à precariedade de recursos materiais e humanos como dificuldades enfrentadas cotidianamente e propulsoras da violência.

Para Nogueira-Martins (2002 apud SALLES 2004), nas instituições de saúde, o desenvolvimento técnico e científico tem trazido, sem dúvidas, uma série de benefícios, ainda que não garantam um atendimento humanizado. Por outro lado, em muitas instituições de saúde, é justamente a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais que torna a qualidade do atendimento desumanizada. A falta de condições técnicas e materiais colocam em confronto, muitas vezes, os trabalhadores e os usuários, estabelecendo uma relação desrespeitosa, o que piora as condições já existentes.

Em menor frequência, houve participantes que acreditavam que a adoção dos princípios da PHPN pela instituição foi um aspecto negativo e que contribuiu para a violência obstétrica, uma vez que não realizar determinadas intervenções (como cesáreas e episiotomia), na perspectiva destas profissionais, é considerado uma negligência no cuidado.

O tempo de trabalho de parto fisiológico nesta ótica é tido como prolongado, e que poderia ser abreviado ou até mesmo evitado através de cesáreas, já que compreendem este momento como um momento de sofrimento. Neste sentido, acreditam que o estímulo ao parto normal, ocorra no sentido de alcançar metas estabelecidas por órgãos de saúde.

Ai, o parto normal eu já acho uma violência, eu acho que é tanta dor, um sofrimento tão grande, que eu acho que é uma violência o parto normal, eu acho desnecessário, ao meu ver, porque sei lá... é... a espera muito longa, que sei lá... eu não gosto, eu acho desnecessário, eu acho uma violência o parto normal. (E.28)

Acho que foi o que eu acabei de falar... em relação ao tempo demorado do parto humanizado, que eu acho que tem paciente que sofre muito com parto humanizado... Assim, na minha opinião, em relação aos outros hospitais que eu trabalho, isso vai variando, porque... aqui acontece dessa maneira por ser um hospital humanizado, então acontece assim. (E.25)

Este pensamento parece fundamentado no modelo biomédico, pautado na ideia de imperfeição e patologização do corpo feminino, que necessita de controle e intervenções constantes para a boa evolução do trabalho de parto/parto.

A ocitocina de rotina, amniotomia de rotina, episiotomia de rotina e restrição no leito são alguns dos procedimentos/conduas que, por terem sido utilizados por décadas, encontram-se ainda no imaginário de condutas rotineiras e, geralmente, nas expectativas das mulheres, e até mesmo de alguns profissionais, para um melhor desenvolvimento do trabalho

de parto/parto. Tais condutas foram consideradas intervenções e medidas não recomendadas de rotina (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2016). Estas, ao serem realizados de maneira inadequada, ou seja, de forma rotineira/padronizada, podem gerar contrações extremamente dolorosas, dor perineal, sentimento de incapacidade e inferioridade, o que justamente pode tornar este momento algo sofrido e indesejável.

Entretanto, o respeito à autonomia e fisiologia feminina, a oferta de tecnologias de cuidado não invasivas e a realização de intervenções de maneira criteriosa, correspondem a atitudes de respeito e ética, baseadas nos princípios de uma assistência humanizada, que pode proporcionar à mulher e sua família uma experiência transformadora e prazerosa deste momento e uma ressignificação da dor.

Verificou-se, em um estudo realizado por Macedo (2007), que algumas mulheres, puérperas, também compreendiam a dor no parto como algo inútil e que não deveriam sentir para terem seus filhos, considerando esta o pior tipo de dor, visto que, para outras, existem remédios eficazes. Nessa perspectiva, as mulheres entendiam que a intervenção seria necessária para o alívio da dor e para seu bem-estar.

Este fato pode ter como justificativa o processo de medicalização, que faz com que a dor perca o seu sentido pessoal quando é reduzida a um problema técnico. Este pensamento medicalizado retira da dor do parto todo e qualquer significado atribuído a ela, sendo transformada em um sintoma patológico, passivo de tratamento médico. Por isso, estas enfermeiras referem-se à cesariana como um parto sem dor; e, ao parto normal, como aquele no qual a mulher sente muita dor (ILLICH, 1975; MACEDO, 2007).

Desta forma, não há a compreensão destas enfermeiras sobre a importância e os benefícios do parto natural, sendo este visto como a implementação de normas institucionais em prol do alcance de metas ministeriais.

Atrelada às questões institucionais, ficou evidente que a cultura do profissionalismo público, associada à figura médica, detém regalias e soberania no processo assistencial, desconsiderando, muitas vezes, o direito da mulher. A violência obstétrica é associada a uma assistência repleta de comodismo profissional e negligência às políticas públicas nacionais.

O que determina a violência, no caso médico, eu acho que é a questão de por ser instituição pública... é... eles que decidem, é como se eles que decidissem, é normal, é parto normal, eles tentam até a última instância, talvez, não sei por quê... pra não ir pro centro obstétrico, dá mais trabalho, eu acho que eles tentam o parto normal não é nem por ser parto humanizado, não, é por questão de praticidade mesmo, eu acho que eles veem mais dessa maneira no hospital público. (E.21)

Em pesquisa feita com profissionais de maternidades, Aguiar (2010) identificou que estes profissionais reconhecem que tanto no serviço público quanto no serviço privado ocorre a violência obstétrica, contudo, esta violência no serviço privado foi considerada como de menor frequência devido ao maior risco de punição profissional, maior vigilância e controle da instituição sobre condutas de seus profissionais. No entanto, constataram que as formas de violência nos serviços privados apresentam-se de maneira sutil, porém são tão danosas quanto qualquer outra, ocorrendo através da manipulação de informações, por exemplo. Além disso, no setor privado, mais da metade das mulheres nem entra em trabalho de parto, vão direto para cesarianas eletivas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

As mulheres brasileiras e seus bebês, de diferentes níveis socioeconômicos, quer sejam atendidos em serviço público quer em serviço privado, estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento. As mulheres de nível socioeconômico mais elevado passam por maior número de intervenções obstétricas, especialmente as cesarianas, dando luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo, assim, as vantagens da sua condição social, e as mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos e demonstram menor satisfação com a atenção recebida (LEAL; GAMA, 2014).

### 3.2.2.2 Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao contexto sociocultural da mulher

Em relação à mulher, percebe-se que as condições econômicas e culturais, bem como as situações de agravos à saúde e pertencer a grupos sociais estigmatizados ou de exclusão social favorecem os episódios de violência obstétrica no espaço institucional dos serviços de saúde.

Uma participante identificou que as condições financeiras desfavoráveis das mulheres são fatores para a inviabilidade/dificuldade de acesso ao serviço de saúde e assistência obstétrica.

Eu acho que é importante o profissional de saúde considerar também as características sociais, né, daquela mulher. Então nem sempre a mulher, ela vai ter condições financeiras para ter acesso, né, em todas as consultas de pré-natal, eu acho que é uma coisa que deveria ser vista por parte dos profissionais. (E.29)

O acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidade da população, pois depende do capital humano, físico, financeiro e social. Desta maneira, o acesso pode ser influenciado pela predisposição do indivíduo à utilização do serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), por fatores capacitantes que permitem e que impedem a utilização (renda, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e pela necessidade de saúde do indivíduo (OBRIST et al., 2007; ANDERSEN, 1995).

O nível de renda das pessoas condiciona a intensidade com que o uso de um serviço de saúde é afetado, pela distância a que está localizado o serviço, e isso ocorre mesmo nos casos de serviços públicos de saúde, na medida em que o sistema de saúde afirma a universalidade, mas não garante transporte. Longas distâncias a serem percorridas, dificuldade de transporte e condições econômicas desfavoráveis são fatores que, quando associados, reduzem a utilização de serviços de saúde (KANE, 1969; OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Nesse sentido, a dificuldade de acesso, relacionada às condições econômicas das mulheres, representa um fator que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde, uma vez que interfere significativamente no acompanhamento de sua saúde.

Outro aspecto influenciador para a ocorrência da violência a partir do contexto sociocultural da mulher, apontado pelas profissionais, foi referente a esta ter conhecimento ou não acerca do próprio corpo, principalmente das questões que envolvem o parto e nascimento.

