



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINE DA SILVA DINIZ

A VIVÊNCIA DO PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DAS
MULHERES: um estudo de revisão bibliográfica

Rio de Janeiro

2019

CAROLINE DA SILVA DINIZ

A VIVÊNCIA DO PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DAS
MULHERES: um estudo de revisão bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINE DA SILVA DINIZ

A VIVÊNCIA DO PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DAS MULHERES: um estudo de revisão bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 24 de janeiro de 2019.

Prof^a Dr^a Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

Prof^a Dr^a Pauline Lorena Kale
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

Prof^a Dr^a Miriam Ventura
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

Prof^a Tatiana Clarkson Matos
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

À minha mãe,
por acreditar em mim até o último segundo e me ensinar tantos valores.

AGRADECIMENTOS

Ao Eduardo, que compartilha a vida comigo e me mostra o verdadeiro significado de parceria e generosidade. Obrigada pelo apoio de sempre, meu primeiro amor.

À Ana Luiza, por me mostrar o que é amar e ser meu coração fora do corpo. Sua simplicidade me ensina todos os dias.

À minha tia Marciana pelo incentivo à cultura. Obrigada pelos livros, museus, músicas e tanto amor.

À tia Rita, avô Clemy e prima Juliana, por tantos momentos e por me mostrarem que família vai para além de rótulos.

À Nathália, por despertar em mim o interesse pelo assunto tratado neste trabalho. Obrigada pela troca de sempre.

Aos meus amigos, que me ensinam tanto dentro de cada personalidade.

À minha preceptora de estágio, Simone, que corroborou na prática toda a teoria aprendida e me mostrou que existem profissionais competentes que lutam por um SUS de qualidade.

À Lua, Luazinha e Tigrão, por preencherem meu coração e serem sempre a minha maior saudade.

À minha avó Vânia. Sei o quanto estaria orgulhosa.

RESUMO

DINIZ, Caroline da Silva. **A vivência do parto e a violência obstétrica na visão das mulheres**: um estudo de revisão bibliográfica. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O trabalho apresenta a visão das mulheres que passaram pelo processo de parto, no que tange a violência obstétrica. Discute-se, brevemente, a institucionalização do parto, o conceito de violência obstétrica a partir da perspectiva de violência de gênero e a caracterização do atual cenário brasileiro. É uma revisão bibliográfica narrativa, na qual 20 documentos foram analisados. O estudo revelou 5 categorias temáticas: sentimentos em relação a vivência do parto, banalização da violência, desinformação das mulheres, hierarquia entre profissionais e usuárias e temor a retaliação. Apesar de reconhecerem tratamentos inadequados e se sentirem desvalorizadas, percebe-se que o desconhecimento das mesmas sobre a questão e a pouca expectativa acerca do atendimento nos serviços de saúde gera a banalização da violência, pois acreditam ser algo intrínseco ao processo. Somado à incomunicabilidade, o medo de sofrer alguma retaliação as impede de questionar o atendimento e fazer valer suas vontades. Além disso, fica evidente a contradição envolvida no discurso e sentimentos vivenciados. Nesse sentido, é fundamental que profissionais e usuárias do serviço de saúde, além da população de uma forma geral, sejam alvos da educação em saúde, para dar visibilidade à violência obstétrica e resgatar a autonomia das mulheres.

Palavras-chave: Violência. Parto. Violência contra a mulher. Saúde da mulher.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do caminho metodológico	10
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
EMS	Escola Municipal de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HPV	Papilomavírus Humano
IHAMC	Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo geral.....	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO	11
2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	12
2.2.1 Tipos de violência	12
2.2.2 Humanização.....	14
2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA FORMA DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO .	15
2.4 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO BRASILEIRO.....	16
3 METODOLOGIA	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
4.1 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A VIVÊNCIA DO PARTO	19
4.1.1 O sofrimento banalizado.....	24
4.2 BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	26
4.3 DESINFORMAÇÃO DAS MULHERES	28
4.3.1 Dificuldade em conseguir informações sobre si e o bebê	28
4.3.2 Desconhecimento sobre violência obstétrica	30
4.4 HIERARQUIA ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS.....	33
4.5 TEMOR A RETALIAÇÃO.....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	48

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho busquei compreender a visão das mulheres a respeito da violência obstétrica sofrida durante a gestação, parto e puerpério. Este é um tema pouco discutido no âmbito da sociedade e dos serviços de saúde, sendo uma questão banalizada em diversas situações. Essa violência se manifesta na perda de autonomia da mulher.

Resolvi elaborar meu Trabalho de Conclusão de Curso sob o olhar das usuárias do sistema de saúde porque é um tema pouco estudado a nível nacional, principalmente no que concerne ao nível de satisfação das mulheres em relação à experiência do parto (SILVA *et al.*, 2014).

Lembro exatamente do sentimento que a violência obstétrica me causou quando ouvi falarem pela primeira vez. Revolta. Fiz um curso de doula para que entendesse mais sobre o assunto e porque me apaixonei pela profissão e temática. Uma mulher ajudando outra, especialmente em um momento tão único e importante, é uma ideia fantástica para mim. Mas além das informações e paixão, o curso me gerou mais revolta. Nós não merecemos a forma como somos tratadas, principalmente por profissionais em que confiamos e colocamos em pedestais.

Por vezes, na construção deste trabalho, peguei-me pensando “será que a informação não leva mais problemas para a mulher? É violência se você não identifica? Não é melhor ficar na ignorância?”. E concluí que não, não é melhor. Não é melhor porque não devemos aceitar mais violência além da que está fora de nossa governabilidade e porque tem resolução relativamente simples. E apesar de dolorosa, encarar a realidade traz benefícios a longo prazo. Porque não podemos permitir que a violência de gênero e institucional continue se perpetuando. Não somos frágeis e nem fracas. Não podem continuar a fazer o que fazem por comodismo ou “superioridade”. A violência sempre gera efeitos negativos, mesmo que não seja identificada, tais como medo do parto normal e sentimento de inferioridade (PEDROSO; LÓPEZ, 2017; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR, 2011).

O sistema se fortalece na ignorância do povo. Serei resistência por todas, mas se depender de mim, todas serão também.

Assim, sob o ângulo da violência de gênero, dentro de um sistema patriarcal e de corporativismo médico, questiono: qual a percepção que as mulheres que sofrem violência obstétrica possuem sobre a mesma?

Esse é um tema relevante para a saúde coletiva devido a urgência de humanização do parto e a sua magnitude, esta última verificada em estudo da Fundação Perseu Abramo cujo

resultado demonstrou que $\frac{1}{4}$ das parturientes investigadas sofreram violência obstétrica (FUNDAÇÃO, 2010).

Acredito que este trabalho contribuirá para dar visibilidade ao tema e compreendo que a melhoria da assistência fornecida nos serviços de saúde para as mulheres, da gestação ao pós-parto, se dará quando este processo deixar de tratado como doença e evento hospitalar e for visto como natural e fisiológico.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de usuárias dos serviços de saúde sobre a experiência do parto, buscando compreender como as mulheres percebem o fenômeno da violência obstétrica, a partir de uma revisão bibliográfica narrativa.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os sentimentos de parturientes vítimas de violência obstétrica com relação à experiência do parto;
- Descrever a percepção das mulheres a respeito do fenômeno da violência obstétrica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

Durante muito tempo, o parto foi um momento de participação exclusiva de mulheres: a parturiente, a doula¹ da época e a parteira, na privacidade do lar (WOLFF; WALDOW, 2008). A partir do século XIX, porém, as parteiras foram gradativamente perdendo espaço para os médicos, o que acabou deslegitimando o conhecimento que as mulheres possuíam sobre o próprio corpo e perdendo o controle sobre o parto e nascimento (SALIM *et al.*, 2012). Assim, no final do século passado, mais de 90% dos partos eram realizados em hospitais (RATTNER, 2009).

Apesar de a institucionalização do parto ter sido responsável por avanços importantes na atenção ao parto, o modelo vigente de medicina fez com que o parto fosse assumido por profissionais de saúde, que não consultam a mulher sobre seus desejos e sentimentos ou negligenciam informações (TEIXEIRA, 2006), fazendo com que a mulher seja reduzida ao papel reprodutivo, retirando-lhe a autonomia (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Com a mudança de modelo de parto e a medicalização do corpo feminino² (NASCIMENTO *et al.*, 2017), esse evento se transformou, indo de natural e fisiológico para um evento hospitalar, deslocando a mulher da posição de sujeito à objeto de parto (CARVALHO, 2015).

Contrastando com o conhecimento anterior que as mulheres possuíam de seus corpos, ocorre uma mudança de percepção das próprias mulheres em relação ao parto, tornando-se um evento rodeado por medo e insegurança. Esse pensamento é corroborado inclusive pela própria corporação médica, que repercute o parto como evento inseguro que pode ser revertido com os conhecimentos médicos (TEIXEIRA, 2006). Porém, segundo Oliveira e Merces (2017), o parto é um episódio fisiológico que requer acolhimento, diferente de outros eventos que demandam assistência hospitalar.

Socialmente, o hospital passa a ser considerado o local mais seguro para o parto, pois é onde se encontram os profissionais e as tecnologias médicas garantidoras disto. Entretanto, é

¹ FADYNHA (2011) define doula como a mulher com experiência em nascimentos que fornece suporte físico, emocional e informacional à mulher e seu acompanhante, da gestação ao pós-parto. Essa profissional auxilia a parturiente quanto ao alívio de dor e a encontrar melhores posições (PARTOS, 2011). Antigamente, a doula, era uma amiga, parente ou vizinha.

² COSTA (2006, p. 368-369) define medicalização do corpo feminino como “[...] apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber”.

também o ambiente onde se faz uso de práticas desnecessárias que acabam por gerar a chamada “cascata de intervenções”, pois a primeira ação realizada causa efeito negativo que precisa ser resolvido com uma outra intervenção, geralmente terminando em cesárea (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Foi demonstrado por uma pesquisa que o excesso de intervenções durante o trabalho de parto e parto pode levar a óbitos maternos e neonatal (LANSKY *et al.*, 2014).

Segundo Rezende (1992 apud RATTNER, 2009), a visão desumanizada e mecanizada do parto é incorporada ainda durante a formação dos profissionais, visto que em um dos livros mais tradicionais de obstetrícia é utilizada a metáfora “motor-objeto-trajeto” para elucidar os mecanismos do parto: o motor se constituiria em útero, o objeto seria o bebê e o trajeto seria o canal vaginal.

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com Ciello (2012, p. 36-37), a violência obstétrica (VO) é caracterizada pela

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. [...] [tendo como consequência] a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

2.2.1 Tipos de violência

À luz de como foi indicado por Ciello (2012), no dossiê Parto do Princípio, os tipos de violência obstétrica foram divididos em seis modalidades: caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Caráter físico

Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada. (CIELLO, 2012, p. 60).

Agressão psicológica

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação,

insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.

Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. (CIELLO, 2012, p. 60).

Caráter sexual

Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento. (CIELLO, 2012, p.60).

Agressões institucionais

Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.

Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes. (CIELLO, 2012, p. 61).

Caráter material

Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante. (CIELLO, 2012, p. 61).

Caráter midiático

São as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce. (CIELLO, 2012, p. 61).

A violência obstétrica possui amplo sentido, por isso engloba diferentes momentos do processo de gestação. É considerado VO, por exemplo, o pré-natal de má qualidade, em que se omite ou se apresenta informações equivocadas: incluindo, no serviço privado, a sugestão sutil

para que a mulher escolha a cesárea como via de parto por comodismo do obstetra, impedindo a tomada de decisão consciente da mulher (SILVA *et al.*, 2016).

E existe o outro extremo em que esse tipo de violência ocorre, que consiste em uma situação de aborto. Nesse caso é fornecido um tratamento ainda pior, que advém da situação de ilegalidade da atividade, quando provocada, e do julgamento moral que os profissionais fazem, duvidando da veracidade do discurso da mulher quando alega espontaneidade da ação.

A falta de infraestrutura hospitalar adequada, bem como a má formação profissional são aspectos relevantes que impactam o número de ocorrências de violência, elevando-o (SILVA *et al.*, 2014). Vale ressaltar que os profissionais envolvidos nesse fenômeno são, principalmente, enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem, além de médicos (SILVA *et al.*, 2016).

2.2.2 Humanização

Apesar de algumas intervenções serem realizadas de forma rotineira e padronizada, ou seja, não criteriosa, são desnecessárias e produzem riscos ainda maiores para a saúde materna-infantil (BRASIL, 2002). Essas intervenções médicas são utilizadas mesmo com pouca ou nenhuma evidência científica, pois não possuem sentido médico, mas cultural (DAVIS-FLOYD, 2001).

Diante da demanda feminina por autonomia, protagonismo no parto e como uma reação à medicalização do corpo, surge, a partir de 1990, o parto humanizado, que é aquele em que os desejos da mulher são respeitados e não são realizadas intervenções desnecessárias ou sem embasamento científico, nela e no bebê, respeitando sua cultura, direitos e individualidade (OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Confunde-se com frequência o parto humanizado como aquele que ocorre em um local inusitado, mas o parto hospitalar, inclusive quando em situação de cesárea corretamente indicada, também pode exemplificar a forma humanizada. Ou seja, o atendimento humanizado é aquele que segue o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A humanização do parto tem como fundamento o respeito aos direitos humanos, justamente porque considera a mulher como sujeito de direitos (SALES, 2017).

O movimento em prol da humanização tem feito as mulheres procurarem o parto domiciliar e instituições que correspondam a esses moldes, como casas de parto cuja assistência é baseada em evidência científica.

2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA FORMA DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, de 1994, reconheceu que qualquer conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, psicológico ou sexual contra a mulher é violência de gênero³ (OEA, 1994), e expressa-se por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais entre homens e mulheres (WOLFF; WALDOW, 2008).

A violência obstétrica implica em uma atenção discriminatória relacionada ao gênero, classe social e etnia “subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social e reprodutora da mulher com seu destino biológico” (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 42). Ou seja, a maternidade é a concretização de um papel ditado à mulher. Bourdieu (1999 apud TEIXEIRA, 2006, p. 743) explica que “[...]a feminilidade não é um conjunto de atributos ‘naturais e específicos’ das mulheres, mas sim um conjunto de características simbólicas que foram socialmente construídas, que beneficiam, principalmente aqueles que as elaboraram”.

