

KELLY GONÇALVES MEIRA ARRUDA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PARTO:
um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha**

**BRASÍLIA, DF
2015**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

KELLY GONÇALVES MEIRA ARRUDA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PARTO:
um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inez Montagner

BRASÍLIA – DF

2015

KELLY GONÇALVES MEIRA ARRUDA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PARTO:
um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 21/10/2015

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Maria Inez Montagner
Universidade de Brasília**

**Profa. Dra. Silvia Badim Marques
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília**

**Profa. Dra. Daphne Rattner
Universidade de Brasília**

*Para todas as mulheres brasileiras que
sonham e lutam com a igualdade de gênero, em
especial Luísa, minha filha.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha filha Luísa Arruda Costa, por todo amor, compreensão e força que tens me dado ao longo dos quase 11 anos de convivência mãe e filha. Ao meu grande companheiro Vladyson da Silva Viana, por ser o “pai 2” da Luísa, por ser amor, paz, alegria e afeto escolhido e principalmente por ser a pessoa que se dedica dia e noite pela minha felicidade e de Luísa. Agradeço a minha mãe, Carla Gonçalves Meira Arruda, por me ensinar a não desistir nunca, ao meu pai Ricardo Meira Arruda, por me fazer inquietar diante das injustiças e sonhar com dias melhores, ao meu irmão Rodrigo Gonçalves Meira Arruda, por ter nos oportunizado a Layla minha sobrinha e afilhada e seu irmão Levi. A minha família materna nas pessoas da minha avó-mãe Florise Gonçalves Pinto, e tia Cláudia Gonçalves Pinto, pela compreensão de minha ausência durante este um ano e meio de estudo e trabalho e por todo amor a mim dedicado. Aos meus primos Luis Fernando Azevedo, por me encantar com o seu trabalho circense, ao meu primo quase cineasta Pedro Cadore, pelo amor que tens e dedica a minha avó e tia. Agradeço aos meus familiares paternos, em nome da minha avó-mãe de 07 filhos Rosemey do Vale Meira, a todos os meus tios, em nome do tio Luciano Meira Arruda, primos e primas, que são muitos, na pessoa de Natália Meira, a quem devo gratidão ao amor que ela dedicou a Luísa no último ano e a toda dedicação nos processos de angústias no decorrer de 2014. Agradeço a dedicação de minha orientadora Profa. Dra. Inez Montagner, por me fazer acreditar ser possível, pela dedicação ao meu estudo, por me permitir ir além. As professoras que me incentivaram e me ajudaram a chegar até aqui Profa. Dra. Fátima Sousa e Profa. Dra. Ana Valéria Mendonça. Aos membros da banca Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner, Profa. Dra. Silvia Badim Marques e em especial a Profa. Daphne Rattner pelas horas dedicadas ao tema, ao meu estudo e principalmente a luta tão bela pela humanização na atenção ao parto e nascimento e por terem aceitado o convite para fazerem parte desse momento de amadurecimento e crescimento pessoal. Agradeço a contribuição de Marcílio Régis, estatístico que nos auxiliou nos dados. Agradeço às amigas Maria Martins Aléssio, Pauline Cavalcante, Janaína Cardoso, Aline Minervino e Mayara pelo carinho, companheirismo, incentivo e afeto durante todo o nosso curso. Em especial Maria Aléssio por me incentivar quase

que diuturnamente. Aos amigos e amigas de trabalho, em especial ao Ex-Ministro Alexandre Padilha, ao Ex-Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, hoje Deputado Federal Odorico Monteiro de Andrade, ao Mozart Sales, Ex-Secretário de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do SUS. Agradeço à doutoranda Mônica Sampaio, Ex-Diretora do Departamento de Gestão e Educação em Saúde do SUS por ter sido a maior incentivadora e grande companheira de lutas. Aos amigos e amigas da Ouvidoria-Geral, em especial Ângélica Aben-Athar, Coordenadora-Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas e aos amigos e amigas da Presidência da República, em especial à Severine Carmem Macêdo, Ex-Secretária Nacional de Juventude, a quem tenho enorme gratidão, por ser grandiosa, generosa e leal em suas atitudes. Às amigas Dalila Fiúsa e Divaneide Basílio, por serem grandes mães espirituais de Maria Rita e Bernado, e físicas-espirituais de Gabriela e Pedro. Aos meus amigos e amigas do Ceará, em nome de Dahiana dos Santos Araújo e Mara Rúbia Reinaldo que estão ao meu lado desde o século passado. À Presidenta Dilma Rousseff, pela aprovação da Lei do Femicídio. Ao Deputado Federal Jean Wyllys pela ousadia incentivadora à proteção à mulher e principalmente pela proposição da Lei que protege a mulher e o bebê, ainda em tramitação. Aos amigos e às amigas que compõem o grupo “Família BSB”, são muitos então agradeço em nome de Rodrigo Amaral e Camila Brandão. A amiga-irmã mais que especial Luciana Kelly Oliveira, pelo incentivo e almoços dos últimos períodos. Aos servidores do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unb, na pessoa da Fabiana. E, fundamentalmente aos movimentos sociais e principalmente o de mulheres, pois sem luta, mobilização e movimentação não há transformação. E, por fim aos movimentos sociais que me encantam pelo trabalho dedicado ao tema: Artemis, Matriusca e Rehuna em especial.

*“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma
de nascer”.*

(Michel Odent)

*“Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a
liberdade seja a nossa própria substância”.*

(Simone de Beauvoir)

*“Uma vez que todas as culturas tendem a distribuir
pessoas e grupos de acordo com dois princípios
concorrentes de igualdade e diferença, as pessoas e
grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a
diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes
quando a igualdade os descaracteriza”.*

(Boaventura de Souza Santos)

RESUMO

Introdução: A violência na atenção obstétrica tem se mostrado ao longo da história como um processo que perpassa campos diversos da saúde pública com alcances negativos para as mulheres principalmente as que dão à luz no SUS. O levantamento histórico do tema da humanização faz perceber a relevância de se coibir e enfrentar práticas de ‘descuidados’ com as mulheres no âmbito do SUS. A Pesquisa da Rede Cegonha vem com o propósito significativo de implementação de uma nova cultura institucional no SUS, a escuta de forma ativa proporcionada pela Ouvidoria-Geral do SUS, seus dados são fontes necessárias no campo de estudo da saúde coletiva.

Métodos: Análise descritiva dos dados da pesquisa da Rede Cegonha. Levantamento da literatura científica a partir de uma pesquisa nos bancos de dados Scielo, análise de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e livros e teses sobre violência na atenção obstétrica. Utilização de indicadores de violência institucional na atenção obstétrica para análise das perguntas do questionário da Pesquisa da Rede Cegonha e agrupamento nas categorizações existentes.

Resultados: Identificou-se o perfil sociodemográfico das mulheres sendo a maioria parda; da faixa-etária de 20 a 34 anos; com ensino médio completo; casadas ou em união estável; com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos; a maioria das mulheres realizaram o seu pré-natal no SUS; receberam o cartão gestante; a maioria não teve direito ao acompanhante; percebeu-se claramente a peregrinação para conseguir realizar o parto; parte significativa não teve contato pele a pele com seu bebê após o parto, principalmente mulheres que passaram por cesárea; a maioria das mulheres deu notas superiores a 07 para o atendimento numa escala de 0 a 10; a maioria não esperou mais que 30 minutos para ser atendida na unidade de saúde assim que chegou; possuem elementos de violência pouco mais de 12% das mulheres entrevistadas e apresentam registros com distribuição variada para o tipo de agressão que sofreu,. **Conclusão:** A partir dos resultados desse estudo conclui-se que os indicadores utilizados para evidenciar a existência da violência institucional na atenção obstétrica mostraram-se positivamente associáveis à algumas respostas dos dados da pesquisa da Rede Cegonha para avaliação da violência obstétrica. O tema nos leva a refletir sobre a necessidade de reconhecimento da existência dessa violência para que se possa enfrenta-la, bem como, a necessidade da apresentação por parte dos entes federados para os níveis de sistema e de serviço recomendações constantes para cumprimento dos preceitos da política de humanização, formações continuadas para a rede de profissionais e gestores, a fim de difundir conhecimentos sobre as normas e diretrizes recomendadas pela OMS; apoiar e fomentar debates com a sociedade civil para que ela possa reconhecer as práticas que não refletem no “des”cuidado. Difusão de boas-práticas e a definição de normativos legais específicos que promovam uma mudança dessas condutas institucionalizadas e que também punam as violações de direitos decorrentes desse tipo de violência.

Palavras-chave: Violência institucional. Violência contra a mulher. Violência na atenção obstétrica. Saúde da mulher. Humanização. Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Violence in obstetric care has been shown throughout history as a process that pervades various fields of public health with negative reaches for women especially those who give birth in the SUS. The historical survey of humanization theme makes you realize the relevance of curbing and facing up 'careless' practices with women in the SUS. The Rede Cegonha's Research comes with a significant purpose of implementation of a new institutional culture in the SUS, the active listening provided by SUS General Ombudsman, its data sources are necessary in the study field of public health. **Methods:** Description of research data of Rede Cegonha. Survey of scientific literature from a research on the data banks of Scielo, articles analysis that were in the references of indexed sources and books and theses on violence in obstetric care. Use of institutional violence indicators in obstetric care to analyze the questions in the questionnaire of the Rede Cegonha's Research and grouping the existing categorization. **Results:** It was identified the socio-demographic profile with the majority of black women; the age group 20-34 years; with complete secondary education; married or in a stable relationship; with a family income between 1 and 2 minimum wages; most women held their prenatal care in the SUS; They received prenatal care; most had no right to have a escort; clearly perceived the pilgrimage to accomplish delivery; significant part had no skin contact with their babies after delivery, especially women who have had cesarean section; most women gave more than 07 as a grade to the service (on a scale from 0 to 10); most of them did not wait more than 30 minutes to be served at the clinic as they arrived; over just 10% of women that were interviewed have elements of violence and showed records with varied distribution for the type of aggression. **Conclusion:** From the results of this study it is concluded that the indicators used to demonstrate the existence of institutional violence in obstetric care showed up positively assignable answers to some of the research data of the Rede Cegonha to evaluate the obstetric violence. The theme leads to reflect and address our views on the need for recognition of the existence of this violence so that we can face it in as well, the need for presentation by the federal entities for system and service levels the recommendations for compliance with the principles of humanization of politics, continuing education for professionals and managers networks, in order to spread knowledge of the rules and guidelines recommended by WHO; supporting and promoting debates with civil society so that it can recognize the practices that do not reflect the "carelessness". Dissemination of good practices and the definition of specific legal regulations that promote a change of these institutionalized behavior and also punish rights violations resulting from this type of violence.

Keywords: Institutional violence. Violence against women. Violence in obstetric. Women's health. Humanization. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas na pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013.....	62
Tabela 2 – Distribuição geográfica das mulheres entrevistadas na pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013.....	63
Tabela 3 - Descrição da atenção ao pré-natal recebida pelas mulheres, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013	66
Tabela 4 – Dimensões da violência na atenção obstétrica no sistema de saúde e nos serviços de saúde, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013.....	68
Tabela 5 – Distribuição tipo do parto x Bebê Colocado no Colo, Pesquisa da Rede Cegonha,.....	71
Tabela 6 – Atenção respeitosa por idade e raça/cor. Pesquisa da Rede Cegonha. Brasil, 2012-2013.	72
Tabela 7– Situações por tipo de agressões por idade e raça/cor, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFAR	Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CLAP	Centro Latino-Americano de Perinatologia
CPN	Centro de Parto Normal
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DFID	Departamento para o Desenvolvimento do Reino Unido
ENCA	European Network of Childbirth Associations
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JICA	Agência Internacional Collaborative do Japão
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PRC	Pesquisa Rede Cegonha
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PL	Projeto de Lei
PNHP	Plano Nacional de Humanização do Parto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ReHuNa	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIHD	Sistema de Internação Hospitalar Descentralizada
SNJ	Secretaria Nacional de Juventude

SUS	Sistema Único de Saúde
UNB	Universidade de Brasília
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VI	Violência Interpessoal
VPF	Violência Profissional Física
VPN	Violência Profissional por Negligência
VPV	Violência Profissional Verbal
VSer	Violência do Serviço
VSis	Violência do Sistema

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	28
4.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA	28
4.1.1 Dimensões da violência contra a mulher na saúde pública no âmbito da assistência ao parto	28
4.1.2 A Rede Cegonha.....	35
4.1.3 A categorização proposta para a violência na atenção obstétrica	37
5 MÉTODOS E METODOLOGIA	40
5.1 AMOSTRA.....	40
5.2 QUESTIONÁRIO E A ESCOLHA DAS PERGUNTAS	41
5.3 DESENHO DO ESTUDO E MÉTODO DE DESCRIÇÃO DOS DADOS.....	42
5.4 METODOLOGIA.....	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA.....	46
6.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS: CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA E ASSOCIAÇÃO ASSOCIAÇÕES AOS INDICADORES NA PESQUISA DA REDE CEGONHA (VSIS – VSER – VP).....	58
6.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: DADOS DA PESQUISA DA REDE CEGONHA E A CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA	61
6.4 ASPECTOS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO: A HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA.....	74

6.5 LEIS, PROJETOS DE LEIS, DECRETOS E PORTARIAS.....	78
6.6 A VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NA PESQUISA DA REDE CEGONHA: DISCUSSÃO SOBRE O TEMA:	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	102
ANEXO A – Requerimentos e autorização para utilização de Banco de Dados ..	113
ANEXO B – Declaração de utilização de base de dados secundários	115
ANEXO C – Comprovante de Submissão de Artigo/Publicações	116
ANEXO D – Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações Eletrônicas (TDE) na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) .	117
ANEXO E – Modelo do Questionário da Pesquisa da Rede Cegonha 2012-2013	118

APRESENTAÇÃO

Em 2004, experimentei o momento da gravidez, Luísa estava sendo gestada. No momento de início do pré-natal me encorajei a encarar os principais caminhos e desafios para parir naturalmente, sem intervenções e sem qualquer tipo de processo cirúrgico. Digo encorajar-me, pois me vi diversas vezes sobre as dúvidas e incertezas trazidas e induzidas por familiares, amigos e até alguns obstetras no momento da escolha e do planejamento do nosso parto, “nosso”, porque o parto mesmo sendo planejado por mim era mais da Luísa do que meu, era o caminho que percorreríamos juntas que a traria à vida com segurança. Logo no decorrer do pré-natal percebi o distanciamento na conversa com a médica obstetra sobre assunto do tipo de parto ao qual desejava ter. Em 2005, vinha Luísa, dali nascia uma mãe e uma filha, ela nascida de cirurgia cesárea, previamente agendada; o primeiro contato somente ocorreu após doze horas da cirurgia e a indicação do tipo de parto se deu, não muito diferente de outras ocorrências, por tratar-se de placenta “madura” ou placenta em grau três.

Ao longo dos anos, se repetiam os casos próximos em que mulheres, amigas, primas, tias entre outras muitas que optaram até mesmo sem indicação clínica pelo parto cesárea, marcando previamente o momento de nascimento de seus filhos, não foram permitidas ou não se permitiram vivenciar o prazer ou a dor do parto natural/normal.

Em 2011, tive a oportunidade de estar como Coordenadora-Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (SUS), nesse ano o SUS adotou uma nova cultura de trabalho e acolhimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, assim criou-se o Projeto Ouvidoria Ativa com o intuito de avaliar e monitorar a satisfação dos usuários do SUS na qualidade de sua assistência, visando subsidiar a tomada de decisão dos gestores envolvidos quanto à implementação e definição da política pública de saúde.

O Núcleo de Pesquisa e Processamento de Demandas foi criado no âmbito da Coordenação Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas da Ouvidoria que passou a elaborar e aplicar pesquisas com a população em geral, a fim de avaliar

algumas políticas públicas, bem como avaliar a satisfação dos usuários do SUS com os serviços prestados na rede pública.

Com a criação do programa da Rede Cegonha, a Ouvidoria Geral do SUS, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, o questionário de pesquisa da Rede Cegonha. Ao tempo em que se desenvolvia no Ministério da Saúde a pesquisa da Rede Cegonha, os anos seguintes passaram a abordar o tema da violência na atenção obstétrica com mais intensidade. O resultado da pesquisa da Fundação Perseu Abramo, nos trouxe os dados de que uma em cada quatro mulheres haviam sofrido algum tipo de violência durante o parto.

Não somente as pesquisas acadêmicas nos tocam sobre esse assunto, o movimento de mulheres que lutam pelo direito ao parto seguro e humanizado cresce em todo mundo. Ao longo dessa dissertação, procurei expor outras fontes de pesquisa como filmes, matérias de revistas impressas, eletrônicas e jornais, ensaios fotográficos, importantes no processo identificação da violência na assistência obstétrica.

O filme “O Renascimento do Parto” despertou-me para a compreensão das motivações que resultam no atual processo de parto, que se demonstra muitas vezes em um caminho sofrido, doloroso e cheio de incertezas, até mesmo quando decorre um nascimento por parto normal podem acontecer excessos de intervenções médicas e hospitalares, com comprometimento da saúde das mães e dos bebês, causando sequelas físicas e psicológicas.

Outo fato que me chamou a atenção foi o envolvimento dos movimentos de mulheres e das organizações públicas para tentar reverter o quadro de violência vivida pelas mulheres que carregam as marcas deixadas pela violência e também do processo adotado no modelo de assistência vigente.

Por aí caminhamos com o projeto, no intuito de provocar reflexões e buscar analisar, dentro do universo geral da Pesquisa da Rede Cegonha, a existência da violência na atenção obstétrica.

No decorrer da vivência acadêmica e de pesquisa constatamos a ausência das garantias de uma atenção ao parto digna, humanizada, preventiva e também reparadora de danos. A atenção dos serviços de saúde mais focada e baseada em evidências científicas poderiam contribuir para a diminuição da intensidade das

ocorrências dos atos praticados no momento do parto, como por exemplo: a ausência de garantia ao acompanhante de livre escolha para acompanhar a mulher no momento do parto que pode contribuir para inibir situações ou evitar situações de violência, tais como: gritos e xingamentos; episiotomia sem consentimento (dada sua natureza cirúrgica); manobra de Kristeller; práticas de aceleração do parto como aplicação de ocitocina sem esclarecimento ou solicitação da parturiente, o rompimento das membranas que envolvem o feto; a não alimentação durante ou jejum durante todo o trabalho de parto; não acesso a procedimentos não medicamentosos para o alívio a dor, além de garantir apoio emocional a mulher.

A violência na atenção obstétrica vem ocorrendo em diversos espaços, apontando para uma responsabilização direta do serviço de saúde, do sistema de saúde e das relações interpessoais entre a equipe de saúde e às mulheres que buscam suporte e atendimento na rede.

Mostrar os dados da pesquisa da Rede Cegonha é uma forma de contribuir para a reflexão acadêmica de questões que se reproduzem ao longo tempo e que acontecem pelo descumprimento das garantias dos direitos fundamentais, individuais e coletivos das mulheres. Esse tipo de violência poderá confrontar-se com o desrespeito aos marcos legais e acordos de direitos humanos, e para além das questões legais, aumentam e se intensificam as desigualdades de gênero. Nossa expectativa é poder provocar a reflexão crítica do tema ao tempo em que possamos discutir dados importantes produzidos pela Ouvidoria do SUS.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, realizada no parto tem sido identificada à partir dos processos de dor e sofrimento vivenciado pelas mulheres que dão à luz no âmbito da assistência à saúde, perpassando campos diversos da atenção à saúde materna, no Brasil e no mundo.

Segundo Tesser et al. (2015), no Brasil a violência na atenção obstétrica é alta e muitas mulheres relatam terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto. Além do excesso de intervenções desnecessárias, como venóclise¹, ocitocina de rotina², episiotomia³ e privação de uma assistência baseada em boas práticas, tais como parto em posição vertical, impossibilidade de se alimentar e de se movimentar durante o trabalho de parto e presença de um acompanhante destaca-se o excesso crônico de cesarianas (55,6% do total de nascimentos). Para o autor, para a garantia à saúde materna e perinatal a prática da prevenção quaternária é indissociável do cuidado baseado em evidências científicas, da humanização do parto e do combate à VO, que deve ser encarada como questão prioritária, podendo até representar a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde.

A pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2013, apontou que 1 em cada 4 mulheres já sofreram algum tipo de violência na atenção obstétrica. A pesquisa mostra um cenário bastante crítico para o sistema de saúde pública brasileira, pois as

¹ **Venóclise.** É um método utilizado pela enfermagem para infundir grande volume de líquidos dentro das veias, com o objetivo de administrar medicamentos, manter e repor reservas orgânicas de água, eletrólitos e nutrientes, restaurar equilíbrio acidobásico, restabelecer o volume sanguíneo no caso da obstetria muitas vezes pode ser considerado para o momento do parto desnecessário. Pode diminuir a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito, aumenta o desconforto e a solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal.

² **Ocitocina.** É um hormônio produzido pelo hipotálamo e é armazenado na neuro-hipófise posterior (Neurohipófise) tendo como função: promover as contrações musculares uterinas; durante o parto pode ser usado para estimular as contrações; o uso indiscriminado da ocitocina pode levar ao aumento da atividade uterina com consequente hipóxia fetal. Ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural.

³ **Episiotomia.** É uma incisão cirúrgica efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus); aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Seu uso rotineiro vir sendo constantemente desestimulado.

entrevistadas relataram ter sofrido, na hora do parto, algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades, no atendimento durante o pré-natal ou no momento do parto. As mulheres informaram ao menos uma dentre dez modalidades de violência apresentada – com destaque para exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%). (VENTURI; GODINHO, 2013).

A referida pesquisa identificou, em especial, as violências institucionais e elencaram as seguintes como principais: pedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência; tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva; não empática, grosseira, com zombeteira, ou de qualquer forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos; submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, submeter a mulher a mais de um exame de toque, especialmente por mais de um profissional, dar hormônios para tornar o parto mais rápido, fazer episiotomia sem consentimento) (VENTURI; GODINHO, 2013).

A violência no âmbito da assistência ao parto é apontada como decorrente, também, da mudança cultural, social e universal do modelo de assistência e atenção obstétrica que vivenciada ao final do século XIX decorrentes do final da segunda guerra mundial ocasionando a mudança do modelo de assistência resultando em diversos problemas que veremos no histórico do tema descrito em nossos resultados. (BALASKAS, 1996).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil conseguiu cumprir algumas metas estipuladas no quinto objetivo de desenvolvimento do milênio, como a redução da mortalidade infantil, problemas significativos e graves no acesso aos serviços de saúde e à qualidade da atenção a partos e nascimentos. Entretanto, ainda se mostram presentes, necessitando de um olhar e atitudes para superar as dificuldades. Mesmo diante da redução nas taxas de mortalidade materna, entre os anos de 1990 e 2010, do aumento da cobertura pré-natal e da atenção ao parto por profissionais habilitados ainda não parece ser possível reduzir a mortalidade materna

conforme meta estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU) (MORSE et al., 2011).