O não conhecimento ou identificação da violência obstétrica suscitabiliza esta mulher à violência. As falas apontam a associação desta violência com o reduzido conhecimento do corpo feminino pelas próprias usuárias/clientes das maternidades. O domínio sobre o próprio corpo age como uma ferramenta no combate à violência obstétrica e garante o exercício dos direitos das mulheres dentro da instituição de saúde.

Deter conhecimento acerca de seu corpo e da fisiologia do processo parturitivo contribui para a minimização da vulnerabilidade às violências, uma vez que o conhecimento favorece o empoderamento da mulher, favorecendo o exercício de sua autonomia, bem como a contestação de condutas arbitrárias praticadas pelos profissionais.

Eu acho que é falta de informação, eu acho que leva à violência, quando ela entende certinho os seus direitos, ela é uma pessoa mais instruída, entendeu. Então, ela também não permite. (E.9)

Acontece quando... às vezes pela falta de informação, né, que... às vezes por você sendo leiga, você deixa que certos tipos de violência, certos tipos de casos passem a acontecer com você pela falta de informações e orientação. (E.16)

Eu acho que uma das principais causas é realmente, assim, a falta de orientação desde o início, né, quando a mulher sabe, que ela descobre que ela tá grávida, naquele período que é considerado crucial, o início da gestação, onde ela deveria receber todas as informações necessárias tanto na gestação, quanto no momento pós-parto. (E.29)

Ainda que o nível de conhecimento seja considerado um fator relacionado à violência, observa-se, nas falas das entrevistadas, que há um distanciamento desta responsabilização por parte dos profissionais de saúde. Em outras palavras, ocorre uma transferência de responsabilidade quanto à violência exercida dentro das instituições de saúde. O fenômeno da violência, mesmo sendo perpetrada pelo profissional de saúde, é vista como um evento em que a mulher é unicamente responsável, sendo ela, muitas vezes, destituída de conhecimento científico e assolada por valores e construtos sociais reducionistas de poderes.

Acredita-se que as mulheres devem se empoderar no intuito de resgatar o protagonismo feminino e o controle do próprio corpo. Conseqüentemente, as condições da violência seriam reduzidas ao procurarem o exercício de seus direitos. No entanto, isso não é uma situação simples caso ocorram embates entre os poderes populares e científicos. Muitas vezes, estas mulheres se deparam com um poder altamente solidificado, vindo de um saber científico da medicina e uma histórica submissão feminina nos espaços sociais, o que ocasiona um hiato entre a sociedade e a instituição/profissionais de saúde.

Por sua vez, é importante pensar que a mulher talvez não seja totalmente destituída de conhecimento, mas que a não demonstração de conhecimento sobre o corpo e o não questionamento das condutas ou procedimentos realizados pelos profissionais sejam estratégias para garantir sua assistência e nascimento de seu filho, livre de maus-tratos. Assim, a falta de questionamento das mulheres pode estar amparada no receio delas de que isso seja recebido pelo profissional como um desrespeito à sua autoridade e sofrerem, como consequência, alguma violência.

Dentre as falas das participantes, elas identificam que há uma cultura disseminada na sociedade da não valorização do conhecimento sobre o próprio corpo feminino e que o profissional de saúde corresponde àquele que detém o conhecimento de tudo o que deve ser feito e, portanto, a ele cabe à responsabilidade pelas decisões tomadas.

Por outro lado, também foi citado por algumas enfermeiras que a busca das mulheres pelo autoconhecimento de seu corpo e de seus processos reprodutivos poderia ser um fator de propensão para a vivência de violência obstétrica, devido ao conflito gerado no profissional por ter de se destituir do papel principal, para que então a mulher assuma seu protagonismo. Ameaçada a sua autoridade, o profissional passaria a assumir posturas violentas, de imposição

de suas vontades, acreditando que a mulher não tenha capacidade de tomar decisões sobre seu corpo e sua saúde.

O modelo biomédico indica que, durante o cuidado hospitalar, a responsabilidade sobre o processo de parto e nascimento está nas mãos dos profissionais de saúde, o que representa uma opressão de direitos e desejos da mulher no momento do parto. Tais atitudes violam o direito feminino sobre o seu corpo e escolhas e caracterizam episódios de violência. Nitidamente, o que se pode perceber é o estabelecimento de uma violência, mesmo que invisível, como disputa de poder na relação profissional e cliente.

Principalmente mulheres que vêm com plano de parto, mulheres empoderadas, parece que pra eles isso é uma barreira e aí eles tentam provocar mais ainda, né, fazendo aquilo que não é a vontade dela. (E.13)

No que concerne às relações assimétricas existentes entre profissionais e mulheres em maternidades, devemos levar em consideração alguns conceitos importantes para melhor compreender o fenômeno da violência neste espaço.

O conhecimento técnico-científico é a fonte do poder médico, é o ponto onde os indivíduos se encontram em situação de dependência, em relação a estes conhecimentos, uma vez que a saúde tem um valor inequívoco de importância para todos e, assim, a não obediência à autoridade médica poderia resultar em danos para a saúde do cliente (STARR, 1991).

Para que uma relação de poder exista, é necessário que o sujeito sobre cuja ação o poder se exerce seja reconhecido como um sujeito de ação, ou seja, que diante da relação de poder haja sempre um campo de possibilidades para ações, respostas, reações e efeitos. A violência implica a anulação destas possibilidades de ação, utilizando da força e coação (FOUCAULT, 1995).

Desta maneira, a violência não corresponde a um uso excessivo ou exagerado do poder, ao contrário, a violência constitui uma ausência de poder ao ser exercício de uma autoridade não legitimada. Assim, trata-se de um "não poder", pela maior autoridade que se faz com recurso à força física ou a outros recursos de violação de direitos, nas relações entre sujeitos sociais (ARENDR, 2009).

Na relação profissional/cliente, o uso da violência na assistência revela um enfraquecimento das bases de poder e revela também a dificuldade de estabelecer uma comunicação livre com a mulher, considerando-a um sujeito em situação de fragilidade e necessidade de cuidado (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Logo, na visão das enfermeiras, a falta de conhecimento e informação das mulheres sobre os processos reprodutivos é entendida como uma justificativa para a ocorrência de violência obstétrica. A culpabilização da mulher pela violência vivida demonstra a transferência de responsabilidades dos profissionais, que esperam que a mulher, sozinha, lute por seus direitos e combata a violência recebida.

As participantes também chamaram atenção em seus discursos para alguns aspectos sociais (ser adolescente, situação de abortamento, gravidez indesejada, mulheres homossexuais, presidiárias e soropositivas) que, por vezes, estão atrelados a situações estigmatizantes ou a grupos sociais excluídos na sociedade, e que aumentam a vulnerabilidade das mulheres a vivenciarem violência obstétrica.

Segundo Bowser (2014 apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), a população de mulheres que está mais propensa a vivenciar este tipo de violência é a de adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo poder aquisitivo, minorias étnicas, migrantes e as portadoras de HIV.

Em muitos sentidos, a assistência obstétrica reproduz a hierarquia social das mulheres, deixando aquelas abaixo da hierarquia social - por sua baixa renda, relacionamentos sexuais considerados menos respeitáveis, idade, estado de saúde, e outros - mais vulneráveis à violência (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Há uma correlação de grupos vulneráveis com uma assistência de saúde violenta por meio da redução do protagonismo das mulheres, principalmente quando adolescentes. Verifica-se que a violência é perpetrada enraizada de juízos de valores, desrespeito e/ou anulação do direito da mulher por parte dos profissionais como um mecanismo de punição por encontrar-se grávida.

...A pessoa [profissional de saúde] aparece assim revoltada quando vê uma adolescente tendo um filho. (E4)

Eu já vi também maus-tratos durante o parto, o médico mandou todo mundo sair da sala, porque deram a mão pra paciente, era uma menina, uma menina de 16 anos e a gente ficou com pena dela e deu a mão... foi o meu estágio e ele falou “sai todo mundo daqui, porque quando ela fez, ela não ficou de frescura” (E.24)

É... posso, posso até falar inclusive da minha [experiência] que eu tenho uma cesariana há 20 anos e eu tinha 17 anos na época, então, nessa época, a profissional que me acompanhou no pré-natal, ela me induziu à cesariana de todas as formas, e assim, mas não foi só na questão da indução, por mais que eu era adolescente, eu tinha vontade do parto normal, né, é... ela me excluía totalmente. (E.12)

Em seu artigo, McCallum e Reis (2006) ressaltam a desaprovação de alguns profissionais de saúde à maternidade na adolescência, a partir de atitudes hostis como castigo

ao exercício precoce da sexualidade. Os profissionais possuem a crença de que a maternidade, especialmente nas mais jovens, seja fruto de “atmosfera promíscua” oriunda de seu núcleo familiar e comunidade e que estimularam seus impulsos sexuais (concepção de uma sexualidade “naturalmente” sem controle), necessitando assim de disciplinarização externa.