No nascimento humano verifica-se a junção dos três eventos mais temidos socialmente: vida, morte e sexualidade (O RENASCIMENTO, 2013). Historicamente é esperado que a mulher sofra no parto por questões religiosas, ao mesmo tempo que nos moldes modernos os esforços são para silenciá-las para que se encaixem no modelo de organização do trabalho que privilegia os profissionais de saúde, no qual a mulher perde a liberdade de movimento e de escolhas.

Vale ressaltar a importância de realizar um recorte de cor, visto que o risco de mulheres pretas e pardas receberem assistência inadequada, como a falta de acompanhante e peregrinação entre os serviços, é maior quando comparadas às brancas (LEAL *et al.*, 2017).

Essas mulheres também são as que esperam atendimento por mais tempo, têm menor tempo de consulta e recebem menos analgesia (GOES, 2018), além de possuírem menor satisfação com a assistência recebida (LEAL, 2014). Além das negras, é pior o atendimento oferecido também às usuárias de drogas ou portadoras do vírus Papilomavírus Humano (HPV) (DINIZ; D’OLIVEIRA, 1998 apud SENA; TESSER, 2017) pelo viés da imposição moral e discriminação dos profissionais.

Segundo Ciello (2012), além de violência de gênero, a VO é considerada violência institucional:

³ NJAINE (2013) define gênero como o modelo socialmente construído de ser homem e ser mulher. Esses papéis são acompanhados por hierarquia e desigualdades em uma relação de poder, estabelecendo uma superioridade masculina.

[...] 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, uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece. (AGUIAR, 2011, p. 80).

2.4 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO BRASILEIRO

A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em 2014 pela Fundação Oswaldo Cruz, indica que a operação cesariana é realizada em 52% dos nascimentos no país, e em 88% somente no setor privado. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que a taxa de cesáreas realizadas seja de até 15% de todos os partos, uma vez que não há justificas clínicas para um percentual superior que esse número. A mesma pesquisa aponta que as práticas mais comuns nas maternidades brasileiras e que não são indicadas como procedimentos de rotina pela OMS são: episiotomia, restrição ao leito, impedimento de alimentação durante o trabalho de parto, ocitocina sintética, posição litotômica e manobra de Kristeller (LEAL, 2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2015 foi de 62 por 100 mil nascidos vivos. Vale ressaltar que a morte materna é considerada evitável em 92% dos casos e o Brasil foi um dos países que menos a reduziu a mortalidade materna (VALADARES, 2018).

Na pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, foram entrevistadas 2.365 mulheres em todas as regiões brasileiras, de áreas urbanas e rurais (176 municípios). Neste estudo, ¼ das mulheres que tiveram filhos naturais relatou ter sofrido algum tipo de VO no momento do parto. As ações de violência mais referidas foram intervenções dolorosas, falta de informação e analgesia, violência verbal por parte dos profissionais e negligência (FUNDAÇÃO, 2010).

No ano de 2000, através da Portaria/GM nº 56, de 1/6/2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e em 2011 a Rede Cegonha, por meio da Portaria/GM nº 1.459 que objetivam unificar e fortalecer a assistência à Saúde da Mulher, melhorando o acesso, garantindo pré-natal, parto e puerpério de qualidade e oferecendo serviço humanizado, assegurando a saúde da mulher e recém-nascido, seguindo os princípios do SUS (OLIVEIRA; MERCES, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017). Anteriormente, em 2004, já havia sido criado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal para rediscutir o modelo de assistência ao parto e nascimento (OLIVEIRA, 2016).

3 METODOLOGIA

Este trabalho se apoia em uma revisão bibliográfica narrativa. A revisão bibliográfica narrativa tem por objetivo mapear o conhecimento sobre uma questão ampla. Não exige protocolo rígido e as fontes não são pré-determinadas podendo haver seleção arbitrária dos estudos. O pesquisador decide quais os artigos ou informações são mais relevantes (CORDEIRO *et al.*, 2007).

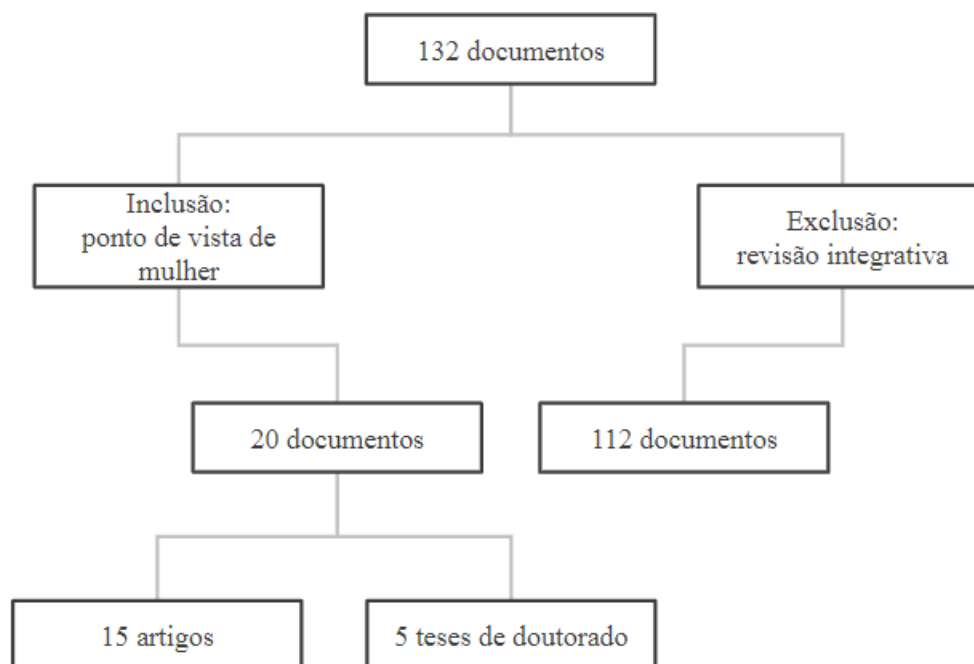
A pesquisa foi realizada no portal da BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, coordenada pela OMS - Organização Mundial da Saúde; OPAS - Organização Pan Americana de Saúde e BIREME - Biblioteca Regional de Medicina. A estratégia de busca foi organizada com a chave de busca relacionando os descritores 'violência' e 'parto', e filtros 'texto completo disponível' e 'idioma português'. Em função dos poucos estudos existentes, não foi utilizado filtro em relação ao período temporal.

Foram encontrados 132 documentos entre artigos científicos, dissertações, teses e monografias. Foi definido como critério de inclusão estudar o ponto de vista da mulher sobre violência obstétrica e como critério de exclusão artigos de revisão integrativa da literatura pois estes sintetizam o que foi produzido sobre o objeto de estudo (SOUZA *et al.*, 2010) e para a construção deste trabalho é mais interessante analisar documentos que trabalham com dados primários.

Foram selecionados 20 documentos, sendo 5 teses de doutorado e 15 artigos científicos. Em relação à base de dados, 8 são da BDENF - Enfermagem, 1 é do EMS - Acervo, 10 são da LILACS e 1 é do MEDLINE.

Os textos foram organizados em uma planilha (Apêndice A) contendo os seguintes dados: título, autor, ano, tipo de documento, base de dados, objetivo, metodologia, resultado e discussão/considerações finais. Em seguida foi realizada a leitura e fichamento dos 20 textos selecionados e definidas 5 categorias de análise: 1) sentimentos em relação a vivência do parto, 2) banalização da violência, 3) desinformação das mulheres, 4) hierarquia entre profissionais e usuárias, e 5) temor a retaliação.

De forma complementar, as leituras dos documentos selecionados estabeleceram indícios bibliográficos que também foram considerados na reflexão teórica.

Figura 1 - Fluxograma do caminho metodológico

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de cinco categorias terem emergido na análise bibliográfica, é importante ressaltar que não foi percebido um ordenamento temporal entre elas. Assim, não necessariamente existe umnexo causal entre a primeira e a segunda, e assim por diante, mas um encadeamento entre elas.

A desinformação das mulheres foi a questão mais explicitada nos artigos, entretanto, o medo de sofrer retaliação na maternidade foi expressado de forma mais intensa em seus discursos.

Além disso, observa-se que as mulheres possuem uma percepção de hierarquia de saberes e poder em relação aos profissionais. Dessa forma, os colocam em posição de privilégio e confiança, o que ocasiona uma relação verticalizada e dá forma à uma banalização da violência.

Vale ressaltar que todos os documentos analisados tiveram as mulheres puérperas como objeto de estudo.

4.1 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A VIVÊNCIA DO PARTO

Os serviços de saúde são os locais legitimados socialmente para o cuidado, havendo predomínio de sentimentos como o alívio após o nascimento saudável do bebê, o que parece desculpar todos os pontos negativos anteriores a isso, como iatrogenias e mau atendimento (PEREIRA, 2000; OLIVEIRA, 2016).

Os sentimentos mais predominantes nas mulheres em relação ao trabalho de parto e parto são medo, dor, insegurança e felicidade, explicitando a contradição envolvida, especialmente porque os sentimentos negativos podem ser minimizados ou até anulados se houver assistência de qualidade e humanizada. Assim, percebe-se a alegria pelo nascimento do filho e o medo de morrer ou a confiança no hospital como o lugar mais seguro e a crença de que o atendimento oferecido pelas instituições é de baixa qualidade (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

As mulheres apontaram que a confiança na equipe, bem como a paciência, calma e carinho por parte da mesma foram fatores cruciais para uma experiência positiva (OLIVEIRA *et al*, 2017). Além disso, sentir que foi incluída no processo de decisão (SALGADO, 2012), respeito à privacidade, atenção às queixas, comunicação baseada no entendimento mútuo e uso de recursos tecnológicos quando adequados também foram mencionados. Ou seja, foi valorizada a individualização do atendimento (AGUIAR, 2011).

Ao contrário, o mau atendimento é definido pelas mulheres pela falta de manejo da dor em qualquer momento entre a gestação e o pós-parto; pela ocorrência de complicações, inclusive após a alta médica, que gere riscos para a mãe ou o recém-nascido por negligência ou erro médico; pela falta de respeito à privacidade e ao sigilo; por dificuldades na comunicação; pela realização de algum procedimento ou exame de forma não consentida ou desrespeitando sua decisão; pela discriminação de qualquer tipo, especialmente social e de cor; e principalmente por tratamento grosseiro, traduzido como impaciência, desatenção, insensibilidade ou indiferença dos profissionais de saúde, e por discurso moral e desrespeitoso (AGUIAR, 2011; WOLFF; WALDOW, 2008; SALGADO, 2012).

Segundo Wolff e Waldow (2008), essa atenção precária provoca uma série de sentimentos negativos na mulher, como solidão, tristeza, medo, angústia e raiva, além de levá-la a sentir-se desvalorizada como indivíduo.

Para evitar os sofrimentos do parto normal ou devido a uma experiência anterior negativa com o mesmo, as gestantes desejam a cirurgia cesárea, sem, no entanto, compreender que esse temido sofrimento advém de um modelo obstétrico não humanizado (PEDROSO; LÓPEZ, 2017; SALGADO, 2012).

Os traumas emocionais provenientes de um parto violento repercutem ao longo da vida e memória das vítimas e a ideia de sofrimento relacionado a esse momento continuará passando de geração em geração (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Como nos relatos a seguir sobre as consequências de uma experiência negativa com o parto:

[...] eu acho assim, que eles deveriam melhorar com a relação, porque assim tudo que a gente passa né?! [...] Porque pra mim foi traumatizante, e eu tô até com medo de ter outro bebê [...];

[...] Foi o pior momento da minha vida. Fui muito destrutada. Me senti humilhada e violentada. O médico me xingando, dizendo que eu fui mulher pra fazer e agora estava reclamando. A técnica de enfermagem me mandava calar a boca mesmo eu sentindo muita dor. Foi um grande trauma. Amo meu filho, mas, ao lembrar o parto é horrível. Nunca mais quero voltar naquele lugar. (SILVA *et al.*, 2016, p. 4476).

Já as mulheres que desejaram parto normal mas tiveram que se submeter à cirurgia cesárea expressaram um sentimento de revolta causado pela frustração de não ter parido e a frustração por ter sido uma indicação de cesárea inadequada, ou seja, sem real necessidade. Indicaram que essa experiência acarretou impactos negativos no vínculo com o bebê, companheiro e família associado com questões emocionais como *baby blues*⁴ e depressão pós-

⁴ Schmidt, Piccoloto e Müller (2005) definem *baby blues* como transtorno de humor que acomete as mulheres no período de pós-parto. Conhecido também como 'a melancolia da maternidade'.

parto (SALGADO, 2012). Além disso, há uma forma de veto social em relação a referir-se ao processo de parto como um evento ruim, pelo que representa e, principalmente, quando a mulher e o bebê encontram-se saudáveis: “Ainda por cima, muitas pessoas não entendiam o fato de eu estar com uma filha linda e saudável no meu colo e ainda assim estar chorando por um parto que não tive” (SALGADO, 2012, p. 87).

Segundo Salgado (2012), os profissionais tentam convencer as gestantes de realizar a cirurgia cesárea, de forma eletiva ou intraparto, aproveitando-se de sua vulnerabilidade, através de ameaças e insinuações que questionam a saúde materna e do bebê, a capacidade que a mulher possui de passar pelo trabalho de parto ou a qualidade do atendimento em caso que desejam aguardar o parto normal.

Em relação à recuperação da cirurgia cesárea, as mulheres expressaram-se através dos termos “horrível”, “angustiante” e “péssimo”, sendo que “sentir-se sozinha” apareceu em quase todos os relatos. Diversas delas apontaram que tiveram seus braços amarrados durante a cirurgia e que se sentiram “presas” mesmo após o nascimento do bebê, quando não puderam tocá-lo (SALGADO, 2012, p. 106):

[Como foi a cesárea?] “Horrível, fui amarrada, minha filha foi logo afastada de mim, só a vi horas depois [...]”;

Neste ponto fiquei surpresa e um pouco chocada, pois quando estava no centro cirúrgico tive as mãos amarradas. Questionei mas não teve acordo. [...] Quando foi tirada da minha barriga, enrolaram-na num lençol e colocaram-na ao lado do meu rosto para que eu pudesse ‘conhecê-la’. Não pude tocá-la pois estava com as mãos amarradas e logo a levaram para fazer os procedimentos padrões.