Diante do cenário da assistência à saúde materna e infantil e das metas definidas pela Organização das Nações Unidas, a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a Ouvidora-geral do Ministério da Saúde conjuntamente à Coordenação Geral da Saúde das Mulheres, em 2012 e 2013, realizou pesquisa a fim de avaliar a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e puerpério das mulheres que realizaram seus partos no SUS. A pesquisa foi realizada visando monitorar os parâmetros de atenção à saúde materna-infantil estipulada pela Portaria nº 1.459/201, que cria a Rede Cegonha. Além disso, a pesquisa propôs uma avaliação sobre o sistema de atenção à saúde da mulher, os serviços e também buscou verificar a existência de possíveis violências no âmbito das relações interpessoais das mulheres com as equipes de saúde.

A violência contra a mulher na atenção obstétrica, é compreendida como a violência institucional, estrutural, simbólica e/ou cultural resultante dos processos vinculados à cultura do descuido e abuso vivenciado pelas mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto. Esses abusos podem interferir na atenção à saúde materna, na execução dos serviços necessários da atenção à saúde e, portanto, podem comprometer o processo de parto, ocasionando prejuízos à saúde integral da parturiente e de seu bebê. (JUÁREZ et al., 2012; SOUZA, 2014; ANDRADE; AGGIO, 2014)

É compreendida, também, como violação aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. Essa violência pode ser exercida por qualquer atitude dos profissionais de saúde nos processos reprodutivos, através de uma atenção desumanizada, com abuso de utilização de ações intervencionistas, alta medicalização e que transformem em patologia, os processos naturais e fisiológicos do parto. (JUÁREZ et al., 2012).

Ao utilizarmos a pesquisa da Rede Cegonha para verificar a existência de possível violência experimentada pelas entrevistadas, sentimos a necessidade de categorizar as diversas violências.

Com esse estudo espera-se contribuir no âmbito acadêmico no debate sobre o tema e em possíveis mudanças de atitudes na assistência à saúde materna que possa resultar e corroborando com o fortalecimento e a aplicação da política de humanização ao parto e nascimento. O campo de discussão sobre a violência obstétrica perpassa a academia, a sociedade civil, o governo, as instituições não-governamentais de uma forma geral, assim como sugere um campo interdisciplinar de discussão.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Parada e Torrete (2008), outras dimensões da avaliação da qualidade do cuidado a partos e nascimentos não têm sido privilegiadas, por exemplo, aqueles relacionados às questões de gênero sobre o cuidado em especial à saúde no ciclo gravídico-puerperal.

Para Caniato (2008), os aspectos de violência mostram que do ponto de vista da naturalização da violência há uma proibição “natural” às vítimas para reagir aos agravos sofridos. As mulheres acabam por conter sua agressividade protetora (ligada à preservação da vida) e submete-se à violência daqueles a quem a sociedade permitiu violentá-lo, por isso, muitas vezes, não se manifestam. Faz parte da definição das estruturas hierarquizadas da sociedade, essa naturalização da violência.

Um exemplo desta violência está relacionado a alteração do processo natural de um parto de baixo risco, utilizando técnicas de aceleração do parto sem obter o consentimento prévio, voluntário, expresso e informado da mulher. Outro exemplo é o impedimento à mulher a ter contato imediato com o seu bebê sem justificativa médica, prejudicando a amamentação e a vinculação. As mulheres muitas vezes desconhecem os procedimentos ao qual serão submetidas no momento do parto. Se não são informadas e se as rotinas são incorporadas como tais não haverá como se manifestarem, pois, a violência passa a fazer parte das rotinas do parto e dificilmente as mulheres saberão que estão sofrendo violência (SOUZA, 2014).

Para Souza (2014) a violência na atenção obstétrica é definida como violência institucional apoiada nas definições de Dalberg et al. (2007), em que a violência pode ser um resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais como também de aspectos econômicos, geográficos e culturais relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, além dos poucos recursos e baixa qualidade dos serviços especializados são formas de violência estrutural, que se encontram conectados aos outros tipos de violência nas instituições de saúde (D'OLIVEIRA et al. 2002).

É possível perceber os aspectos da violência institucional em algumas dimensões e em diversos níveis do sistema de saúde pública: relacionados aos serviços de atenção à saúde, e derivados das relações interpessoais entre equipe e paciente.

Como explica Caniato (2008), dado aspecto natural de não reação à violência, muitas mulheres podem vivenciar o processo de retração e, assim não se manifestam quando ocorre a agressão, violência ou violação dada a condição de vulnerabilidade que se encontra.

Conforme aborda Wolff e Waldow (2008), sobre as violências chamadas consentidas:

Ao longo da história, as mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência. A violência apresenta várias faces, tem-se um tipo de violência bastante comum, que ocorre no cenário das instituições de saúde: uma violência consentida por mulheres em trabalho de parto e parto. São colocados alguns depoimentos que ilustram como ocorre essa violência e como ela é aceita. As atitudes apresentadas pelos profissionais, conforme se verá, foram consideradas desrespeitosas. Todavia, parte dos profissionais de saúde a encaram como normal e parte da rotina. Por outro lado, as mulheres em trabalho de parto e parto não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê. Após finalizado o processo de parturição, tudo é alegria e os maus tratos são, de certa forma, esquecidos. (WOLFF; WALDOW, 2008).

Os autores nos remetem à reflexão de que seriam frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, tanto no SUS quando na saúde suplementar. Segundo a pesquisa, a perspectiva das mulheres sobre o trabalho de parto é trazida como um momento dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência (WOLFF; WALDOW, 2008).

Os estudos em instituições especializadas, apontam o desrespeito e o abuso no parto como causas importantes de sofrimento para a mulher e uma importante barreira

na utilização destes serviços e influenciando a qualidade do cuidado à parturiente. Este aspecto é retratado por diversos autores.

Aguiar e D'Oliveira (2011) apresentam o parto como evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos, que requer assistência hospitalar que considere o parto como processo fisiológico normal que necessita de cuidados e acolhimento. Apesar disto, o parto é, várias vezes, permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores.

Para Bowser e Hill (2010), no relatório “Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth”, sobre a mortalidade materna, publicado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), apresentou dentre as diversas formas de violência no parto a violência como cultura do descuido e abuso durante o parto, aponta também para as ocorrências nas instituições públicas de assistência ao parto de diversos países, dentre ele o Brasil.

Para D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), apontam que parte dos problemas da morbidade e mortalidade materna no parto reside na violência cometida por agentes de saúde nos serviços de atenção ao parto ou em casos de aborto. Essa violência afeta o acesso aos serviços de saúde, o respeito e cuidado, a qualidade e a eficácia do atendimento. Este abuso é aprendido durante o treinamento e reforçados nas unidades de saúde como meio de controlar as pacientes. O abuso ocorre principalmente em situações em que a legitimidade dos serviços de saúde é questionável abuso violento por médicos e enfermeiros, como negligência, agressões verbais, físicas e abuso sexual.

Para Pérez D'Gregorio (2010), além de corroborar com a compreensão dos demais autores, apresenta que a realização da cesariana sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher, quando o parto natural é possível, também se configura como violência. A apropriação dos processos do corpo e dos aspectos reprodutivos das mulheres, por profissionais de saúde, é considerado pelo autor como *“contrário à boa prática obstétrica, tendo em vista que a medicação só deve ser utilizada quando for indicada e os processos naturais devem ser respeitados, e os*

procedimentos cirúrgicos devem ser realizados apenas quando a indicação seguinte medicina baseada em evidências".

O modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento é em grande maioria intervencionista e o parto e nascimento como eventos eminentemente médicos e que penaliza a mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, resultando em taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos como apontam Dias e Domingues (2005).

São frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, inclusive no SUS, segundo Diniz (2009). Para a autora as mulheres descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor. Apontando para aspectos da violência institucional em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência. Para ela:

Os abusos verbais voltados para a humilhação sexual do tipo "quando você fez você gostou", são uma constante nos estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda. (DINIZ 209)

A maioria dos casos de violência no âmbito da atenção à saúde para Gomes, Nations e Luz (2008), são acontecimentos que significam "desprezo" e "humilhação" (Sic). Apontam em seu estudo que:

Transformar o ambiente hospitalar num espaço favorável ao bem-estar das pessoas exige muito além de uma reforma física (nova decoração, áreas de lazer, cores variadas nas paredes). É necessária uma mudança de estrutura profunda da instituição: atuando nos determinantes sociais que produzem as iniquidades em saúde, nas relações internas de poder e saber e no modelo gerencial opressivo e discriminatório; estabelecendo uma prática profissional crítica e reflexiva do agir cotidiano, pautada na democracia e numa ética humana do cuidado que dignifica o ser humano. (GOMES; NATIONS; LUZ; 2008)

Hotmsky et al. (2002) apresenta essa violência de outra maneira, à partir do desejo das mulheres que utilizam os serviços, descritos pela autora, como pertencente a um sistema de saúde, em meio a uma cultura médica que transformou o parto e o

nascimento, de eventos fisiológicos, em patológicos, e que privilegia o uso de equipamentos sofisticados à adoção das tecnologias apropriadas à assistência perinatal.

Esses desejos de acolhida, poder demandar o serviço, poder fazer perguntas e obter respostas – isso durante a gestação, no acompanhamento pré-natal e durante o parto; obter a vaga; ser respeitada, ter espaço para sua dor e vulnerabilidade, poder gritar se o desejar; ter assistência de boa qualidade, com acesso disponível à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades e, finalmente, poder compartilhar com os profissionais os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto são os desejos que apontam para a existência de um modelo de desrespeito e descuidado.

A Carta de Campinas, publicada pela Rede de Humanização do Parto e Nascimento, denuncia as *“circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento”* (ReHuNa, 1993).

Considerando as violações de direitos humanos vivenciadas por diversas mulheres no Brasil e no mundo, em especial aquelas que sofrem abusos e desrespeitos na atenção obstétrica, optamos por analisar a Pesquisa da Rede Cegonha a partir das categorias de violência institucional na atenção obstétrica. As categorias propostas por Souza (2014), relacionadas ao sistema de saúde, serviços de saúde e oriundas das relações interpessoais da equipe de saúde, poderão contribuir na verificação das diversas violências.

A ONU, desde 1999 proclamou o dia 25 de novembro como o dia Internacional da Eliminação da Violência contra as Mulheres dada a expressividade das ocorrências em todo o mundo. Demonstrando a existência da violência contra a mulher e a necessidade de enfrentamento dessa violência.

Considerando que a falta de assistência de qualidade pode resultar em violações de direitos, abusos ou maus-tratos às mulheres na atenção obstétrica, nas instituições pública, podem influenciar nas condições de saúde da mulher.

Consideramos, ainda, que a melhoria das condições de saúde materna é objeto importante para o desenvolvimento social no mundo, pois segundo a Organização das

Nações Unidas este é um dos objetivos principais de desenvolvimento do milênio (ODM), propomos este estudo para gerar informações que contribuam nas mudanças de atitudes nas redes assistência ao parto e saúde integral da mulher e que atendam aos preceitos dos direitos humanos.

Os dados coletados pela pesquisa da Rede Cegonha são o resultado de uma condução ativa do Sistema Único de Saúde em ir ao contato direto com as mulheres, e não apenas esperar chegar suas denúncias e registro de reclamações. Esses dados trazem informações extremamente importantes para a avaliação de mudanças possíveis na qualidade e no acesso ao pré-natal, parto e pós-parto, para que se apontem novos rumos e se fortaleça a humanização ao parto e a medicina baseada em evidência.

Os estudos sobre o tema da violência na atenção obstétrica no Brasil ainda são recentes, com poucas publicações sobre o tema por conta da forma diversificada que é promovida e vivenciada, bem como os diversos atores envolvidos (sistema, serviço, profissionais de saúde e sociedade) e os temas transversais necessários ao aprofundamento das pesquisas na junção do tema violência e saúde. Estudar a violência nesse campo é compreender o “mosaico” formado pelas diversas circunstâncias que a envolve.

Este estudo pode se justificar dada à relevância que o tema tem para a saúde pública e que vem se demonstrando ao longo dos últimos anos conforme apontamos no histórico.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar os dados obtidos pela pesquisa da Rede Cegonha, realizada pela ouvidoria ativa do Ministério da Saúde, referentes à violência na atenção obstétrica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil das mulheres estudadas na pesquisa da Rede Cegonha;
- b) Realizar estudo sobre a existência categorizações da violência na atenção obstétrica.
- c) Categorizar os resultados das ocorrências de violência apontados pelos dados da Pesquisa da Rede Cegonha
- d) Analisar os resultados da pesquisa aplicados à categorização da violência na atenção obstétrica.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

4.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Para aprofundarmos nossas análises sobre a violência, será necessário, no primeiro momento, explicitarmos como a compreendemos e sobretudo, sua relação com a saúde e a violação dos direitos humanos.

4.1.1 Dimensões da violência contra a mulher na saúde pública no âmbito da assistência ao parto

A violência contra a mulher tem gerado debates extensivos e tensionados, ora abordado como questão de saúde e ora como um fenômeno sociocultural mais afastado do campo da saúde.

Partindo do conceito de violência, analisado por Minayo e Souza (1998), compreendemos a violência no âmbito da saúde pública como dimensão das relações humanas. Atrelando a relação social que se estabelece às práticas de saúde utilizadas, suas consequências podem resultar em violações dos direitos humanos dos indivíduos. Essa violência possui formas peculiares que refletem diretamente nas questões da construção social. É um tema que expressa complexidade, faz parte das ações humanas de classes, grupos, indivíduos ou nações e podem resultar na morte de outros seres humanos ou causar danos a sua integridade física, moral, mental e espiritual (MINAYO; SOUZA, 1998).

Segundo Minayo (1994), a violência é tida como estrutural na medida em que se manifesta a partir das estruturas organizadas e institucionalizadas da família, dos sistemas econômicos, culturais e políticos que oprimem grupos, classes, nações e indivíduos, tornando-os mais vulneráveis socialmente. Estando complexamente ligados a uma violência simbólica e naturalizada a partir da lógica de construção da sociedade e suas estruturas iniciam-se como marco à violência do comportamento. A violência

também pode ser resultado da resistência, ou seja, grupos diferentes respondem e expõem de diversos modos e formas a violência recebida pela opressão.

O papel dos movimentos sociais pela democratização, nos estudos de Minayo (2006), foram os principais responsáveis pela entrada do tema da violência na agenda de discussão no campo da saúde, visto que “as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública” (MINAYO, 2006).

A violência é apontada por Schraiber e D’Oliveira (1999) como sendo o resultado da aceitação cultural que produz e é produzida pela banalização e naturalização da violência em síntese complementar. É apontada também como o resultado de uma cultura de violência existente e aceita pela sociedade.

Para D’Alberg e Krug (2007), a violência permeia as relações, sendo ela o resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais.

A violência de gênero se caracteriza e é marcada pela invisibilidade e está atrelada às questões de desigualdade de poder e a dominação. É considerada por alguns autores como a violência física, psicológica e sexual contra a mulher e é manifestada pelas relações de poder instituídas, histórica e culturalmente desiguais entre homens e mulheres. A violência também é retratada de forma complementar como relação assimétrica hierarquizada que tem a finalidade de oprimir, explorar e dominar a mulher por sua condição de gênero (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008).

Segundo Louro (1996), “gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino”. O autor reforça essa construção fazendo alusão a somatização das relações de dominação, nesse caso os corpos das mulheres, que são vistas na condição de pessoas dominadas, seria assim seus corpos “*espaços que incitam o poder*”.

A violência contra a mulher é apontada pela Convenção de Belém do Pará como sendo “[...] o ato ou a conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou

sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA, 1995; COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER; 1996).

A violência contra a mulher é um tipo de violência de gênero que se configura pela dominação e violação da mulher em sua condição e vem sendo retratada de diversas maneiras.

No cenário da saúde pública existem duas abordagens que propõem reflexões mais profundas em torno do tema: uma que busca aprofundar os estudos sobre o acolhimento às mulheres vítimas de violência doméstica ou familiar e das vítimas de violência sexual e psicológica (MINAYO, 1994; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999; SOUZA, 2014); outra que aponta o sistema de saúde e seus atores como polo ativo na figura de agentes dessa violência, o que ocorre nos casos relacionados à violência institucional, em especial a violência na atenção obstétrica que estão atreladas a questões relacionadas ao descuido e desrespeito com as mulheres em trabalho de parto e parto, ou até as violências ocorridas pelas condições: étnico-racial, idade, socioeconômica, sociocultural e questões religiosas (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; DAHLBERG; KRUG, 2006)

Para Wolff e Waldow (2008), as mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência na história. Essa violência pode apresentar diversas faces e no âmbito da saúde os autores citam como sendo acontecimentos comuns nas instituições de saúde e como um tipo de violência consentida pelas mulheres e pelos profissionais de saúde. Para os autores o caminho para inibir as práticas de descuido e/ou violência e, ainda, o consentimento involuntário seriam as informações qualificadas e o necessário esclarecimento sobre os procedimentos e os direitos à assistência ao parto para às mulheres. Além, disso essa violência pode estar associada a procedimentos anteriormente definidos como apropriados. Mesmo que atualmente, já não sejam reconhecidos como boa prática, esses procedimentos podem ainda ser utilizados e considerados atos, rotinas e procedimentos comuns. (WOLFF; WALDOW, 2008).

Para Minayo (1994), Schraiber e d'Oliveira (1999), a abordagem biomédica interfere diretamente no tratamento dado ao termo "violência", pois muitas vezes serve apenas para tratar os danos decorrentes da violência vivenciada pela paciente (danos físicos e psicológicos).

Para Minayo (1994), as causas da violência não são abordadas nem percebidas como problema de saúde, são tratadas a partir de suas consequências, decorrentes da situação de violência vivida pelo indivíduo. Ocorrendo a separação da causa e efeito/consequência, desta forma não permitindo o tratamento integral da mulher que sofreu violência, pois a causa da violência se não abordada e não tratada passa despercebida no âmbito da assistência, é desconsiderada no tratamento. Outra maneira de se tratar o tema da violência surge através da atuação dos profissionais de saúde, que ocorre isoladamente, de maneira voluntária de forma pessoal, através de uma postura de identificação, solidariedade ou penalização diante do quadro de violência, agindo em um contexto isolado e não profissional. A produção do conhecimento distante e as vezes até divergente da prática na rotina do cuidado dada a baixa evidência científica, também se torna exemplo de como é tratado o termo "violência" no campo da saúde (MINAYO, 1994; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Porém, os estudos sobre a condição da mulher no trabalho de parto e no momento do parto, bem como a assistência dos serviços de saúde e das equipes de saúde, já apontados na década de 1990, demonstram claros maus-tratos vividos pelas mulheres em situação de parto. A informação decorrente da atuação de ativistas pela humanização demonstra que o modelo de atenção ao nascimento e parto era inadequado, com excesso de intervenções e com desrespeito aos direitos da mulher (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; REHUNA, 1993).

Para Dias e Deslandes (2006), dentre as principais expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto estão: a possibilidade de participação ativa nesses momentos, o autocontrole (durante as contrações) e o controle da situação, além de conhecer o profissional que vai atendê-la, ter segurança acerca do apoio que receberá deste profissional e a expectativa de contar com um acompanhante.

Assim, a violência contra a mulher apresenta-se em diversas, complementares e distintas expressões e uma delas tem sido muito presente: a violência obstétrica (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Concordamos com Juárez et al. (2012) quando define violência na atenção obstétrica como violência exercida por qualquer ato dos profissionais da saúde nos processos reprodutivos da mulher que possam interferir no domínio do seu corpo, demonstrado através de uma atenção desumanizada, com abuso de utilização de ações intervencionistas, com alta medicalização e transformação patológica dos processos naturais fisiológicos do parto (JUÁREZ et al., 2012).

A OMS aponta, sobre a interferência da equipe de saúde no momento do parto, que o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário.

A ONU, durante a Cúpula do Milênio da ONU, em 2000, adotou como um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), “*Melhorar a saúde materna*”, tendo como meta inicial, a redução em três quartos, da Razão de Mortalidade Materna (RMM) – número de mortes maternas em 100.000 nascidos vivos – entre 1990 e 2015 (SOARES; SCHOR; TAVARES, 2008).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) infere as causas mais frequentes dos óbitos maternos citando a hipertensão, hemorragias, aborto inseguro e infecção puerperal (período de até 42 dias após o parto) e a violência contra a mulher como fator de risco da morte materna (OPAS/OMS, 2011).

Porém, de acordo com o Plano de Ação do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, cerca de 95% da mortalidade materna na América Latina e Caribe poderia ser evitada com os conhecimentos que os países possuem.

Entre os anos de 1990 a 2011, quantitativamente o Brasil reduziu em 55% a taxa de óbitos das gestantes, ou seja, a taxa caiu de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos em duas décadas. Isso reflete um avanço, segundo dados do 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, lançado em Brasília, em maio de 2014, na Arena da Participação Social. A média de redução no Brasil é considerada maior do

que as médias da América Latina e do mundo, cujas reduções foram de apenas 45%. Apesar desses apontamentos, a meta da OMS é de redução em 75% da mortalidade materna, até 2015, ou seja, para o fim deste ano o Brasil precisaria atingir a taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos, mas até momento parece não ter havido redução suficiente para atingir-se a meta do ODM, na diminuição da mortalidade materna e ainda, não estão apontadas as causas específicas ou única.

Sobre a perspectiva de melhoria nos resultados da assistência, o exemplo do atual modelo de universalização do SUS aponta 98% de partos hospitalares e mesmo com o aumento significativo da cobertura de pré-natal ainda se considerada baixa a redução da mortalidade materna (LEAL et al., 2014).

Em decorrência dos dados apontados, conforme Morse et al. (2011), estudos buscam identificar a causa da mortalidade materna, porém, existe um descompasso entre a relevância do tema da mortalidade materna como problema de saúde pública e a quantidade de produções científicas. No Brasil, os estudos publicados estão concentrados na Região Sudeste e são, em sua maioria, descritivos, com identificação de causas básicas, avançando pouco na investigação dos determinantes dos óbitos maternos.

A violência na atenção obstétrica aparece caracterizada pelas seguintes possibilidades: negligência, agressões verbais (através de uso de jargões pejorativos) ou físicas (cuidado não consentido ou mutilação física), psicológicas (a mulher como adjuvante de seu parto, nesse campo em especial o estudo de Souza (2014), aponta a associação da depressão pós-parto com a violência vivenciada pela paciente) essas associadas à relação interpessoal entre equipe e profissionais de saúde com as mulheres.