As práticas assistenciais violentas têm na desigualdade de gênero sua fundamentação, as quais, historicamente, obstruem uma prática baseada no direito, na comunicação e na relação de equidade entre os sujeitos, interditando a sua sexualidade e violando os seus direitos (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Acredita-se que estes comportamentos violentos identificados pelas participantes tenham relação com a construção histórico-cultural da não aceitação de determinados grupos sociais – gestantes adolescentes, mulheres homossexuais, em situação de privação de liberdade, que tenham provocado aborto ou que sejam soropositivas, sendo então, marginalizadas e estigmatizadas pela sociedade.

Portanto, embora simbolicamente o parto seja visto como um rito de passagem que confere legitimidade à maternidade, a própria instituição deslegitima a reprodução sexual destas mulheres, não apenas por serem jovens, homossexuais ou presidiárias, mas também por comporem um grupo “deslocado” da sociedade. Esta estigmatização da maternidade cria um espaço para a violência obstétrica nos serviços de saúde, através do que McCallum e Reis (2006) consideraram como uma espécie de “castigo” ao exercício da sexualidade.

Esta distinção de tratamento é ratificada pelas falas abaixo, em que se observou mulheres em situação de aborto provocado, casal homossexual, presidiárias e soropositivas como mais propensas a vivenciarem a violência obstétrica no âmbito institucional dos serviços de saúde, como, por exemplo, através de julgamentos dos profissionais, críticas e repreensões, atendimento postergado e, inclusive, contenção durante o parto.

Uma enfermeira identificou que as práticas assistenciais muitas vezes negligenciam o cuidado adequado aos grupos vulneráveis e, conseqüentemente, anulam parte dos direitos humanos e reprodutivos destas mulheres nas maternidades.

Eu já fui pré-natalista quando eu era professora substituta de uma universidade pública e a gente pôde vivenciar algumas situações e uma delas era quando era um casal homossexual. O que fizeram de distrato com aquela menina... o médico falou claramente, é... “ah, quem é que é seu acompanhante?” “Ah não, porque ela é minha parceira” [...] que não sei o quê... e “menina, que safadeza!” [...] E aí, é..., postergavam ou barravam a entrada dela como acompanhante durante as consultas de pré-natal e era notório isso.. (E.14)

Outra [situação] foi uma menina [gestante] que ela era soropositiva e eles [médicos] não queriam colher o Papanicolau dela de jeito nenhum porque ela era soropositiva,



“ah, não vai botar a residente não, porque vai contaminar a residente”, então, tipo assim, não tenho direito... só faltava falar assim, pelo comportamento, pelas expressões, só faltava comentar assim “já é soropositiva, que morra, então”, eu acho que isso era bem gritante no momento da gestação. (E.14)

Uma mulher que está, não unicamente está... é... parindo, né, a mulher pode estar em quadro de abortamento, que isso torna muito evidente, né, aí chega... abortamento provocado, então é de lei, né... você vê que a mulher usou algum tipo de medicação ou provocou o que seja e aí, em algumas maternidades, eu já cansei de ouvir e escutar de presenciar inclusive eles falarem abertamente: “não, ela não teve a cara de pau? Ela não teve a coragem de provocar um abortamento, ainda mais com tal idade gestacional? (...) então ela vai ser a última ser atendida.” (E.14)

Como constataram Giffin & Lowndes (1998), as atitudes e valores de profissionais de saúde no contexto de crenças sociais e culturais são influenciadas pela ideologia de gênero. Dessa forma, mulheres pobres, negras, adolescentes, profissionais do sexo e usuárias de drogas e em privação de liberdade estão mais sujeitas à negligência e omissão de socorro (DINIZ, 2001).

A banalização da violência contra mulheres nos serviços de saúde relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento (DINIZ, 2001).

Em referência à violência obstétrica que ocorre no âmbito doméstico/intrafamiliar e social, os determinantes que foram citados pelas enfermeiras apresentaram-se em menor frequência, sendo estes: a gestação indesejada pelo parceiro e o uso de drogas pelas gestantes.

Acho que em casa, de repente por uma gravidez indesejada, às vezes o companheiro não quer... (E.7)

A gravidez indesejada, o uso de drogas pela mulher e a adolescência são temáticas atuais e frequentemente discutidas na literatura. Entretanto, ainda que sejam fatores já conhecidos, e apesar das políticas públicas voltadas para estes aspectos, como a política de redução das drogas, planejamento reprodutivo e saúde dos adolescentes, verifica-se uma disseminação da violência nestes grupos, o que indica a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para a valorização das vulnerabilidades sociais destas mulheres em suas práticas assistenciais.

Observa-se que as enfermeiras apresentam percepções sobre os aspectos influentes da violência obstétrica como aqueles voltados tanto para a violência no âmbito doméstico, mas também, e principalmente, para aquela que ocorre em âmbito institucional de saúde. Nesse

sentido, os discursos das participantes demonstram que os aspectos influentes da violência obstétrica nos serviços de saúde ora se voltam como responsabilidade da mulher, quando estas não buscam informações e assim ficam mais suscetíveis, ora estão voltados para o profissional, reconhecendo a influência das questões de gênero e das condições sociais (adolescentes, lésbicas e abortamento) e estigmatizadoras (presidiária e soropositiva) na assistência obstétrica, influenciando na vulnerabilidade à vivência da violência.

As participantes apresentam, inclusive, uma visão destas condições estigmatizadoras relacionada a agravos à saúde da mulher decorrentes de uma assistência repleta de preconceitos e juízos de valores, em que não se respeitam os direitos humanos.

Logo, é possível compreender que as participantes consideram que grande parte dos determinantes da violência obstétrica apresenta interferência do próprio profissional de saúde, que transferem suas crenças e valores diretamente à sua prática assistencial e, assim, não garantem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos femininos.

A interface entre os profissionais de saúde e as diferentes mulheres assistidas nas maternidades revela uma dicotomia do cuidado e um despreparo do profissional em lidar com a vasta complexidade das questões sociais - adversidades e vulnerabilidades da população. Esta dificuldade de lidar com o outro, somada às questões de gênero e às desigualdades sociais, favorece as disparidades e a não comunicação com o outro, sobretudo, nas trocas de conhecimento e isonomia de poderes.

Destaca-se, como síntese dos resultados da presente pesquisa, que a violência obstétrica foi compreendida como toda ação cometida contra a mulher durante o período gravídico-puerperal, tanto em ambiente institucional dos serviços de saúde quanto no espaço doméstico/intrafamiliar e social. O momento do parto foi o mais presente nos discursos das participantes. As principais características da violência obstétrica neste espaço foram atitudes profissionais negligentes, imprudentes e desrespeitosas, inadequação de procedimentos, utilização de tecnologias assistenciais invasivas e ausência de tecnologias de cuidado não invasivas, bem como a violência estrutural, relacionada à inequidade de acesso aos serviços e recursos da Rede de Atenção à Saúde. A violência obstétrica que ocorre no âmbito social foi expressa pelas manifestações de violência física, mas, principalmente, psicológica contra gestantes e puérperas, em que o principal agente perpetrador foram os parceiros.

No que tange aos aspectos influentes para a ocorrência da violência obstétrica, foram apontados os aspectos relacionados ao profissional/instituição e as mulheres. Os referentes ao profissional/instituição estão diretamente relacionados ao modelo biomédico de assistência obstétrica, que possui como foco de trabalho o profissional de saúde em detrimento da

mulher, e que, por esta razão, realiza suas ações e condutas visando ao bom funcionamento do hospital e às necessidades profissionais. Nesse sentido, sublinham-se a falta de humanização, a mecanização das rotinas, a formação profissional e as condições de trabalho.