Segundo Pedroso e López (2017), as mulheres expressam desejo de participar mais ativamente do parto, seja via cesárea ou vaginal. No primeiro modo, há o sentimento de angústia por “não poder ver nada” e alívio pelo nascimento saudável; no segundo, ficam esperando ordens dos profissionais presentes e se sentem aliviadas quando cessa a dor.

As puérperas relataram violência de diversos tipos, conscientes dela ou não, e expuseram seus sentimentos em relação à experiência. Como no relato a seguir sobre negligência:

[...] O médico na hora do parto, na hora que eu fui pra sala de parto, ele olhou pra cara do meu marido e falou que era 3:15 e que de 3:20 ele tinha que ir embora, então ele foi super apressado, eu não passei 5 minutos praticamente na sala de parto, eu tinha passagem pra ter, pra ele não precisar me cortar, e mesmo assim ele me cortou. Eu fiz acho que umas duas forças e ele já foi logo me cortando, foi bem ignorante demonstrando que queria ir embora. Nos pontos ele foi bem, não teve paciência, eu senti alguns pontos e foi isso. A negligência foi isso, eu achei negligenciada a atitude do médico. Eu sinto os pontos doerem, incomoda bastante. (SILVA *et al*, 2016, p. 4477).

Uma questão bastante presente foi o exame de toque, que realizado repetidas vezes gerava insegurança e nervosismo nas parturientes, pois os profissionais não ficavam atentos à privacidade delas (WOLFF; WALDOW, 2008), sendo sempre lembrado como desagradável e doloroso. No relato a seguir percebe-se agressão psicológica e objetificação do corpo feminino traduzidos pelo não respeito à dor e desconforto, que foram intensificados por uma vaginite bastante sintomática e bexiga cheia:

Eu vim para cá, acho que faltava uns 15 minutos para as duas horas e fui atendida só pelas quatro, [...] aí fiz a ficha e fui atendida. Fiquei naquela posição horrível um tempo que não precisava só para eles rirem de mim e eu nem tinha urinado de medo de perder a vez então doía muito, eu com a bexiga cheia e eles dando toque, mexendo em mim... nem deu para falar do corrimento que eu estava... só falei que eu estava grávida de 6 meses. [...] eu só não gostei de uma coisa... a única coisa que eu fiquei magoada foi com a médica que me internou, sabe aquele pessoal lá que atende na triagem e que colhe um líquido da gente... sei que ficaram tudo com nojo de mim, de cheirar assim mal... ficaram rindo uns pros outros... eu com aquela dor, me segurando e todos rindo, sabe? E eu com dor... aí eu comecei a chorar porque eles me trataram mal [...] eles estavam me machucando de tanto mexer em mim, e eu lá naquela posição... esperando... esperando e rezando para terminar logo prá eu poder sair daquela posição e eles demoraram..., uma colheu o líquido e estava falando para os outros 'vê se está com problema, que eu não vou ver'. Aí os outros falaram 'não, não', não todos com nojo de mim... (PEREIRA, 2000, p. 118).

Percebe-se que as violências de caráter psicológico, principalmente as que são expressas verbalmente, são mais facilmente percebidas pelas mulheres como maus-tratos:

[...] o médico ficava falando pra mim [sic] calar a boca [...];
 [...] na verdade, na hora do parto, fui chamada até de burra pelo médico, né! (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 43);
 [...] esse foi mais difícil, sei que o médico falou 'tem que aguentar e parar de fazer fiasco' deu vontade de xingar ele, ele fala isso porque nunca teve filho... [...] (PEREIRA, 2000, p. 106).
 [...] me deixaram sozinha em uma sala pós-cirurgia, meu esposo não ficou comigo e nem ficou com minha filha, eu chorava muito e ainda tive que ouvir as enfermeiras rindo da situação e de tudo o que eu tinha dito no CC. [...] Elas ficaram na sala ao lado da que eu estava na recuperação, ficaram rindo alto e dizendo: 'aiii Doutor, tá doendo muito, tá doendo muito!' que foi o que eu falei no CC ao Dr, ele era a única pessoa presente que eu conhecia naquela sala. (SALGADO, 2012, p. 97).

As mulheres são chamadas de “mãe” ou “mãezinha” na maternidade, perdendo sua identidade de sujeito e sendo reduzidas a seu papel social. Apesar de identificarem esse tratamento como “normal”, “legal” e “carinhoso”, vale ressaltar que o apelo ao papel social acontece em um momento em que a equipe procura a conformação da mulher em relação à dor, como evento natural do processo e também como o preço a ser pago por sua sexualidade. Elas repercutem a naturalização dessa questão quando discursam sobre o papel da “boa mãe”, que é aquela que é forte ao trazer o bebê ao mundo, que aguenta quieta a dor, o que também é

reforçado pelos profissionais que valorizam a parturiente que “fica quietinha” (AGUIAR, 2011).

Percebe-se maior sensação negativa da mulher em relação a não ter a presença de um acompanhante durante o processo, do que em relação a outras violências. Esses sentimentos são principalmente solidão, medo, angústia e insegurança (RODRIGUES, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2017). Como nos relatos de puérperas a seguir:

[...] achei uma indiferença comigo, um tratamento ruim com que eles [profissionais] me trataram. Não deixaram a minha mãe entrar no pré-parto. No parto o médico disse que ninguém vai entrar, e aqui não pude ficar com ninguém. Me sinto sozinha o tempo todo, sem ninguém da família [...] me tratou igual a um cavalo [...] uma situação horrível e desumana, ele me tratando mal e me desrespeitando o tempo todo [...];

[...] não dá para dialogar com a médica, uma bruta e grossa, uma insensível, pois deveria ter deixado a minha mãe entrar nesse momento. [...] um momento que esperamos e ela não deixou, falou que não podia e não iria deixar. [...] (RODRIGUES *et al.*, 2017, p.5).

[...] me sinto desgastada, estressada, a minha pressão estava alta [...]. Falando isso me dá vontade de chorar [...] Que é horrível, é horrível [choro]. As enfermeiras falam que isso é normal, não te dão nenhum auxílio maior, nenhuma informação é repassada, o que nós precisamos saber [...];

[...] mal. O psicológico da gente fica ruim, a gente quer chorar, e só tem médico perto, não tem alguém ao seu lado, e você fica meio de lado assim, me sentido meio deixada e jogada! [...] (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 6).

[...] me senti sozinha, jogada e achei que iria morrer aqui nesse hospital [...] com muita dor e sozinha [...] horrível você sentir aquela dor forte e pensar que vai morrer. [...];

[...] para estar com alguém do meu lado, dando apoio, me sentiria menos vulnerável e mais segura. Foi horrível essa situação, mas ocorreu tudo de ruim, a dor, que dor, meu Deus, muito forte, e com o meu marido não seria tão forte, daria para suportar [...]. (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 7).

De acordo com Rodrigues *et al.*, (2017), mais da metade das puérperas entrevistadas em sua pesquisa afirmaram que o suporte emocional oferecido durante o parto pela presença do acompanhante contribuiu para o aumento da sensação de segurança. Em outro estudo uma das entrevistadas ressaltou a importância do acompanhante no trabalho de parto e parto: “é muito bom. Te passa mais segurança. Saber que tu não está sozinha. O conforto do familiar sempre é especial” (PEDROSO; LÓPEZ, 2017, p. 1176).

O atendimento precário oferecido nos serviços de saúde, agravado pela ausência de um acompanhante, uma pessoa de confiança da mulher, pode resultar em situações de desfechos negativos, ocasionadas também pela instabilidade emocional (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Apesar da Lei do Acompanhante ser válida desde 2005, e preconizar esse direito a todas as mulheres atendidas nos serviços públicos e privados, ainda é considerada “diferenciada” a maternidade que a cumpre (PEDROSO; LÓPEZ, 2017), pois em alguns casos o conhecimento

da Lei não foi suficiente para garantir seu direito (OLIVEIRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016). Algumas mulheres apontaram que esse direito é garantido apenas às que possuem poder financeiro e utilizam serviço particular de saúde, cuja assistência seria melhor:

[...] e se quisesse procurar um hospital particular, aqui ela não deixava, me senti abandonada, muito ruim essa situação e se não fosse teria de procurar outro local, somente o particular tem o acompanhante [...];
[...] e disse: ‘somente no particular tem isso, aqui não tem isso’, e me senti desesperada e abandonada, queria pelo menos o meu pai comigo [...]. (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 7).

Também houve esse tipo de afirmação em relação ao acesso aos serviços, onde foi justificado que a peregrinação e outros tipos de maus-tratos não ocorreriam se não fossem pobres. Pela condição socioeconômica desfavorável e conseqüente falta de opção, as mulheres têm que aceitar o tratamento oferecido de qualquer maneira, constituindo explícita violência institucional. Entendem o serviço quase como um “favor” e não um direito, mesmo desejando que fosse melhor e provocando sentimentos de raiva, angústia etc. Mas não ter o direito de escolha não significa aceitação passiva do tratamento oferecido: há um descontentamento quase mudo, expressado geralmente para uma outra pessoa vista como “igual”, como a companheira de quarto, nunca ao médico (RODRIGUES, 2014).

A peregrinação pelos serviços de saúde e mau acolhimento por parte dos profissionais nessa jornada causaram sentimentos como medo e raiva, que solidificam a sensação de insegurança (SÁ *et al.*, 2017) e influenciam diretamente no processo fisiológico do parto, que pode resultar em um evento inseguro (RODRIGUES, 2014).

De forma geral, as parturientes expressam críticas à estrutura física do hospital e sua organização burocrática e ao comportamento dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos. São unânimes ao reconhecerem que há muitas coisas inadequadas no que concerne à assistência ao parto (PEREIRA, 2000).

4.1.1 O sofrimento banalizado

O ato de parir é fortemente associado à dor e sofrimento. Contudo, a sensibilidade à dor é influenciada por fatores biológicos e construção sociocultural; por isso, a forma na qual a sociedade em que a mulher está inserida interpreta o processo do nascimento e as experiências próprias ou de outrem anteriores, influenciam diretamente nessa questão (TEIXEIRA, 2006).

Segundo Nascimento (2017), parir era considerado algo natural e a dor no processo seria castigo divino. Assim, uma vez que o sofrimento é “castigo divino” não há tentativa de

diminuição da dor, mas desqualificação da mesma e legitimação de práticas médicas, que surgiram com a hospitalização do parto, que intensificam o sofrimento, como a posição litotômica (CARVALHO, 2015).

Dessa forma, observa-se os seguintes relatos de puérperas:

Na hora de fazer não chorou [...]. (AGUIAR, 2011, p. 86);
 [...] Foi o pior momento da minha vida. Fui muito destrutada. Me senti humilhada e violentada. O médico me xingando, dizendo que eu fui mulher pra fazer e agora estava reclamando. A técnica de enfermagem me mandava calar a boca mesmo eu sentindo muita dor. Foi um grande trauma. Amo meu filho, mas, ao lembrar o parto é horrível. Nunca mais quero voltar naquele lugar. (SILVA *et al.*, 2016, p. 4476);
 [...] Ela falou assim [...] na hora de fazê faz na boa, mas na hora de vim aqui, fica aí ó [...] a gente pede prá fazê um toque fica aí reclamando que tá com dor aí! E se não quisesse vim para o hospital não engravidasse. (TEIXEIRA, 2006, p. 743).

Segundo Aguiar (2011), ocorre a banalização do sofrimento pois a mulher deve suportar a dor do parto como o preço a ser pago pelo prazer sexual. Muitos profissionais que participam de forma direta do processo de nascimento acreditam, através de uma perspectiva religiosa, que o sofrimento é uma punição e que naquele momento os pecados da mulher são pagos (SILVA *et al.*, 2016).

Essa ideia está tão enraizada na sociedade que se acredita que o parto deve ser desta forma - dolorido e com intervenções - para a segurança do mesmo. A Igreja pode possuir grande responsabilidade nessa associação do sofrimento com o parto, já que em uma passagem da bíblia diz que “parirás com dor” (CECHIN, 2002; PAULA; CHAUVET, 2013 apud CARDOSO, 2016).

A situação é agravada entre as mulheres negras e pardas pela existência de um estigma social constituído na crença de serem “mais resistentes à dor”. Esse pensamento é corroborado por Leal, Gama e Cunha (2005) cujo estudo encontrou uso menor de anestesia em partos vaginais destas mulheres.

Vale ressaltar que a dor pode ser potencializada quando ocorre situação de estresse, desconforto, sensação de medo, insegurança e questões emocionais, psicológicas, culturais etc., formando a tríade medo - tensão - dor (FRELLO; CARRARO; BERNARDI; 2011 apud RODRIGUES, 2014; BRASIL, 2003).

Não há intenção neste estudo, de estimular o uso de analgesia durante o parto vaginal, mas pretende-se discutir a hipocrisia e contradições em torno do sofrimento em relação ao parto.

A dor possui um importante papel para reconhecimento do início do trabalho de parto, mas por fatores biológicos que o sofrimento acarreta - aumento do cortisol que pode afetar o

fluxo de sangue no útero -, pode e deve haver esforços para alívio da mesma, evitando males à saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2003).

Socialmente, há a ideia de que a cesárea é indolor, inclusive sendo encorajada sob essa máscara. Entretanto, a pós cirurgia é lenta e bastante dolorida, o que pode dificultar o momento de puerpério. Através de um discurso aterrorizante, uma parte das gestantes sequer cogita a possibilidade de parto normal:

Prefiro cesárea, porque parto normal é complicado, por medo da dor. Porque eu senti a dor do parto normal sem dilatar, pra ela nascer. Eu acho que eu não ia conseguir fazer parto normal. Acho que eu ia gritar errado, eu ia fazer a força errada, acho que eu não ia conseguir. Tem que ser valente mesmo para fazer parto normal. (PEDROSO; LOPEZ, 2017, p. 1173).

Entre as parturientes que tiveram parto normal, percebeu-se valorização das ações não farmacológicas para alívio da dor. Alguns exemplos cientificamente eficazes que podem ser utilizados para diminuição da ansiedade e estresse causado pelas dores e que são inclusive encorajados pela OMS, são: massagem na região lombar, uso da bola, aromaterapia, banhos de imersão e de chuveiro, exercícios respiratórios, oferta de água e comida durante o trabalho de parto e presença das doulas como ferramenta de apoio para o conforto materno (NASCIMENTO, 2017; PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

4.2 BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A baixa expectativa em relação ao serviço oferecido pelo SUS causa aceitação passiva, em alguns casos, do atendimento recebido e/ou hiper valorização do mesmo, visto que qualquer acontecimento positivo é melhor do que imaginavam (PEDROSO; LÓPEZ, 2017). Segundo Aguiar (2011), existe uma banalização da violência, que remete também à banalização da violência institucional, que já foi naturalizada através, por exemplo, de jargões, sob a máscara de "ser uma brincadeira".