Além dessa relação direta da violência, a má qualidade do atendimento, as restrições de acompanhante no parto, o abandono, as práticas e rotinas padronizadas não baseadas em evidências científicas, as relações hierarquizadas como cultura de atendimento do serviço, a morosidade no atendimento, organização precária do trabalho, também figuram a violência no âmbito do serviço, que pode ir além do momento de vivência da violência praticada (JUÁREZ et al., 2012; SOUZA, 2014).

As características do não-cuidado ou do descuidado, é a cultura do (des)serviço de atenção à saúde da mulher institucionalizada e é demonstrada também pela negação de informações, cuidado sem privacidade, cuidado não confidencial, uso inadequado e abuso do uso de tecnologias com intervenções desnecessárias, o cuidado não-digno como forma de despersonalizar o protagonismo do parto, atos, palavras, costumes e práticas institucionalizados (SOUZA, 2014).

Na dimensão social as questões de gênero, dominação e iniquidades, com discriminações de raça, cor ou classe social, a omissão do Estado, a violência estrutural e a cultura da banalização da violência, a violência simbólica, dificuldades da mulher em ter de forma acessível informações, são questões que permeiam e contribuem com a massificação da violência.

A violência na atenção obstétrica é percebida através do poder simbólico sofrido pelas mulheres, realizado por pressão e aceito através do reconhecimento e da obediência. Percebe-se que essa é a forma mais propícia da ocorrência dessa violência e muitas vezes acabam por disfarçar as reais intenções e relações de poder desiguais vigente, transformando-as em aceitáveis, tanto para a mulher que poderá sofrer a violência quanto para a equipe de saúde, se configurando uma relação entre dominante e dominado (BOURDIEU, 1989; PEREIRA, 2000).

Essa violência, ocorrida na atenção obstétrica, caracteriza-se, também, como uma imposição cultural à mulher contida na rotina de trabalho de alguns grupos ou equipes de saúde ou no despreparo do sistema e serviços que tentam a partir dessa rotina “facilitar” determinados procedimentos no momento do parto que, por sua vez, acaba não ocorrendo na prática, dada a ausência de evidências científicas que as justifique (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; PEREIRA, 2000).

É, também, uma violência caracterizada como uma violência institucionalizada, ocorrida nos serviços públicos, em especial em maternidade públicas, se configurando na ação ou omissão e no poder abusivo do Estado nesses espaços (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2014b).

As situações de violência na atenção obstétrica são reconhecidas, não pelo termo violência obstétrica, mas está presente na literatura desde o século XIX, e desde lá ameaça a vida de milhões de mulheres no mundo e ações emergentes que

transcorram em mudanças dessa prática são muito urgentes e necessárias (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

É possível observar através do estudo realizado por Souza (2014) que existem categorias que revelam de forma dimensional as questões desse tipo de violência. A autora aponta um quadro de categorizações e subtipos que serão abordados no item seguinte desse estudo. Essas características ensejaram na discussão com os dados do nosso estudo mais a frente.

4.1.2 A Rede Cegonha

A Rede Cegonha, segundo a Portaria 1.459/2011, do Ministério da Saúde constitui-se em uma rede de cuidados materno infantil e traz recomendações para o exercício das boas práticas de atenção ao parto e nascimento incorporou as principais diretrizes de humanização do Plano Nacional de Humanização do Parto (PNHP). Com diretrizes apontadas para o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso às ações de planejamento reprodutivo, vai se somando a possíveis práticas de atenção humanizada. (Ministério da Saúde, 2011d)

A Rede Cegonha tem como princípios:

- a) o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- b) o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- c) a promoção da equidade;
- d) o enfoque de gênero;
- e) a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- f) a participação e a mobilização social; e

g) a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Os objetivos e desafios colocados pela rede são destinados a fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011c).

Mendes (2011) aponta que as redes foram rescentemente adotadas como propostas de suporte às políticas públicas, a fim de superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. (MENDES, 2011)

Segundo Fleury (2007):

As redes de políticas sociais são uma tentativa de criar novas formas de coordenação capazes de atender às necessidades e características do contexto atual em que o poder se apresenta como plural e diversificado. Constitui-se, pois, num instrumento fundamental para a gerência das políticas sociais em contextos democráticos, permitindo a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social. Nesse sentido, as redes transcendem o papel de um mero instrumento gerencial, na medida em que permitem gerar relações baseadas na confiança (capital social) e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas (esfera pública democrática). (FLEURY, 2007, p. 35)

Assim, a Rede Cegonha se propõe a redesenhar a assistência ao parto e nascimento no âmbito do SUS.

Para Cavalcanti et al. (2013), a Rede Cegonha é uma estratégia que visa enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que mudem esse cenário existente no Brasil e as ações dessa estratégia vão além do repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos: elas buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo. Essa iniciativa, segundo a autora:

Convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da "cena", como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente. Fica evidente que há o entendimento por parte dos formuladores da Rede Cegonha de que a mulher deve estar no centro no processo, implicada e vivendo a experiência da gravidez, do parto e da maternidade com segurança. (CAVALCANTI et al., 2013)

Para Martinelli et al. (2014) a avaliação dos parâmetros que compõem a Rede Cegonha permite inferir diretamente a qualidade da assistência pré-natal nos serviços do SUS.

De maneira complementar a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 passou a redefinir as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS visando o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre respectivos incentivos financeiros de investimento e custeio da rede.

4.1.3 A categorização proposta para a violência na atenção obstétrica

A categorização da violência na atenção obstétrica mostra-se necessária e fundamental para construção de futuros indicadores de enfrentamento e tratamento às possíveis práticas de violência contra a mulher no pré-natal, parto e pós-parto. Adotamos a categorização de Souza (2014), por demonstrar-se mais associável aos casos apresentados pelos dados da pesquisa da Rede Cegonha.

A violência na atenção obstétrica como definido no item anterior, na maioria dos casos se efetiva no momento do parto e se pode ser verificada através dos procedimentos que são realizados. Os procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher, em geral no atendimento ao trabalho de parto e principalmente no

parto normal, são: a episiotomia, as intervenções com finalidades “didáticas”⁴, as intervenções de verificação e aceleração do parto, da falta de esclarecimento e consentimento da paciente quanto a procedimentos a serem realizados, a manobra de Kristeller, da restrição de posição para o parto, restrição da escolha do local do parto. Essas características são reconhecidas pelo Dossiê da Violência Obstétrica que demonstram ocorrências no âmbito do sistema de saúde pública e privada, dos serviços e que são executados pelas equipes de saúde responsáveis pela assistência ao parto (SANTOS; SHIMO, 2008a).

Essa violência é definida por Souza (2014), como a violência institucional existente na relação da parturiente com o sistema de saúde, violência na relação da parturiente com o serviço de saúde e violência na relação da parturiente com os profissionais de saúde. Souza (2014), utilizou o modelo conceitual para avaliação de qualidade da assistência ao parto e nascimento proposto por Rattner (2001), em que as interações entre usuários, profissionais, instituições e sociedade influenciam no cuidado.

Utilizamos em nosso estudo as categorias (SOUZA, 2014):

Violência do Serviço (Vser): caracteriza-se pelas desigualdades das relações de poder presentes no espaço social e transferidos para o âmbito hospitalar. É a violência perpetrada pelos próprios serviços de saúde, através da imposição de normas, regras e procedimentos que ignoram a autonomia e a subjetividade das pacientes. É caracterizada por sua invisibilidade, pela aceitação social, consideradas como práticas necessárias a garantir o bem-estar das próprias mulheres, mesmo não havendo evidências científicas que fundamentem tais prática. Podemos perceber essa violência quando o espaço físico da sala de parto fica reduzido e na não permissão da presença do acompanhante da escolha da mulher, no uso inadequado da tecnologia, no cuidado não confidencial, no cuidado não digno, no “des”cuidado.

⁴ **Intervenções com finalidades “didáticas”.** “Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado (por exemplo, o caso do uso rotineiro de exames de toque vaginal repetitivo, por profissionais e residentes), no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Violência do Sistema (Vsis): retratada pela ausência da garantia às mulheres ao acesso às ações e serviços de saúde pelas dificuldades de acesso criadas por conta de aspectos econômicos, geográficos e culturais. Também constituem uma importante falha do sistema de saúde, essa violência é considerada em virtude da existência do desrespeito ao direito de não discriminação e de uma assistência efetiva e resolutiva, com acesso a todos os recursos disponibilizados pelo sistema de saúde e a precariedade dos serviços em saúde reprodutiva

Violência Interpessoal (VI): retrata os abusos cometidos por profissionais de saúde contra as gestantes e as parturientes e têm comprometido seriamente a saúde materna. Apontam-se os seguintes tipos de violência na relação entre parturientes e os profissionais de saúde: a violência física, a verbal, por negligência e a psicológica.

5 MÉTODOS E METODOLOGIA

5.1 AMOSTRA

Este estudo utiliza dados secundários oriundo do banco de dados da Pesquisa da Rede Cegonha, 2012-2013, publicizados, através do Relatório Preliminar de Pesquisa da Rede Cegonha. A pesquisa foi realizada pela Ouvidora-Geral do SUS e disponibilizada pelo Ministério da Saúde em formato de planilhas de extensão Excel, por meio de autorização prévia (ANEXO A).

A Ouvidoria Geral do SUS, responsável por aplicar a pesquisa, realizou as entrevistas por inquérito, através de contato telefônico, no período de 10 de maio de 2012 a 18 de junho de 2013. A Ouvidoria Geral do SUS realizou o contato com todas as mulheres que possuíam números telefônicos registrados na base de dados de registros do Sistema de Internação Hospitalar (SIHD), considerando que do total de mulheres que pariram, 665.571 mulheres possuíam o número do telefone preenchido nos formulários da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O total de 431.629 possuíam números de telefones válidos e foram contatas, ou seja, 65% da população total. 103.905 aceitaram responder o questionário, totalizando aproximadamente 25% do total de números válidos, números válidos são considerados pela Ouvidoria como todos aqueles em que foi tentado contato com a entrevistada e através do mesmo se obteve êxito nas ligações, números inválidos são número na caixa postal, inexistente no momento da ligação, sem possibilidades de receber chamadas, com ausência de numeração ou código DDD e outros. (BRASIL, 2013a). Ao que pese as entrevistas terem sido realizadas no período referido os dados conferidos correspondem às competências de registros das Autorizações de Internação Hospitalar 3, 4, 5 e 6 de 2012.

A população estudada corresponde ao universo de questionários respondidos pelas mulheres que realizaram parto no SUS e foram entrevistadas pela Ouvidoria Geral do SUS.

5.2 QUESTIONÁRIO E A ESCOLHA DAS PERGUNTAS

O instrumento de pesquisa da Rede Cegonha se constituiu em um questionário elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS e Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS, (Anexo D) contemplando 6 perguntas de perfil e 38 perguntas divididas em blocos para avaliar a implementação da Rede Cegonha nos estados brasileiros. O questionário foi estruturado para avaliar a atenção à saúde da mulher no pré-natal, parto, pós-parto e saúde da criança.

Para a escolha das perguntas o nosso estudo levou em consideração as perguntas que apresentaram elementos de violência ou violação de direitos às mulheres relativo aos momentos de pré-natal e parto das mulheres que tiveram seus bebês no SUS. Foram escolhidas as perguntas que mais se aproximaram aos conceitos de violência obstétrica e violência institucional na atenção obstétrica definidas por Souza (2014) e Juárez (2012).

Assim, das 38 perguntas estruturadas foram selecionados o extrato das respostas de 21 perguntas. São elas:

- a) 6 perguntas sobre o perfil das entrevistadas, relativas a: idade; escolaridade; raça/cor; estado civil; renda familiar e representatividade por estado e regiões do Brasil.
- b) 4 perguntas sobre assistência ao pré-natal: **pergunta 5**. “Ao iniciar o pré-natal você recebeu a Caderneta ou Cartão da Gestante?”; **pergunta 6**. “Quantas consultas de pré-natal você realizou pelo SUS?”; **pergunta 7**. “Durante o pré-natal você participou de atividades educativas em grupo pelo SUS?”; **pergunta 9**. “Quais exames você realizou pelo SUS durante o pré-natal?”;
- c) 4 perguntas relacionadas a vinculação ao local do parto: **pergunta 14**. “No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto?” **pergunta 15**. “Você visitou o local onde deveria ter o parto durante a gravidez?” **pergunta 16**. “Você fez parto no serviço de saúde/hospital do SUS que foi indicado?”; derivação da pergunta 16, **pergunta 16.1** “Se a cidadã respondeu não na

pergunta anterior, sondar o porquê (Não achou importante; era longe; não conseguiu vaga; não quis e outros); **pergunta 17.** “Você teve o parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?”;

d) 2 perguntas sobre avaliação no primeiro serviço e tempo de atendimento: **pergunta 21.** “Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10?”; **pergunta 22.** “Quanto tempo (aproximadamente) você esperou para ser atendida?”;

e) 1 perguntas sobre acompanhamento no momento do parto e suas derivações e motivações: **pergunta 24.** “Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto?”; **pergunta 24.1.** “Por quem você foi acompanhada?”; **pergunta 24.2.** “Por que não teve acompanhante?”;

f) 1 pergunta sobre sobre o tipo de parto e 1 sobre a posição do parto: **pergunta 25.** “Qual foi o tipo de parto para ter este filho?”; **pergunta 26.** “Em que posição você teve o parto?”;

g) 1 pergunta relacionada a situação vivenciada no momento do parto: **pergunta 27.1.** “Durante o procedimento do parto realizado pelo SUS, você passou por alguma dessas situações (agressão verbal; agressão física; não foi ouvida/atendida nas suas necessidades; foi mal atendida; outros)”;

h) 1 pergunta sobre vinculação materno-infantil: **pergunta 29.** “A criança foi colocada em seu colo ou no peito para mamar imediatamente após o parto?”;

i) 1 pergunta sobre pagamento indevido relativo ao procedimento do parto: **pergunta 38.** “A senhora pagou algum valor para a realização do parto?”.

5.3 DESENHO DO ESTUDO E MÉTODO DE DESCRIÇÃO DOS DADOS

As descrições dos dados do nosso estudo foram originárias da extração das respostas constantes do banco de dados da pesquisa e do relatório da pesquisa da Rede Cegonha. Analisando os dados dentre as diversas variáveis analíticas dividimos nosso estudo em seis tabelas e realizamos alguns agrupamentos de categorias.

Definimos a primeira tabela à partir dos dados do Perfil Sociodemográfico, consolidamos a análise de perfil dividindo as idades em três faixas-etárias categorias 10 a 19 anos, 20 a 34 anos e 35 anos ou mais, a resposta foi extraída da variável idade no momento do parto informada pela entrevistada na data da entrevista. Para análise quanto a escolaridade foi realizado agrupamento e a soma nas categorias Alfabetizado e Fundamental Incompleto criando a categoria Alfabetizado; Médio Incompleto e Fundamental Completo mantendo a categoria definido como Fundamental Completo; Superior Incompleto e Médio Completo mantendo Médio Completo; mantendo as categorias Não sabe ler/escrever; e Superior Completo. Quanto a raça/cor utilizamos o extrato das respostas de auto declaração Preta, Parda, Branca, Amarela, Indígena e Não Informado. Quanto a classificação pelo estado civil, agrupamos as categorias Casada e União Estável; e Separada e Divorciada preservando as demais categorias. Quanto a categoria renda familiar realizamos o agrupamento das categorias referente a todas as categorias acima de 02 salários mínimos, preservando as demais.

A segunda tabela refere-se a descrição da atenção ao pré-natal recebida pelas mulheres, selecionamos as respostas de quatro perguntas resultantes do extrato das respostas sobre: recebimento do cartão gestante. Relativo ao número de consultas realizadas, realizou-se o agrupamento das categorias 1 a 2 e 3 a 4 consultas, sendo relacionadas como 1 a 4 consultas, as demais categorias foram preservadas. Para a descrição quanto aos exames realizados durante o pré-natal, diante da inúmera quantidade relatada foi realizado filtro no banco para representar os principais exames recomendados pelo Ministério da Saúde. E as respostas derivadas da participação em atividade educativas em grupo no pré-natal;

A tabela 3 foi consolidada para descrever as Dimensões da violência na atenção obstétrica no sistema de saúde e nos serviços de saúde à partir da divisão quanto aos possíveis tipos de violência (Violência do Sistema de Saúde - VSis) e (Violência do Serviço - VSer), utilizamos as perguntas vinculadas a avaliação do serviço referentes ao tipo do parto, posição do parto, acompanhante durante o parto, quais acompanhante e a motivação para as que não tiveram acompanhante e se houve pagamento pelo procedimento do parto. Para a pergunta sobre o tipo de parto agrupamos normal e normal a fórceps, criando a categoria normal. Para a pergunta sobre o tempo médio de

espera agrupamos as categorias de 1 a 2 horas e de 2 a 4 horas, criando a categoria 1 a 4 horas. Para a nota dada quanto ao recebimento a pergunta estruturada avaliava através da atribuição de nota entre 0 e 10, realizou-se a tabulação e agrupou-se as categorias de notas 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7, gerando a categoria de 0 a 7 e as categorias 8, 9 e 10 criando a categoria 8 a 10.

A tabela 4 se refere a distribuição tipo do parto x bebê colocado no colo, sendo o cruzamento de dados realizado entre as respostas sobre o tipo de parto e se o bebê foi colocado no colo da mãe logo após o parto; para essa representação excluimos a categoria não informado da pergunta “O bebê foi colocado no colo logo após o parto?”;

A tabela 5 se refere à atenção respeitosa recebida pela entrevistada durante o parto e as respostas foram representadas nas categorias raça/cor e faixa-etária;

A tabela 6 se refere ao consolidado Tipo de Agressão da pergunta “Você passou por alguma dessas situações? Agressão verbal, física, não foi ouvida, foi mal atendida e outros”. Da mesma forma que a tabela 5 consolidou-se a tabela 6 com a representação nas categorias raça/cor e faixa-etária. As tabulações foram realizadas por meio de uso de tabelas dinâmicas.

5.4 METODOLOGIA

Para realização do estudo utilizou-se a metodologia de análise descritiva dos dados. Foram realizadas as análises a partir dos dados secundários resultante da coleta dos dados da Pesquisa da Rede Cegonha, utilizando levantamento da literatura existente para dialogar com os dados referidos..

Para a coleta de dados a Ouvidora-geral do SUS utilizou a base de dados do questionário estruturado pela Coordenação da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, com 38 perguntas divididas em blocos que avaliaram a atenção ao pré-natal, parto e pós-parto.

A identificação das mulheres no banco de dados ocorre a partir dos códigos liberados pelo SIHD, que é o sistema de informação que armazena dados sobre as

internações hospitalares no âmbito do SUS, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações. Através do SIHD é possível identificar quantas e quais mulheres realizaram parto no SUS durante este período.

O Sistema de AIH é a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviços de saúde no Brasil. No caso, parte dos dados compostos no banco de dados da pesquisa Rede Cegonha são oriundos da base de dados das AIH emitidas. É importante destacar que com o advento da Portaria nº 133, de 23 de fevereiro de 2012, no Art. 1º, tornou obrigatório o preenchimento do campo “Telefone” na tela de identificação do usuário do módulo de captação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SISAIH01), somente por conta desse procedimento foi possível identificar e contatar as mulheres pela Ouvidoria Geral do SUS (BRASIL, 2012).

A pesquisa sobre o tema da violência na atenção obstétrica foi realizada a partir da busca de informações em sites oficiais do governo brasileiro, relatórios, legislações, livros e artigos, utilizando a compreensão na literatura e na ciência das questões que dialogam com os dados obtidos e descritos.

Foi realizado levantamento de artigos no banco de dados Scielo com os seguintes descritores: Humanização do parto; Violência e saúde; Violência institucional no parto; Violência obstétrica.

Dos relatórios institucionais identificados foram utilizados 5 relatórios, sendo 2 sobre violência contra a mulher, 1 sobre o Desenvolvimento do Milênio, 1 sobre violência obstétrica e 1 sobre a Pesquisa da Rede Cegonha.

Além da Constituição Federal de 1988, foram utilizadas 02 Leis Internacionais sobre violência obstétrica para auxiliar na conceituação do tema. Além da Lei 8.080/90 também foram utilizadas outras leis nacionais, sendo 1 sobre vinculação ao local do parto, 1 sobre o direito ao acompanhante de livre escolha, 03 estaduais sobre humanização do parto e nascimento e 1 Projeto de Lei sobre a regulamentação do Parto Humanizado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

O tema da violência na atenção obstétrica surge em decorrência da mudança do modelo de atenção ao parto, em que no século XIX, o processo do parto era facilitado em sua maioria por parteiras, e no século XX, passando a predominar o parto hospitalar. Diante dessa mudança se inicia mais fortemente a discussão sobre o tema da humanização do parto e as violações de direitos humanos que decorrem do modelo hospitalar adotado. (WOLFF; WALDOW, 2008).

Diversas pesquisas apontam como importante causa de acentuação da dor e do sofrimento das mulheres em situação de parto e parto o desrespeito e o abuso no momento do parto, ocorridos em instituições de saúde pública. Esse tipo de violência é apontado como importante barreira na utilização dos serviços de saúde e acabam por influenciar na qualidade da assistência e cuidado à parturiente podendo resultar em danos físicos, psicológicos e ou materiais. (BOWSER; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; HOTIMSKY et al., 2002; MELO et al., 2008; MISAGO et al., 2001).

O modelo tecnocrático⁵ de assistência é apontado como o principal responsável por resultados negativos da assistência materna e perinatal, *“apontado como piores ainda mais que os índices negativos encontrados em outros países com igual ou mesmo menores índices de desenvolvimento socioeconômico”* (DIAS, 2011).

O levantamento histórico dos avanços no decorrer das décadas, iniciando pelas décadas de 1950 a 1970 nos apontam o surgimento de inquietações quanto ao modelo de assistência ao parto predominante no Brasil e no mundo.

Internacionalmente o tema inicia-se com o reconhecimento da existência de possíveis violências no momento do parto e nos procedimentos utilizados, a partir do

⁵ A tecnocracia implica no uso de uma ideologia do progresso tecnológico como fonte de poder político. Ele expressa não somente a dimensão tecnológica, mas também a hierárquica, a burocrática e a autocrática do modelo cultural dominante, em especial os obstetras que nesse momento acabava doutrinando e transmitindo aos seus pacientes os dogmas deste sistema orientado pela e voltado para a tecnologia (SANTOS, 2002).

impulso dado pelas bandeiras de lutas dos movimentos feministas. O movimento de usuárias pela Reforma no Parto nos Estados Unidos, que foi destaque nos anos de 1950, com novas proposições de construção de um novo modelo de assistência, bem como a criação dos centros de saúde feministas e o surgimento dos Coletivos de Saúde das Mulheres nas décadas de 1960 e 1970 (BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, 1998 apud DINIZ, 2005).

Com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente, no Ano Internacional da Criança (1979), a crítica ao modelo tecnocrático hegemônico se acelerava. Foram detectados os mesmos problemas que são enfrentados atualmente no âmbito da assistência ao parto: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. (DINIZ, 2005).