Já os aspectos relacionados à mulher englobam o contexto sociocultural em que esta se encontra inserida. Foram apontadas a questão econômica, a questão cultural (deter ou não conhecimento) e as condições sociais (Adolescente, Homossexual, Presidiária, Usuária de drogas, Gravidez indesejada e Abortamento), que podem representar um risco aumentado para a vivência de violência obstétrica.

## CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou identificar expressões de enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro sobre violência obstétrica. Percebemos que estas possuem um conceito ampliado sobre a temática, a partir de sua vivência profissional e pessoal, tendo caracterizado a violência obstétrica como aquela que se apresenta tanto no espaço doméstico/intrafamiliar e social como no espaço institucional dos serviços de saúde.

A violência obstétrica no âmbito doméstico/intrafamiliar e social foi caracterizada como violência física e psicológica cometida contra gestantes e puérperas, perpetrada, principalmente, por parceiros e por familiares, mas também por outras pessoas do vínculo social das mulheres, como amigos e conhecidos.

A violência obstétrica em âmbito institucional dos serviços de saúde foi majoritariamente abordada pelas participantes, sendo o momento do trabalho de parto e parto o mais presente em seus discursos. Cabe destacar que algumas enfermeiras encontraram dificuldades em apontar a violência em outros momentos do período reprodutivo, tais como a gestação e puerpério.

Tal fato evidencia uma maior valorização do momento de parto e nascimento pelas profissionais. Inclusive, as mulheres em situação de abortamento tiveram pouca expressão nos discursos das enfermeiras, sendo relacionada a violência à dificuldade de acesso ao aborto legal e, nos casos de aborto provocado, às ações discriminatórias dos profissionais de saúde.

A não valorização do período reprodutivo para além da assistência ao parto indica a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, para uma visão mais ampliada da assistência obstétrica.

As enfermeiras, de maneira geral, demonstram conhecimento e atualização sobre as práticas e condutas recomendadas por programas e políticas de humanização da assistência, especialmente o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), e entendem que os atos praticados por profissionais de saúde e por prestadores de saúde - ações de objetificação das mulheres, desrespeito de sua autonomia e violação de seus direitos legais - constituem violência obstétrica.

No que diz respeito aos fatores que favorecem e/ou agravam as manifestações de violência obstétrica, identificaram-se aspectos relacionados ao profissional de saúde/instituição e à mulher. Em alguns momentos, a ocorrência de violência obstétrica foi atribuída como de responsabilidade profissional e institucional, contudo, por outras vezes, as

enfermeiras pareciam justificar tais atitudes de violência de modo a eximir a responsabilidade do profissional, utilizando motivos como: a falta de conhecimento da mulher, a personalidade rude do profissional, os problemas de vida pessoal e não trabalhar com o que se identifica. Deve-se ter atenção a este tipo de colocação, pois esta compreensão pode ocasionar uma banalização da violência e aceitação destas por parte da equipe de saúde.

As condições sociais e estigmatizantes que favorecem o aumento da vulnerabilidade das mulheres a vivenciarem violência obstétrica, como baixa condição socioeconômica, ser adolescente, soropositiva, lésbica, em situação de abortamento e em condição de presidiária, foram destacadas. As participantes compreendem a assistência obstétrica, abrangendo não somente os aspectos biológicos, mas também os sociais, entendendo que estas fazem parte de grupos marginalizados, logo, mais suscetíveis a vivenciarem diferentes formas de violência obstétrica e, por isso, devem ser olhadas com mais atenção.

Sobre as ações de enfrentamento da violência obstétrica, é preciso pensar em duas vertentes, aquela que acomete as gestantes e puérperas nos espaços doméstico/intrafamiliar e social e aquela que ocorre nos próprios serviços de saúde. Em relação à primeira, é importante a capacitação e um olhar diferenciado do profissional de saúde a fim de identificar possíveis situações de violência e atuar na formulação de estratégias de assistência para estas mulheres, prevenindo agravos à saúde materno-fetal.

Por outro lado, quanto à violência obstétrica nos serviços de saúde, é importante envolver os profissionais de saúde, gestores, instituições, órgãos governamentais, organizações internacionais, profissionais da educação formadores de futuros profissionais, sociedade civil, inclusive as mulheres em esforços que visam a uma garantia da qualidade da assistência obstétrica e à eliminação de qualquer violência obstétrica.

O movimento de humanização na área obstétrica surgiu em reação ao excesso de tecnocracia e má assistência recebida pelas mulheres, em particular no momento do parto e nascimento. Políticas públicas têm sido implementadas visando a otimizar o suporte na área. Entretanto, o modelo de atenção obstétrica ainda vigente continua sendo o modelo biomédico, logo, torna-se necessário persistir na busca de uma assistência humanizada.

Para atingir o ideário da humanização, entendemos que se faz necessária a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, ou seja, estes devem ter suas práticas respaldadas em conhecimentos técnico-científicos e estarem disponíveis para a implementação dos fundamentos de uma assistência humanizada em seu ambiente profissional.

O que pode auxiliar no processo de sensibilização destes profissionais é a construção deste profissional, isto é, a sua formação acadêmica, que deve se pautar na perspectiva do

profissional como coadjuvante na atenção obstétrica e na valorização da autonomia das mulheres, promovendo o ensino do uso comedido e apropriado de tecnologias, e também incentivos institucionais, como a promoção de cursos e oficinas que trabalhem estas temáticas e demonstrem seus resultados significativos na saúde materna e neonatal, incentivo à participação de seus funcionários em eventos científicos e a promoção de uma gestão participativa, em que seja possível a valorização e participação dos profissionais no processo de tomada de decisão, estimulando o trabalho em equipe de forma mais eficiente e satisfatória.

Nesse sentido, destaca-se também, como atribuição da instituição de saúde, o provimento adequado de recursos materiais e humanos que atendam às demandas e necessidades da clientela, de modo a contribuir para uma assistência de qualidade.

Como vimos anteriormente, a presença do acompanhante, além de ser um direito constituído por lei, de proporcionar uma atmosfera familiar e de segurança, também constitui uma ação que pode favorecer a redução de práticas inadequadas e violentas, uma vez que a presença deste tende a coibir tais atitudes. Para tal, é importante que as instituições de saúde se adequem para recebê-los, e acompanhem a presença destes durante todo momento de internação, como um indicador de qualidade da assistência obstétrica.

No que concerne às mulheres, compreendemos que estas já têm introjetado culturalmente que o parto normal é um evento que remete a sofrimento e dor, sendo assim, muitas acabam por optar pela cesariana ou aceitam vivenciar o parto com resignação. Acreditamos que as atividades educativas durante o pré-natal, inclusive com a promoção de cursos/reuniões de gestantes e familiares que debatessem a temática de gênero e direitos sexuais e reprodutivos, com troca de saberes, esclarecimento de dúvidas decorrentes de cada fase do período gestacional e orientações sobre seus direitos e possíveis alternativas, seriam um fator que contribuiria para a opção das mulheres pelo parto normal e reivindicação de seu direito de ter uma assistência obstétrica digna e segura.

Outra ação que consideramos importante para a transformação deste panorama assistencial obstétrico é a criação de casas de parto e a inserção de enfermeiras obstétricas nos diferentes níveis de atenção à mulher no seu período reprodutivo. A inserção destas profissionais, especialmente no momento do parto, sendo responsáveis pela assistência de baixo risco ou risco habitual, favorece a redução do número de intervenções neste momento e aumenta a chance de um parto normal fisiológico, contribuindo para os desfechos positivos na saúde da mulher e do neonato e maior satisfação da mulher e sua família.