As mulheres sentem-se merecedoras do mau tratamento recebido nas maternidades como uma forma de punição por sua sexualidade e gestação (CIELLO, 2012). Assim, naturalizam a violência, como se fosse intrínseco ao processo e tentam justificar a agressividade dos profissionais (OLIVEIRA, 2016).

Assim, tem-se relatos como os a seguir:

[...] aquilo ali é a rotina deles [...], a gente tem que aceitar todos os tratamentos, não pode reclamar de nada [...] (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 149);

Deus ajudou que deu certo, eu sei que eu fazia muita sacanagem com todo mundo e com os médicos... eles queriam me ajudar e eu ficava fazendo fiasco, empurrando eles para não fazer o toque, sei que eu me comportei mal, muito mal, bem que o médico falou que eu não colaborei muito, eu às vezes até ficava bruta com eles, eu fechava as pernas na hora do toque, eu sei que fui errada, o médico falava eu só quero te ajudar e eu não colaborava... eu tinha que ter me esforçado mais para ajudar eles [...]. (PEREIRA, 2000, p. 101).

Na fala acima, percebe-se latente sentimento de culpa da usuária. Sua percepção é que deveria se adaptar ao serviço, mesmo que tenha sido um parto difícil, doloroso e traumático, onde deu à luz a um feto morto após várias semanas de hospitalização por outros agravos (PEREIRA, 2000).

Assim como nos sentimentos contraditórios durante a experiência de nascimento, percebe-se também uma ambiguidade no discurso em relação ao tratamento oferecido nos serviços públicos de saúde, pois ao mesmo tempo em que expressa rejeição e resistência ao atendimento, também revela conformismo, pois “é assim mesmo” (PEREIRA, 2000). Em alguns casos, as participantes apontaram a assistência recebida como satisfatória, mesmo com discursos que contradiziam essa afirmação.

Segundo Pereira (2000), de uma maneira geral, as mulheres não identificam as situações de maus-tratos pelas quais passaram como violência obstétrica, mas externam variados sentimentos negativos relacionados a elas, percebendo e rejeitando serem tratadas como objeto de controle da medicina, e não um sujeito. Ainda assim, banalizam ou naturalizam a violência e costumam associar o ocorrido a um profissional específico, não ao modelo de parto vigente.

Uma vez que nesse momento o foco é o bebê nascer bem e as emoções estão “à flor da pele”, a mulher pode não se sentir afetada de forma imediata pela violência sofrida ou se calar diante disso (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Após algum tempo, contudo, as mulheres notam a situação vivenciada e afirmam que não permitiriam que a mesma fosse prolongada (OLIVEIRA, 2016).

É possível ver no depoimento a seguir, a banalização da violência em razão da preocupação pelo parto em si:

Eu acho que o atendimento em si está bom, claro que tem profissionais que às vezes tu olha que não estão nos seus dias, não estão nas suas horas, mas isso acontece. Leva muito a ponta de faca quem quer. Às vezes tu vê, olha, e tem tanta coisa pra se preocupar no momento que não dá tempo de tu considerar. (PEDROSO; LÓPEZ, 2017, p. 1177).

Os profissionais de saúde também consideram como rotineiro e “normal” o tratamento desrespeitoso oferecido nas maternidades, acreditando que a violência ocorre em casos isolados e não é uma grande questão de saúde pública (OLIVEIRA, 2016).

A naturalização da violência por parte dos profissionais pode ser uma estratégia de como lidar com o sofrimento do outro, mas também um reflexo da banalização da injustiça social. Por isso, torna-se fundamental a desconstrução dessa sociedade que possui a cultura de banalizar violência, para que todas elas, não só a obstétrica, deixe de ser invisibilizada (AGUIAR, 2011).

4.3 DESINFORMAÇÃO DAS MULHERES

Uma das formas de violência com mais destaque nos discursos das puérperas foi em relação à falta ou precariedade de informações recebidas por profissionais. A desinformação nesse caso se configura de duas formas: a dificuldade em receber notícias sobre si e o bebê e o desconhecimento sobre violência obstétrica.

4.3.1 Dificuldade em conseguir informações sobre si e o bebê

Para Pereira (2000) ficou evidente que a informação confusa ou negada é um fator de estresse para as usuárias do serviço, que se sentem desvalorizadas perante os profissionais. Receber informações/orientações sobre o processo contribui para aumentar a sensação de segurança (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Fica evidente o sentimento de desnorreamento nas mulheres por não conseguirem informações suficientes sobre a assistência prestada na maternidade. Também houve relatos sobre os sentimentos de "solidão, tristeza, medo, angústia e raiva por estar sozinha, longe de seu bebê e sem notícias sobre sua situação de saúde e de seu filho". (SALGADO, 2012, p. 99).

A desinformação se estende inclusive aos casos de complicações pós-parto, onde todas as mulheres que tiveram cesárea participantes da pesquisa de Pereira (2000) indicaram dúvidas a respeito de sua doença: não sabiam seu diagnóstico ou mesmo o motivo de estarem sendo submetidas à tantos exames, estando cientes apenas das restrições alimentares que lhes foram impostas.

No estudo de Wolff e Waldow (2008, p. 147) há um relato sobre o abuso de poder e a falta de comunicação percebida pela puérpera:

[...] A assistência daqui, o tratamento deles é horrível, porque cada um trata a gente de um jeito, tem uns estúpidos e tem uns que não [...] eu fui bem tratada por alguns e maltratada por outros. Foi ruim, porque tem aqueles exames de toque [vaginal], eles [médicos] machucam muito a gente, é toda hora aquele exame de toque, é um atrás do outro, a gente fica não querendo mais ter filho porque toda vez que a gente sente uma dor vem aquele exame de toque, daí parece que piora mais ainda [...] machuca a gente [...] era mais do que um [profissional], dois fizeram toque, um atrás do outro [...] na parte do toque eu me senti mal [...] foram não digo agressivos, mas estúpidos [...] um pelo menos me xingou porque eu estava apavorada de tanto toque que estavam me fazendo [...] ficava muito constrangida e alguns xingavam que eu não parava quieta, mas eu tentava colaborar [...] alteravam a voz [...] eu acho que a gente tem que conversar e ir com calma, não chegar simplesmente e mandar a gente ficar de um jeito e não explicar o que vão fazer na gente. Para tudo tem uma explicação. E não chegar e já fazendo exame de toque sem a gente saber [...] tem que conversar, explicar, acalmar as pessoas [...] isso fica constrangedor para gente [...].

No estudo de Salgado (2012), as puérperas inclusive relatam a desconfiança de que haviam sido sedadas, inclusive no pós-parto, uma vez que isso não foi informado ou consentido, privando-as de informação sobre reações adversas e em alguns casos sendo desrespeitadas quando solicitaram não serem submetidas à sedação.

No mesmo estudo houve a presença de relatos sobre não terem sido informadas acerca do complemento artificial que estavam oferecendo ao bebê, como no relato a seguir:

[Como foi o primeiro contato com seu bebê?] “Foi gostoso, mas foi fiquei um pouco triste porque eu não estava muito ativa, estava ainda muito grogue dos medicamentos. Era como se meu filho estivesse ali comigo mas eu não estivesse tão presente com ele. [...] Como ele chorava muito, e as enfermeiras diziam que eu não tinha leite, elas começaram a oferecer ‘complemento’ para o meu bebê. Só que eu não sabia o que era esse tal ‘complemento’; elas não me explicaram do que se tratava. Pra mim era leite materno do banco de leite. Como eu estava extremamente cansada, física e psicologicamente, por conta da cesárea, e também dopada com tantos remédios, sem conseguir interagir como gostaria com meu bebê, eu fui aceitando o tal ‘complemento’, pois depois que ele tomava aquilo ele dormia tranquilamente... Só fui descobrir que ‘complemento’ era fórmula, no dia que tive alta, pois a neonatologista veio com a receita e as medidas para eu continuar dando. Fiquei arrasada! (SALGADO, 2012, p. 102).

O corpo humano, especialmente o da mulher, é considerado objeto da medicina. Quando em espaço hospitalar, perde-se o controle de si e o domínio passa a ser médico. Dessa forma a mulher não é consultada ou sequer informada sobre as decisões que a envolvem:

eu não lembro direito, o médico disse que eu ia ter a criança normal, que cesariana não dava por causa do meu estado, por isso ia ser normal[...]Aí eles falaram que ia por remédio para dar dor e doeu muito, a noite todinha e no outro dia também, toda hora fazia toque e era muito dolorido, eu sei que tinha hora que eu nem deixava dar o toque, não queria e o médico fazia assim mesmo, que precisava né? Mas doía e o médico veio romper a bolsa com um aparelhinho e enfiou lá dentro e rebentou a bolsa ali na cama mesmo, no meio de todo mundo [...]. (PEREIRA, 2000, p. 98).
[...] dos médicos, é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente quer conversar, saber

direito as coisas, que é que a gente tem, os exames que fez ou que vai fazer, mas mesmo perguntando eles não respondem, estão sempre com muita pressa. (PEREIRA, 2000, p. 105).

Uma puérpera do estudo de Pereira (2000, p.110) aponta que não sabe em quais dos profissionais de saúde deve confiar, pois:

cada um chega e diz uma coisa [...] dá uma explicação de um jeito [...] só porque dão remédio parece que nem precisam examinar, fazem tudo de qualquer jeito, só vão dando e somem [...] Eles perguntam se estou com dor no pulmão ou na barriga e eu nem respondo mais, se não lá vem o buscopam! [...] [estou] até com dor de estômago de tanto buscopam que estão dando para mim [...] [seria] melhor dar um pouca mais de atenção do que tanto remédio.

Por não haver comunicação, as mulheres tentam identificar se algo não está indo bem pela fisionomia do profissional de saúde, onde podem visualizar suas expressões faciais, como de impaciência, por exemplo (TEIXEIRA, 2006).

A falta de informação pode estar relacionada com o olhar profissional de que a mulher é incapaz de compreender informações médicas:

cheguei aqui (no HUJM) sangrando e o (médico) que me atendeu me disse ‘vou passar uma pomadinha, por causa do sangramento’. Eu nunca tinha visto isso, pomada para sangramento, é achar que a gente é muito ignorante, até quis ir para outro hospital de tanta raiva que fiquei [...] (PEREIRA, 2000, p. 111).

As mulheres possuem expectativa de haver interação do profissional com elas, o que não acontece de forma frequente, levando-as a se sentirem manipuladas e sem autonomia frente à essa figura que não as informam/explicam acerca dos procedimentos realizados (TEIXEIRA, 2006).

Foi apontado, no estudo de Aguiar (2011), experiências positivas relacionadas ao bom manejo de determinadas situações pelos profissionais de saúde, como aqueles que fizeram uso de sua autoridade para cessar o ciclo da violência oferecendo informações reais e claras para a mulher sobre o trabalho de parto e parto.

4.3.2 Desconhecimento sobre violência obstétrica

Segundo Nascimento *et al.*, (2017), devido ao momento e emoções vivenciadas, a VO ainda é pouco identificada como um ato violento.

A princípio, algumas puérperas entrevistadas no estudo de Nascimento *et al.*, (2017) e Rodrigues (2014), por exemplo, negaram terem sofrido de violência obstétrica, mesmo com

relatos indicando nitidamente ocorrência da mesma, o que demonstra desconhecimento sobre o que viria a ser a VO. Vale ressaltar que isso aconteceu especialmente em relação à episiotomia, visto que nenhuma das puérperas relacionou esse procedimento à uma forma de violência.

O desconhecimento sobre o real significado de violência obstétrica e os direitos estabelecidos gera aceitação passiva de certas condutas e impede que as mulheres reivindiquem seus direitos e denunciem os atos violentos. Essa desinformação facilita imposição de normas e valores morais por profissionais de saúde, tornando-as vulneráveis (OLIVEIRA; MERCES, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016).

De forma geral, as mulheres distinguem ações de cuidado e não cuidado, mas nem sempre os reconhecem no momento em que ocorrem. As situações negativas são geralmente lembradas através de sentimentos também negativos, como dor, medo e insegurança, quando estes se tornam o ponto central de sua condição, influenciando inclusive a forma como percebem os profissionais, por vezes tornando traumática a experiência (WALDOW, 2004 apud WOLFF; WALDOW, 2008).

A violência nem sempre é percebida até mesmo pela tentativa dos profissionais de propositalmente omitir fatos (por ser um erro médico):

Diz Maria da Graça: foi legal, muito legal, eu achei que nem ia ser como foi revelando ainda que a atenderam rápido demais e que logo que chegou foi internada. Diz ela também que não mudava nada no hospital em relação ao atendimento, talvez mudasse o horário de visita e as vestimentas, o resto, na sua percepção está muito bom assim do jeito que está.

O outro lado desse atendimento tão rápido e bom não foi revelado à Maria da Graça. Ninguém lhe disse que o motivo da presteza foi um erro técnico no momento da sua admissão na triagem obstétrica. Ali, logo após um toque vaginal inoportuno ela veio a sofrer uma hemorragia vaginal súbita por descolamento prematuro da placenta de inserção baixa, motivo que justificou a rapidez do seu encaminhamento para uma operação cesariana de urgência. O que ficou registrado pela paciente foi ter sido rapidamente atendida. Por isso não vê necessidade de mudanças no serviço que a acolheu.

Também não foi esclarecido à essa mesma paciente que a localização da sua placenta (que contraindicava em absoluto o toque vaginal) estava devidamente registrada em seu prontuário, uma vez que ela terminou o pré-natal no próprio serviço, como ela mesmo afirma. Isso obrigava o profissional que a atendeu a saber da localização correta da placenta e da contraindicação absoluta ao toque vaginal. Aqui se evidencia a construção da mística médica que, se não revela o erro, o coloca em um limbo confuso, fazendo a paciente não entender bem o erro da qual foi vítima. Ela até intui que algo aconteceu, pois - logo depois de ser feito o exame da vagina, eu comecei a sangrar, aí eles me mandaram logo para a sala de cirurgia, - fato que a leva a reconhecer e a agradecer o mérito do profissional e do serviço que a atendeu em um momento de urgência e de risco de vida. (PEREIRA, 2000, p. 97).