A crítica ao modelo de assistência derivado do modelo tecnocrático passou a se desenvolver a partir de vastas perspectivas, como por exemplo, o movimento pelo parto sem dor na Europa, em que os ativistas do método Dick-Read e o parto sem medo, e posteriormente os do método Lamaze e Leboyer (parto sem violência) iniciavam o movimento de luta pela mudança na assistência ao parto, nesse momento se notavam a necessidade de mudanças na condução no momento do parto (DINIZ, 2005).

No mesmo percurso de avanços, encontramos na literatura a proposta da abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger⁶ (1985) que trazia percepções e mostrava novas perspectivas de possibilidade para a realização parto, onde seria possível a mulher dar à luz, e ter uma experiência psicosssexual profunda e uma poderosa afirmação do eu, em que se redesenhava um novo olhar sobre o momento do parto.

Em 1985, foi realizada a reunião da região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS), e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – Escritório

⁶ **Sheila Kitzinger.** Antropóloga social especializada em gravidez e parto. Professora e pesquisadora da Universidade de West London. Ativista de campanhas para que as mulheres tenham as informações que precisam para fazer escolhas sobre o parto. Escritora que aborda as experiências das mulheres, dos cuidados pré-natais, planos de parto, indução do trabalho de parto, uso das epidurais, uso da episiotomia, cuidados hospitalares no parto, parto domiciliar, as experiências das crianças de estar presente no nascimento e estresse pós-traumático após o parto.

Regional para as Américas, em Fortaleza, Brasil, na qual fez uma série de recomendações baseadas numa variedade similar de práticas (OMS, 1996). Mesmo sendo um movimento amplo das organizações internacionais o Brasil foi sede do encontro.

A escritora, pesquisadora e ativista, Janet Balaskas⁷ é reconhecida como a precursora do movimento Parto Ativo, que resultou nas lutas por um parto natural e ativo. Na década de 1990 apresentou ao mundo o Yoga como inovação para a gravidez. Foi uma proposta de um novo modelo de assistência ao parto e contribuição à obstetrícia. Apontando para um novo modelo de assistência ao parto, reconduzindo o momento do parto a aproximação da mulher aos seus próprios instintos naturais para o trabalho de parto e parto. Dois de seus livros são utilizados por várias mulheres, o “Gravidez Natural” e “Parto Ativo” (DINIZ, 2005).

Em 1996, a OMS lançou a publicação “Maternidade segura: Assistência ao parto normal: um guia prático” o documento identificava as práticas mais comuns utilizadas durante o trabalho de parto. Esse documento procurou estabelecer algumas normas de boas práticas para a conduta do trabalho de parto sem complicações, em que aborda o risco em obstetrícia, definições sobre o parto normal, objetivo da assistência ao parto normal, foca, também, na construção do papel do profissional de saúde e prestador de serviços de saúde para o parto normal. Este foi um marco histórico importante na reconstrução do modelo de assistência e um novo documento orientador (OMS, 1996).

Ainda no cenário mundial, o relatório sobre os Direitos Reprodutivos e Políticas Públicas do Quênia (1998), retratava o medo das mulheres de serem violentadas no momento do parto. Esse era um dos principais motivos de não irem aos hospitais para

⁷ Os livros de **Janet Balaskas** apontam alternativas ao parto que possam tranquilizar a mãe e o bebê, como por exemplo, o parto na água, as melhores formas de respiração e massagens para a gestante no momento do parto, a homeopatia na gestação e no parto, exercícios no pós-parto, parto emergencial (para acompanhantes) são abordagens ao tema. Abordam ainda exercícios preparatórios para o parto; a fisiologia do parto; o conceito do parto ativo e como se conseguir um parto natural dentro de várias realidades. São livros importantes para a construção de caminhos contrários ao modelo de atenção obstétrica e dialoga com os principais e mais importantes atores envolvidos no momento do parto, ou seja, gestantes, enfermeiras, obstetras, doulas e demais acompanhantes. É importante destacar o Active Birth Centre que é um centro de parto ativo no qual ela treina profissionais e acolhe gestantes há mais de 30 anos, dialogando com temas do cotidiano da prática de formação profissional para o resgate ao modelo de nascimento e práticas mais humanizadas do parto, no Reino Unido e no mundo.

terem seus bebês, por medo de serem, de alguma maneira, agredidas (espancadas, ameaçadas de surra etc.) (BOWSER; HILL, 2010).

Com as diversas movimentações para solucionar os problemas relacionados à atenção ao parto e nascimento projetos com o tema da humanização do parto começam a se concretizarem, a exemplo do projeto Luz, que através de uma parceria estabelecida entre a Agência de Cooperação Internacional do Japão com o governo do estado do Ceará começou a trabalhar novos modelos de assistência, vinculado boas práticas na atenção à saúde em cinco municípios do Estado do Ceará (1997 a 2000).

Entre os anos 2000 e 2010, o tema ganha maiores proporções e as lutas contra a violência na atenção obstétrica se fortalecem e retornam ao centro do debate. É a partir dessa década que os movimentos ampliam a mobilização e introduzem no cenário mundial o alerta quanto ao modelo de assistência ao parto utilizado, assim, ampliaram-se as pesquisas e a participação do governo nas iniciativas de mudanças na atenção integral ao parto.

No campo das legislações, em 2007, passou a vigorar a Lei Orgânica da Venezuela, que também aborda sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, a lei tipifica 18 formas de violência contra a mulher entre elas: violência psicológica, física, doméstica, sexual, laboral, patrimonial e econômica, obstétrica, midiática, institucional, simbólica, assim como a esterilização forçada, o tráfico trata de mulheres, meninas e adolescentes, assédio ou ataque, ameaça, ataque sexual violento, prostituição forçada, escravidão sexual e assédio sexual.

Em 2009, surge a Lei Nacional Argentina, nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais e conceitua violência contra a mulher, classificando cinco tipos, que se manifestam em cinco modalidades: física, psicológica, sexual, simbólica, econômica e patrimonial, entre os tipos de classificação a violência obstétrica é representada na lei como possível de ser identificada a partir de todas as modalidades definidas na lei (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Dada a intensidade e preocupações sobre a mortalidade materna a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) apresentou o relatório de pesquisa “Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth”

realizado a partir de um amplo estudo com extenso levantamento da literatura sobre violência na atenção obstétrica, onde explorou e apontou evidências de desrespeito e abuso durante o parto. O relatório aponta para evidências de violência nos serviços de saúde e as categorizam em tipos mais frequentes de violência, o que eles chamam de violência na atenção obstétrica é desrespeito e abuso (BOWSER; HILL, 2010).

O relatório da USAID mostra a existência de reunião ampla realizada com atores ligados à saúde pública, das esferas governamental e não-governamental, principalmente ligadas aos direitos humanos e à área de saúde materna, para avaliar o tema da assistência respeitosa e do parto desrespeitoso, incluindo a discussão sobre cuidados maternos abusivos. O relatório teve como principal objetivo ajudar e estimular o diálogo para implementação de novos caminhos na área, com a proposta de uma agenda de pesquisa, vislumbrando a redução das iniquidades.

O aprofundamento do tema ocorre na medida em que as evidências do processo de cuidados, ditos e tidos como não dignos, são apresentados pelo relatório do USAID.

Casos em que mulheres passam por momentos de cuidados não consentidos: episiotomia, privação alimentar, cesárea sem saber indicação, esterilização não consentida na hora do parto, cuidados não confidenciais, ou seja, a não preservação da ética no atendimento em especial à não preservação da identidade das mulheres que possuem HIV/AIDS, falta de privacidade e submissão a procedimentos invasivos. Também são apresentados os cuidados não dignos, ou seja, os que expõem a mulher a situações de humilhação provocada e intencional, tratamento áspero, xingamentos, gritos, privações, afim de encobrir percepções negativas do parto e seu atendimento.

O tema da violência na atenção obstétrica somente aparece como fruto de uma categorização a partir desse relatório, que realizou uma revisão vasta da literatura com uma pesquisa que contou com mais de 150 documentos, com vasto campo de artigos científicos de diversas nacionalidades, bem como com a revisão de referências, assim mais de 18 países, incluindo países do Sul África, Quênia, Burkina Faso, Burundi, Tanzânia, Zimbábue, Malawi, Gana, Serra Leoa, Sudão, Peru, República Dominicana, Brasil, Paquistão, Líbano, Índia, Estados Unidos e Canadá.

O relatório apresenta pela primeira vez categorizações associadas aos tipos de violência. Ele destaca que a cultura é determinante na forma de atendimento à mulher

no momento do parto e que em alguns casos pode-se apresentar de maneira diferente dada a cultura e costumes de cada país, em o problema da violência é apresentado. O relatório aponta diferenças regionais de um mesmo território, apontando, por exemplo, o acolhimento e a relação das mulheres com o nascimento. Segundo o relatório foram feitos levantamentos a partir de dados de países de baixa, média e alta renda, apontando para a existência da violência independentemente das questões socioeconômicas.

A categoria *discriminação com base em atributos específicos* (sic.) é definida no relatório como as discriminações relacionadas às diferenças impostas à condição raça/etnia, idade, idioma, HIV/AIDS, crenças tradicionais e preferências, status econômicos e nível de escolaridade. A categoria de abandono e cuidados ou negligência é aponta como os casos em que as mulheres, no momento de dar à luz, são abandonadas ou não acompanhadas, seja por não terem direito à presença de alguém que as auxilie ou pelo abandono da equipe de assistência no momento da necessidade de procedimentos ou intervenções necessárias, principalmente quando há riscos. As detenções em instalações é retrata a partir das evidências dos casos em que mulheres e crianças são detidas por não terem condições de pagar pelo procedimento, casos que ocorrem em alguns países: Quênia, Zimbábue, Perú, Burundi. Consideramos a relevância que o relatório teve no contexto histórico da análise da violência e da assistência ao parto, que, por hora, evidenciou e trouxe um alerta para se repensar o modelo, a forma, o contexto e demonstrar que é uma questão de saúde pública mundial e de violação de direitos humanos. (BOWSER; HILL, 2010).

O tema da violência na atenção obstétrica começa a surgir e ganhar forças no Brasil, a partir das décadas de 1980 e 1990.

Em 1981, é criado no Brasil, o Grupo de Parto Alternativo⁸ (GPA), movimento criado pelos docentes da Universidade de Campinas (UNICAMP) com o objetivo de oferecer uma conduta diferente das tradicionalmente adotadas no atendimento a gestante, valorizando o aspecto humano, trabalhando não apenas com a mulher mais

⁸ **Grupo de Atendimento Alternativo ao Parto (GPA).** O objetivo do grupo é desenvolver e aprimorar ou adaptar condutas no atendimento à mulher gestante, visando individualizar o atendimento, deixando a paciente ser vista com indiferença, respeitando suas características sócios - culturais e valorizando a participação do companheiro durante toda a gestação e no momento do parto.
<<http://partoalternativo.blogspot.com.br/p/sobre-o-gpa.html>> Acesso em 09.11.2015.

estimulando a participação do companheiro em todas as fases da gestação. O grupo foi criado pelo pesquisador e professor Hugo Sabatino⁹.

Ainda que elencadas diversas produções teóricas sobre o tema, no Brasil, ainda no final da década de 1990, um estudo sobre o parto em um hospital rural observou que muitas mulheres foram deixadas sozinhas e não foram autorizadas a trazer o companheiro para o momento do parto (USAID apud MISAGO et al., 2001).

Em 1993, através da Carta de Campinas, elaborada e divulgada pela Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), foi colocado em debate as circunstâncias de violências e constrangimentos na assistência à saúde reprodutiva e as condições pouco humanas a que estavam sendo submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (REHUNA, 1993).

Com trabalhos reconhecidos a ReHuNa passou a assumir a difusão das recomendações da OMS sobre tecnologias apropriadas para Nascimento e Parto. Organizou publicações, eventos e debates para problematizar sobre as práticas de assistência, e teve importante papel na publicação brasileira do livro da Colaboração Cochrane, Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto (ENKIN et al. apud RATTNER, 2009). Os principais temas abordados pelo guia estão relacionados a atenção básica e apoio a gestante, avaliação da atenção na gravidez e no parto, classificação de risco, rastreamento, rotinas hospitalares no parto, estágios do parto, controle da dor no trabalho de parto, atenção após o parto.

Nessa década, no Brasil começava a existir mais fortemente um movimento de contraponto às violências que permeavam o momento do parto e as propostas de reconstrução e construção de um novo modelo de assistência começava a tomar forma aproximando as pautas de reivindicações dos movimentos às estratégias do governo.

O Ministério da Saúde, em 1997, apontava a taxa de 36% de bebês brasileiros que nasciam por meio do parto cirúrgico (cesariana), momento em que o olhar do governo sobre o tipo de parto e o modelo de assistência ao parto se intensificava, dada

⁹ **Hugo Sabatino.** Obstetra, professor e pesquisador da Universidade de Campina. Foi um dos precursores do parto de cócoras no Brasil. Autor do livro *Atenção ao Nascimento Humanizado – Baseado em Evidências Científicas*, (2011), que traz informações sobre a atenção humanizada ao nascimento. Ele defende o que considera os três pilares mais relevantes da humanização: conhecimento e respeito aos processos fisiológicos da gestação, nascimento, puerpério e aleitamento materno; atenção ao casal de forma multiprofissional e multidisciplinar; e respeito aos costumes regionais e individuais (mitos e ritos) dos ‘casais grávidos’.

as recomendações da (OMS) para que as taxas não ultrapassem 15%. O elevado índice de cirurgias chamou a atenção do poder público brasileiro e o Ministério da Saúde iniciou a campanha “Parto Normal é Natural”, em parceria com o Conselho Federal de Medicina, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e organizações da sociedade civil. Por iniciativa do governo e de representantes da sociedade civil iniciaram-se o debate para construção de novos caminhos, através de parcerias e realizou-se ampla reunião na sede o Conselho Federal de Medicina que resultou em um ato/evento com o título “Natural é parto normal” em que foi realizado um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas (RATTNER, 2009).

Assim, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) é lançado e trouxe oficialmente a denominação Humanização (Portaria nº 569/2000 e outras) (BRASIL, 2000 apud RATTNER, 2009).

Em 2000, ocorre a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto no Brasil, apoiado pelo Projeto Luz. Nessa Conferência foi criada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan), inspirada na ReHuNa (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009).

Em 2002, o autor Michel Odent veio ao Brasil trazendo o tema da redescrição da fisiologia do parto, no I Congresso de Ecologia do Parto e do Nascimento, onde ocorreu o lançamento da reedição revisada do livro “O Renascimento do Parto”, e “A Cientificação do Amor”. As obras demonstram a preocupação intensa do autor sobre os caminhos que se desenhavam dos modelos de assistência ao parto no mundo, as consequências futuras da utilização de um modelo de parto que não considera cientificamente as relações entre os aspectos das condições da mulher e a sua capacidade de parir (CARVALHO, 2002).

Ambos os livros trazem a reflexão de como o ambiente, se bem preparado para o acolhimento no momento do parto, pode ajudar a mulher a criar a própria ocitocina e endorfinas, necessárias para o momento do parto. Desenvolveram uma teoria sobre como a estimulação química das contrações, a episiotomia, a analgesia, a obrigação de ficar na posição deitada, a amniotomia, o uso da palavra “Força!” e até mesmo o treinamento de específicas respirações atrapalham na fisiologia do parto e na espontaneidade da mulher (O’DENT apud CARVALHO, 2002).

Segundo Rattner (2009), o Ministério da Saúde promoveu, em 2004, trinta Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas nos estados brasileiros, participaram 1857 profissionais de 457 instituições de saúde. Os seminários ocorreram em decorrência da parceria com Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), OPAS/OMS, Uruguai, Departamento para o Desenvolvimento do Reino Unido (DFID) e com Febrasgo, Abenfo e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), além das instituições: Hospital Sofia Feldman, Hospital São Pio X, Hospital Santa Marcelina e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha.

Em 2004, nascia o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, apresentado pelo governo brasileiro, que nesse momento reconheceu que as altas taxas de mortalidade materna (ocorridas no parto, pós-parto ou na ausência de pré-natal de qualidade) configuravam violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública. O conceito sobre a “dor” do parto passou a ser tratada em estudos acadêmicos como sendo em grande medida iatrogênica, ou seja, a dor no momento do parto se ampliaria por conta de rotinas e procedimentos utilizados naquele momento, como por exemplo, a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia. (BRASIL, 2004; DINIZ; DUARTE, 2004).

Em decorrência do pacto pela redução da mortalidade materna, inicia-se uma maior interação entre a sociedade civil e os estados que demonstravam preocupações diretas com a atenção ao parto. Nos anos que se seguem, em especial 2005, surgiram estudos apontando definições das reflexões do campo da humanização do parto.

Das pesquisas realizadas nos últimos 04 anos, (2011 a 2015), a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2011) se destacou no tema da abordagem da violência na atenção obstétrica, apontando que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência no parto (VENTURI; GODINHO, 2013).

Os resultados dessa pesquisa foram apresentados publicamente pela primeira vez na III Conferência Internacional sobre Humanização de Parto e Nascimento, em Brasília, organizada pela ReHuNa, em parceria com o Ministério da Saúde, Governo do Distrito Federal, Universidade de Brasília, organizações não-governamentais (ONGs) relacionadas com o tema, entre outras instituições nacionais e internacionais.

A partir dessa divulgação e no momento da III Conferência as mulheres que participaram dessa conferência se apropriaram desses resultados. Relembrou suas experiências nos serviços de saúde, identificaram-se com as diversas formas de violência apontadas na pesquisa e na Conferência. Essa recordação fortaleceu e despertou ainda mais o movimento de mulheres por um parto digno, respeitoso e sem violência.

Outra pesquisa, “Violência institucional em maternidades públicas: sob a ótica das usuárias” (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011), apontou vários relatos de violência sofrida por mulheres no Brasil.

Em 2011, a Portaria nº 1.459, instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS para constituir um conjunto de ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres no pré-natal, parto e pós-parto (BRASIL, 2011a).

Em 2012, diversas marchas mobilizaram milhares de pessoas em mais de 20 cidades de norte a sul do país defendendo questões relativas à humanização da assistência ao parto (REHUNA, 2014).

Em 2012 foi lançado um sítio específico o “Mapa da Violência Obstétrica¹⁰” – que mostra relatos das diversas formas de violência sofrida por mulheres no momento do parto georeferenciados. Em 2015, já constam registrados mais de 269 relatos.

“A violência obstétrica: a voz das brasileiras” é um documentário produzido em 2012, que aborda a discussão do tema da violência na atenção obstétrica a partir de depoimentos reais de mulheres sobre suas experiências de violência no parto. O ano de 2012 parece ser um marco na produção de investigações e estudos neste campo, como foi o caso, também, da divulgação do “Dossiê da Violência Obstétrica”, do Senado Federal brasileiro, construído a partir dos retratos relatados pela Rede Parto do Princípio, passa a compor os resultados da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a mulher.

¹⁰ Ação voluntária criada para garantir um espaço de relatos e evidenciar os casos de violência na atenção obstétrica no Brasil. Este mapa é gerenciado pela Associação Artemis com o intuito de dar visibilidade aos inúmeros abusos e violências ocorridas por todo o Brasil na assistência ao parto e processos de abortamento.

O filme “O Renascimento do Parto” (2013) retrata questões importantes sobre a necessidade do parto humanizado, a situação e as condições do parto no Brasil e no mundo, apontando desafios para avanços na política de atenção ao parto e nascimento.

Diante das evidências da existência da violência na atenção obstétrica foi proposto o Projeto de Lei (PL) nº 7633/2014, que trata sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e aduz sobre os direitos da mulher durante a gestação e o parto – inclusive nos casos de aborto – e as obrigações dos profissionais de saúde (BRASIL, 2014a). O projeto também trata dos direitos do feto e do recém-nascido e foi uma demanda dos movimentos sociais, além de amplamente debatido com os movimentos de mulheres que diretamente se envolveram no processo de construção e contribuição ativa na elaboração, como foi o caso da ONG Artemis, uma ONG que se constituiu em 2013 para apoiar especificamente mulheres vítimas de violência na atenção obstétrica.

Como iniciativa do governo federal, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), realizou a chamada neonatal (2014) em que foram divulgados os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O objetivo dessa pesquisa foi estudar os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas, descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto e as complicações médicas no puerpério e período neonatal, bem como a estrutura das instituições hospitalares. A pesquisa deu origem a 14 artigos científicos publicados em diversas revistas e apontou resultados semelhantes que apresentaremos nesse estudo. (LEAL; GAMA, 2014). Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde lançou o Cadernos Humaniza SUS – vol. 4 “Humanização do parto e nascimento”.

No Brasil houve denúncia de um caso grave (2014) em que uma mulher do estado de São Paulo deu à luz algemada¹¹ pelos pés.

¹¹ O **Instituto Brasileiro de Ciências Criminais** (IBCCRIN), aponta como recorrente nas penitenciárias a submissão de mulheres à darem à luz algemadas. O jornal Folha de São Paulo noticiou a situação a que presas gestantes são submetidas no momento do parto: muitas delas são obrigadas a realizar o dar à luz algemadas. Nos últimos meses, a Pastoral Carcerária recebeu denúncias de que pelo menos seis presas tiveram que passar pelo procedimento com mãos ou pernas atadas.
<<http://www.ibccrim.org.br/noticia/13917-Em-SP-presas-do-luz-almegadas>> Acesso em: 09.11.2015.

A dissertação de mestrado da aluna Karina Junqueira de Souza, neste mesmo ano, analisou violência institucional na atenção obstétrica. Divulgou em âmbito acadêmico uma proposta para categorização da violência institucional na atenção obstétrica, demonstrou associações desta violência com a depressão pós-parto e identificou alta prevalência de depressão pós-parto, sendo maior em mulheres adolescentes e de raça não branca. (SOUZA, 2014)

Em 2015, a Portaria do Ministério da Saúde, nº 11 de 7 de janeiro de 2015, vem definir as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) e recursos de incentivo financeiro (BRASIL, 2015b).

No início de abril de 2015, na Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento¹² – promovida pela Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) e pela European Network of Childbirth Associations (ENCA) – a Rede Parto do Princípio¹³ lança um momento de reflexão e convida abertamente famílias a enviarem fotos que possam divulgar a importância e os benefícios do suporte contínuo no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Ainda em 2015, ocorreu o Nascer Melhor, congresso online (no sítio: <http://www.nascermelhor.com.br/>) sobre nascimentos, parto natural e humanizado, que reuniu diversos públicos para discutir de forma interativa, os caminhos e desafios para concretização de partos naturais e humanizados, incluindo relatos de experiências e diversas amostras de resultado de boas práticas em hospitais do Brasil, assim como palestras e conferências.