Ressalta-se também a importância da continuidade de pesquisas sobre a temática da violência obstétrica, e pontuamos que os dados deste estudo representam uma realidade focal de uma maternidade pública de baixo risco do município do Rio de Janeiro e de um grupo profissional específico, as enfermeiras. Consideramos pertinente a realização de pesquisas que aprofundem o assunto numa perspectiva multiprofissional, a partir de diferentes realidades e perspectivas.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Comissão de Parto Normal: esforço em conjunto entre ANS e CFM**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/846-comissao-de-parto-normal-esforco-em-conjunto-entre-ans-e-cfm?highlight=WyJmZWJyYXNnbyJd>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Medidas para estímulo ao parto normal na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- AGENDE AÇÕES EM GÊNERO, CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO. **10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará**. Brasília, 2004. 36 p. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/7422680-10-anos-da-adocao-da-convencao-interamericana-para-prevenir-punir-e-erradicar-a-violencia-contra-a-mulher-convencao-de-belem-do-para.html>>. Acesso em: 27 ago. 2016.
- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.
- ALVES, M. L. P. **Adequação da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no município do Paudalho segundo olhar da Rede Cegonha**. 2012. 25 f. Plano de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012alves-mlp.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- AMORIN, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidência. **Rev. FEMININA**, [S.l.], v. 28, n. 11, p. 583-591, nov. 2010.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.



ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: <[http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)>. Acesso: 25 set. 2016.

AQUINO, Q. B. **A gestão das políticas públicas de gênero: uma análise ao plano plurianual 2010-2013 e 2014-2017 enquanto política pública de empoderamento e autonomia da mulher no município de Santa Cruz do Sul – RS.** 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2014.

ARENDT, H. **Sobre a violência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. [S.l.], 2016. Disponível em: <<http://abenfo.org.br>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Protegendo mães e bebês: Rede Cegonha e Residência em Enfermagem Obstétrica, **Boletim informativo – ABENFO/SP**, São Paulo, n. 55. maio/junho 2013. Disponível em: [http://abenfosp.com.br/boletim/boletim\\_abenfosp\\_05e06-13.pdf](http://abenfosp.com.br/boletim/boletim_abenfosp_05e06-13.pdf). Acesso em: 11 dez. 2016.

AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, mar. 2008.

BAGGINI, M. **Gestantes vítimas de violência doméstica têm dificuldade para pedir ajuda.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www5.usp.br/42599/gestantes-vitimas-de-violencia-domestica-tem-dificuldade-para-pedir-ajuda/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio/jun. 2006.

BOTELHO, A. P. M.; ROCHA, R. C.; MELO, V. H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **Rev. FEMININA**, [s.i.], v. 41, n. 1, p. 24-32, jan./fev. 2013.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Instituto DataSenado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher.** Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia\\_Domestica\\_contra\\_a\\_Mulher\\_2013.pdf](http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Seção 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de cobertura**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 17 abr. 1975. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L6202.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6202.htm)>. Acesso em: 16 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 1990a. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em: 4 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso: 10 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 2 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004a. (Série B. Textos Básicos da Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS: temático saúde da mulher**. Brasília, DF, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF, 2009a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília – DF, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Dispõe sobre a criação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**. Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 11 setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília, DF, 2011e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. **Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasil, DF, 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Rio de Janeiro, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, 2012d. v. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012e. (Caderno de Atenção Básica; n. 32). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimp. Brasília, 2012. 124 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno; n. 6).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF, 2013a. (Caderno de Atenção Básica, n. 26). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013**. Brasília, DF, 2014a. Disponível: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Rede Cegonha reduz mortalidade materna em 21% no primeiro ano do programa**. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21-no-1o-ano-do-programa-diz-saude>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília, DF, 2014c. (Cadernos HumanizaSUS; v.4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Brasil e os ODM**. Brasília, DF, [2015a]. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Relação de cursos recomendados e reconhecidos por região e por área**. Brasília, DF, [2015b]. Disponível em: <<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Aluna gestante**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12946-aluna-gestante>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal Regional Federal (2. Região). Apelação cível nº 0041307-42.2012.4.02.5101-RJ (2012.51.01.041307-8). Apelação cível. Ação civil pública. Resoluções 265/2012 e 266/2012 do CREMERJ. Ilegitimidade ativa do COREN e da Defensoria pública. Ilegalidade. Ausência. Apelante: CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Apelado: Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – COREN-RJ e outros. Relator: Desembargador Federal Guilherme Diefenthaler. Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2016b. Disponível em: <[http://old.cremelj.org.br/anexos/VIDE\\_INTEGRA\\_E\\_ANEXOS.pdf](http://old.cremelj.org.br/anexos/VIDE_INTEGRA_E_ANEXOS.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2016.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 648-655, jul./set. 2013.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde reprodutiva das mulheres: direitos, desafios e políticas públicas**. Brasília, DF: Centro Feminista de estudo e assessoria, 2009. 124 p. (Coleção 20 anos de cidadania e de feminismo; 3). Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Sa%FAde%20reprodutiva%20das%20mulheres.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2015.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: programa rede cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, jan./mar. 2013.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, jan. 2012. Art. No. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

CARVALHO, V. F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev. Rene**, Ceará, v. 11, n. esp., p. 92-98, nov. 2010.

CARVALHO, L. N. Análise do discurso dos estudantes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Educação para a empregabilidade?. **Trab. educ.**, Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 115-126, set./dez. 2011.

CASTRO, M. E.; MOURA, M. A.V.; SILVA, L. M. S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. RENE.**, Ceará, v. 11, n. especial. p. 73-81, nov. 2010.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, M. et al. **Perspectivas Antropológicas da Mulher 4: sobre mulher e violência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. v. 4.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Sergipe: COREN-SE, c2012a. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 5 set. 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº 477/2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Sergipe, c2012b. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html)>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher – Convenção de Belém do Pará – 1994**. Belém, Pará, 1994.

COPELLO, P. L. Apuntes sobre el feminicidio. **Revista de Derecho Penal y Criminología**, Espanha, 3a Época, n. 8, p. 119-143, jul. 2012. Disponível em: <<http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2012-8-5030&dsID=Documento.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CORTEZ-ESCALANTE, J. **Mortalidade materna no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-demortalidadematerna/apresentaca\\_juancortez28maio2013.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-demortalidadematerna/apresentaca_juancortez28maio2013.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2015.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S., SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697, jan. 2007.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 600-609, ago. 2008.

DAVIS- FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **Internacional journal of gynecology & obstetrics**, Limerick, v. 75, supl. 1, p. S5-S23, nov. 2001.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, jul./set. 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, maio. 2005.

DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1042-1043, maio. 2011.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 265 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. (Org.). **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. 2. ed. [São Paulo]: Fundação Ford; CREMESP., 2003. 34 f.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao 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.

DINIZ, D. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, maio/ago. 2014a.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S140-S153, mar. 2014b.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, France, v. 359, n. 11, p. 1681-1685, 2002.

DOMINGUES, I. Epistemologia das ciências humanas. São Paulo: Loyola, 2004. 671 p. (Tomo I: Positivismo e Hermenêutica – Durkheim e Weber).

DOMINGUES, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DONA INTERNATIONAL. **What is a doula?**. Chicago, c2017. Disponível em: <<https://www.dona.org/what-is-a-doula/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S154-S168, fev. 2014.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-312, set. 2007.

FERREIRA JUNIOR, A. R.; BARROS, N. F. A humanização do parto no cenário de disputas da obstetrícia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012.

FLEURY-TEIXEIRA, E. M.; MENEGHEL, S. N. **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Editora: Fiocruz, 2015. 422 p.

FONEITE, J; FEU, A.; MERLO, J. T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, Caracas, v. 72, n. 1, mar. 2012.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. L.; FOUCAULT, M. (Org.). **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FRIEDMAN, E. A. The graphic analysis of labour. **Am. J. Obstet. Gynecol**, New York, v. 68, n. 6, p. 1568-1575, dec. 1954.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa gravidez, filhos e violência institucional no parto**. São Paulo: 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

GIFFIN, K. M.; LOWNDES, C. M. Gender, Sexuality and the Prevention of Sexually Transmissible Diseases: a brazilian study of clinical practice. **Social Sciences and Medicine**, [S.l.], v. 48, n. 3, p. 283-292, 1998.

GIFFIN, K. M. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: GIFFIN, K. M.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999, p. 79-91.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, jan./mar. 2008.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. p.168.

GONÇALVES, F. G. A. et al. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6352-6359, nov. 2013.

HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, fev. 2000.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, maio. 2005.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3205.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

KANE, R. Determinants of health care priorities and expectations among rural consumers. **Health Serv Res**, [ S.l.], v. 4, n. 2, p. 142-51, 1969.

KASSADA et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, out. 2013.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5-S5, 2014.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar. 2015.

LEININGER, M.; MACFARLAND, M. R. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York ,US: Wiky, 1978.