No diário de campo de Oliveira (2016, p. 53-54), também ficou evidenciada essa tentativa profissional de esconder os fatos, quando um profissional presente no momento do

parto realiza a Manobra de Kristeller, prática sabidamente desaconselhada, e pede para que a gravação seja interrompida. Enquanto isso, a parturiente mostra-se receosa:

Minutos depois o obstetra solicitou à técnica de enfermagem uma forcinha: “Vou precisar de você, de uma forcinha aqui!” Já familiarizada com a terminologia usual no discurso da sala de parto, a técnica de enfermagem se posicionou para realizar a manobra de Kristeller, subindo em um banquinho.

A parturiente, com receio, diz à técnica de enfermagem: “Cuidado pra não me machucar”. Antes de iniciar a manobra, a técnica de enfermagem se dá conta de que o parto está sendo filmado e exclama: “Agora não pode filmar, eu fazendo força!”.

De acordo com Rodrigues *et al.*, (2017), as intervenções médicas realizadas de forma rotineira, sem fundamentação científica e sem necessidade geram um efeito onde a mulher sofre a violência sem sequer notar, além de ocasionar danos físicos, constrangimento, traumas e gastos financeiros.

Sob a perspectiva de algumas mulheres que não reconhecem certas práticas como violência obstétrica, é inclusive desejável que algumas intervenções sejam realizadas mesmo sem necessidade. Como no depoimento a seguir sobre a realização de lavagem intestinal, considerada pela puérpera um procedimento

[...] higiênico tanto pra nós quanto pra criança, não fica aquela bagunça em cima da maca, é uma nojeira! Do primeiro eu fiz e adorei, foi muito bom! Se eles quisessem fazer em mim eu faria. (PEDROSO; LÓPEZ, 2017, p.1173).

No estudo de Sá (2017), uma parturiente achou-se “errada” na situação em que lhe foi negada a presença de acompanhante, uma vez que não possuía nenhum conhecimento sobre a lei protocolada. As mulheres utilizaram expressões como “não sabia que era permitido”, “não sabia que era permitido em partos vaginais” e “não sabia que era permitido para não-adolescentes” no estudo de Rodrigues *et al.*, (2017), demonstrando a carência de conhecimento.

Segundo Sá *et al.*, (2017, p. 2687):

Comprovadamente, a desinformação das mulheres e/ou dos profissionais de saúde a respeito da Lei do Acompanhante, e mesmo o fato de não transmitirem informações corretas à gestante a respeito do assunto, são aspectos que precisam ser revisados e corrigidos para que o tema seja incluído na relação de cuidado não só para a ciência da mulher, mas, sobretudo, para evitar o excesso de autoridade profissional que, em algum momento, pode configurar violência obstétrica.

Salgado (2012) e Niy (2018) frisam a importância da oferta de informação às mulheres como estratégia de combate à violência. Quando bem informadas, desestabilizam a relação de autoridade do médico, obrigando-o a prestar um atendimento mais cuidadoso.

Uma boa comunicação entre profissional e usuária que as valorize e que demonstre respeito às suas queixas pode melhorar sua autoestima, estimulá-las a colaborar mais com a resolução de seus problemas de saúde e dar mais atenção aos sinais que o seu corpo e bebê lhe enviam (PEREIRA, 2000).

4.4 HIERARQUIA ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS

De acordo com Wolff e Waldow (2008), a violência obstétrica é consentida por uma parte das mulheres pela condição de hierarquia social e do saber médico e porque temem pelo bebê e pelo atendimento que receberão.

[...] não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem seja normal. (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 150).

O profissional, especialmente médico, encontra-se em posição de poder, detentor de todo conhecimento. A junção desses dois fatores reforça a hierarquia entre profissional e usuária, levando à ação autoritária e a negação de autonomia da mulher, gerando sentimento de frustração, submissão, fraqueza e impotência diante da figura médica (WOLFF; WALDOW, 2008).

Assim, muitas vezes, não há reclamação por parte das pacientes porque acreditam no saber médico e na ideia de que os profissionais estão ali para ajudar, portanto, devem aceitar os procedimentos mesmo que causem estranheza. A opinião médica é absoluta e legitimada socialmente, não se fazendo necessário questioná-la.

No imaginário popular há a ideia de certa generosidade dos profissionais, que são bem-sucedidos e atendem mulheres pobres. Por isso, a usuária do serviço entende que deve relevar as situações que a desagradam, pois está sendo dado por quem só quer o bem delas; revelando uma pessoa coagida pelas necessidades impostas em uma relação de força cuja parte mais fraca é ela: cala porque precisa (PEREIRA, 2000).

Ainda que queiram exercer sua autonomia, as mulheres são silenciadas, ignoradas ou até ameaçadas na relação desigual profissional-paciente de dominação:

[...] Por que eu cheguei lá no hospital, eles mandaram eu deitar e as enfermeiras estavam dormindo, ficou dormindo! Mas como tava doendo demais e eu tava fazendo escândalo, ela só veio e falou que não era prá eu fazê barulho que senão ela não ia me atender, porque eu tava fazendo barulho. (TEIXEIRA, 2006, p. 743).

No depoimento a seguir fica evidente a percepção de hierarquia entre usuária-profissional, principalmente de saberes e classe, onde a parturiente acata uma decisão mesmo desconfiando dela. Outro aspecto presente é o da falta da participação da mulher no processo decisório e a troca de plantão que prejudicava o atendimento, pois as condutas adotadas não eram passadas à próxima equipe:

[...] Eu cheguei segunda-feira de noite, era um plantão, a médica residente passou para o médico que estava comigo e o médico disse que era para fazer cesárea. Embora eu não quisesse, mas ele estava falando que era melhor para mim, eu tive que aceitar é claro, não vou discutir com um profissional que sabe mais do que eu. No outro dia de manhã, eles foram me deixando por causa da anestesia, tinha que ficar em jejum e aí no outro dia de manhã, chegou uma residente e queria induzir o parto, sendo que na minha ficha já estava tudo explicadinho, que eu não tinha como ganhar induzido, o médico do plantão da noite já tinha deixado dito que mesmo se eu ficasse cinco dias induzindo eu não ganhava, que a criança ia passar da hora, teria complicação e ela insistindo em fazer [...] a sorte que tinha uma médica que estava junto com o doutor no plantão, não sei se ela era residente ou não, e disse assim: Não está certo, porque ele já tinha encaminhado a baixa [...] quando uma médica residente chegou querendo desfazer o que o médico já tinha deixado dito que era para ser feito [mudança na condução do tratamento], isso eu não gostei [...] eles não me perguntavam: O que tu acha mãe, de tal coisa? Assim, deles virem perguntar a gente vai fazer tal coisa porque está fazendo assim, está acontecendo isso, eles não me perguntavam, eles só me diziam, não perguntavam minha opinião no caso, embora não fosse resolver, mas gostaria que tivessem feito [...]. (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 148).

Essa relação de dominação faz com que as mulheres arquitetem estratégias para serem atendidas nos serviços ou agilizarem o processo: apropriando-se de conhecimento de SUS e o utilizando, revelam que burlam alguns dados, como endereço de residência, por exemplo, para conseguirem vaga em determinada maternidade – considerada um pouco melhor (PEREIRA, 2000).

O entendimento que elas têm em relação às intervenções realizadas no momento de trabalho de parto e parto é que são coisas que fazem parte do processo cujo objetivo é ajudá-las, acelerando o processo e diminuindo os riscos e sofrimento. Dessa forma, tem-se relatos como o da puérpera a seguir, que acredita que todos os procedimentos realizados no hospital são: “tudo pro bem da gente, nada é pro mal, se fosse pro mal não iam fazer” (PEDROSO; LÓPEZ, 2017, p. 1172).

Por isso, as mulheres aceitam a maneira como o atendimento é oferecido e não expressam seus desejos. Muitos profissionais fazem uso do autoritarismo que possuem pelo

cargo ocupado e posicionam a parturiente em uma situação de impotência (SILVA *et al.*, 2016).

A realização de diversas intervenções parece criar a ilusão, para as mulheres e os profissionais, de minimizar os riscos existentes, quando na verdade criam mais problemas do que soluções (DAVIS-FLOYD, 2001).

O uso de tecnologia é questionado em nível de utilização correta ou adequação, não a tecnologia em si. Ou seja, existe o reconhecimento sobre a importância de alguns procedimentos e valorização das tecnologias disponíveis no mercado, mesmo que não haja indicação para seu uso, havendo questionamento apenas em relação à forma como tais procedimentos são realizados (AGUIAR, 2011; TEIXEIRA, 2006; PEREIRA, 2000). Parece haver um senso comum entre as mulheres e seus familiares de que quanto mais intervenções são feitas, melhor. Perdeu-se a ideia de que o parto é fisiológico e natural, dessa forma, procedimentos que deveriam ser realizados em casos específicos e pontuais passam a ser rotina e isso é percebido de forma positiva.

As mulheres dão credibilidade aos profissionais que as atendem e não duvidam dos benefícios e da validade do atual modelo de parto. Isto pode ser considerado um mecanismo de defesa da própria mulher, que quando em posição desfavorável, procura ficar o mais à vontade possível.

As relações hierárquicas presentes no hospital limitam a mulher no que tange à liberdade de conduzir o parto conforme sua vivência no corpo. Por exemplo, as parturientes do estudo de Pedroso e López (2017) referiram que apesar de sentirem que outras posições facilitariam o processo, confiaram nos profissionais porque estes sabiam o que é melhor; mesmo o parto vaginal é um processo fisiológico do corpo, por isso verifica-se uma intuição/reação natural da mulher em relação a posições para se adequar ao bebê, especialmente no momento da expulsão.

Como a assistência tecnocrata⁵ é dominante na sociedade, as classes populares, principalmente, aceitam e incorporam a “verdade” dominante, crendo que os procedimentos realizados são necessários, mesmo não sendo, como pode-se observar nos relatos a seguir, onde uma puérpera menciona a manobra de Kristeller, fortemente desaconselhada e outra sobre a posição litotômica, sabidamente uma das piores posições para parir:

Ah! Tem que ajudar. Tem que ajuda a criança a nascer. Ah! [...] Tem que ajudar fazer força, né? Tem que segurar, porque eu fui segurada, né, as enfermeiras me ajudaram

⁵ Davis-Floyd (2001) explica o tecnocratismo como a separação corpo-mente e a visualização do corpo como máquina pela medicina.

muito fazer força pro nenê nascer, porque tava demorando muito pra nascer. Elas subiram aqui (mostrou o abdome), apertaram minha barriga assim, e o nenê nasceu. Ah! Eu achei bom, porque não queria nascer, com a força delas e a minha força o nenê nasceu. (TEIXEIRA, 2006, p. 744).

É muito complicado ficar de perna pro ar. Mas sinceramente eu acho que eu não vejo outra. É uma posição desconfortável, mas acho que não tem outra melhor pra ganhar nenê. Acho que é essa mesmo, não existe outra. Até porque se já existisse já teria sido usada, né? Mas não, não existe. (PEDROSO; LÓPEZ, 2017, p. 1174).

A parturiente encontra-se em um lugar de maior vulnerabilidade física, emocional e social e suas diferenças podem ser convertidas em desigualdade, tornando-a inferior (AGUIAR, 2011):

É, porque acho que tava assim, meio nervosa, né. Ela falou assim: ‘Parece que tá no norte. Tá dentro de São Paulo e deixar acontecer isso?’. Mais uma gravidez, né. [...] e ela falou assim: ‘Em tempo de morrer e deixar um monte de criança’ (AGUIAR, 2011, p. 87).

De acordo com Oliveira *et al.* (2017), grande parte das parturientes participantes de sua pesquisa afirmaram, a partir da alegação de profissionais de saúde, que o acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto era permitido apenas para adolescentes e que mesmo nestes casos teria que ser um indivíduo de gênero feminino por conta da privacidade de outras pacientes. Vale ressaltar, contudo, que deve haver uma tentativa de contorno da inadequação estrutural, pois esta não pode ser um impedimento para assegurar um direito.

Os profissionais aprofundam a desinformação das mulheres, inclusive com falsos dados, para que não sejam atrapalhados na sua rotina de procedimentos comuns e serviço, fazendo uso de sua autoridade e confiança perante a ela, para distanciá-la ainda mais do empoderamento da informação.

Além disso, percebe-se um movimento de culpabilização da mulher pelos profissionais de saúde. Isso acontece, segundo Rodrigues (2014), pela autoridade profissional sobre a mulher, que gera absorção desse sentimento, configurando violência de caráter psicológico, como nos relatos a seguir:

[...] O tratamento de lá é totalmente diferente do atendimento daqui e foi um jogo de empurra e quase não fico internada aqui, pois o médico que teria marcado para eu vim para o hospital. Foi um constrangimento muito grande, uma impotência, um desrespeito comigo, e você faz tratamento no pré-natal e quando chega a hora de ter o meu filho não pode ser atendido e não tem todos os recursos e você fica no jogo de empurra.[...] E além de tudo de ser uma responsabilidade do médico, e ele me esculachou na frente de todo mundo, na frente de todas as gestantes como eu fosse uma pessoa irresponsável, e acaba ficando sem chão com medo e nervosa de algo acontecer com o neném, pois é uma viagem longa e demora um pouco e se nesse meio caminho o neném nascesse, o que seria de mim e do neném? Não fizeram nada, nem uma ajuda, simplesmente nos largaram. [...];

[...] E o cúmulo do absurdo foi o médico falando grosso comigo, me dando um esporro por essa situação, e no final acho que sai como culpada, mas logo saí dali e fui com um amigo para outro hospital, pois ali não teria nenhuma atenção de ninguém. Um descaso. [...];

[...] E comecei a reclamar e o enfermeiro começou a me reprimir e me insultar, falando que tinha que ver isso antes, e como eu iria ver isso? Um grosso, um desrespeito comigo e por conta da minha fragilidade, me senti culpada na hora, mais depois pensei que eles estavam errados, e não eu [...]. (RODRIGUES, 2014, p. 119).

Além disso, a mulher também é responsabilizada pelas próprias situações desfavoráveis que vivencia, com profissionais alegando que, por exemplo, a posição litotômica é uma escolha instintiva delas ou que não utilizam os recursos disponíveis para o trabalho de parto por acharem “estranho”. A incoerência dessas falas fica explicitada quando não se observa incentivo para que as parturientes experimentem os tais recursos ou mesmo caminhem pela maternidade. Ao contrário, observa-se que, no momento do expulsivo, os profissionais orientam a posição horizontalizada sem qualquer consulta à parturiente sobre desejo ou conforto. Além disso, as mulheres declaram não tentar coisas novas por medo de retaliação (NIY, 2018).