¹² No Brasil, a Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento passou a ser comemorada desde 2006, na ocasião mais de 200 ativistas de diversas ONGs, espalhados por 13 estados do país realizaram atividades relacionadas ao tema. A principal organização responsável pelo trabalho no Brasil é a ReHuNa.

¹³ A **Parto do Princípio** é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais. Os princípios que apoiam a atuação da rede são: a luta pela retomada do protagonismo da mulher sobre seus processos de gestação, parto e amamentação; a reivindicação de assistência digna ao parto para todas as mulheres; a defesa dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; a luta pela equidade de gênero; o combate a todas as formas de violência contra as mulheres; a reivindicação de políticas públicas de assistência à saúde reprodutiva da mulher com base em evidências científicas e livre de violência.

No campo de estudo sobre a humanização no SUS, ainda observamos quanto ao parto no Brasil algumas dificuldades em sua implementação:

[...] a violência institucional em maternidades públicas tem sido tema recente de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes aos maus-tratos vividos pelas parturientes, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia. (VENTURI; GODINHO, 2013).

Diante do histórico evidencia-se a existência dessa violência, bem como dos movimentos existentes que lutam pela mudança dos processos de violação de direitos das mulheres no momento do parto.

6.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS: CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA E ASSOCIAÇÃO ASSOCIAÇÕES AOS INDICADORES NA PESQUISA DA REDE CEGONHA (VSIS – VSER – VP)

Considerando que os dados da pesquisa da Rede Cegonha, não podem ser considerados isoladamente sem a análise de um contexto social, político, econômico e histórico realizamos as consolidações do perfil sociodemográfico e das perguntas macro estruturantes identificando as perguntas que poderiam ser enquadradas nas tipificações e categorizações de violência na atenção obstétrica.

Para isso foi realizado estudo para aproximação das perguntas do questionário da pesquisa da Rede Cegonha às categorias propostas por Souza (2014), são elas: Violência no âmbito do Sistema de Saúde (VSis), Violência no âmbito do Serviço (VSer), Violência Profissional Física (VPF), Violência Profissional Verbal (VPV) e Violência Profissional por Negligência (VPN), que foi organizada a partir dos indicadores de violência institucional e variáveis utilizadas para compor os indicadores utilizados no modelo preditivo para depressão pós-parto a partir da Chamada Neonatal DF, 2011 (SOUZA, 2014).

Foram propostos três indicadores relacionados à avaliação quanto a existência da violência institucional no campo da atenção obstétrica:

- a) Indicador da violência institucional na relação da parturiente com o Sistema de saúde – VSis – variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva, à presença de acompanhante no período puerperal e a violência interpessoal na relação da parturiente com os profissionais de saúde;
- b) Indicador da violência institucional na relação da parturiente com o Serviço e saúde – Vser;
- c) Indicador da violência institucional na relação da parturiente com os profissionais de saúde foi separado em três tipos: àqueles relacionados à violência física – VPF -, àqueles relacionados à violência verbal – VPV – e outros relacionados à violência por negligência – VPN.

Para identificação criamos o quadro 1, relacionando as categorias propostas às perguntas do questionário. Assim, foram aglutinados os principais dados e suas principais variáveis para que pudessem ser discutidos e analisados os dados categorizados. Os percentuais totais representados se somados neste quadro não representa o universo total de 100% em cada pergunta, pois a categorização são recortes realizados nos dados para se verificar a existência da violência, portanto devem ser observados a partir dos indicadores de violência, tipos específicos, perguntas e suas variáveis representadas.

Quadro 1 – Vinculação das categorias de violência às perguntas da Pesquisa da Rede Cegonha 2012-2013

Indicador (sigla)	Tipos	Perguntas (PRC)	Variável resposta (1)	Variável resposta (2)	(%)	
Violência do Sistema (VSis)	(VSis)	Informação sobre local do parto no pré-natal	Não		38,5	
		Visita ao local do parto	Não		59,3	
		Parto no local indicado	Não (14,1%)	Não conseguiu vaga		20,0
				Era longe		13,2
				Não quis		13,1
				Não achou importante		1,5
		Outro motivo		48,8		
Parto no 1º hospital que procurou	Não		17,7			
Violência do Serviço (VSer)	(VSer)	Nota como foi recebida	<7 >0		20,1	
		Tempo de espera 1º atendimento	1. Acima de 1 até 4 horas; 2. Acima de 30 minutos a 1 hora		30,4	
		Acompanhante de livre escolha no momento do parto	Não		65,4	
		Porque não teve acompanhante	O serviço não permitiu		54,3	
			Não sabia que podia ter acompanhante		17,2	
		Tipo de parto	Normal		53,5	
			Cesárea		46,1	
		Posição do parto	Deitada		95,0	
Pagou algum valor pelo parto	Sim		1,0			
Violência do Profissional de saúde (VP)	Violência Profissional Física (VPF)	Passou por alguma dessas situações durante o parto?	Sim no registro agressão física		2,4	
	Violência Profissional Verbal (VPV)		Sim no registro agressão verbal		11,8	
	Violência Profissional por Negligência (VPN)		Sim no registro mal atendida		50	
			Sim no registro não foi ouvida		24,9	

Fonte: a autora (2015)

Para consolidação utilizou-se tabelas dinâmicas no Excel. A análise descritiva para a caracterização da amostra foi realizada através do agrupamento das perguntas do questionário da PRC às variáveis das categorias propostas por Souza (2014).

6.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS: DADOS DA PESQUISA DA REDE CEGONHA E A CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Para cumprir com os objetivos do nosso estudo de descrição do perfil das entrevistadas e a categorização dos resultados das ocorrências de violência apontados pela pesquisa da Rede Cegonha, consolidamos e descrevemos os resultados em 7 tabelas, contendo:

- a) o perfil sociodemográfico das 103.905 mulheres que foram entrevistadas pela Pesquisa da Rede Cegonha (tabela 1);
- b) a localização geográfica das entrevistadas por Estado e Região do Brasil (tabela 2)
- c) os resultados sobre atenção ao pré-natal recebida pelas mulheres (tabela 3);
- d) as dimensões da violência na atenção obstétrica no sistema de saúde e nos serviços de saúde (tabela 4), com representação de possibilidades de categorização nas categorias VSis, VSer e VP (nas três definições);
- e) categoria tipo de parto por casos de bebê colocado no colo (tabela 5);
- f) casos de atenção respeitosa (tabela 6);
- g) descrição dos registros das situações por tipo de agressão identificadas, com descrição do tipo de violência em decorrência do desrespeito (tabela 7).

Nas páginas seguintes apresentaremos os resultados dessas tabelas e as considerações.

A tabela 1 apresenta o perfil das mulheres entrevistadas pela pesquisa:

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas na pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013

PERFIL	Freq.	(%)
Idade		
10 a 19	17475	16,82
20 a 34	74045	71,26
35 ou mais	12385	11,92
Total	103905	100,00
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	309	0,30
Alfabetizado	26603	25,60
Fundamental Completo	28836	27,75
Médio Completo	44299	42,63
Superior Completo	3702	3,56
Não Sabe/Não Informado	156	0,15
Total	103905	100,00
Raça/Cor		
Parda	51141	49,22
Branca	37356	35,95
Preta	11581	11,15
Amarela	2522	2,43
Indígena	701	0,67
Não Informado	604	0,58
Total	103905	100,00
Estado Civil		
Casada/União Estável	60478	58,20
Solteira	40428	38,91
Separada/Divorciada	1690	1,63
Não Informado	995	0,96
Viúva	314	0,30
Total	103905	100,00

(continua)

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas na pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013 (continuação)

PERFIL	Freq.	(%)
Renda Familiar		
Menos de 1 Salário Mínimo	23600	22,71
Entre 1 e 2 Salários Mínimos	58635	56,43
Acima de 2 salários mínimos	9945	9,57
Não tem renda	8959	8,62
Não Informado	2766	2,66
Total	103905	100,00

Fonte: a autora (2015).

Em geral as mulheres que responderam a entrevista eram majoritariamente mulheres entre 20 e 34 anos (71,3%), tinham ensino médio completo (42,6%), autodeclaradas pardas (49,2%), casadas ou em união estável (58,2%) com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (56,4%).

A tabela 2 apresenta a distribuição geográfica o quantitativo total das mulheres participantes da pesquisa, segundo estado onde reside.

Tabela 2 – Distribuição geográfica das mulheres entrevistadas na pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013

REGIÃO	ESTADO	UF	Freq.	REGIÃO (%)	UF/TOTAL (%)
SUDESTE	Espírito Santo	ES	2336	5,10	2,25
	Minas Gerais	MG	12654	27,63	12,18
	Rio de Janeiro	RJ	5959	13,01	5,74
	São Paulo	SP	24846	54,25	23,91
Total			45795	100,00	44,07
NORDESTE	Alagoas	AL	1923	7,29	1,85
	Bahia	BA	7045	26,71	6,78
	Ceará	CE	4497	17,05	4,33
	Maranhão	MA	1631	6,18	1,57
	Paraíba	PB	2374	9,00	2,28
	Pernambuco	PE	4175	15,83	4,02

(continua)

Tabela 2 – Distribuição geográfica das mulheres entrevistadas na pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013

REGIÃO	ESTADO	UF	Freq.	REGIÃO (%)	UF/TOTAL (%)
NORDESTE	Piauí	PI	1372	5,20	1,32
	Rio Grande do Norte	RN	1675	6,35	1,61
	Sergipe	SE	1679	6,37	1,62
Total			26371	100,00	25,38
SUL	Paraná	PR	5773	36,76	5,56
	Rio Grande do Sul	RS	6006	38,25	5,78
	Santa Catarina	SC	3924	24,99	3,78
Total			15703	100,00	15,11
CENTRO-OESTE	Distrito Federal	DF	1566	18,43	1,51
	Goiás	GO	2679	31,53	2,58
	Mato Grosso do Sul	MS	1867	21,98	1,80
	Mato Grosso	MT	2384	28,06	2,29
Total			8496	100,00	8,18
NORTE	Acre	AC	643	8,53	0,62
	Amazonas	AM	1051	13,94	1,01
	Amapá	AP	485	6,43	0,47
	Pará	PA	2949	39,11	2,84
	Rondônia	RO	665	8,82	0,64
	Roraima	RR	43	0,57	0,04
	Tocantins	TO	1704	22,60	1,64
	Total			7540	100,00
Total Geral	26 Estados e o Distrito Federal	—	103905	—	100,00

Fonte: a autora (2015).

A maior concentração das entrevistas ocorreu na região sudeste (44,1%), o Estado de São Paulo possui a maior representatividade desta região (54,3%) e a maior representatividade dentre os demais estados da federação (23,9%). A segunda maior representatividade foi na região nordeste (25,4%) e dentre as unidades federativas dessa região o Estado da Bahia possui a maior representatividade (26,7%). Na região sul, dentre os estados que compõem a região, o Estado do Rio Grande do Sul possui a maior representatividade (38,3%). Na região centro-oeste, dentre os estados que a

compõem, o Estado do Goiás possui a maior representatividade (31,5%). Na região norte (7,3%), região com menor representatividade, dentre os estados que a compõem, o Estado do Pará (39,1%) com maior representatividade. Os percentuais de representatividade acompanham os percentuais de concentração da população total para essas regiões do país, se invertendo apenas as regiões norte e centro-oeste.

Quadro 2 – Regiões do Brasil e sua distribuição populacional. IBGE, 2014.

Posição	Região	População	% da pop. Total
1	<i>Região Sudeste</i>	85 745 520	41,94%
2	<i>Região Nordeste</i>	56 560 081	27,66%
3	<i>Região Sul</i>	29 230 180	14,3%
4	<i>Região Norte</i>	17 472 636	8,55%
5	<i>Região Centro-Oeste</i>	15 442 232	7,55%

Fonte: IBGE, (2014)

A tabela 3 descreve os resultados referentes as questões perguntadas sobre a assistência ao pré-natal.

Tabela 3 - Descrição da atenção ao pré-natal recebida pelas mulheres, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	Freq.¹	(%)
Recebeu cartão da gestante		
Sim	94112	98,68
Não	1228	1,29
Não informado	29	0,03
Total	95369	100,00
Nº de Consultas		
7 ou mais	62786	60,43
5 a 6	20761	19,98
1 a 4	8160	7,86
Não informado	3662	11,73
Total	95369	100,00
Exames Realizados		
Sífilis	88163	84,85
HIV/Aids	90197	86,81
Hepatites	89176	85,83
Sangue Para Detectar Anemia	90826	87,41
Urina	90886	87,47
Sangue Para Verificar Glicose	90444	87,05
Ecografia	80603	77,57
Outros	4344	4,18
Total	-	-

(continua)

Tabela 3 – Descrição da atenção ao pré-natal recebida pelas mulheres, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013 (continuação)

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	Freq.¹	(%)
Participação em atividades educativas em grupo no pré-natal		
Não	70019	73,42
Sim	25125	26,37
Não informado	225	0,21
Total	95369	100,00

Nota¹: as frequências diferem porque as respostas estão vinculadas ao percentual de mulheres que responderam ter realizado o pré-natal no SUS.

Fonte: a autora (2015).

Relacionado ao pré-natal, como é apresentado na tabela 2, 98,7% das mulheres respondeu que haviam recebido o cartão ou caderneta gestante no momento do pré-natal, ou seja, quase a totalidade; sendo que 1,3% informaram não o ter recebido. A maioria das mulheres informou ter realizado e participado de 7 ou mais consultas de pré-natal, correspondendo a 60,4%, e 20,0% relataram ter participado de pelo menos 5 a 6 consultas, totalizando 80% das mulheres com razoável cobertura de assistência. Aproximadamente 85% das mulheres fizeram os exames de pré-natal na rede, realizando uma média de 5 dos principais exames relacionados pela Rede Cegonha como fundamentais à preservação da saúde materna e infantil. E a maioria das mulheres não teve a oportunidade de ter atividades educativas em grupos, 73,4%.

A tabela 4 apresenta os resultados referentes às respostas das questões que permitem verificar a existência da violência na atenção obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde e nos serviços de saúde, adotando a classificação para essas violências proposta por Souza (2014).

Tabela 4 – Dimensões da violência na atenção obstétrica no sistema de saúde e nos serviços de saúde, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013

SISTEMA (VSis)	Freq.	(%)
Informação sobre local do parto no pré-natal		
Sim	58217	61,05
Não	36720	38,5
Não informado	432	0,45
Total	95369	100,00
Visita ao Local		
Não	34503	59,27
Sim	23679	40,67
Não informado	35	0,06
Total	58217	100,00
Parto no local indicado¹		
Sim	49917	85,74
Não	8217	14,11
Não sabe/não informou	83	0,14
Total	58217	100,00
Não realizou parto no local indicado¹ - motivo		
Não conseguiu vaga	1644	20,01
Era longe	1086	13,22
Não quis	1076	13,09
Não achou importante	127	1,55
Outro motivo	4009	48,79
Não Informado	275	3,35
Total	8217	100,00
Parto no 1º hospital		
Sim	85094	81,9
Não	18376	17,69
Não informado	435	0,42
Total	103905	100,00

(continua)

Tabela 4 – Dimensões da violência na atenção obstétrica no sistema de saúde e nos serviços de saúde, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013 (continuação)

SERVIÇO (VSER)	Freq.	(%)
Nota como foi recebida		
8 a 10	82499	79,40
0 a 7	20852	20,07
Não Informado	554	0,53
Total	103905	100,00
Tempo de espera 1º atendimento		
Até 30 minutos	70503	67,85
Acima de 1 até 4 horas	16993	16,35
Acima de 30 minutos a 1 hora	14542	14,00
Não informado	1867	1,80
Total	103905	100,00
Acompanhante		
Não	67940	65,39
Sim, o pai do bebê	13667	13,15
Sim, a mãe	9423	9,07
Sim, companheira (o)	1202	1,16
Sim, o pai	223	0,21
Sim, outros	11009	10,60
Não sabe/Não informado	441	0,42
Total	103905	100,00
Porque não teve acompanhante¹		
O serviço não permitiu	36917	54,34
Não sabia que podia ter acompanhante	11709	17,23
Não tinha acompanhante	6350	9,35
Não quis acompanhante	5246	7,72
Não deu tempo	4696	6,91
Outros	2741	4,03
Não Informado	281	0,41
Total	67940	100,00

(continua)

Tabela 4 – Dimensões da violência na atenção obstétrica no sistema de saúde e nos serviços de saúde, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013 (continuação)

SERVIÇO (Vser)	Freq.	(%)
Tipo de Parto		
Normal	55620	53,53
Cesárea	47889	46,09
Não Informado	396	0,38
Total	103905	100,00
Posição do Parto¹		
Deitada	52850	95,02
Sentada	1828	3,29
Agachada (cócoras)	546	0,98
Outros	320	0,58
Não informado	76	0,14
Total	55620	100,00
Pagou algum valor para a realização		
Não	102303	98,46
Sim	1079	1,04
Não informado	523	0,50
Total	103905	100,00

Nota¹: Os números diferem pois, no banco de dados, as perguntas estão correlacionadas e estão condicionadas a respostas de perguntas anteriores; esclarecer-se-á que nos casos específicos: *Informação sobre local do parto no pré-natal*, corresponde apenas ao total de mulheres que realizaram o pré-natal no SUS, *Visita ao local do parto* está condicionada a resposta sim da pergunta anterior, a pergunta sobre Parto no local Indicado foi realizada apenas para as mulheres que receberam a informação sobre o local onde deveriam ter o parto.

Fonte: a autora (2015).

Percebe-se a Violência na Dimensão do Sistema de Saúde (VSis) quando observado os dados referentes ao Sistema Único de Saúde. 61% responderam que foram informadas sobre o local do parto e 38,5% disseram não ter recebido qualquer informação sobre o local do parto, 59,2% não visitou o local do parto sugerido e 40,6% relatou ter visitado previamente o local do parto. 14% das mulheres que receberam as informações sobre o local do parto não realizaram seus partos no local indicado, e dessas, 20% apontaram não ter conseguido vaga, 48,7% relataram outro motivo, este não evidenciado pela pesquisa e 13,2% relataram ser longe ao local de suas residências. Do total de entrevistadas, ao que pese 82% terem tido o parto no primeiro

serviço procurado, 18% referiram não terem sido atendidas no primeiro serviço procurado.

Para a Violência na Dimensão dos Serviços de Saúde (V_{Ser}) os dados mostram que a maioria das mulheres foi bem recebida pela equipe de saúde quando chegou no estabelecimento de saúde para ter seus bebês, avaliação acima de 08 (79,4%), e poucas atribuíram notas mais baixas, entre 0 e 7 (20%). Observa-se que a maioria (67,9%) esperou menos que 30 minutos para ser atendida quando chegou ao estabelecimento de saúde, e a maioria relatou não ter esperado mais que 1 hora (82%) para o atendimento. 65,4% das entrevistadas não tiveram o direito ao acompanhante respeitado; o principal motivo apontado é a não permissão do serviço (54,3%) e o fato de que não sabiam que podiam ter acompanhante (17,2%); das que tiveram acompanhante, o pai do bebê foi o principal acompanhante (13,2%) e a mãe aparece como a segunda categoria (9,1%). Em relação ao tipo de parto, a maioria teve parto normal (53,5%); dessas mulheres, a maior parcela (95%) relatou ter tido seus bebês deitada e apenas 3,2% disseram tê-lo tido sentada. Proporção significativa (46,1%) relatou ter tido parto cesárea/parto cirúrgico. Do total de entrevistadas, 1,0% respondeu ter pago algum valor pelo parto, o que representou 1.079 mulheres.

A tabela 5 mostra os dados sobre a vinculação da mãe e do bebê por tipo de parto.

Tabela 5 – Distribuição tipo do parto x Bebê Colocado no Colo, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013.

Tipo de parto	Bebê colocado no colo					
	SIM		NÃO		Total	
	Freq	(%)	Freq	(%)	Freq ¹ .	(%)
Normal	35403	65,10	18979	34,90	54382	100,00
Cesárea	24455	52,03	22548	47,97	47003	100,00
Não Informado	14	43,75	18	56,25	32	100,00
Total	59872	59,04	41545	40,96	101417	100,00

Nota¹: O total dessa tabela difere do total geral de mulheres que responderam ao questionário, pois foi excluído o percentual referente as entrevistadas que não informaram se o bebê teria sido colocado no colo.

Fonte: a autora (2015).

Os dados apontam que 59% do total das mulheres tiveram seus bebês colocados no colo logo após o parto e 41% não o teve. Das mulheres que informaram o nascimento ter sido por cesárea, 52% informaram ter tido contato com o seu bebê logo após o parto, sendo que no parto vaginal essa proporção foi de 65,1%, sugerindo que a cesariana pode retardar esse primeiro contato, recomendado como boa prática (BRASIL, 2011b).

Para identificação das possíveis violências relacionadas a relação interpessoal entre os profissionais de saúde e as mulheres, na dimensão da Violência Profissional, a tabela 6 apresenta as respostas à pergunta sobre se a mulher recebeu atenção respeitosa e a tabela 7 apresenta os resultados daquelas que registraram algum tipo de situação de agressão: verbal, física, negligência e de outros tipo.

Tabela 6 – Atenção respeitosa por idade e raça/cor. Pesquisa da Rede Cegonha. Brasil, 2012-2013.

PERFIL	Sim		Não		Total Geral ¹	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Faixa Etária						
10 a 29	12390	85,35	2126	14,65	14516	100,00
20 a 34	51919	84,27	9692	15,73	61611	100,00
35 ou mais	8980	88,10	1213	11,90	10193	100,00
Total	73289	84,90	13031	15,10	86320	100,00
Raça/Cor						
Parda	35995	85,06	6324	14,94	42319	100,00
Preta	8167	84,38	1512	15,62	9679	100,00
Branca	26458	85,07	4644	14,93	31101	100,00
Amarela	1700	81,81	378	18,19	2078	100,00
Indígena	474	82,72	99	17,28	573	100,00
Não Informado	495	86,99	74	13,01	569	100,00
Total	73289	84,90	13031	15,10	86320	100,00

Nota¹: O total dessa tabela difere do total das entrevistas, pois foram excluídos os percentuais relativos ao “não informado” da categoria recebeu atenção respeitosa, o que corresponde a 16,5% das perguntas.

Fonte: a autora (2015).

Assim, a tabela 7 representa os tipos de agressões e maus tratos relatados pelas entrevistadas.