LIMA, G. P. V. et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 593-599, out./dez. 2015.

LOPES, A. S. **A vivência de privacidade pelas parturientes no cotidiano hospitalar: uma contribuição para o cuidar em enfermagem obstétrica**. 2007. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.



LUZ, A. M. H. et al. Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 42, n. 1-4, p. 92- 100, jan./dez. 1989.

MACEDO, P. O. **Significando a dor no parto**: expressão feminina da vivência do parto vaginal. 2007. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

MACEDO, P.O. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de florence nightingale. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 341-347, jun. 2008.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-353, fev. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

MARTINELLI, K. G. et al. 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.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, jan. 2014.

MATOS, G. C.; et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, p. 870-878, mar. 2013.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006.

MEDINA, E. T. **Tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto**: um estudo exploratório. 2003. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MEDINA, A. B. C. **Violência intrafamiliar em mulheres grávidas**: a identificação pela enfermeira obstétrica. 2007. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MEDINA, A. B. C.; PENNA, L. H. G. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 793-798, dez. 2008.

MENDONZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, abr. 2011.

MENEZES, T. C. et al. Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, maio. 2003.

- MEZOMO, J. C. **Gestão de qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Vozes, 1995. 301 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 412 p.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 724 p.
- MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, [ S.l.], v. 79, n. 3, p. 269-277, dez. 2002.
- MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010.
- MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p. S128-139, ago. 2014.
- MOTTA, A. S. E. **A vivência de mulheres no abortamento induzido**. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. 144 p.
- MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégia de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-740, out./dez. 2009.
- MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2012, La Habana, Cuba. **Memórias...** La Habana, Cuba, 2012.
- MURY, L. **Violência institucional: casos de violação de direitos humanos na área da saúde materna e neonatal no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, c2017. Disponível em: <[www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm](http://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2016.
- NAÇÕES UNIDAS. **Mortalidade materna**. Rio de Janeiro: Nações Unidas no Brasil, 2014b. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/podemos-evitar-a-maioria-dessas-mortes-disse-ban-ki-moon-sobre-a-mortalidade-materna/>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Relatório sobre objetivos do milênio**. Rio de Janeiro: Nações Unidas no Brasil, 2014a. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/mortalidade-materna-cai-55-no-brasil-aponta-relatorio-sobre-objetivos-do-milenio/>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, jul./set. 2005.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, out./fev. 2013.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010.

NASCIMENTO, R. R. P. et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 36, n. esp., p.119-126, nov. 2015.

NEVES, E. P.; VARGENS O. M. C. La contribución de los programas de doctorado de enfermería ante los avances científicos e tecnológicos: el estudio de caso de Brasil - un análisis preliminar. In: WRIGHT, M. G. (Org.). **Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de drogas en América Latina: retos y perspectivas**. Washington, DC, USA, Monterrey-México: CICAD-UANI, 2003. p. 9-24.

OBRIST, B. et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. **PLOS, Medicine**, Cambridge, v.4, n.10, p.1584-1588, 2007.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. 2. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OKADA, M. M. et al. Violência doméstica na gravidez. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-274, dez. 2015.

OLIVEIRA, E. F. B.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, mar. 2010.

OLIVEIRA, E. M.; VIANNA, L. A. C. Violência conjugal na gravidez. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 162-165, 1993.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.

ORANGE, F. A.; AMORIN, M. M. R.; LIMA, L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. **Rev. Bras. Ginecol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 45-52, jan. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Ministério da Saúde, 1996. 53 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesárea.** Genebra, [2015]. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2016.

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. **Int. J. Environ. Res. Public Health.** v. 7, n. 2, p. 364-379, fev. 2010.

OVERGAARD C. et al. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. **BMJ Open**, London, v.1, issue 1, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000262>

PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Violência obstétrica: parirás com dor.** [S.l.], 2012. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio – mulheres em rede pela maternidade ativa - para a CPMI da violência contra as mulheres. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento:** Plataforma do Cairo. Cairo, Egito: Instrumentos Internacionais de Direitos Humanos, 1994. Disponível em: <<http://unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.

PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 119-124, jan./mar. 2008.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos:** em um serviço público de saúde que atende às mulheres em situação de gestação, parto e puerpério. 2000. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PERLMAN, J. M. et al. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. **Circulation**, Dallas, v. 122, n. 16, supl. 2, p. S516-S538, out. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

POLJAK, A.V. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. **Revista Venezolana de Estudios de la Mujer**, Caracas, v. 14, n. 32, p. 125-146, jun. 2009.

PONTES, R. A.; LACERDA, M. R.; TOZETTO, V. Questões ético-legais vivenciadas pelos profissionais de um serviço municipal de saúde – indagações e proposições. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 36-42, jul./dez. 2001.

PORFIRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 331-336, abr./jun. 2010.

PORTELA, G. L. C. et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 58-63, ago. 2013.

PORTO, F. et al. **Atenção à saúde da mulher: história, aspectos legais e cuidado**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2011. 452 p.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. Parteiras, médicos e enfermeiras: a aquisição de habilidades profissionais na assistência à parturiente - Rio de Janeiro 1934/1949. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 307-314, dez. 2001.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, abril. 2011.

RENAULT, L. V. Paradigmas e modelos: proposta de análise epistemológica para a Ciência da Informação. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 53-60, maio/ago. 2007.

RICHARDS, L.; MORSE, J. M. **User's Guide to Qualitative Methods**. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

RODRIGUES, D. P. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro**. 2014. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói - Rio de Janeiro, 2014a.

RODRIGUES, F. A. C. **Análise da violência institucional contra mulheres em processo de parturição em maternidades da Rede Cegonha de Fortaleza**. 2014. 69 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará. 2014b.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SALLES, R. K. **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar**. 2004. 263 f. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

SANDI, S. F.; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 131 -153, mar. 2010.

SANFELICE, C. F. O et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev. Rene**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 362-370, mar./abr. 2014.

SANFELICE, C. F. O; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso?. **Rev. Gaúcha Enferm.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 157-160, mar. 2014.

SANTOS, A. G. et al. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina - PI. **Rev. Rene**, Ceará, v. 11, n. especial, p. 109-116, nov. 2010.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, abr./jun. 2008.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo, 2015 [online]. Disponível em: <[http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha\\_VO.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. **Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher**. São Paulo, 2007. 108 p. (Série Cadernos Violência e Saúde; v. 2).

SARCADO, D. P.; FORTES, P. A. C. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. **Revista de Bioética e Ética Médica**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 307-322, 2000.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, maio/ago. 2004.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 11 - 26, ago. 1999.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 1-27, 1990.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, maio/ago. 2005.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. 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. 2004.

SGOBERO, J. K. G. S. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. **Aquichan**, Colombia, v. 15, n. 3, p. 339-350, set. 2015.

SILVA, A. A.; SAND, I. C. P. V. D. Sentimentos e Vivência da Equipe de Enfermagem na Assistência a Mães e Família Durante o Processo de Luto na Perda Fetal. **Revista Contexto & Saúde**, Rio Grande do Sul, ano 2, v. 3, p. 25-47, jul./dez. 2002.

SILVA, E. P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, jul. 2011.

SILVA, R. M. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, out. 2012.

SILVA, L. A. et al. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **Rev. Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2298-2309, abr./jun. 2015.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.

SIQUEIRA, F. P. C.; COLLI, M. Prevalência do contato precoce entre mãe e recém-nascido em um hospital amigo da criança. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6455-6461, nov. 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. s399-s406, 2003.

SOCIEDADE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**: relatório da pesquisa. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR77/08capitulo8.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 82-89, jan. 2007.

SOUSA, V. **Nota Técnica - Violência obstétrica**: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015. 62 p.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem em uma unidade ambulatorial especializada. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 1, p. 609-614, dez. 2012.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 218-232, jul. 2014.

STARR, P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. México DF: Biblioteca de la Salud/Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, 1991. p. 17-44.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, Supl. 1, p. 63-69, dez. 2009.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiência de mulheres da periferia de Cuiabá, MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, nov./dez. 2006.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, dez. 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-55, jan./fev. 2006.

TORRES, J. A.; MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - Comuinc. Saúde. Educ.**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

TORRES, J. A. **Concepções de tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica**: estudo sociopoético. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

UNICEF. **Aleitamento materno**. [S.l.]: [2015?]. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10003.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2016.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 46-50, nov. 2004.