O poder conferido ao profissional de saúde permite uma relação desigual de poder, onde a mulher fica em uma posição de submissão e anulação de seus direitos (OLIVEIRA *et al.*, 2017):

[...], pois, quando eles [profissionais] falam que não pode [ter acompanhante] acho que é normal, nem questiono, e não falo nada, pois eles entendem disso [...];

[...] já sei como funciona, achei normal, porque eles [profissionais] falam que não pode entrar ninguém, e temos de respeitar e acatar o que falam para a gente [...]. (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 4).

Apesar disso, as mulheres levam mais em consideração experiências negativas anteriores que tiveram e opinião/experiência de outras mulheres conhecidas do que as orientações de profissionais (PEDROSO; LÓPEZ, 2017). Por isso, é importante a organização já existente das mesmas, para discutir as questões relacionadas à gestação e parto, como os grupos online já existentes, que fortalecem o movimento prol humanização do parto.

A equipe, quando diante de uma mulher melhor orientada previamente, com Plano de Parto⁶ e tentando reivindicar seus direitos, age de forma hostil, rotulando a parturiente. E frente a uma postura hostil ou autoritária dos profissionais envolvidos no processo de parto, as parturientes calam-se, por medo, por sentirem-se inferiorizadas ou porque mesmo quando

⁶ Ferramenta de negociação de cuidado com a equipe, onde é possível definir o que gostaria que fosse ou não realizado durante o trabalho de parto e parto. Sua construção é importante pois se torna um instrumento de busca, auxiliando a pesquisa e a informação da gestante e seu acompanhante.

tentam ser ouvidas não obtêm êxito, mesmo que se sintam violentadas. (OLIVEIRA, 2016; WOLFF; WALDOW, 2008).

4.5 TEMOR A RETALIAÇÃO

Por temer sofrer retaliação e em uma tentativa de minimizar o risco de sofrer violência obstétrica, a parturiente adota a estratégia de ficar quieta perante a dor, pois acredita que se “colaborar” ou não fizer escândalo, será mais bem assistida e não sofrerá maus-tratos. Esse é um pensamento muito enraizado na sociedade, passado pela família, amigas, vizinhas etc. e reforçado pelos profissionais de saúde na maternidade (OLIVEIRA; MERCES, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2017; AGUIAR, 2011; WOLFF; WALDOW, 2008).

Em trabalho de parto, a mulher não se comporta como é socialmente esperado, pois grita, geme, não sorri etc. Ou seja, as características da parturiente não são “femininas” e a sociedade não sabe lidar com o seu lado “animal”, pois não aceita que as mulheres fujam do controle. Talvez por isso o tratamento oferecido seja inadequado.

A mulher tenta controlar seus impulsos para evitar violência obstétrica, já que a parturiente escandalosa é fraca e descontrolada, não suporta a dor. Contudo, segundo Aguiar (2011, p.86), a figura da mulher escandalosa pode ser inclusive “um exemplo de resistência das mulheres ao poder médico que subjaz em nossa sociedade”, uma vez que essa figura representa a mulher que mesmo sabendo dos riscos que corre, briga por um direito seu, que é o de receber boa assistência independente de qualquer situação ou reação.

Em relação ao impedimento de acompanhante, percebe-se que a mulher apesar de aceitar por medo de represália, se sente mal. A banalização da violência nesse momento é mais sutil, pois se sentem sozinhas, desamparadas, mesmo sem saber que é seu direito.

O silêncio diante de certas situações acontece até para não ouvirem respostas grosseiras, como no relato a seguir:

[...] não me sentia à vontade para perguntar nada [...] porque algumas eram estúpidas então a gente fica com aquela coisa [preocupação], se eu perguntar alguma coisa para alguém vão me xingar, ser estúpidos comigo, então eu não perguntava, me isolava um pouco [...]. (WOLFF; WALDOW, 2008, p.149).

No estudo de Pereira (2000), há o depoimento de uma paciente que não desejava se submeter ao toque vaginal, mas foi ameaçada pelo médico, que disse que a mandaria para outro local, considerado ruim na região, então acabou permitindo o procedimento sob um discurso de ameaça.

Por isso, de acordo com Aguiar (2011), as mulheres se sentem à vontade para expressar seu descontentamento com o serviço apenas fora dele, sem o risco de sofrerem qualquer tipo de retaliação.

Para Nascimento *et al.*, (2017, p.2018), há uma

[...] forte cultura disseminada entre as parturientes de que não é permitido demonstrar nenhum tipo de alteração em seu comportamento durante o trabalho de parto, principalmente se essa alteração estiver relacionada a gritos ou a choro alto. Esse tipo de violência foi fortemente disseminado para essas mulheres por meio de alguns profissionais e familiares que já passaram por isso na hora do parto ou que já observaram e amedrontam por meios desses atos de violência nas maternidades.

As parturientes não se sentem à vontade no serviço de saúde que deveria acolhê-la e são dominadas pela insegurança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de assistência ao parto oferecido possui excesso de medicalização. Os profissionais de saúde envolvidos no processo do parto se mantêm em posição autoritária, estabelecendo uma relação assimétrica, verticalizada e despersonalizada, enquanto que as gestantes, parturientes e puérperas são colocadas em um lugar passivo (PEDROSO, 2017).

Apesar disso, o desconhecimento - por vezes propositalmente promovido pela equipe - das mulheres, a percepção das relações de poder existentes no hospital de paciente-profissional e a baixa expectativa em relação aos serviços de saúde levam à naturalização da violência, inclusive por parte das pacientes, e à sensação de insegurança, acreditando que podem sofrer uma retaliação caso não se comportem como deveriam.

Apesar de pouca expectativa e banalização da violência, as mulheres reconhecem quando um tratamento é grosseiro e expressam descontentamento quanto à assistência ao parto. Segundo Pereira (2000), esse descontentamento, contudo, está mais relacionado com a qualidade das relações interpessoais do que com a objetificação de seus corpos.

A contradição dos sentimentos vivenciados pelas mulheres através de seus discursos apresenta-se de forma nítida. Ao mesmo tempo em que confiam no saber médico, se sentem inseguras pelo atendimento por vezes grosseiro e se mantêm em postura passiva por medo de sofrerem represálias. Causando, assim, a banalização da violência sofrida, talvez como estratégia de defesa – em uma tentativa de não permitir ser abalada. Essa banalização faz com que as mulheres não reconheçam certas práticas médicas como violência obstétrica e, a princípio, consideram bom o atendimento recebido mesmo externando alguma frustração em relação ao mesmo.

A comunicação é um pilar fundamental para um atendimento de qualidade, sendo valorizada pelas mulheres. É importante que esta seja clara e adaptada para bom entendimento. Ressalta-se a importância, porém, de não se adotar as ações de humanização como imposição, sem ouvi-las, dado que dessa forma a incomunicabilidade continua presente (DIAS; DESLANDES, 2006; PEDROSO; LÓPEZ, 2017). A falta de comunicação se constitui em uma barreira que as mulheres não conseguem ultrapassar.

Dessa forma, as mídias sociais, como instrumento democrático de acesso, têm sido o principal espaço de organização e movimento das mulheres em prol da humanização do parto, buscando disseminar informações e levantar questionamentos em outras do grupo, para que essas possam identificar a violência obstétrica e lutar contra a mesma. Compartilhando experiências e dados, pretende-se legitimar os sentimentos vivenciados no processo de parto e

vetados em outras instâncias sociais (SALGADO, 2012), colaborando com a sensibilização, discussão e quebra da invisibilidade dessa questão (LUZ; GICO, 2015). Palco de estratégias para enfrentamento da violência, as mulheres utilizam a internet também para reivindicar o cumprimento e elaboração de políticas públicas que visam diminuir a violência obstétrica no Brasil (SENA; TESSER, 2017).

Foi apontado bom manejo de determinadas situações pelos profissionais de saúde quando fizeram uso de sua autoridade para cessar o ciclo da violência, oferecendo informações reais e claras para a mulher sobre o trabalho de parto e parto (AGUIAR, 2011).

Diversos artigos (SÁ, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2017) analisados no presente estudo apontam a ausência de informação das mulheres como fator principal para a não garantia de seus direitos e os profissionais de saúde como principais “culpados” por isso, uma vez que estão diretamente ligados a seu cuidado, incluindo no pré-natal e não mune as gestantes de conhecimento de direitos e informação. Além disso, o desconhecimento sobre o que seria violência obstétrica interfere diretamente na aceitação passiva de intervenções desnecessárias e violentas, impedindo a denúncia e reivindicação de seus direitos.

Assim, é necessário que haja uma reforma do atual modelo de assistência obstétrica brasileiro, modificando as diretrizes curriculares das faculdades de áreas da saúde – principalmente medicina, visto que as principais reclamações têm o profissional da área como foco – e realizando educação permanente em saúde com os profissionais envolvidos diretamente com o processo de gestação e parto, para que sejam formados profissionais sensibilizados acerca da violência obstétrica e capacitados para atuar de forma humanizada.

Ainda como proposta para tentar diminuir a violência obstétrica no Brasil, sugere-se a educação em saúde ainda durante o pré-natal a partir da inclusão das doulas na equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou capacitação do profissional mais próximo à gestante durante o pré-natal. Discutindo com a mulher sobre o parto natural, bem como os tipos de violência obstétrica e as intervenções realizadas, elucidando-as quanto às evidências científicas, seus direitos e encorajando a construção de um plano de parto. Esse movimento seria interessante pelo vínculo já construído, muitas vezes, entre profissional-usuária, facilitando a compreensão e confiança da mulher.

Normalmente a VO não é denunciada, o que implica na falta de dados qualitativos e quantitativos para evidenciar a magnitude do problema (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995 apud WOLFF; WALDOW, 2008) e auxiliar no processo de planejamento e organização de políticas de saúde.

Portanto, vale ressaltar a importância da consulta pós-natal como um espaço estratégico para o profissional ouvir o relato da puérpera e identificar uma possível ocorrência de violência obstétrica no local de parto e realizar a denúncia e notificação epidemiológica através da ficha de comunicação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) necessárias.

Essa proposta de intervenção parte do princípio que a sensibilização e o fornecimento de informação à mulher possibilitam seu empoderamento e que este, baseado no direito à autonomia e ao cuidado integral do indivíduo para que o mesmo seja agente ativo do próprio cuidado, é fundamental para a reivindicação de seus direitos.

Como a violência obstétrica ocorre em um momento delicado, de marcantes emoções e o ideal é que a parturiente concentre esforços apenas no momento vivenciado, é fundamental que a temática seja abordada com todas as pessoas, especialmente o acompanhante da mulher na maternidade. Por isso também a luta contra a violência obstétrica deve ser de todos e todas.

Enquanto o corpo feminino for medicalizado e os serviços de saúde não basearem seu tratamento a partir de evidências científicas, a violência obstétrica continuará a ser perpetuada.

Apesar da discussão em torno desse fenômeno ter aumentado, ganhando espaço nas mídias, pesquisas e sociedade, a violência obstétrica ainda é bastante encoberta. Deste modo, espera-se que este trabalho possa contribuir para o seu reconhecimento e visibilidade, favorecendo a redução da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>. Acesso em 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.abenfoce.org.br/sites/default/files/Parto,%20aborto%20e%20puerp%C3%A9rio-%202001.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 01 dez. 2018.

CARDOSO, Laura Gonçalves. **Violência obstétrica no direito brasileiro**. 2016. 72 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2016.

CARVALHO, Clarissa Sousa de. Violência obstétrica: etnografia de uma comunidade no Facebook. In: REUNIÃO DE ANTROPÓLOGOS DO NORDESTE, 14., 2015, Maceió. **Anais eletrônicos** [...]. Maceió: [s. n.], 2015. Disponível em: http://eventos.livera.com.br/trabalho/98-1018971_01_07_2015_03-55-12_2788.PDF. Acesso em: 27 out. 2018.

CIELLO, Cariny *et al.* (org.). **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. [S. l.]: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CORDEIRO, Alexander Magno *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2018.

COSTA, Tonia *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/07.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, 2001, p. 5-23. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf. Acesso em: 08 dez. 2018.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>. Acesso em 27 dez. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo. Acesso em: 02 dez. 2018.

O RENASCIMENTO do Parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Brasil: MASTERBRASIL, 2013. Vídeo (1:30 min), son., color.

FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. 3. ed. São Paulo: Ground, 2011.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto**. São Paulo: FSA, 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>. Acesso em: 26 nov. 2018.

GOES, Emanuelle. Violência obstétrica e o viés racial. **CEBES**, mar. 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/03/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>. Acesso em: 23 dez. 2018.

LANSKY, Sônia. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* (org.). **Pesquisa nascer no Brasil**: sumário executivo temático. [S. l.]: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/13.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>. Acesso em 03 jan. 2019.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 475-484, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1109/632>. Acesso em: 19 nov. 2018.

NASCIMENTO, Laís Chaves do *et al.* Relato de puérperas acerca da Violência Obstétrica nos serviços públicos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 5, p. 2014-2023, maio, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23355/18974>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NIY, Denise Yoshie. **Desafios para a implementação de uma assistência "amiga da mulher"**: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. 2018. 94 f. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-23042018-141716/publico/DeniseYoshieNiySIMPLIFICADA.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NJAINE, Kathie (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

OLIVEIRA, Mayra de Castro; MERCES, Magno Conceição das. Percepções sobre a violência obstétrica na visão das puérperas. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2483-2489, maio. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23415/19090>. Acesso em: 15 nov. 2018.

OLIVEIRA, Tayse Ribeiro de *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 1 p. 40-46, jan., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11876/14328>. Acesso em: 12 nov. 2018.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **O sensível e o insensível na sala de parto**: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres. 2016. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AHHJSV/virginia_junqueira_oliveira.pdf?sequence=1. Acesso em: 12 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**, "Convenção de Belém do Pará", Brasil, 9 de junho de 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

PARTOS podem ser realizados em qualquer hospital ou maternidade do SUS: Conheça as diferentes possibilidades para o momento do nascimento do bebê. **Governo do Brasil**, out. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/10/partos-podem-ser-realizados-em-qualquer-hospital-ou-maternidade-do-sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 04 jan. 2019.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização?: experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, p. 1163-1184, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07012008-153636/pt-br.php>. Acesso em: 15 nov. 2018.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

RODRIGUES, Diego Pereira. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro**: percepção de mulheres/puérperas. 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado e Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/2396/1/Diego%20Pereira%20Rodrigues.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução e Climatério**, v. 50, n. 3, p. 78-84, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23360/1/2017_art_facrodrigues.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

SÁ, Angela Mitrano Perazzini de *et al.* O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2683-2690, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23440/19140>. Acesso em: 15 de nov. 2018.