Tabela 7– Situações por tipo de agressões por idade e raça/cor, Pesquisa da Rede Cegonha, Brasil, 2012-2013

PERFIL	TIPO DE AGRESSÃO											
	Verbal		Física		Não foi ouvida		Mal atendida		Outros		Total	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Faixa Etária												
10 a 19	326	11,13	80	2,73	725	24,74	1570	53,58	229	7,82	2930	100,00
20 a 34	1700	12,10	331	2,36	3486	24,81	7004	49,84	1531	10,90	14052	100,00
35 ou mais	205	11,54	46	2,59	459	25,83	808	45,47	259	14,58	1777	100,00
Total	2231	11,89	457	2,44	4670	24,89	9382	50,01	2019	10,76	18759	100,00
Raça/Cor												
Parda	1069	11,92	218	2,43	2187	24,38	4565	50,89	931	10,38	8970	100,00
Branca	814	11,99	172	2,53	1730	25,49	3303	48,66	769	11,33	6788	100,00
Negra	252	11,54	52	2,38	545	24,97	1101	50,44	233	10,44	2183	100,00
Amarela	52	9,44	6	1,09	152	27,59	284	51,54	57	10,34	551	100,00
Indígena	24	16,00	4	2,67	29	19,33	79	52,67	14	9,33	150	100,00
Não Informado	20	17,09	5	4,27	27	23,08	50	42,74	15	12,82	117	100,00
Total	2231	11,89	457	2,44	4670	24,89	9382	50,01	2019	10,76	18759	100,00

Nota¹: Os totais dessa tabela diferem do total geral tendo em vista tratar-se de pergunta de múltipla escolha realizada para o total de mulheres entrevistadas e resultam daquelas que informaram não ter recebido atenção respeitosa, portanto as representações variam.

Fonte: a autora (2015).

. Do total de mulheres entrevistadas, 83,5% responderam a esta pergunta; dessas, cerca de 15% consideraram não ter tido atenção respeitosa e relataram ter passado por uma ou mais situações desrespeitosas e 85% consideraram ter recebido atenção respeitosa. Com referência às categorias idade e raça-cor, não há associação entre as questões de violência apontada pelas situações por tipo de agressões com as categorias de perfil definidas, sugerindo ser um problema sistêmico, muito embora sabe-se a expressividade das mulheres pretas e pardas participantes dessa pesquisa.

Os dados também não demonstram nenhuma análise sobre a intensidade vivenciada de cada tipo de agressão.

Dos 18.759 registros de agressões, 50% correspondem a mal atendimento do serviço, 25% não ter sido ouvida, 12% dos registros relatam agressão verbal, 11% relataram outro tipo¹⁴ e 2% agressão física. Para todas as variáveis os maiores percentuais estão na categoria mal atendida, os percentuais não mostram grandes distinções entre as características raça-cor e o quesito idade, não havendo associação entre as questões de violência apontada pelas situações por tipo de agressões com as categorias de perfil definidas, sugerindo ser um problema sistêmico, muito embora sabe-se a expressividade das mulheres negras participantes dessa pesquisa. Observamos que 2.019 registros mostram a opção por outro tipo de violência demonstrando que há possibilidades de identificação com mais de um tipo de violência.

6.4 ASPECTOS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO: A HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA.

Para contrapor às questões da violência na atenção obstétrica a estratégia de introduzir ao sistema a humanização no parto e nascimento vem se configurando como uma alternativa válida apontada na literatura como a principal ação articulada e possível transformadora do atual modelo de assistência.

Para Oliveira e Miquilini (2005) e Diniz (2006), o intenso uso da tecnologia nas rotinas da atenção obstétrica, voltadas para o cuidado, em sua maioria tem pouca ou nenhuma evidência científica que as justifique; metade das técnicas utilizadas por médicos rotineiramente nunca foram submetidas a testes rigorosos mesmo diante do rigor científico sugerido pelo modelo tecnocrático.

Como exemplo das tecnologias e rotinas aplicadas ao atual modelo de atenção ao parto, a episiotomia é muito utilizada nos serviços de saúde, no entanto pesquisas

¹⁴ Corresponde a uma categoria geral não definida no banco de dados, cuja resposta não se aplicou as categorias definidas.

indicam que em alguns casos a episiotomia provoca dor, incontinência urinária e problemas de cicatrização, sem que haja benefício significativo para a mãe ou para o bebê. (AMORIM et al., 2012).

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, admitindo-se que em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi a taxa encontrada em um ensaio clínico randomizado realizado na Inglaterra, sem associação com riscos maternos ou neonatais. Com um protocolo de não realização de episiotomia aliado a estratégias de proteção perineal, encontraram uma taxa de períneo íntegro superior a 50% e apenas 27% de necessidade de sutura em parturientes que não foram submetidas a episiotomia (AMORIM et al., 2012).

Muitas organizações ainda não compreenderam a necessidade de avaliação constante da eficiência científica das práticas de saúde utilizadas no parto, pois já existem comprovações sobre a efetividade de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenções sobre a fisiologia, e com procedimentos centrados nas necessidades das parturientes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Percebe-se que o uso rotineiro de condutas obstétricas passou a ocorrer mais fortemente a partir do século XX e a tecnologização do parto e o domínio do corpo feminino pela obstetrícia, fortalecida por uma visão estereotipada dos profissionais de que a mulher é um ser destituído de conhecimento e incapaz de entender o que está acontecendo com seu próprio corpo (SANTOS, 2008a; SANTOS, 2010d).

Para exemplificar a situação relativa as práticas de saúde quanto a sua real efetividade nas rotinas do serviço na atenção ao parto, observa-se que as recomendações e diretrizes da Organização Mundial da Saúde, excluiu várias rotinas aplicadas pelos serviços de saúde e foram consideradas como fatores de risco de morbidade materna e infantil. A publicação Maternidade Segura mostrou as práticas ineficazes e/ou prejudiciais que devem ser eliminadas e aquelas para as quais não existem evidências suficientes que apoiem a sua clara recomendação (OMS, 1996).

O movimento pela humanização do parto surge como parte de uma reação contra a mecanização do parto e como alternativa para contrapor a lógica de manutenção do uso exacerbado e danoso das tecnologias, sendo um movimento

desenhado para priorizar a tecnologia apropriada ao parto e a desincorporação de tecnologia danosa (DINIZ, 2005).

É com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no ano 2000, que o tema da humanização da assistência foi introduzido e em alguns aspectos incorporado nas políticas públicas de saúde na esfera federal. A atuação do Ministério da Saúde se deu a partir de duas linhas estratégicas complementares: o estímulo ao parto normal e humanizado e o desincentivo às cesáreas desnecessárias (RATTNER, 2009).

Para Rattner (2009), há desafios estruturantes a serem materializados e para ela existe a possibilidade de se traçar um paralelo entre a migração na atenção básica do SUS para o modelo tradicional para a Estratégia Saúde da Família, como uma possibilidade para a quebra do paradigma vigente. A adscrição de clientela ao serviço de saúde e sua responsabilização pelo bem-estar da família; equipes multidisciplinares (médico, enfermeiro, dentista, auxiliares, agentes comunitários e referências) oferecendo maior gama de ações e atuando sobre prioridades epidemiológicas; ações de incorporação das atividades de promoção de saúde apresentam-se pela autora como desafios estruturantes.

Para Bittencourt et al. (2014), as inadequações físicas da estrutura hospitalar podem interferir na qualidade do processo de assistência ao parto e ao nascimento, com potencial para aumentar a ocorrência de desfechos desfavoráveis para as mulheres e os recém-nascidos.

Para Rattner (2009), a proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção a saúde em direção à humanização, com a assistência voltada à evidências científicas; o atendimento por equipes multiprofissionais com a valorizando da atuação da enfermagem obstétrica, configurava mudança radical de modelo de atenção. Transferia-se o foco usual de organização dos serviços centrado na conveniência de profissionais e da instituição, para o bem-estar de quem é atendido, privilegiando a humanização do atendimento e o fortalecimento da mulher.

Foi possível encontrar diversas definições nas reflexões do campo da humanização do parto e segundo Deslandes (2005), o termo “humanização”, “vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. As iniciativas identificadas com a

humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres vêm, há décadas, participando da pauta dos movimentos feministas em saúde” (DESLANDES, 2005).

Consideramos os apontamentos de Diniz (2005) sobre a humanização no campo da saúde, como sendo parte da legitimidade da medicina e legitimidade da política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento; como resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Consideramos o conceito de humanização como a dimensão coletiva e a legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento de papéis e poderes no momento do parto, com a participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores; como direito ao alívio da dor, como a *analgesia de parto* para pacientes do SUS, antes restritos às pacientes privadas.

Para cada identificação Diniz (2005) esclarece suas características analisando cada uma em seu estudo. Para a autora:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. (DINIZ, 2005).

A humanização preconiza importantes iniciativas para concretizar mudanças nas práticas para coibir as várias formas de violência institucional e de gênero na saúde reprodutiva. Nela encontra-se outra postura que aponta para uma forma positiva de enfrentar os desafios de uma atenção ao parto mais respeitosa e menos danosa.

Promovendo tratamento acolhedor, não intimidativo e promotor de direitos é também um termo estratégico menos acusatório para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência vivenciada por diversas mulheres (DINIZ, 2005, 2006).

A ReHuNa, Rede de Humanização ao Parto e Nascimento¹⁵ mostra que a humanização aplicada ao sistema, aos serviços de saúde e à formação das equipes de saúde podem facilitar o parto e nascimento tranquilo, respeitoso e sem intervenções desnecessárias, com a presença de acompanhante, em um ambiente amigável e que gere uma memória favorável desta experiência para todos os envolvidos. (RATTNER et al., 2010).

Para Diniz (2001), os fatores que podem tornar possível ou limitada a humanização do parto podem estar ligadas a adequação do acesso aos leitos, da comunicação entre os sujeitos, do manejo da dor e dos tempos no parto; assim como a presença ou não de uma cultura de reconhecimento pelos profissionais tanto da evidência científica quanto dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

A humanização é demonstrada na literatura como a principal estratégia de enfrentamento da violência e da promoção de outra cultura de cuidado no campo da saúde principalmente na atenção ao pré-natal, parto e pós-parto.

6.5 LEIS, PROJETOS DE LEIS, DECRETOS E PORTARIAS

Do ponto de vista legal não há no Brasil nenhuma lei que especificamente ou diretamente retrate a violência na atenção obstétrica como um tipo de violência penal atribuída. O Código Penal traz penas revertidas em sanções, por consequência de algumas tipificações que se enquadram às possíveis violências existentes no momento do parto, mas não há o reconhecimento legal dessa violência.

Quanto aos aspectos desse tipo de violência e a inexistência de lei brasileira específica, o Dossiê elaborado pela “Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência

¹⁵ A **ReHuNa** é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 no Brasil, cujo objetivo principal é a disseminação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científica e em conformidade com as recomendações da OMS (RATTNER et al., 2010).

Contra as Mulheres” (2012) utilizou as referências de possíveis categorizações e organizações da violência obstétrica à partir da Lei Nacional Argentina nº 26.485,/2009. A Lei Nacional Argentina coloca a proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem suas relações, interpessoais e conceitua a violência contra a mulher, classificando em cinco tipos, que se manifestam em cinco modalidades: **física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial e simbólica.**

A Constituição Federal de 1988 prevê em seus artigos 196 a 200, os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado brasileiro quanto à saúde da população. Assim para este estudo destacamos o Art. 196, sendo:

a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Além do Art. 196 o Art. 197, também aponta a relevância pública das ações e serviços de saúde, e atribui a responsabilidade ao Poder Público de regular, fiscalizar e controlar, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado a previsão normativa.

Constitui-se como marco histórico da proteção à saúde, pois anterior a sua existência, os serviços de saúde eram destinados apenas a grupos que de alguma forma pudessem contribuir, ficando de fora as pessoas que não possuíam condições financeiras para custear seu tratamento. Em especial ficavam de fora os que não contribuíam para a Previdência Social (BRASIL, 1988).

Dos direitos sociais encontrados na nossa Constituição, o direito à saúde foi eleito pelos constituintes como de peculiar importância. Com efeito, o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. Saraiva (1983), já defendia a proteção aos direitos sociais antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, os quais definiu como sendo:

o conjunto de princípios e normas imperativas que tem por sujeito os grupos e os membros dos grupos, tem por objetivo (fim) a adaptação da forma jurídica (Leis, Códigos) à realidade social e visa (atuação), nesta adaptação, à colaboração de todos ao bem comum. (SARAIVA, 1983).

O Art. 227 traz como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar tanto à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A partir dos artigos previstos na constituição, que tratam diretamente do direito à saúde a Emenda 29, de 2000 e a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, traz importantes avanços na regulamentação dos processos, dos serviços e da proteção ao direito à saúde.

Em suma, foi importante a participação dos movimentos feministas nos avanços sociais no âmbito da construção das legislações existentes, principalmente que:

O movimento feminista brasileiro foi um ator fundamental nesse processo de mudança legislativa e social, denunciando desigualdades, propondo políticas públicas, atuando junto ao Poder Legislativo e, também, na interpretação da lei. Desde meados da década de 70, o movimento feminista brasileiro tem lutado em defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres, dos ideais de Direitos Humanos, defendendo a eliminação de todas as formas de discriminação, tanto nas leis como nas práticas sociais. De fato, a ação organizada do movimento de mulheres, no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, ensejou a conquista de inúmeros novos direitos e obrigações correlatas do Estado, tais como o reconhecimento da igualdade na família, o repúdio à violência doméstica, a igualdade entre filhos, o reconhecimento de direitos reprodutivos, etc. (BARSTED, 2001 apud PIOVESAN, 2008, p. 35).

Piovesan (2008)¹⁶, em estudo realizado conjuntamente ao Senado Federal Brasileiro destacou que o êxito do movimento de mulheres, no tocante aos ganhos constitucionais, pode ser claramente evidenciado pelos dispositivos constitucionais que, entre outros, asseguram:

- a) a igualdade entre homens e mulheres em geral (art. 5º, I) e especificamente no âmbito da família (art. 226, § 5º);
- b) o reconhecimento da união estável como entidade familiar (art. 226, § 3º, regulamentado pelas Leis nº 8.971, de 29 de dezembro de 1994 e nº 9.278, de 10 de maio de 1996);
- c) a proibição da discriminação no mercado de trabalho, por motivo de sexo ou estado civil (art. 7º, XXX, regulamentado pela Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995, que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho);
- d) a proteção especial da mulher no mercado de trabalho, mediante incentivos específicos (art. 7º, XX, regulamentado pela Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999, que insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho);
- e) o planejamento familiar como uma livre decisão do casal, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (art. 226, § 7º, regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, no âmbito do atendimento global e integral à saúde);
- f) o dever do Estado de coibir a violência no âmbito das relações familiares (art. 226, § 8º, tendo sido prevista a notificação compulsória, em território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, nos termos da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, bem como adotada a Lei “Maria da Penha” – Lei nº

¹⁶ O estudo realizado destacou-se por se tratar dos direitos civis e políticos das mulheres no Brasil, no marco da igualdade de gênero, contemplada pela Constituição de 1988.

11.340, de 7 agosto de 2006, para a prevenção e o combate da violência contra a mulher).

Para uma melhor compreensão de como os crimes contra as mulheres se apresentam legalmente, o Art. 5º e seus incisos, da Lei 11.340 de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, eles se limitam ao ambiente doméstico e familiar (BRASIL, 2006), mas o Brasil também vivenciou impactos de documentos e acordos internacionais importantes: como a Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, de 1979, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, de 1993, o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994 e a Declaração e a Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim, de 1995.

Porém, cabe ressaltar que à partir de 2014 entrou em tramitação na Câmara Federal brasileira o PL nº 7633/2014, que aduz sobre os direitos da mulher durante a gestação e o parto – inclusive nos casos de aborto – e as obrigações dos profissionais de saúde. Trata inclusive dos direitos do feto e do recém-nascido. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal.

As regras previstas no PL aplicar-se-iam, se aprovado e sancionado, às instituições do SUS, privadas de saúde suplementar e filantrópicas, profissionais e estabelecimentos que não cumprirem as normas poderão ser punidos civil, penal e administrativamente, de acordo com a proposta. Observamos que o PL caracteriza a violência obstétrica, no Art. 13 e prevê:

Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (BRASIL, 2014a).

Além de caracterizar a violência na atenção obstétrica em aspectos fundamentais necessários para o trabalho de reversão e enfrentamento dos casos de violência, o Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da OMS, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, são instrumentos que podem auxiliar na garantia jurídica da assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério.

O projeto também elenca uma série de condutas consideradas ofensas verbais ou físicas, como ironizar ou constranger a mulher devido a fatores como religião, cor, nível educacional ou orientação sexual. Preterir e ignorar queixas e solicitações da grávida também faz parte dessa lista. Realizar cesariana sem indicação clínica real ou submeter a mulher a procedimentos invasivos desnecessários ou humilhantes também constam como formas de violações.

A Lei 11.108 de 2005, que altera a redação da Lei 8080 de 1990, acresceu o Capítulo VII “Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” e dos artigos 19-J e 19-L, deixando claro inclusive que fica a critério exclusivo da parturiente a escolha do acompanhante para o momento do parto e outras atividades relacionadas ao período de parto. Pode ser o marido, a mãe, uma amiga, uma *doula*. No entanto, seja por falta de estrutura de acolhimento, seja pelo impedimento direto, esse direito está sendo violado (BRASIL, 2005)

O PL proposto reafirma esse direito, transpõem os princípios da assistência humanizada no parto e nascimento, nos colocando a frente também do processo de descriminalização do aborto, pois o PL aborda no Art. 4º que:

Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério, tem direito: I – a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura; II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto. (BRASIL, 2014a).

Pelo projeto, toda gestante deverá ter direito à informação e à escolha. Desde a descoberta da gravidez, a mulher fará jus à elaboração de um plano individual de parto. O plano individual do parto, através do partograma e prontuários deverão ser registrados todas as suas opções, como as equipes de acompanhamento, sempre que possível, o tipo de parto que prefere e o local onde quer que ocorra. Qualquer alteração no plano deverá ser anotada no prontuário pelo médico responsável com a justificativa clínica da mudança.

A Lei nº 8.305/2014, conhecida por *Lei do Femicídio*, foi sancionada recentemente, em 09 de março de 2015, tornou o assassinato motivado por razões de gênero, menosprezo ou discriminação contra mulheres em crime hediondo. A lei deu nova redação ao Código Penal e qualificou o crime em homicídio qualificado. De acordo com o Código Penal brasileiro, a pena para estes crimes vai variar de 12 a 30 anos de prisão. Este tempo ainda pode ser aumentado em um terço se o crime acontecer enquanto a vítima estiver na condição de gestante ou nos três meses após o parto.

É possível perceber quanto ao feminicídio, que para as mulheres que participaram da construção do livro “Jovens mulheres e políticas pública”, publicação recente da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), em parceria com a ONU/Mulheres, que:

Os femicídios não se restringem aos praticados por companheiros e ex-companheiros, considerando o femicídio: homofóbico e lesbofóbico, o femicídio marital, o femicídio racista, os femicídios cometidos fora do espaço de domicílio, os seriais e em massa. [Mas] incluem a discussão dos assassinatos de mulheres legalizados pelo Estado motivados por políticas e práticas sociais, a exemplo das práticas de assassinatos de meninas em países que adotaram políticas de restrição do número de filhos, também discute as mortes femininas produzidas pelos processos de esterilização e clitorectomias, além dos assassinatos cometidos em nome da busca da Beleza através de intervenções cirúrgicas mal sucedidas (ROMIO, 2010 apud LOBATO, 2015).

Atualmente a Portaria da Rede Cegonha Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, com as alterações realizadas pela Portaria nº 2.351/GM/MS, de 05 de outubro de 2011, define e desenha a rede de cuidados para:

assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. (BRASIL, 2011c).

A Portaria da Rede Cegonha é a principal portaria que rege no SUS os princípios da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto na saúde materno infantil. Mas três Estados criaram suas leis Estaduais para garantir a humanização no parto.

O Estado de Mato Grosso em 2001 sancionou a Lei Estadual 2.376/2015 que trata do parto solidário e traz aproximações com as definições do parto humanizado trazidas na PNHP. O Estado de São Paulo, em 25 de março de 2015, sancionou a Lei Estadual 15.759/2015, que visa “assegurar o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado”.

O Distrito Federal, em 31 de agosto de 2015, através da Lei nº 5.534/2015, o Governo do Distrito Federal instituiu o Estatuto do Parto Humanizado, com o objetivo de assegurar assistência às gestantes em todas as unidades de saúde do Distrito Federal, públicas ou privadas. A Lei indica e esclarece critérios que devem ser seguidos por quaisquer profissionais que atendam pessoas no período gestacional e pré-natal.

São direitos das grávidas definidas na Lei 5.534/2015: ter dúvidas esclarecidas e receber informações e explicações necessárias, em especial no caso de impedimentos ao parto normal; dispor de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto; escolher a melhor posição e ser incentivada a adotar posições como sentada ou de cócoras, mais favoráveis ao parto natural; ter acesso a métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor, como massagens e banhos; receber apoio físico e emocional de doula, (assistente sem formação médica), durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sempre que solicitar; ter acesso ao bebê logo após o nascimento para amamentação na primeira hora de vida.

O Estatuto ainda define que a gestante se optar pela presença de uma doula, deverá ser considerada independente do acompanhante e não acarretará em ônus adicional à instituição. Incentiva, ainda, que as grávidas façam partos planejados.

Esclarece que a assistência ao trabalho de parto deve ser feita por médico obstetra, enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem, com apoio de doula, quando solicitado. A Lei aponta que a exceção da Casa de Parto de São Sebastião-DF em que a equipe responsável é composta por enfermeiro obstetra e por técnico de enfermagem.

6.6 A VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NA PESQUISA DA REDE CEGONHA: DISCUSSÃO SOBRE O TEMA:

Além de permear um campo necessário de construção de conceitos sobre o que é a violência na atenção obstétrica?, o que ocasiona essa violência?, qual causa e consequências e que medidas são necessárias a modificar essa realidade? Essas, ainda, são hipóteses em discussão no cenário mundial, cujas respostas podem corroborar para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e o bem-estar social.

Assim, o Ministério da Saúde, através dos indicadores componentes da Rede Cegonha que visam a melhoria do modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, como a Política Nacional de Humanização do SUS e as diversas estratégias existentes nos parece desafiador e necessário a inclusão de indicadores que possam monitorar as questões relacionadas a violência na atenção obstétrica.

As mulheres mais sujeitas a vivenciar o processo de violência no universo total da Pesquisa Rede Cegonha (PRC) são as mulheres pardas na faixa-etária de 20 a 34 anos, com ensino médio completo, casadas ou em união estável, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Porém, na estratificação dos dados a violência na atenção obstétrica, quanto às suas características e variáveis tanto na raça-cor quanto na faixa-etária não apresentaram diferenças consideráveis apontando para um problema sistêmico que acaba por atingir todos os seguimentos das variáveis na idade e raça-cor. Apontando para uma violência de característica *sistêmica e estrutural, onde o Estado e a sociedade* acabam reproduzindo constantemente os fatos geradores de violência.