VENTURA, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, jul. 2008.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 81 p.

VIEIRA, B. D. G. et al. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da especialização da escola. Anna Nery. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 1, p. 579-584, dez. 2012.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, S85-S100, dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 1, p. 83-90, ago. 2013.

VILELAS, J. O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. **Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**. v. 5, p. 42-50, mar. 2013.



WASELFISZ, J. J. CEBELA – Centro de Estudos Brasileiros Latino-Americanos. **Mapa da Violência 2012**: atualização: homicídio de mulheres no Brasil. [Rio de Janeiro]: CEBELA – Centro de Estudos Brasileiros Latino-Americanos, 2012. Disponível em: <[http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_atual\\_mulheres.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2015.

WALSH D.; DOWNE S. M. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. **Birth.**, Berkeley, v. 31, n. 3, p. 222-229. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Revised 1990 estimates of Maternal Mortality**: a new approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF, 1996a.

\_\_\_\_\_. **Care in Normal Birth**: a practical guide: Bull World Health Organ. Geneva: WHO. 1996b.

\_\_\_\_\_. **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO. 2004.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 464-469, maio/jun. 2010.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. 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, jul. 2004.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-152, jun. 2008.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 44-7, fev. 2008.

ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Revista FEMINA/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009.

## APÊNDICE A – Roteiro Estruturado para Entrevista

### 1) Dados referentes ao perfil dos (as) entrevistados (as):

Setor de trabalho:

Sexo:

Função:

Idade:

Escolaridade:

Tempo de serviço em maternidades:

Possui alguma especialidade: ( ) Não Sim ( ). Se sim, qual?

Tempo de formado:

### 2) Questões relacionadas ao objeto de estudo:

1) O que você entende por violência obstétrica?

2) Na sua visão, quais situações podem ser caracterizadas como violência obstétrica?

3) Como você vê a violência obstétrica à mulher durante a gestação? E no parto? E no puerpério?  
(Esta pergunta foi feita separadamente)

4) Para você, o que determina a violência obstétrica à mulher?

5) No seu entendimento, quais as repercussões da violência obstétrica para a vida e saúde da mulher?

6) Na sua opinião, quais ações ou estratégias devem ser adotadas para reduzir o número de violência obstétrica nos serviços de saúde?

**APÊNDICE B** – Cronograma de Atividades

<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERÍODO</b>
1.Elaboração da Introdução	Março a Julho de 2015
2.Suporte de Referencial Temático e Metodológico	Março a Novembro de 2015
3.Encaminhamento do Projeto aos Pareceristas	Setembro de 2015
4.Entrega do Projeto e Submissão à Plataforma Brasil	Outubro de 2015
5.Revisão do Projeto de Acordo com sugestões	Outubro de 2015
6.Encaminhamento do Projeto ao CEP	Outubro de 2015
7.Coleta de dados	Maio a Julho de 2016
8.Análise e Discussão dos Dados	Julho a Setembro de 2016
9.Fechamento do Relatório parcial	Setembro a Outubro de 2016
10. Qualificação da Dissertação	Outubro de 2016
11.Revisão e aprimoramento pós-qualificação da Dissertação	Novembro e Dezembro de 2016
12.Defesa da Dissertação	Janeiro a fevereiro de 2017

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada(o),

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa que tem por título *A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro*. Por você fazer parte da equipe de enfermagem da rede de maternidades do município do Rio de Janeiro, esta característica é imprescindível e a(o) torna candidata(o) ao projeto. Esta pesquisa tem como autora a Mestranda em Enfermagem Tatyane Costa Simões Antunes, orientada pela professora Lucia Helena Garcia Penna, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ, e tem por objetivos: Identificar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade acerca da violência obstétrica; Caracterizar a violência obstétrica na concepção dessas enfermeiras e Discutir os fatores influentes na ocorrência da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras. E como objetivo geral: Analisar a percepção das enfermeiras que atuam em maternidade sobre a violência obstétrica.

Solicitamos sua autorização para realização de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e publicada no trabalho. O roteiro da entrevista possui 14 perguntas que leva cerca de 45 minutos para ser respondido. O roteiro da entrevista possui perguntas sobre perfil profissional e sobre suas concepções relacionadas ao tema da pesquisa. Solicitamos, também, sua permissão para que os dados coletados possam ser utilizados nesse e em outros estudos por nós realizados.

Garantimos o sigilo, assegurando que sua identidade não será revelada em nenhum momento, pois utilizaremos pseudônimos na divulgação dos resultados. Esta pesquisa não acarretará riscos para seu trabalho e você pode recusar-se a participar ou solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa livre de qualquer penalidade.

Embora não haja nenhuma garantia de que a(o) Sra(o) terá benefícios com este estudo, as informações que a(o) Sra(o) fornecerá serão úteis para compreender a violência obstétrica pela perspectiva dos profissionais de enfermagem de maternidades, possibilitando buscar terminologias únicas que indiquem o conceito de violência obstétrica, o mais próximo da realidade, ou seja, pelos profissionais de saúde que a vivenciam em seu cotidiano, além de auxiliar na busca de meios que minimizem a violência obstétrica e concretize uma assistência obstétrica mais humanizada.

Sua participação no estudo não implicará custos adicionais. A(O) Sra(o) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, que serão custeados pelos próprios autores. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, a(o) Sra(o) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado *A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro*.

Eu fui completamente orientada(o) pela Enfermeira Tatyane Costa Simões Antunes, que está realizando o estudo, sobre sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelos próprios autores, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsável: Nome: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Agradecemos a sua colaboração e estaremos sempre à disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, localizada em Boulevard, 28 de setembro 157, 7º andar – Vila Isabel, Tel.: (21) 2587-6335 R. 4 e também no Comitê de Ética e Pesquisa/SMS - RJ, localizado na Afonso Cavalcanti, 455, sala 701- Cidade Nova. Tel.: (21) 2503-2024 ou (21) 2503-2026, no horário das 09h às 13h, de segunda à sexta-feira. **Deixo também disponível o contato por e-mail para qualquer esclarecimento: [tatynha\\_antunes@hotmail.com](mailto:tatynha_antunes@hotmail.com)**. Este trabalho é orientado pela Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna – [luciapenna@terra.com.br](mailto:luciapenna@terra.com.br). Caso tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2334-2180.

**APÊNDICE D** – Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade

Quadro 3 – Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade (continua)


<b>CATEGORIA</b>	<b>CATEGORIA INTERMEDIÁRIA</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>SUBCATEGORIA INTERMEDIÁRIA</b>	<b>UNIDADE TEMÁTICA</b>
Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade	Definições e características da violência obstétrica	Violência obstétrica: uma manifestação nas instituições de saúde	Atitudes profissionais negligentes, imprudentes e desrespeitosas (UR 312/31 ENT)	Desrespeito à autonomia, dignidade e cidadania da mulher (120 UR/27 ENT); Violência física e Violência Psicológica (130 UR/27 ENT); Ações de negligência e imprudência (68 UR/22 ENT)
			Inadequação dos procedimentos, tecnologias assistenciais invasivas e não utilização de tecnologia de cuidado não invasiva (125 UR/26 ENT)	Procedimentos invasivos e/ou não recomendados (119 UR/26 ENT); Não permitir e Não ofertar uso de tecnologia não invasiva de cuidado (06 UR/03 ENT)
			Inequidade no acesso aos serviços e recursos da Rede de Atenção à Saúde (UR 10/07 ENT)	Falta de acesso ao serviço de saúde, pré-natal e aborto legal e exames (UR 10/07 ENT)
	Violência obstétrica no âmbito social	Violência à mulher no período gravídico-puerperal em espaços sociais fora da instituição de saúde e agentes perpetradores (UR 38/05 ENT)	Maus-tratos, Violência física, Violência psicológica, População desencorajar o parto normal, sugerir aborto (UR 38/05 ENT)	

Quadro 3 – Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade (conclusão)

CATEGORIA	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	SUBCATEGORIA	SUBCATEGORIA INTERMEDIÁRIA	UNIDADE TEMÁTICA
Expressões da violência obstétrica na perspectiva das enfermeiras de maternidade	Fatores influentes para a ocorrência da violência obstétrica	Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao profissional/instituição		Falta de Humanização (falta de empatia, sensibilidade, respeito ao corpo do outro) (UR14/06 ENT)
				Condições emocionais do profissional (estresse, falta de paciência, falta de amor, natureza rude, problemas da vida pessoal e desmotivação profissional) (UR 36/16 ENT)
				Formação profissional (Modelo biomédico e Despreparo profissional/ Desqualificação profissional) (UR 54/ 22 ENT)
		Diretrizes e Condições de trabalho (Hospital que preconiza o parto humanizado; Por ser serviço público; Recursos Humanos e materiais e sobrecarga de trabalho) (UR 34/15 ENT)		
		Fatores influentes da violência obstétrica relacionados ao contexto sociocultural da mulher		Condições econômica e cultural (Deter ou não conhecimento e condições financeiras) Condições sociais estigmatizadas/exclusão social e de agravo à saúde obstétrica (Adolescente, Homossexual, Presidiária, Usuária de drogas, Gravidez indesejada e abortamento) (UR 21/11 ENT)

Fonte: A autora, 2016.

**ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (UERJ)**

<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ</b>	
--	---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A violência obstétrica sob a ótica de profissionais de enfermagem de maternidades do município do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** LUCIA HELENA GARCIA PENNA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51643315.2.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.430.910

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa em tela tem como objeto a violência obstétrica na perspectiva de profissionais de enfermagem e maternidades. A violência no âmbito da saúde reprodutiva constitui uma violação dos direitos humanos universais, a partir do momento que o direito reprodutivo está compreendido na concepção de direitos humanos. O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva, exploratória; os participantes da pesquisa serão profissionais de enfermagem atuantes em maternidades do Rio de Janeiro. A técnica de coleta de dados é a entrevista. Os discursos obtidos serão analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. O campo de investigação serão duas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Caracterizar conceitualmente a violência obstétrica à cliente na perspectiva do profissional de enfermagem de maternidades; **Específicos:** Analisar os aspectos determinantes para a ocorrência da violência obstétrica à cliente na perspectiva de profissionais de enfermagem de maternidades; Discutir a percepção de profissionais de enfermagem de maternidades sobre a violência obstétrica e sua interface com a prática do cuidar.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand, SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 1.430.910

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e estão relacionados à possíveis constrangimentos, lembranças de situações vivenciadas em relação ao objeto de estudo. Para minimizar os possíveis riscos aos participantes, as pesquisadoras atendem plenamente à Resolução 466/12. Não há riscos físicos, morais ou de possível exposição dos participantes. A pesquisa também não apresenta risco social. Quanto aos benefícios, estes são indiretos aos participantes estando voltados à coletividade na medida em que possibilitará uma maior compreensão acerca da temática com repercussões diretas à assistência da enfermagem obstétrica e nas políticas públicas em saúde reprodutiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social e para o campo da enfermagem obstétrica e das políticas públicas em saúde reprodutiva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta-se de forma clara, com coesão interna. Todos os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas pendências ou inadequações éticas que impeçam a realização desta pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2017. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_596384.pdf	26/01/2016 10:40:11		Aceito
TCLE / Termos de	TCLEModificado.doc	26/01/2016	LUCIA HELENA	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.430.910

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEModificado.doc	10:35:47	GARCIA PENNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.pdf	21/10/2015 13:37:24	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.doc	21/10/2015 13:33:50	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	cvtatyaneantunes.doc	21/10/2015 13:26:02	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	cvluciapenna.doc	21/10/2015 13:08:53	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	folhaderosto.jpeg	21/10/2015 12:57:53	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartapesquisador.jpeg	21/10/2015 12:57:07	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	ICD.doc	21/10/2015 12:56:04	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Orçamento	declaracaocusto.jpeg	21/10/2015 12:54:37	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FM1.jpeg	21/10/2015 12:49:12	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FM2.jpeg	21/10/2015 12:48:31	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MariaAmelia2.jpeg	21/10/2015 12:47:35	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MariaAmelia.jpeg	21/10/2015 12:46:56	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	21/10/2015 12:30:33	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Março de 2016

Assinado por:  
Patricia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

## ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (SMS/RJ)

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A violência obstétrica sob a ótica de profissionais de enfermagem de maternidades do município do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** LUCIA HELENA GARCIA PENNA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51643315.2.3001.5279

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.506.517

**Apresentação do Projeto:**

Número do Parecer Consubstanciado da proponente: 1.430.910

**DADOS DO PARECER:**

A pesquisa em tela tem como objeto a violência obstétrica na perspectiva de profissionais de enfermagem e maternidades. A violência no âmbito da saúde reprodutiva constitui uma violação dos direitos humanos universais, a partir do momento que o direito reprodutivo está compreendido na concepção de direitos humanos. O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva, exploratória; os participantes da pesquisa serão profissionais de enfermagem atuantes em maternidades do Rio de Janeiro. A técnica de coleta de dados é a entrevista. Os discursos obtidos serão analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. O campo de investigação serão duas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**Objetivo da Pesquisa:**

\* Geral:

- Caracterizar conceitualmente a violência obstétrica à cliente na perspectiva do profissional de enfermagem de maternidades.

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.508.517

**\* Específicos:**

- Analisar os aspectos determinantes para a ocorrência da violência obstétrica à cliente na perspectiva de profissionais de enfermagem de maternidades; Discutir a percepção de profissionais de enfermagem de maternidades sobre a violência obstétrica e sua interface com a prática do cuidar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Os riscos são mínimos e estão relacionados à possíveis constrangimentos, lembranças de situações vivenciadas em relação ao objeto de estudo. Para minimizar os possíveis riscos aos participantes, as pesquisadoras atendem plenamente à Resolução 466/12. Não há riscos físicos, morais ou de possível exposição dos participantes. A pesquisa também não apresenta risco social. Quanto aos benefícios, estes são indiretos aos participantes estando voltados à coletividade na medida em que possibilitará uma maior compreensão acerca da temática com repercussões diretas à assistência da enfermagem obstétrica e nas políticas públicas em saúde reprodutiva."

A pesquisadora apresentou ajustes na análise de riscos em observância a Resolução 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e adequada a titulação pretendida pela pesquisadora. Foram feitas recomendações quanto a avaliação de riscos e adequação de cronograma que foram atendidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram apresentados. O TCLE foi revisto no que tange aos uso e guarda dos dados.

**Recomendações:**

Foram encaminhadas recomendações por correio eletrônico e a pesquisadora cumpriu todas as recomendações, a saber:

- "- Ajustar o cronograma a partir do item 7, pois a coleta de dados só poderá ser iniciada após a aprovação deste CEP/SMS-RJ;
- Refazer análise de riscos, pois a mesma não está conforme a Resolução 466/2012. Os riscos são mínimos mas devem ser previstos no projeto e no TCLE;
- Explicitar no TCLE quem manuseará os dados coletados, como será feita a guarda, fixando período e a forma de descarte. "

A pesquisadora encaminhou arquivo pdf com ajustes no TCLE, no projeto e adequação de

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.506.517

cronograma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há mais recomendações e recomendo a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a), atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS N° 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS N° 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_596384.pdf	26/01/2016 10:40:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEModificado.doc	26/01/2016 10:35:47	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_596384.pdf	21/10/2015 13:37:58		Aceito

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.506.517

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.pdf	21/10/2015 13:37:24	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Folha de Rosto	folhoderosto.doc	21/10/2015 13:33:50	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	cvatyaneantunes.doc	21/10/2015 13:26:02	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	cvluciapenna.doc	21/10/2015 13:08:53	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	folhaderosto.jpeg	21/10/2015 12:57:53	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartapesquisador.jpeg	21/10/2015 12:57:07	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Outros	ICD.doc	21/10/2015 12:56:04	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/10/2015 12:55:19	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Orçamento	declaracaocusto.jpeg	21/10/2015 12:54:37	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FM1.jpeg	21/10/2015 12:49:12	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FM2.jpeg	21/10/2015 12:48:31	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MariaAmelia2.jpeg	21/10/2015 12:47:35	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MariaAmelia.jpeg	21/10/2015 12:46:56	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	21/10/2015 12:30:33	LUCIA HELENA GARCIA PENNA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.506.517

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br