SALES, Mariana. **A dor reprimida**: violência obstétrica e mulheres negras. [Salvador]: UFBA, 2017. 1 vídeo (26:55 min). Publicado pelo canal Mariana Sales. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vSisihZCnHg&t=1063s>. Acesso em: 13 dez. 2018.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

SALIM, Natália Rejane *et al.* Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/30358/19647>. Acesso em: 02 jan. 2019.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 61-68, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, Michelle Gonçalves da *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, v. 15, n. 4, p. 4-8, jul. 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf. Acesso em: 02 dez. 2018.

SILVA, Raissa Lins Vieira da *et al.* Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n 12, p. 4474-4480, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11512/13392>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

VALADARES, Carolina. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. **Portal MS**, maio 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 27 dez. 2018.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 3, p.138-151, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - PLANILHA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Título	Autor	Ano / Tipo de documento / Base de dados / Ano de coleta de dados	Objetivo	Metodologia	Resultado	Discussão/Considerações finais	Categorias de análise
Desafios para a implementação de uma assistência "amiga da mulher": a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo	Niy, Denise Yoshie	2018 Tese de doutorado LILACS 2016-17	Mapear os facilitadores e obstáculos de um piloto de implementação da IHAMC para a superação da violência obstétrica, em especial nos critérios "liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto" e "presença de acompanhante de escolha da mulher".	Este trabalho integra um piloto de implementação da IHAMC em duas maternidades do SUS, com análise dos dados produzidos na etapa inicial no campo paulistano da pesquisa (2016-17). Foram realizadas entrevistas individuais e atividades em grupo com gestores, profissionais de saúde e usuárias do serviço; observação do serviço e análise dos dados do Sinasc da maternidade. Foi criado um grupo de trabalho com gestores, profissionais da assistência, pesquisadores e usuárias para analisar os problemas identificados e atuar sobre eles.	As visões de gestores e profissionais de saúde contrastam com a observação e os relatos das mulheres, com verificação de interdições ao exercício do direito a acompanhante e à liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto. Também foram recorrentes as falas no sentido de responsabilizar as mulheres pelas dificuldades que elas enfrentam na internação para o parto. Os atores envolvidos mostram disposição para aprimorar a qualidade da assistência, e propuseram mudanças nesta direção, algumas já em andamento.	A IHAMC pode ser uma boa estratégia para superar a violência obstétrica em contextos como o brasileiro, uma vez que coloca em debate a qualidade da assistência tendo em vista os direitos das mulheres e propicia a incorporação dos atores envolvidos na solução dos problemas, contribuindo para sua solidez e sustentabilidade	Desinformação das mulheres Temor a retaliação

<p>À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS</p>	<p>Pedroso, Clarissa Niederauer Leote da Silva; López, Laura Cecilia.</p>	<p>2017 Artigo em revista LILACS 2014-15</p>	<p>O artigo reflete sobre as experiências de mulheres em relação à assistência ao parto numa maternidade pública de Porto Alegre-RS. Adota-se uma perspectiva dos direitos humanos, entendendo a humanização como uma garantia ampla de direitos das mulheres a uma parturição segura, socialmente amparada e prazerosa.</p>	<p>Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, que utilizou as técnicas de observação participante, entrevista semiestruturada e pesquisa documental. Aceitaram fazer parte da pesquisa 25 mulheres puérperas, com idades entre 18 e 38 anos. Os relatos das participantes e os registros de campo foram examinados por meio da análise de discurso.</p>	<p>Como resultados, constatamos uma fragmentação das práticas tidas como "humanizadoras", atreladas a protocolos de procedimentos no manejo do parto e, muitas vezes, à inflexibilidade perante eles. A supervalorização de tecnologias/práticas intervencionistas no corpo da mulher, assim como as hierarquias entre profissionais e usuárias apareceram nos relatos e nas observações. Sentimentos e sensações das mulheres em relação ao parto pareciam não ser contemplados e ficavam à margem do cuidado. Identificaram-se práticas de violência obstétrica, que muitas vezes eram banalizadas pelas próprias mulheres em consonância ao que elas esperavam de um atendimento público.</p>	<p>Essas situações parecem reforçar hierarquias reprodutivas, deixando essas gestantes "à margem da humanização".</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Banalização da violência Hierarquia entre profissionais e usuárias Temor a retaliação</p>
---	---	--	--	--	--	---	---

<p>O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres</p>	<p>Sá, Angela Mitrano Perazzini de; Alves, Valdecyr Herdy; Rodrigues, Diego Pereira; Branco, Maria Riker Bertilla Lutterbach ; Paula, Enimar de; Marchiori, Giovanna Rosario Soanno</p>	<p>2017 Artigo em revista BDENF – Enfermagem 2014</p>	<p>analisar as situações de violência obstétrica perpetrada por profissionais de saúde durante o processo parto/nascimento sob a percepção das puérperas acerca do direito ao acesso à maternidade e a ter um acompanhante de sua livre escolha.</p>	<p>estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no alojamento conjunto de duas maternidades públicas. Foram entrevistadas 28 mulheres a partir de entrevista semiestruturada, que foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática.</p>	<p>o descumprimento dos direitos das mulheres torna-se evidente com a anulação simbólica de direitos como o acesso ao serviço de saúde e o descumprimento da Lei do Acompanhante, que caracterizam a violência obstétrica.</p>	<p>o apoio institucional à mulher é imprescindível e deve estar alicerçado na garantia do exercício dos direitos legais que a amparam. (AU)</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres</p>
---	---	---	--	--	--	---	--

<p>Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas</p>	<p>Oliveira, Mayra de Castro; Mercedes, Magno Conceição das.</p>	<p>2017 Artigo em revista BDEF – Enfermagem 2015</p>	<p>conhecer a percepção das puérperas no tocante às violências obstétricas.</p>	<p>estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com 10 puérperas. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Categorical.</p>	<p>emergiram duas categorias após a análise dos dados << Conhecimentos de puérperas sobre violências obstétricas >> e << Antagonismo na hora do parto: violências obstétricas entrelinhas? >>. A percepção das mulheres em relação às violências obstétricas é restrita, sendo fundamental a educação em saúde, principalmente durante o pré-natal, assim como mudanças no modelo de assistência obstétrica.</p>	<p>A presente investigação possibilitou perceber o desconhecimento das puérperas em relação ao conceito das violências obstétricas, cujas definições se restringiram aos atos de caráter psicológico, físico, sexual e de negligência. Foi possível inferir que pelo fato de não conhecerem esse termo, sofrem violências sem perceber, de maneira velada e com “naturalidade”, como se isso fosse intrínseco ao processo de parir. Nesse sentido, a educação em saúde é indispensável, principalmente durante o pré-natal.</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres Banalização da violência Temor a retaliação</p>
--	--	--	---	--	--	---	--

<p>Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos</p>	<p>Nascimento, Laís Chaves do; Santos, Kamyla Felix Oliveiras; Andrade, Cristiani Garrido de; Costa, Isabelle Cristinne Pinto; Brito, Fabiana Medeiros de.</p>	<p>2017 Artigo em revista BDENF – Enfermagem 2015</p>	<p>desvelar as formas de violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas.</p>	<p>estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 41 puérperas nas Unidades de Saúde da Família. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas e submetidos à Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise Temática.</p>	<p>o estudo revelou as seguintes categorias temáticas: “Tipos de violência obstétrica vivenciados na gestação e no parto” e “As repercussões da violência obstétrica na vida das mulheres e os principais profissionais envolvidos”.</p>	<p>observou-se a dor, exames abusivos repetitivos, manobras sem evidências científicas de qualquer benefício e o descaso são as principais formas de violência obstétrica. (AU)</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres</p>
<p>Percepção das mulheres sobre violência obstétrica</p>	<p>Oliveira, Tayse Ribeiro de; Costa, Roxanny Enollyara Oliveira Lira; Monte, Nadiana Lima; Veras, Juscélia Maria de Moura Feitosa; Sá, Maria Íris Mendes da Rocha.</p>	<p>2017 Artigo em revista BDENF – Enfermagem 2016</p>	<p>caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.</p>	<p>estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 20 mulheres de uma maternidade pública de referência em Teresina (PI), Brasil. Os dados foram produzidos por entrevistas gravadas, transcritos na íntegra e analisados pela Técnica do Grupo Focal. A coleta dos dados foi realizada nos meses de março de 2016.</p>	<p>analisou-se o perfil sociodemográfico das mulheres. Após análise das entrevistas e considerando o objeto de estudo, emergiram duas categorias << Negligência na assistência >> e << Agressão verbal >>.</p>	<p>a violência foi caracterizada de diversas formas, envolvendo desde a negligência na assistência, a negativa de direitos e de informações esclarecedoras de diagnóstico, até as agressões verbais na hora do parto. (AU)</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres Banalização da violência Hierarquia entre profissionais e usuárias</p>

<p>Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências</p>	<p>Sena, Ligia Moreiras; Tesser, Charles Dalcanale.</p>	<p>2017 Artigo em revista LILACS -</p>	<p>relacionar o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres, em especial, de mulheres mães.</p>	<p>Este artigo relata duas iniciativas desenvolvidas em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramenta: o Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário "Violência obstétrica - a voz das brasileiras"</p>	<p>As ações contribuíram para dar voz ativa às mulheres no combate à violência obstétrica; mostraram que as novas tecnologias de informação constituem importantes ferramentas de promoção da saúde da mulher e atestaram o grande potencial da internet para evidenciar violências antes pouco problematizadas, incentivando a realização de novas pesquisas na área.</p>	<p>Desinformação das mulheres</p>
---	---	--	---	---	--	-----------------------------------

<p>O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica</p>	<p>Rodrigues, Diego Pereira; Alves, Valdecyr Herdy; Penna, Lucia Helena Garcia; Pereira, Audrey Vidal; Branco, Maria Bertilla Lutterbach Riker; Souza, Rosangela de Mattos Pereira de.</p>	<p>2017 Artigo em revista LILACS 2014</p>	<p>analisar a percepção das mulheres acerca do descumprimento da Lei do Acompanhante, com foco no seu direito constituído legalmente e nos sentimentos por elas vivenciados durante o parto e o nascimento.</p>	<p>pesquisa descritivo-exploratória, de natureza qualitativa, cujos dados foram coletados em quatro hospitais da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, entre janeiro e julho de 2014. Foram entrevistadas 56 mulheres internadas nos respectivos alojamentos conjuntos. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática para o tratamento das informações e das diretrizes das políticas públicas de humanização da assistência ao parto e nascimento, considerando a perspectiva dos direitos reprodutivos.</p>	<p>emergiram duas categorias temáticas: O desconhecimento das mulheres como influência no descumprimento da Lei do Acompanhante; e A Lei do Acompanhante como instrumento de segurança para as mulheres em processo de parturição. As entrevistadas relataram o descumprimento da citada Lei, pelas instituições de saúde e pelos profissionais durante o parto e nascimento, tornando esse momento permeado por sentimentos negativos resultantes de estresses, desgastes e tensões face ao desrespeito aos direitos reprodutivos do casal.</p>	<p>a Lei do Acompanhante precisa ser melhor divulgada como direito reprodutivo do casal, garantindo a segurança do processo parturitivo e inibindo atos de violação em seus direitos.</p>	<p>Desinformação das mulheres Hierarquia entre profissionais e usuárias</p>
---	--	---	---	---	--	---	---

<p>Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha</p>	<p>Rodrigues, Francisca Alice Cunha; Lira, Samira Valentim Gama; Magalhães, Poliana Hilário; Freitas, Ana Luiza e Vasconcelos; Mitros, Verônica Maria da Silva; Almeida, Paulo César.</p>	<p>2017 Artigo em revista LILACS 2014</p>	<p>analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.</p>	<p>Tratase de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em onze hospitaismaternidades, de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde da mulher no estado do Ceará, composta por 11 hospitaismaternidades, participaram da pesquisa 3.765 puérperas de parto transpelviano que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto das referidas instituições.</p>	<p>Sobre as características sociodemográficas das participantes da pesquisa tinham entre 20 a 34 anos (62,1%), tratandose do suporte emocional que deve ser oferecido durante o parto, as participantes relataram que tiveram a presença de visitas (82,9%), em relação as atitudes que ocasionaram sentimentos de hesitação as participantes afirmaram que sentiam segurança (89,4%).</p>	<p>A pesquisa demonstra a importância de um atendimento humanizado adequado através da estruturação e organização da atenção maternoinfantil proposto pela rede cegonha.(AU)</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres</p>
---	---	---	--	---	--	--	--

<p>Violência obstétrica sob o olhar das usuárias</p>	<p>Silva, Raissa Lins Vieira da; Lucena, Kerle Dayana Tavares de; Deininger, Layza de Souza Chaves; Martins, Viãa-Del-Mar da Silva; Monteiro, Alisson Cleiton Cunha; Moura, Rafaela de Melo Araújo.</p>	<p>2016 Artigo em revista BDENF – Enfermagem 2016</p>	<p>investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.</p>	<p>estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade de referência de João Pessoa/PB, envolvendo oito mulheres. Os discursos obtidos nas entrevistas foram analisados mediante uma técnica na qual se entende que o texto é um todo organizado de sentido, e num determinado universo de significação.</p>	<p>as mulheres sofrem com a falta de humanização durante o trabalho de parto; o ato de parir que deveria ser um momento positivo para a mãe, transforma-se numa experiência negativa, na qual a maioria destas deseja esquecer.</p>	<p>é fundamental que haja mais divulgação acerca da temática, para que as mães tomem conhecimento sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos, dando-lhes autoridade para que possam exigir melhor assistência tornando-as ativas nas decisões que concernem seus corpos.(AU)</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres Banalização da violência Hierarquia entre profissionais e usuárias</p>
--	---	---	---	---	---	---	---