O despreparo do sistema de saúde em acolher a mulher no momento do parto é uma das características da violência na atenção obstétrica. Se os resultados da pesquisa (PRC) apontam para um avanço da cobertura do pré-natal, em que a maioria

das mulheres realizou o seu pré-natal no SUS e receberam o cartão gestante, fizeram pelo menos 5 a 7 consultas, como recomenda a OMS, OPAS e Ministérios da Saúde, por outro lado, no momento do parto os dados apontam para o desafio de contrapor a peregrinação em busca de vaga, de garantir uma vaga na hora do parto demonstrando ainda mais a dificuldade de acesso às maternidades.

Este é um dos principais fatores responsáveis pelas mortes maternas, pois a “*inoportunidade*” da atenção pode resultar em óbito. A “peregrinação” hospitalar está ligada ao fato das gestantes em trabalho de parto frequentemente terem de recorrer a mais de uma instituição. A falta crônica de vagas é o mais claro fenômeno da peregrinação hospitalar “são bastante conhecidos e representam fontes de angústia para as gestantes estudadas” (TANAKA, 1995 apud HOTMSKY et al., 2002). A peregrinação além de refletir o descumprimento legal à Lei 11.634/2007 nos parece um alto grau de desassistência e contradiz as práticas recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde quanto à vinculação.

Como apontam os resultados 38,5% das mulheres não tiveram sequer a informação sobre o local do parto; 59% não chegaram a visitar o local onde teriam seus bebês, 14% não puderam ter seus bebês no local indicado no momento do pré-natal e boa parte não conseguiu vaga (20%) e quase 18% não conseguiu ter seus partos no primeiro hospital onde procurou.

Pesquisas realizadas em maternidades públicas brasileiras reafirmam estes dados e demonstram a insegurança de conseguir uma vaga nos hospitais para assistência ao parto e a possibilidade de ter que peregrinar em busca de vaga gera sofrimentos (DESLANDES, 2005; DIAS; DOMINGUES, 2005).

A violência na atenção obstétrica, também nos impõe reflexões sobre os impasses relacionados à desassistência e ao descuido no âmbito do *serviço de saúde*. Uma possível contradição nas avaliações por nota, atribuídas pelas mulheres entrevistadas, avaliaram o atendimento com notas elevadas. A pesquisa revelou uma avaliação positiva da equipe que a atendeu, mesmo que existindo o descumprimento do direito ao acompanhante para 65% das mulheres entrevistadas - direito este legalmente instituído pela Lei nº 11.108/2005 – 54% delas relataram a *proibição do serviço* de saúde para que elas pudessem ter o acompanhante de sua escolha. A OMS

recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto (HOTMSKY et al., 2002; HOTMSKY; ALVARENGA, 2002; SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011).

O apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, diminuem os índices de cesarianas, de partos complicados, a duração do trabalho de parto, reduz a analgesia/medicamentos para alívio da dor, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor, além de Contribui para que o parto seja uma experiência positiva na vida da mulher, com fortalecimento dos vínculos entre o companheiro, a mãe e o bebê, e com efeitos que geralmente se espelham no aumento da duração do aleitamento materno. Quando o suporte não é um profissional de saúde, os benefícios têm sido mais acentuados (BOWLBY, 1990; BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; HOTMSKY et al., 2002).

Para o acompanhamento das gestantes, além de seu direito a ter um acompanhante de sua escolha, que em geral é parte integrante da família, as *doulas* são figuras que desempenham um papel no auxílio durante o trabalho de parto, assistindo a mulher doando e auxiliando com apoio emocional e conforto físico. As atividades de suporte das *doulas* muitas vezes variam de acordo com as necessidades, desejos e cultura da mulher. Mesmo sendo reconhecido, ainda há pouca divulgação dos trabalhos delas. Há dificuldades do serviço em aceitar a presença da *doula* no momento do parto, assim como do acompanhante de livre escolha garantidos pela lei. O suporte provido por acompanhante escolhido pela parturiente pode ser mais benéfico sobre resultados maternos e perinatais e na satisfação da mulher com a experiência do nascimento (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Outro parâmetro relacionado ao descuidado e despreparo do serviço de saúde é no tratamento à vinculação da relação entre a mãe e o bebê é percebida como a chave para o desenvolvimento da criança, sendo recomendado pela OMS o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido. Esse contato acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento e pode auxiliar:

- a) na estabilização sanguínea dos batimentos cardíacos e respiração do bebê;

- b) a reduzir o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia;
- c) a manter o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe;
- d) na amamentação com o benefício do contato imediato pode tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (MATOS et al., 2010).

Nos resultados do nosso estudo a vinculação entre a mãe e o bebê mostra-se prejudicada para ambos os tipos de parto, pois 41% do total de mulheres não tiveram o primeiro contato com o bebê, sendo a cesárea mais limitadora para o estabelecimento desse contato imediato (48%).

O tipo de parto que prevaleceu nos resultados foi o parto normal, 53%, porém o percentual de cesárea, 46%, apresentou-se maior que o recomendado pela OMS de 15%. Não foi possível verificar a motivação do alto percentual das cesáreas, mas algumas pesquisas demonstram que não é apenas um problema do Brasil. A taxa de cesáreas na Europa é de 20% a 22%, contra 15% há 20 anos. Já nos Estados Unidos, a taxa é de 33%. No Brasil, em 1994, as taxas de cesáreas eram de 39% passando para 47% em 2007 e dados da OMS (2011) mostra que 54% dos partos no Brasil eram cesáreas, a maior taxa do mundo. Em 2010, essa taxa era de 52%. As estimativas, porém, apontam que ao final de 2014 a taxa chegaria a 55%.

O Brasil é apontado como sendo o país com maior índice de utilização de cesáreas do mundo e o aumento das taxas de cesáreas diante das pesquisas já realizadas aparece crescente ao longo do tempo, sendo mais frequente em instituições privadas e/ou em planos de saúde, enquanto nos hospitais públicos esses índices são menores se comparados à rede privada/suplementar (CAMANO; MATTAR, 1983; CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000; DOMINGUES et al., 2014; PADUA et al., 2010; ROCHA; ORTIZ; FUNG, 1985; YAZLLE et al., 2001).

A cesariana é apontada como a mais frequente cirurgia realizada sem necessidade. Cerca de uma em cada quatro mulheres que ultrapassam as portas de um centro obstétrico serão submetidas a uma cirurgia abdominal de grande porte. Podem apresentar riscos de complicações maternas, inclusive morte, maiores que os

partos vaginais, são *medicamente desnecessárias* (GABAY; WOLFE, 1994 apud RATTNER, 2005).

A alta incidência de cesáreas é um risco para o sistema de saúde, para o serviço e para as mulheres que sofrem esse tipo de intervenção quando poderia ser indispensável. A cesárea não só apresenta riscos de complicações maternas, inclusive morte, como ao recém-nascido, com o risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional (especialmente no caso de cesáreas com data marcada), como também o risco de angústia respiratória para os recém-nascidos desse tipo de parto se comparados com os nascidos de parto vaginal, mesmo que ambos estejam a termo (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

A OMS publicou uma declaração sobre as taxas de cesáreas e concluiu, à partir de estudo sobre os dados de cada país, que:

- a) a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos;
- b) em nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal;
- c) cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico;
- d) os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas (OMS, 2014).

A OMS ainda aponta que não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. É apontada a necessidade de mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e em longo

prazo da cesárea sobre a saúde. Propõe que a classificação de Robson¹⁷ seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

Considerando a gravidade no excesso de cirurgias cesáreas praticadas no âmbito da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, por intermédio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, responsável pela incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, neste ano, publicou um Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

O PCDT leva em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas à atenção à gestante. Ele considera a operação cesariana uma cirurgia essencial para a saúde materna e infantil, entretanto, reconhece a possibilidade da cirurgia cesariana levar ao aumento do risco de complicações graves quando realizada sem a correta indicação.

Além disso as *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*, compõem um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil é acompanhada pelas Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal.

Ainda que o parto normal seja garantido e estimulado pela rede pública a posição do parto é outro sinal de que poderá haver maior possibilidade de sofrimento a mãe e ao bebê ou influenciar no alívio ou não da dor, no conforto ou não da mulher no momento do parto.

A maioria das mulheres (95%) da PRC que relataram ter tido seu parto vaginal/normal apontou *deitada* como maior categoria a posição na hora do parto. Na

¹⁷ **O sistema de classificação de Robson** classifica todos os nascimentos em um entre dez grupos baseados em cinco parâmetros: histórico obstétrico, estabelecimento do trabalho de parto, posição fetal, número de filhos e idade gestacional. 1 Nulíparas, gravidez unifetal, feto cefálico, > 37 semanas, trabalho de parto espontâneo 2 Nulíparas, gravidez unifetal, feto cefálico, > 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana antes do trabalho de parto 3 Multíparas sem cesariana anterior, gravidez unifetal, feto cefálico, > 37 semanas, trabalho de parto espontâneo 4 Multíparas sem cesariana anterior, gravidez unifetal, feto cefálico, > 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana antes do trabalho de parto 5 Multíparas com cesariana anterior, gravidez unifetal, feto cefálico, > 37 semanas 6 Nulíparas, gravidez unifetal, feto pélvico 7 Multíparas, gravidez unifetal, feto pélvico 8 Gravidez múltipla 9 Situação transversa ou oblíqua 10 Gravidez unifetal, feto cefálico, < 37 semanas.

literatura um estudo com 20 ensaios clínicos sobre as posições do parto constatou que na posição vertical ou lateral pode diminuir a sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo, quando comparada com a supina ou litotomia. Os partos realizados nas diversas formas de posições verticais apresentam redução do período expulsivo quando comparados com partos em litotomia (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

A redução da duração do expulsivo, das taxas de parto assistido e de episiotomia afirma o conceito de que os puxos no período expulsivo são mais eficientes em posições verticais. Em contraste, a posição horizontal (deitada) dificulta esses aspectos, gerando a percepção negativa e que dificulta a movimentação, aumentando o sofrimento, o cansaço, à duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas. O parto em DLE (parto em decúbito lateral esquerdo) reduz o uso de episiotomia e de traumas perineais em comparação com a posição SS, que é considerada como posição vertical. Ela aponta ainda que não há uma única posição considerada ótima para o período expulsivo, mas diante do estudo realizado há vários tipos de preferências, as quais podem inclusive mudar durante o progresso do trabalho de parto (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

As posições verticais e a mobilidade durante o trabalho de parto foram consideradas mais aceitáveis e confortáveis para as parturientes e a postura vertical durante o trabalho de parto e parto demonstram vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos (SILVA; SILVA; SOARES, 2007).

Para a OMS algumas posições são melhores recomendadas, mas a posição que deve ser adotada pela mulher em trabalho de parto no momento do expulsivo deve sempre ser aquela na qual ela se sinta mais confortável.

É no momento do parto onde há maior aproximação e interação da mulher com a equipe de saúde que irá assisti-la, sendo nesse momento e nesse contexto que as principais ocorrências de violência, direta e perceptível ou simbólica e quase imperceptível, em casos específicos de procedimentos e intervenções considerados necessários, principalmente àqueles sem base científica clara que os comprove, ou outros procedimentos ultrapassados e que continuam compondo como parte da prática de rotina da equipe.

É o momento que o reflexo do descuidado interpessoal se mostrará mais evidente e possível. Nas relações interpessoais alguns aspectos necessariamente merecem ser levados em consideração: como o tipo de formação da equipe, a integração da equipe, o nível de compreensão da equipe e o preparo dessa equipe para o acolhimento e a posição quanto à sua responsabilidade ética, legal e moral e não apenas técnica e científica (CARRARO et al., 2008).

A existência da violência interpessoal foi apontada nos registros das situações de violência vivenciadas pelas mulheres entrevistadas pela PRC. A violência interpessoal no serviço de saúde surgiu do total de mulheres entrevistadas 12,6% relataram ter vivido algum tipo de violência durante o parto que apontou o mal atendimento, 50%, como a principal violência, caracterizada pela negligência. Nessa mesma categoria de violência 25% dos registros apontam para relatos de que as mulheres não foram sequer ouvidas, demonstrando negligência por parte da equipe de saúde.

Outra característica de violência interpessoal é demonstrada por 12% dos registros nos tipos de situações vivenciadas, mostrando a agressão verbal, e ainda 2,4% apontam terem sido agredidas fisicamente.

Não foi possível a verificação quanto à motivação ou circunstâncias ou relatos mais aprofundados sobre os tipos de agressões vivenciadas na categoria “outros”, mas esses aspectos também sugerem violência interpessoal.

Alguns autores, como Carraro et al. (2008), demonstram desafios de superação da violência interpessoal, sendo possível seu alcance por meio da boa comunicação, a comunicação terapêutica entre os profissionais e a parturiente – aquela que tem a qualidade curativa ou benéfica - se ocorrer pode se solidificar e se traduzir no cuidado promotor de conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional, conduzindo a mulher no curso do trabalho de parto.

O apoio emocional da equipe pode através da presença constante, a atenção dispensada, a ajuda nos momentos difíceis, o diálogo e mesmo pequenos atos, como segurar a mão, tornaram a vivência do trabalho de parto e parto mais confortável e tranquila. A participação ativa da mulher na vivência do trabalho de parto e parto é salutar desde o momento em que o local lhe é apresentado, na liberdade de escolha, no oferecimento de diferentes modalidades de atenção ao parto – tanto em relação ao

local e posição, quanto ao método para o cuidado e conforto nos momentos que antecedem o nascimento, bem como orientá-la sobre os métodos para o cuidado e conforto, explicando sobre o trabalho de parto e parto, mostrando-se disponível para retirar qualquer dúvida, a equipe de saúde poderá proporcionar tranquilidade, ajudando as parturientes a vivenciarem de maneira mais tranquila o processo de parir (CARRARO et al., 2008).

A valorização do desejo da mulher, e, o incentivo para realizar o parto normal, seja na posição de cócoras, seja na posição horizontal, ela poder sentir-se cuidada e confortada no processo de parto poderá proporcionar maior segurança. É importante que a parturiente confie na equipe de saúde e o apoio contínuo à parturiente, durante o trabalho de parto, oferecido por mulheres podem trazer resultados positivos quanto à redução de uso de medicamentos para a dor, partos instrumentais, tempo de trabalho de parto e quanto à redução do índice de cesáreas (CARRARO et al., 2008).

Para a intensificação dos trabalhos de desconstrução da violência na atenção ao parto, a estratégia de humanização tem se demonstrado como teoria e prática necessária aos serviços de saúde, uma vez que provoca reflexões, resgata valores necessários e propõe reordenamentos à lógica da aproximação do cuidado respeitoso e a aplicação de práticas baseadas em evidências (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009, 2010; REHUNA, 1993).

O acolhimento, a gestão participativa, a inclusão do acompanhante, a experimentação de boas práticas, nesta perspectiva, deixam de serem meras ações isoladas, para se conectar a um sentido global de cuidado humanizado, onde a exigência é a construção e experimentação de novas práticas que se apresentem como novos modos de interação entre sujeitos pautados em novos valores, com a democracia, a valorização da diferença, a construção coletiva e a garantia dos direitos humanos (PASCHÉ; VILELA; MARTINS, 2010).

Consideramos a dificuldade em categorizar o pagamento pelo parto apresentado pelo relatório da pesquisa, tendo em vistas que a violência ao patrimônio ou violência econômica não foi categorizada por Souza (2014). Sendo garantia universal à assistência à saúde não poderia no âmbito do SUS haver qualquer tipo de cobrança pelo procedimento do parto, apontando incoerência com os princípios Constitucionais

de garantia ao acesso público e gratuito (1% do total das mulheres pesquisadas informaram ter pago pelo procedimento).

Há a necessidade de garantir a proteção à mulher de forma a compreensiva das várias vertentes apresentadas na discussão e buscar qualificar a violência na atenção obstétrica trazendo ao campo de discussão acadêmica a proteção à mulher no seu direito a um parto seguro e não violento mais próximos dos direitos definidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, *onde “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade, tendo ele direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”* (Declaração Universal dos Direitos Humanos,1949).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que para ocorrer melhorias na qualidade dos serviços de saúde devemos superar as dificuldades do acesso a direitos básicos como o da equidade no SUS.

Demonstrar os aspectos da violência sofrida pelas mulheres para que o Estado e a sociedade possam apontar mecanismos de enfrentamento e superação pode apresentar uma alternativa à construção de um caminho mais próximo para demonstração da importância dos direitos humanos e da proteção à mulher no Brasil e no mundo.

A violência na atenção obstétrica se apresenta como o reflexo da desumanização do processo de cuidado integral à saúde da mulher e pode ser percebida de diversas formas, dimensional e sistêmica quando alcança mais de um nível de violência (física, psicológica, econômica etc.) e perpassam as relações entre parturiente-serviços de saúde, sistema de saúde-parturiente, serviços de saúde-sistema de saúde e não exclusiva, pois é extensiva a possibilidade de ocorrer e atingir grande parte das mulheres que utilizam o SUS, não havendo distinção.

Esse tipo de violência, ocorrida na atenção obstétrica, se caracteriza como simbólico na medida em que a mulher vivencia procedimentos que desconhece a partir dos processos de rotinas incorporados da atenção à saúde, a qual estará subordinada por sua condição no momento do parto e poderá ser submetido a elas com desrespeito e desconsideração às suas necessidades, o que acaba conduzindo a mulher a se posicionar no espaço social seguindo critérios e padrões do discurso ou atitude dominante (equipe de saúde).

Foi possível perceber que o problema da violência na atenção obstétrica é histórico, perpassando momentos de mudanças socioculturais, influenciadas pelas questões socioeconômicas com a evolução de um sistema médico centrado e assistencial hospitalocentrico, intervencionista e medicamentoso, com a discrepância da falta de acesso e qualidade nos serviços de saúde para populações mais carentes, como no caso da peregrinação por vagas evidente em diversos estudos.

Além dessas características mais específicas o atendimento desumanizado e degradante vivenciado pelas mulheres, bem como a peregrinação em busca de vaga, a omissão de informações, o descaso e o abandono, o desprezo e a humilhação, a ameaça e a coação, o preconceito e a discriminação, a homofobia, a culpabilização, a chantagem, a desconsideração das especificidades culturais, estigmatização, a desumanização no cuidado com as mulheres em situação de abortamento, a ausência de orientações sobre aleitamento materno e apoio desumanizado à amamentação, desvinculação e separação mãe-bebê, cobranças questionáveis do acompanhamento ao parto são exemplos que foram possíveis de serem percebidos a partir desse estudo.

No caso da assistência ao parto, avanços são perceptíveis, como a ampliação da cobertura do pré-natal com a ampliação de acesso a consultas, realização de exames importantes, e o enfrentamento de problemas sistêmicos com indicadores de atenção definidos por uma rede de serviços de atenção ao parto, ampliação de financiamento e cobertura à partir das definições da portaria da Rede Cegonha.

A garantia de orientações sobre a qualidade necessária de assistência ao parto de forma que promova reflexões mais profundas da situação e da condição da mulher no momento do parto, pode tornar possível uma tentativa de desconstruir os diversos tipos de violência no parto. Neste sentido, existem questionamentos importantes a serem respondidos e aprofundados no campo de investigação e esse estudo não encerra o debate profundo e necessário da violência na atenção obstétrica.

Apoiar e fomentar debates com a sociedade civil para que ela possa reconhecer as práticas que não reflitam no “des”cuidado. Difusão de boas-práticas e a definição de normativos legais específicos que promovam uma mudança dessas condutas institucionalizadas e que também punam as violações de direitos decorrentes desse tipo de violência.

Há constatado, tanto por pesquisas anteriores a possibilidade da ocorrência de violência na atenção obstétrica contra as mulheres que vivenciaram ou vivenciarão o processo de parturição no SUS ou na saúde suplementar.

Consideramos a necessidade do Estado em suas esferas difundir e promover o conhecimento das abordagens e conceituações sobre a violência na atenção obstétrica, em linguagem adequada para que as mulheres construam suas trajetórias e possuam

maior conhecimento e autonomia de decisão sobre os procedimentos que vivenciarão durante o parto, bem como enfrentá-la. Consideramos a necessidade de aprovação do PL nº 7633/2014 para assegurar direitos importantes da gestação, parto, pós-parto e aborto.

O fortalecimento da escuta ativa e do acolhimento a partir da constante pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde pode trazer mais elementos e informações quanto à avaliação do cenário da atenção à saúde materna e infantil apontando para uma nova cultura do sistema, mas fazendo-se necessário fortalecer e ampliar os espaços de diálogo e abertura para tratar o tema que poderá vir a inibir novas práticas de “des”cuidados.

No campo da saúde pública e coletiva a abordagem e o tratamento da violência contra a mulher não podem se restringir às consequências sendo necessário tratar a causa e fomentar um processo amplo interdisciplinar para abordagem do tema.

É preciso o preparo do sistema, do serviço e das equipes de atenção à saúde da mulher para melhor acolher as mulheres no pré-natal, parto e pós-parto e fazer-se cumprir a lei de direito ao acompanhante de livre escolha, de vinculação ao local do parto, os preceitos definidos na portaria da Rede Cegonha e principalmente as recomendações da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, cujos processos terapêuticos sejam singularizados e respeitem a trajetória e tradição de cada mulher que venha a ser mãe. Encontrar maneiras singulares de produzir saúde, enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano de vivência de cada mulher é um desafio apontado.

Manobras que tentam apressar a hora do nascimento/parto ou cesarianas desnecessárias apontam para melhoria no aprimoramento da formação e da aproximação de evidências científica, bem como aprofundamento e ampliação das pesquisas quando da ocorrência de partos quando há menos ou nenhuma intervenção médica-hospitalar-medicamentosa.

Percebe-se a necessidade do reconhecimento do acompanhante e das *doulas* como figuras importantes para a garantia da segurança das mulheres no momento do parto e inibição de possíveis violências.

O tema nos leva a refletir e debruçar nossos olhares sobre a necessidade de reconhecimento da existência dessa violência para que se possam encontrar mecanismos eficazes e eficientes para enfrentá-la, bem como, a necessidade da apresentação por parte dos entes federados para os níveis de sistema e de serviço recomendações constantes para cumprimento dos preceitos da política de humanização, formações continuadas para a rede de profissionais e gestores para difundir conhecimentos sobre as normas e diretrizes recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde e trabalhar mais próximos dos conceitos da medicina baseada em evidências, alinhando conceitos de humanização ao parto e garantia dos direitos humanos.

A humanização ainda se encontra como a principal estratégia apontada para superação da violência no campo da saúde, que articula e mobiliza diversos campos da saúde, do poder público e da sociedade civil, demonstrando um campo amplo de articulação de sujeitos e atores em torno da garantia de direitos com uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novo e desafiadores.

Inexiste até o momento uma definição ou previsão legal de pena ou sanção para violências cometidas no momento do parto, mesmo as legislações vigentes necessitando de avanços, estas se interpretadas amplamente no campo do direito, vislumbrando a proteção da mulher tanto no campo da violência de gênero quanto do direito à saúde, tem-se um possível amparo legal de proteção e poderá compor ações judiciais concisas, coletivas ou individuais.

As garantias dos direitos humanos estabelecidos em leis nacionais ou convenções internacionais não podem ser asseguradas apenas por consequência do resultado dessa violência e admitida apenas em âmbito judicial, uma vez que este é o reparador do dolo sofrido, e o tema da violência permeia campos mais amplos das ciências sociais, jurídicas e da saúde.

O Estado em suas esferas deve trabalhar para garantir os direitos estabelecidos e promover políticas públicas que coíbam toda e qualquer forma de violação de direitos.

Mesmo sendo um tema que enseja diversas possibilidades de debates e conclusões foi possível a partir dos resultados desse estudo concluir-se que os

indicadores utilizados para evidenciar a existência da violência institucional na atenção obstétrica mostraram-se positivamente associáveis a algumas respostas dos dados da pesquisa da Rede Cegonha para avaliação da violência obstétrica, apenas faltando categorizar as possíveis violências de caráter patrimonial ou econômicas.

Com o amparo de várias legislações o movimento feminista vem reivindicando cada vez mais intensamente avanços no âmbito da promoção, proteção e execução de políticas públicas mais efetivas no enfrentamento às violações de direitos impetradas contra as mulheres no Brasil. Os avanços obtidos na esfera internacional fazem com que as reivindicações dos movimentos não cessem apenas no âmbito da proteção das violências familiar e doméstica.

Entendemos que o amparo legal ainda que configure um avanço nas últimas décadas, é insuficiente para alcançar esse tipo de violência. Compreendemos que a legislação não substitui a necessidade de mudanças culturais e estruturais dos serviços de saúde pública e no sistema e na sociedade para garantir e ampliar os direitos.

A Rede Cegonha que incorpora alguns princípios da humanização nas suas definições nos aponta parâmetros diretos da gestão do SUS para monitoramento de indicadores importantes e impõe o desafio à sociedade e aos governos em sua esfera tripartite de garantir melhorias na atenção à saúde da mulher.

Os avanços significativos vêm acontecendo, porém ainda é perceptível a necessidade de aprofundamentos e debates sobre esse tipo de violência. Mas, notamos que os movimentos pelo Parto Humanizado e movimentos feministas necessitarão de posturas intensas no campo da mobilização e articulação, tendo em vistas a conjuntura política atual da câmara federal com a existência de uma bancada expressiva de partidos considerados fundamentalistas que não tem se manifestado favorável às reivindicações das bancadas progressistas.

Não há como nesse momento associar e identificar a violência na atenção obstétrica como fator de aumento da mortalidade materna seja pela falta de dados e pesquisas sobre o tema da *violência na atenção obstétrica*, pela falta de reconhecimento da mesma como indicador ou pela ausência de dados mais quantitativos e qualitativos sobre a mortalidade materna associada aos casos de violência ocorridos nos serviços de saúde.

Mesmo inexistindo uma categoria designada a avaliar a violência na dimensão dos danos materiais que as mulheres podem vir sofrer na pesquisa da Rede Cegonha observou-se a existência de 1% das mulheres que informaram ter pagado pelo procedimento de parto no SUS.

Na descrição da dimensão das possíveis violências ocorridas nos serviços de saúde, a dimensão material influencia na violação ao patrimônio material da mulher. O pagamento do parto pode ser resultado da falha do sistema e do serviço, pois não possui ou garante naquele momento as condições necessárias ao procedimento do pré-natal, parto e pós-parto. Em especial materiais e insumos, medicamentos e leitos ou ainda, como a cobrança indevida pelo procedimento do parto realizada pela equipe médica. Contudo sugere-se esta categoria para também aglutinar as possibilidades de violência material.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.
- AMORIM, M. M. R. et al. Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA): resultados maternos. **Revista Saúde e Ciência Online**, Campina Grande, v. 1, n. 1, p. 80-87, 2012.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: dez 2014.
- BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 1996.
- BITTENCOURT, S. D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, sup. 1, p. S208-S219, 2014.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**: apego a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1990. v. 1.
- BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. Boston: Harvard School of Public Health, 2010. Available from: <<http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>>. Access: 10 Mar. 2014.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei no 7633/2014 (Jean Wyllys)**. 2014a. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?-codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS**: humanização do parto e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. v. 4.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/-Portarias/2015/01_janeiro/PT_GM_N_11_01.01.2015.pdf>. Acesso em: 08 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/-prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: as redes de atenção à saúde. [2010]. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Rede-Materno-Infantil-06-03.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/-Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 133, de 23 de fevereiro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0133_23_02_2012.html>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde, SUS, entre maio de 2012 e fevereiro de 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/-ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/-constituicao.htm>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm>. Acesso em: 08 out. 2015.

_____. Senado Federal. **Relatório Final sobre a situação da violência contra mulher no Brasil**. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - CPMI. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/get-PDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

CAMANO, L.; MATTAR, R. Reflexões sobre a incidência da cesárea. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 101, p. 160-164, 1983.

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html>. Acesso em: 09 out. 2015.

CANIATO, A. M. P. Violências e subjetividades: o indivíduo contemporâneo. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-32, 2008.

- CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-509, 2008.
- CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.
- CARVALHO, Maria Luiza de. O renascimento do parto e do amor. **Revista Estudos Femininos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 521-523, 2002.
- COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.
- COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade. Assessoria, Pesquisa e Estudos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção Belém do Pará. São Paulo: KMG, 1996.
- D'OLIVEIRA, A. F. P.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, London, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1163-1178, 2006.
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, 2005.
- DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1042-1043, 2011.
- DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.
- DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. A violência contra a mulher como questão de saúde pública no Brasil. In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005)**: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/site/wp-content/uploads/2012/05/25anos-completo.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 49-59, 2010.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea?**. São Paulo: UNESP, 2004.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; CECATTI, J. G. A Operação Cesárea como tecnologia para o nascimento: quando ela é apropriada?. **Revista FEMINA**, São Paulo, v. 13, n. 11, p. 1018-1027, 1985.

FLEURY, S. M. T.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>> Acesso em: 18 nov. 2014.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

HOTMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

HOTMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-481, jul. 2002.

INSTITUTO DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL. Agência de Cooperação Internacional do Japão. **Estudo sobre assistência oficial do Japão para o desenvolvimento destinado à República Federativa do Brasil: Rumo à construção de uma nova parceria**. Mar. 2002. Disponível em: <http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_-and_JBICI-Studies/english/publications/reports/study/country/pdf/-bra_01.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

JUÁREZ, D. et al. **Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios**. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S17-S32, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.

LOBATO, A. L. (Org.). **Jovens mulheres e políticas públicas**. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64. 2014.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.

MELO, C. O. M. et al. Considerações sobre violência institucional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. **Revista FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 73-77, 2008.

MENDES, E. V.. **As Redes de Atenção à saúde**. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 1259-1267, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MISAGO, C. et al. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in northeast Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, New York, v. 75, p. S67-S72, 2001.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em municípios da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NILSEN, E.; SABATINO, H. LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequências e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres**, 5 mar. 1995. Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/belemdopararat.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____. **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos**: recomendações OMS assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: WHO, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e a morbidade materna grave**. 2011. Disponível em:

<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

PADUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, 2010.

PARADA, C. M. G. L.; TORRETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuários de serviços públicos. **Interface**, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da Atenção ao parto nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde que atendem à mulher em situação de gestação, parto e puerpério**. 2008. 181f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PÉREZ D'GREGORIO, P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, New York, v. 111, n. 3, p. 201-202, 2010.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 12-30.

PIOVESAN, F. **Igualdade de gênero na Constituição Federal**: os direitos civis e políticos das mulheres no Brasil. [2008]. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-i-constituicao-de-1988/principios-e-direitos-fundamentais-igualdade-de-genero-na-constituicao-federal-os-direitos-civis-e-politicos-das-mulheres-do-brasil>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

PNUD. **Relatório do desenvolvimento humano**: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. [s.l.] PNUD, 2014. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>>. Acesso em: 14 maio 2014.

RAMOS, J. G. L. Morte materna em hospital terciário no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo de 20 anos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 431-436, 2003.

RATTNER, D. et al. ReHuNa: A rede pela humanização do parto e nascimento. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n.4, p. 215-228, 2010.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, Botucatu, v. 13, sup. 1, p. 759-768, 2009.

RATTNER, D. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 414-416, 2005.

_____. **Quality of care at childbirth: seeking a comprehensive approach**. 2001. 144p. Doctoral Tesis –University of North Carolina, Chapel Hill, 2001.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica**: “parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/-documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (ReHuNa). **Entrevista sobre parto humanizado com Simone Diniz**. 2014. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/seminario/noticias/51-entrevista-sobre-parto-humanizado-simone-diniz>>. Acesso em: 09 out. 2015.

_____. CARTA DE CAMPINAS - ATO DE FUNDAÇÃO DA REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO – **ReHuNa [1993]**. Disponível em: , <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>> Acesso em: 09 out. 2015.

_____. **Homepage**. [1993]. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/seminario>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ROCHA, J. S. Y.; ORTIZ, P. C.; FUNG, Y. T. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 457-466, 1985.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, 2008a.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 453-458, 2011b.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto: um modelo teórico**. 2002c. 271f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível

em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83519/189071.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 set. 2014.

SANTOS, M. L. Os desafios de uma filosofia para humanização do parto e do nascimento. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 17-24, 2010d.

SARAIVA, P. L. **Garantia constitucional dos direitos sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 13-26, 1999.

SERRUYA, S. J. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 531-535, 2012.

SILVA, L. B.; SILVA, M. P.; SOARES, P. C. M. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Revista FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 101-106, 2007.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 254-263, 2008.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (Eds.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, mapa de abusos cometidos no parto. 2015. Disponível em: <<https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/feeds>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 202-206, 2001.

ANEXO A – Requerimentos e autorização para utilização de Banco de Dados



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Mestranda: Kelly Gonçalves M. Arruda

Orientadora: Inez Montagner

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **KELLY GONÇALVES MEIRA ARRUDA**, servidora pública federal, portadora do RG 3295205 SSP/DF, CPF 001.127.053-59, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília-UNB, venho por meio deste, solicitar ao presente órgão, Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-SGEP que aplica a pesquisa “Rede Cegonha”, autorização para utilização das informações oriundas do Banco de dados da “Pesquisa Rede Cegonha”.

Brasília-DF, 10 de dezembro de 2013.

Nestes termos, peço deferimento,

Kelly Gonçalves Meira Arruda
Mestranda

Prof. Dra. Inez Montagner
UNB - FCE
Mat. 1190759



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
Esplanada dos Ministérios Bloco G, 3º andar - Gabinete
70.058-900 - Brasília-DF

DECLARAÇÃO

Eu, **LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE**, servidor público federal, portador do RG 133.352-8 SSP/DF, CPF 192.493.303-91, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, no uso de minhas atribuições, conforme portaria de nomeação nº 572 DOU nº 2, de 09/06/2012, venho por meio deste, autorizar a aluna **KELLY GONÇALVES MEIRA ARRUDA**, mestranda, do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, servidora pública federal, portadora do RG 3295205 SSP/DF, CPF 001.127.053-59, a ter acesso e utilizar o banco de dados, bem como os relatórios e as demais informações que se fizerem necessárias relativa a “Pesquisa Rede Cegonha”, ao que se aplicar à pesquisa “Violência contra a mulher no parto: Um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha do SUS”.

Brasília-DF, 10 de dezembro de 2013.

Nestes termos, defiro o solicitado,


LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde

ANEXO B – Declaração de utilização de base de dados secundários

UnB
Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Brasília-DF, 14 de outubro de 2015.

JUSTIFICATIVA DO NÃO ENCAMINHAMENTO AO CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O trabalho intitulado “**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PARTO: UM OLHAR SOBRE A PESQUISA DA REDE CEGONHA DO SUS**”, sob a responsabilidade de *Kelly Gonçalves Meira Arruda* e da Profa. Dra. Maria Inez Montagner, orientadora da pesquisa, não foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, por não se tratar de pesquisa envolvendo diretamente seres humanos. O estudo envolve apenas base de dados secundários, de domínio público, que não identifica os participantes da pesquisa e com revisão bibliográfica.

Atenciosamente,


KELLY GONÇALVES MEIRA ARRUDA

ANEXO C – Comprovante de Submissão de Artigo/Publicações



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Manuscript ID	ICSE-2015-0849
Title	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O QUE NOS CONTAM ALGUNS NÚMEROS DA PESQUISA DA REDE CEGONHA NO SUS
Authors	Arruda, Kelly Montagner, Maria Montagner, Miguel
Date Submitted	19-Nov-2015

[Author Dashboard](#)

ANEXO D – Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações Eletrônicas (TDE) na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)



Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações Eletrônicas (TDE) na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Universidade de Brasília e o IBICT a disponibilizar por meio dos sites www.bce.unb.br, www.ibict.br, <http://hercules.vtls.com/cgi-bin/ndltd/chameleon?lng=pt&skin=ndltd> sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, conforme permissões assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: () Tese Dissertação

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Autor: Kelly Gonçalves Meira, Amuda
 RG.: 3295205 CPF: 001.12705359 E-mail: kellyamudaz@gmail.com
 Orientador: Maria Inez Montagner CPF: 102.097.798-76
 Co-Orientador: _____ CPF _____
 Membros da Banca: Silvia Bacim Marques CPF: 277.529.868-55
 Miguel Angelo Montagner CPF: 083.999.358-75
 Daphne Rattner CPF: 004.907.758-96
 _____ CPF _____

Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? Sim () Não

Data de Defesa: (dd/mm/aaaa) 21/10/2015 Nº de páginas: _____

Título: Violência contra a mulher no parto: um olhar sobre a pesquisa da

Afiliação: (Instituição de vínculo empregatício do autor): Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FNDCT

Área do Conhecimento: 4.06.00.00 - 9 3. Agência de fomento: _____

(Vide Tabela do CNPq)

Palavras-chave: violência institucional; violência contra a mulher - violência na atenção obstétrica; saúde da mulher

4. Informação de acesso ao documento:

Liberação para publicação: Total () Parcial*

Em caso de publicação parcial, especifique o(s) arquivo(s) restrito(s):

Arquivo(s) capítulo(s). Especifique: _____

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação. É necessário que a impressão seja gerada a partir do arquivo em PDF para que as versões eletrônica e impressa sejam idênticas.

*A restrição (parcial ou total) poderá ser mantida por até um ano a partir da data de autorização da publicação. A extensão deste prazo demandará justificativa formal apresentada ao DPP e que será comunicada à CAPES, IBICT e à BCE/UnB.

Local e data: 17/11/2015

Assinatura do autor _____

ANEXO E – Modelo do Questionário da Pesquisa da Rede Cegonha 2012-2013**Questionário da Pesquisa Rede Cegonha**

Dados da entrevistada

Nome:

Unidade de Saúde/Hospital onde fez o pré-natal:

Hospital onde teve o último parto:

Data do Parto:

UF:

Município:

Perfil da entrevistada

Idade: _____

Não informado

Estado Civil:

Casada

Solteira

Viúva

Divorciada

Separada

União Estável

Não Informado

Raça/cor:

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

Não Informado

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

4

Escolaridade:

- Não sabe ler/escrever
- Alfabetizado
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Fundamental Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Médio Completo
- Nível Superior Incompleto
- Nível Superior Completo
- Não Informado

Renda familiar:

- Não tem renda
- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não Informado

Você recebe Bolsa Família?

- Sim
- Não
- Não sei

Perguntas

1. Você recebeu orientações sobre planejamento familiar, ou seja, sobre métodos para evitar a gravidez?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

5

2. Sua gravidez foi planejada?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

3. Você fez pré-natal durante esta gravidez?

Sim, pelo SUS (Pular para a pergunta 5)

Sim, particular ou plano de saúde (Pular para a pergunta 12, 12.1, 12.2, 13, 17 em diante)

Não (Passar para a pergunta 4 e depois para 12, 12.1, 12.2, 13, 17 em diante)

Não sabe/Não respondeu

4. Por que você não fez o pré-natal?

Não recebeu informação

Não conseguiu consulta

Não achou importante

Não sabia que precisava

Era longe

Não quis

Outro Motivo Qual? _____

Não sabe/Não respondeu

5. Ao iniciar o pré-natal você recebeu a Caderneta ou Cartão da Gestante?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

6. Quantas consultas de pré-natal você realizou pelo SUS?

1 a 2

3 a 4

5 a 6

7 ou mais

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

6

Não sabe/Não respondeu

7. Durante o pré-natal você participou de atividades educativas em grupo pelo SUS?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

8. Durante o pré-natal (pelo SUS) você foi informada sobre os benefícios do parto normal?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

9. Quais exames você realizou pelo SUS durante o pré-natal? (pode marcar mais de uma opção).

Sífilis

HIV/Aids

Hepatites

Exame de sangue para detectar anemia

Exame de urina

Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)

Ecografia

Outros

10. De quais exames (realizados pelo SUS) você recebeu os resultados? (pode marcar mais de uma opção).

Sífilis

HIV/Aids

Hepatites

Exame de sangue para detectar anemia

Exame de urina

Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

7

Ecografia

11. De 0 a 10, que nota você daria para unidade de saúde/hospital do SUS onde você realizou o pré-natal?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sabe/Não respondeu

12. Durante esta gravidez você foi internada por alguma complicação no SUS?

Sim (Passar para a pergunta 12.1 e depois para a 13 em diante)

Não (Pular para a pergunta 14)

Não sabe/Não respondeu

12.1 Qual o principal motivo da internação (no SUS)?

Hipertensão

Diabetes

Infecção Urinária

Sangramento

Ameaça de parto prematuro

Aborto (Responder as perguntas 12.2, 13 e encerrar a pesquisa).

Não sei

Outros. Qual? _____

Não sabe/Não respondeu

12.2 Se a entrevistada teve um aborto: Durante sua internação por abortamento você se sentiu:

Bem acolhida/bem atendida

Agredida verbalmente

Agredida fisicamente

Mal acolhida/mal atendida

Dividiu o espaço com outras mulheres que tiveram seus bebês

Não sabe/Não respondeu

13. Devido à complicação você foi internada na UTI do SUS?

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

8

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

14. No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto?

Sim

Não (Pular para a pergunta 17)

Não sabe/Não respondeu (Pular para a pergunta 17)

15. Você visitou o local onde deveria ter o parto durante a gravidez?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

16. Você fez parto no serviço de saúde/hospital do SUS que foi indicado?

Sim

Não (Passar para a pergunta 16.1)

Não sabe/Não respondeu

16.1 Se a cidadã respondeu não na pergunta anterior, sondar o porquê:

Não achou importante

Era longe

Não conseguiu vaga

Não quis

Outro motivo Qual? _____

17. Você teve parto no primeiro serviço de saúde/hospital do SUS que procurou?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

18. Qual o meio de transporte utilizado por você para chegar à unidade onde realizou o parto?

SAMU

Bombeiros

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

9

Ambulância

Carro próprio

Carro de terceiros

Moto

Ônibus

Táxi

A pé

Outros

Não sabe/Não respondeu

19. Você recebeu ajuda para custear o deslocamento para as consultas pré-natais e/ou parto? (Pergunta retirada do questionário) Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

20. Você considera que esta ajuda contribuiu no deslocamento? (Pergunta retirada do questionário)

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

21. Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sabe/Não respondeu

22. Quanto tempo (aproximadamente) você esperou para ser atendida?

- Até 30 minutos
- 30 minutos a 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 2 a 4 horas

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

10

- Mais de 4 horas
- Não sabe/Não respondeu

23. De 0 a 10, que nota você daria às instalações, ou seja, ao espaço físico e aos equipamentos da unidade do SUS onde teve o parto?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não sabe/Não respondeu

24. Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto?

- Sim (Passar para a pergunta 24.1 e para a 25 em diante)
- Não (Passar para a pergunta 24.2)
- Não sabe/Não respondeu

24.1 Por quem você foi acompanhada?

- Pelo pai do bebê
- Pela sua mãe
- Pelo seu pai
- Por um(a) amigo(a)
- Pelo seu companheiro (a)
- Pelo (a) irmão (ã) Outros. Qual? _____

24.2 Por que não teve acompanhante?

- O serviço não permitiu
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante

Outros

Não sabe/Não respondeu

25. Qual foi o tipo de parto para ter este filho?

Normal

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

11

Normal a ferro (fórceps)

Cesária (Passar para a pergunta 27)

Não sabe/Não respondeu

26. Em que posição você teve o parto?

Deitada

Sentada

Agachada (cócoras)

Outros

Não sabe/Não respondeu

27. De 0 a 10, que nota daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado a você?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27.1. Durante o procedimento do parto realizado pelo SUS, você passou por alguma dessas situações: (pode marcar mais de uma opção).

Agressão verbal

Agressão física

Não foi ouvida/atendida nas suas necessidades

Foi mal atendida

Outros. Qual: _____

Não sabe/Não respondeu

28. A criança teve alguma complicação após o parto?

Não

O bebê faleceu após o parto (encerrar a pesquisa).

- O bebê teve complicações
- O bebê nasceu prematuro
- Outros. Qual? _____
- Não sabe/Não respondeu

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

12

29. A criança foi colocada em seu colo ou no peito para mamar imediatamente após o parto?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

30. De 0 a 10, que nota você daria ao hospital do SUS em relação ao serviço prestado ao bebê?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Não sabe/Não respondeu

31. Você utilizou algum serviço de saúde do SUS, após o parto?

- Sim
- Não (Passar para a pergunta 32)

31.1 Se sim, por quê?

- Consulta de rotina da mãe/bebê
- Icterícia do bebê
- Prematuridade do bebê
- Malformação congênita do bebê
- Mastite
- Infecções puerperal da mãe
- Hemorragia da mãe
- Eclampsia da mãe
- Lesão no canal do parto da mãe
- Outros. Qual? _____

Não sabe/Não respondeu

32. Quais testes foram realizados pelo SUS em seu bebê (pode marcar mais de uma opção):

Teste do pezinho

Teste da orelhinha

Teste do olhinho

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

13

Outros. Qual? _____

33. Quais vacinas o seu bebê já tomou pelo SUS?

BCG

Hepatite B – 1ª dose

Hepatite B – 2ª dose

Outros. Quais? _____

34. Qual a alimentação você tem ofertado a seu bebê?

Leite materno exclusivo

Leite artificial exclusivo

Leite materno e artificial

Outros

35. Você recebeu a Caderneta da Criança?

Sim, no hospital onde foi realizado o parto

Sim, na unidade básica de saúde

Não

Não sabe/Não respondeu

36. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum agente comunitário de saúde?

Sim, até o primeiro mês

Sim, depois do primeiro mês

Não – Pular para 38

Não sabe/Não respondeu – Pular para 38

37. Que nota você daria para a atuação desse profissional, de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sabe/Não respondeu

38. A senhora pagou algum valor para a realização do parto?

Sim

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

14

Não

Não sabe/Não respondeu