<p>Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil</p>	<p>Leal, Maria do Carmo; Ayres, Barbara Vasques da Silva; Esteves-Pereira, Ana Paula; Sánchez, Alexandra Roma; Larouzé, Bernard.</p>	<p>2016 Artigo em revista MEDLINE 2012-14</p>	<p>Este artigo traçou o perfil da população feminina encarcerada que vive com seus filhos em unidades prisionais femininas das capitais e regiões metropolitanas do Brasil bem como as condições e as práticas relacionadas à atenção à gestação e ao parto durante o encarceramento</p>	<p>O presente estudo é uma análise de série de casos proveniente de um censo nacional realizado entre Agosto de 2012 e Janeiro de 2014. A população incluída nesta análise foi de 241 mães, sendo 45% com menos de 25 anos de idade, 57% de cor parda, 53% com menos de oito anos de estudo e 83% multíparas.</p>	<p>No momento da prisão, 89% das mulheres já estavam grávidas e dois terços não desejou a gravidez atual. O acesso à assistência pré-natal foi inadequado para 36% das mães. Durante o período de hospitalização 15% referiram ter sofrido algum tipo de violência (verbal, psicológica ou física). O atendimento recebido foi considerado excelente por apenas 15% das mães.</p>	<p>Foi baixo o suporte social/familiar recebido e o uso de algemas na internação para o parto foi relatado por mais de um terço das mulheres. Piores condições da atenção à gestação e ao parto foram encontradas para as mães encarceradas em comparação às não encarceradas, usuárias do SUS. Este estudo também evidenciou violações de direitos humanos, especialmente durante o parto.</p>	
--	--	---	--	---	---	---	--

<p>O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres</p>	<p>Oliveira, Virgínia Junqueira.</p>	<p>2016 Tese de doutorado BDENF – Enfermagem 2014-15</p>	<p>analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública, considerando as experiências vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p>Optou-se por abordagem qualitativa, por possibilitar apreender e revelar os processos de subjetivação inerentes à temática em análise. O método utilizado foi análise de discurso, pois numa interação discursiva pode haver momentos em que o discurso da mulher contrapõe-se ao do profissional de saúde ou à apropriação por parte dos participantes da lógica do discurso dominante no campo da saúde.</p>	<p>Os cenários foram sete maternidades públicas da região centro-oeste de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e registro das observações feitas durante o trabalho de parto. Os participantes foram 36 mulheres, 14 médicos obstetras e dez enfermeiros obstetras. Organizaram-se os resultados nas seguintes categorias: a) o discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde; b) o ethos e o pathos na sala de parto; c) a discursividade do parto humanizado; d) cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto.</p>	<p>Os temas que surgiram revelaram uma violência presenciada e silenciada, na narrativa dos enfermeiros, semelhante à perspectiva das mulheres ao discursarem sobre violência consentida. Contrapõe-se ao discurso médico, que...(AU)</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Banalização da violência</p>
--	--------------------------------------	--	--	---	---	---	---

Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais	Luz, Lia Hecker; Gico, Vânia de Vasconcelos.	2015 Artigo em revista LILACS -	Discute-se o parto normal na contemporaneidade e apresentam-se os três modelos de obstétrica, a partir de categorização proposta pela antropóloga norte-americana Davis-Floyd, apontando-se as consequências do modelo tecnocrático que se tornou hegemônico nas sociedades contemporâneas e que naturalizou a violência obstétrica.	Contextualiza-se a problemática à realidade brasileira, evidenciando-se, a partir da análise do blog Cientista que virou mãe, o movimento que se articula entre mulheres brasileiras nas redes sociais com o intuito de defender e dar visibilidade a iniciativas de parto natural e humanizado, atuando contra a violência obstétrica.	Conclui-se que as ferramentas da internet têm permitido uma mobilização inédita em prol do respeito aos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil, tornando tais canais em vias alternativas de comunicação e informação para alcançar formas mais democráticas de organização social.	Além de desnaturalizar a violência obstétrica, as blogueiras também lançam ações que buscam pavimentar o caminho para a assistência humanizada e para as iniciativas de parto domiciliar planejado.	Desinformação das mulheres Banalização da violência
--	--	--	--	---	---	---	--

<p>Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto</p>	<p>Luz, Nina Franco; Assis, Thais Rocha; Rezende, Fabrícia Ramos.</p>	<p>2015 Artigo em revista LILACS -</p>	<p>Verificar a percepção das puérperas adolescentes sobre a assistência recebida pela equipe de saúde durante o pré-natal e o parto.</p>	<p>Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Foram incluídas puérperas com idade entre 12 e 19 anos, primíparas de parto vaginal de feto único a termo e que estavam no pós-parto imediato em uma maternidade pública de Jataí (GO). As participantes responderam a duas questões norteadoras relacionadas ao atendimento recebido durante o pré-natal e o trabalho de parto. As respostas foram gravadas e, depois, transcritas. A análise das falas se deu segundo a técnica de Análise de Conteúdo, em que os relatos foram organizados na forma de categorias.</p>	<p>Foram entrevistadas 11 puérperas com média de idade de 16,5 anos. Os relatos foram divididos em duas categorias gerais e dentro de cada uma dessas emergiram categorias específicas. A categoria específica "satisfação" foi a que apareceu com maior frequência, nos relatos tanto do atendimento no pré-natal quanto do trabalho de parto.</p>	<p>As adolescentes consideraram o atendimento e assistência recebida durante o pré-natal e trabalho de parto satisfatórios, devido às orientações e à atenção prestadas por parte da equipe de saúde. Em contrapartida, foram evidenciadas situações de violência obstétrica com um atendimento desumanizado e humilhante.</p>	
--	---	--	--	---	---	--	--

<p>Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas</p>	<p>Rodrigues, Diego Pereira.</p>	<p>2014 Tese de doutorado BDENF – Enfermagem 2012</p>	<p>o estudo objetivou identificar a caracterização sociodemográfica, obstétrica e assistencial das mulheres/puérperas assistidas em maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro; caracterizar as principais situações de violência a partir da percepção das mulheres/puérperas acerca da assistência obstétrica durante seu processo parturitivo.</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, em que utilizou um roteiro de entrevista semiestruturada com cinquenta e seis mulheres assistidas nas maternidades públicas descritas a seguir: Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP); Hospital Estadual Azevedo Lima; Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira; Hospital Municipal da Mulher Gonçalvesense.</p>	<p>Os dados evidenciados no estudo foram analisados conforme a análise de conteúdo na modalidade temática, onde originaram dois eixos temáticos: o primeiro, relacionado com os aspectos da peregrinação da mulher; e o segundo, com o direito ao acompanhante, os quais foram escolhidos para a análise pela expressiva demanda dos depoimentos, e deixando entrever a possibilidade de estar presente a violência na assistência obstétrica, segundo a perspectiva das mulheres/puérperas.</p>	<p>Os resultados apontaram para duas categorias temáticas, a saber: A peregrinação das mulheres na rede de saúde materna: uma violência velada na assistência obstétrica; O descumprimento da Lei do Acompanhante: uma violação dos direitos da mulher em processo de parturição. Desse modo, os resultados apontaram para uma violência na assistência obstétrica de caráter institucional, psicológica e física, cujo aspecto relacionado ao direito, ao (des)cuidado e aos sentimentos e insegurança do processo parturitivo. Assim, o respeito aos direitos das mulheres devem ser inerentes ao acesso à saúde, e ao acompanhamento adequado do parto e nascimento, e contribuindo para sentimentos positivos e segurança do processo parturitivo</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto</p>
---	----------------------------------	---	---	---	--	---	---

<p>A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento</p>	<p>Salgado, Heloisa de Oliveira.</p>	<p>2012 Tese de doutorado LILACS -</p>	<p>Descrever e analisar a experiência da cesárea autorreferida como indesejada por mulheres que buscaram um parto normal e os mecanismos associados à discrepância entre o desejo original (parto normal) e o desfecho (cesárea) e suas implicações no pós-parto, a saber, no aleitamento materno, na ocorrência de depressão pós-parto/babyblues e na formação do vínculo.</p>	<p>Pesquisa qualitativa que contou com o preenchimento de roteiro de questões semiestruturadas, via e-mail, por mulheres participantes de mídias sociais, e análise dos dados a partir de categorias pré-determinadas e novas categorias advindas da análise.</p>	<p>Esta pesquisa evidenciou o uso rotineiro de práticas inadequadas e desrespeitosas, como o convencimento para realizar a cesárea com base em informação distorcida e ameaçadora, o descaso com o bem-estar físico e emocional da mulher, a privação de recursos e procedimentos baseados em evidências científicas na condução do pré-natal e do trabalho de parto, o desrespeito à Lei do Acompanhante, a privação do contato com o bebê após o nascimento, o uso de medicamento para sedar as mulheres logo após o parto, entre outras ocorrências analisadas sob a ótica da violência institucional obstétrica.</p>	<p>O processo que conduz as mulheres a uma cesárea indesejada é marcado por uma assistência que virtualmente inviabiliza a possibilidade do protagonismo feminino e de escolha informada, priorizando as conveniências e necessidades das equipes e instituições que as acompanham, com significativo impacto emocional no pós-parto e na relação mãe-bebê.</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres Banalização da violência Hierarquia entre profissionais e usuárias Temor a retaliação</p>
---	--------------------------------------	--	---	---	--	---	--

<p>Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias</p>	<p>Aguiar, Janaína Marques de; d'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas.</p>	<p>2011 Artigo em revista SEM -</p>	<p>Este artigo apresenta e discute os dados de uma pesquisa sobre violência institucional em maternidades públicas, realizada no município de São Paulo.</p>	<p>Foram entrevistadas 21 puérperas, com roteiro semiestruturado contando com questões sobre experiências de parto e assistência recebida.</p>	<p>Os dados revelaram que as entrevistadas relatam e reconhecem práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas, reagindo com estratégias de resistência ou de acomodação.</p>	<p>Essas experiências ocorrem com tal frequência que muitas parturientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato, o que revela uma banalização da violência institucional.</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Banalização da violência Hierarquia entre profissionais e usuárias Temor a retaliação</p>
<p>Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto</p>	<p>Wolff, Leila Regina; Waldow, Vera Regina.</p>	<p>2008 Artigo em revista LILACS -</p>	<p>objetivo de denunciar como se dá a assistência em muitas das instituições de saúde, e que revela como várias das circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição se caracterizam por ações de não cuidado e/ou como desumanização</p>	<p>Este trabalho traz uma secção da tese de doutorado de uma das autoras</p>	<p>Nesse recorte destacou-se os depoimentos de parturientes que evidenciaram o não cuidado e/ou a desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto.</p>	<p>Os relatos evidenciaram um tipo especial de violência de gênero na área da saúde, uma violência consentida, conforme opinião das autoras, que ocorre com mulheres em trabalho de parto e parto.</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Banalização da violência Temor a retaliação</p>

<p>Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT</p>	<p>Teixeira, Neuma Zamariano Fanaia; Pereira, Wilza Rocha.</p>	<p>2006 Artigo em revista BDENF – Enfermagem -</p>	<p>O objetivo deste artigo foi analisar alguns aspectos culturais que atravessaram as vivências de mulheres ao se submeterem ao parto normal hospitalar do SUS</p>	<p>Trata-se de pesquisa qualitativa com referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais e, para a coleta dos dados, foram entrevistadas, no domicílio, dez mulheres que haviam vivenciado partos normais em hospital do SUS.</p>	<p>Como resultados, constatamos que, dos aspectos que atravessaram suas vivências, vários estavam relacionados a uma cultura institucional que revelou um atendimento pautado por violência velada e em desrespeito aos princípios do Programa de Humanização do Nascimento do Ministério da Saúde.</p>	<p>Concluímos que há muitos investimentos ainda a serem feitos para melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao nascimento nos locais estudados.</p>	<p>Desinformação das mulheres Hierarquia entre profissionais e usuárias</p>
---	--	--	--	--	---	--	---

<p>Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério</p>	<p>Pereira, Wilza Rocha.</p>	<p>2000 Tese de doutorado LILACS 1999</p>	<p>Esta pesquisa teve por finalidade apreender os processos de construção, instalação e banalização do poder, da violência e da dominação simbólicos dentro de um serviço público hospitalar que atende mulheres em situação de gestação, parto e puerpério. Seus objetivos foram a compreensão desses mesmos processos nas vivências das mulheres pacientes e nas experiências das trabalhadoras da saúde, bem como a apreensão da sua constituição nos aspectos relacionados à organização do espaço físico e burocrático no contexto hospitalar estudado.</p>	<p>A análise temática foi a técnica que orientou o tratamento do material empírico. Com base na análise do material coletado através de entrevistas com as usuárias e profissionais de saúde, observação, participante, análise de prontuários e filmagem do espaço hospitalar, defini três unidades de significado. As duas primeiras unidades se concentraram na análise do poder, da violência e da dominação simbólicos nas ações e práticas de saúde da medicina e da enfermagem. A terceira foi reservada ao estudo desses elementos na forma como eles estão impressos no ambiente físico e organizacional do serviço estudado.</p>	<p>O quadro analítico da pesquisa apontou inicialmente, para os processos de construção, banalização e naturalização do poder, da violência e da dominação simbólicos nas práticas de saúde e no espaço físico do serviço estudado. Em sincronia com esses processos, emergiram as diferenças impressas pela aprendizagem de gênero entre as práticas médica e de enfermagem, no que diz respeito ao processo de assistir e se relacionar no hospital. Junto à análise das duas primeiras unidades, evidenciou-se a aguda consciência das mulheres sobre a fragilidade da sua condição de pacientes nos serviços públicos, indicando também as resistências e a rejeição dessas à já naturalizada objetificação de suas pessoas pelas práticas de saúde dentro do serviço estudado. Os dados também revelaram, na análise etológica, as muitas adaptações, concessões e mesmo os arranjos feitos pelas mulheres clientes dos serviços públicos para ajustar-se ao ambiente hospitalar e a quase inexistente contrapartida do serviço neste mesmo sentido.</p>	<p>Portanto, pude concluir que a dominação simbólica, por ser sempre ratificada a partir do olhar dominante, por evidências que podem ser atestadas pela precariedade tanto de seu espaço físico quanto simbólico nos serviços de saúde e por já estar inscrita nas disposições corporais dos indivíduos, bem traduz o valor e a importância da clientela feminina para o serviço estudado</p>	<p>Sentimentos em relação a vivência do parto Desinformação das mulheres Banalização da violência Hierarquia entre profissionais e usuárias</p>
--	------------------------------	---	--	--	---	--	---