



UnB

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Clínica – PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG-PsiCC

**AS INTERFACES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
DESCORTINANDO A REALIDADE**

Luciana Andrade Rocha Nery

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sílvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos

Brasília, 2022

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Clínica – PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG-PsiCC

As Interfaces no Enfrentamento da Violência Obstétrica: Descortinando a Realidade

Luciana Andrade Rocha Nery

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sílvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Psicologia Clínica e Cultura,
Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília como
requisito parcial para a obtenção de título de
Mestre em Psicologia Clínica e Cultura

Brasília, 2022

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e
Cultura (PPG-PsiCC/UnB)

As Interfaces no Enfrentamento da Violência Obstétrica: Descortinando a Realidade

Luciana Andrade Rocha Nery

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Silvia Renata Magalhães Lordello (Presidente)

PsiCC/PCL/IP/UnB

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Queiroz (Membro Titular)

PsiCC/PCL/IP/UnB

Dr.^a Ângela Ferreira Barros (Membro Externo)

SES/DF/ESCS

Prof.^a Dr.^a Isabela Machado da Silva (Suplente)

PsiCC/PCL/IP/UnB

Agradecimentos

À Sílvia Lordello, que tanto admiro, desde o início de minha jornada profissional. Profissional que exala competência, comprometimento, ânimo, esperança, força, crença. Pesquisadora que preza pela qualidade científica, em todos os detalhes, e que tanto me ensinou sobre o zelo e responsabilidade social. Ofereceu-me muito mais do que era seu dever. Como sou grata à sua orientação que foi apoio, incentivo e apelo, quando precisei. Acolhedora e respeitosa nas tempestades que enfrentei, serviu-me como um farol. Apesar de todos os desafios que viveu, realizando seus trabalhos e pesquisa, jamais deixou de estar disponível para mim, fosse do outro lado do oceano ou em momentos que deveriam ser de descanso. Levo comigo um pouquinho de você, para que sempre inspire minhas condutas profissionais;

Às professoras Ângela Barros e Elizabeth Queiroz, pessoas que admiro por seu profissionalismo e competência. Gratidão por aceitar integrar a banca e avaliar esse trabalho;

À Alessandra Arrais, minha sócia, a quem me orgulho chamar de amiga, com quem dividi tanto do sonho em começar e finalizar essa pesquisa. Que tanto me incentivou, acreditou e que segue, desde a graduação, me inspirando nos cuidados com as gestantes e puérperas e no caminho do trabalho ético e científico. Alê, gratidão pelas trocas, pela disponibilidade em seguir conversando comigo, para que eu possa organizar as minhas ideias, com responsabilidade, sem que eu me perca de mim mesma;

À Bianca Amorim, minha amiga, comadre e sócia, que, embora, não entenda muito bem o meu sonho em cursar o mestrado, sempre me apoiou, me incentivou e não mediu esforços para que eu concluísse esse trabalho. Bia, você foi amparo, presença e motor em todos os meus momentos de ausência e de desânimo. Obrigada por me ajudar a chegar até aqui. Continuemos juntas, firmes e fortes, “ao infinito e além” (Buzz Lightyear, rsrs). Gratidão pelas trocas, pelo companheirismo, pelos empurrões, puxões de orelhas e por me esticar

tanto;

À Comunidade EPP, da Escola de Profissionais da Parentalidade, por embarcarem em nossos sonhos e propósitos de, juntas, construirmos uma sociedade que respeite as mulheres, as mães, que divida as sobrecargas e se responsabilize também pelos cuidados com as crianças. O que estamos construindo é forte, intenso e urgente. E só podemos mudar a realidade que temos com empenho, dedicação, estudos e ações. Teoria e prática devem sempre andar juntas. Queremos ver cada uma de vocês brilhando, levando suas mensagens mais longe e sendo capazes de cuidar e proteger, cada dia mais, mulheres nos exercícios de suas maternidades e de tantos outros papéis sociais;

Agradeço ao meu esposo, Bruno, pela paciência e companheirismo, por acreditar em mim e apostar nos meus sonhos. Gratidão por entender minhas ausências e me justificar para quem não entendia;

Agradeço, especialmente, ao meu filho, Lorenzo, que apesar de todos os caos que viveu nos últimos anos, com as perdas em decorrência da Pandemia, precisou lidar com muitos momentos de ausência da mamãe. Desejo que você esteja cada dia mais forte para alcançar os seus sonhos durante toda a sua vida. Para isso, às vezes, é preciso dizer não para quem amamos ou se ausentar em alguns momentos. Quero que você saiba que a ausência não é igual a vazio ou desamparo! Quero que você aprenda que você pode ser muito feliz em todos os papéis que queira viver, mas para isso é preciso dizer alguns não. Por aqui, algumas vezes, os não foram para o meu trabalho; outras vezes, para você! E como amadurecemos nesse processo. Eu e você. “Te amo daqui até a Lua, ida e volta”;

Aos meus pais, Ilma e Roberto, que sempre apoiaram meus sonhos e meus passos, mesmo quando não concordavam ou eram diferentes do que gostariam. Ah, que orgulho eu tenho em ser filha de vocês. Obrigada por me apoiarem e ampararem quando achei que não daria conta de chegar até aqui. E à minha querida irmã (a melhor do mundo), em quem e inspiro e a

quem quero imitar um pouquinho na sabedoria, disciplina e comprometimento, com a vida e com os que ama;

Ao meu psicólogo que me acompanhou desde a minha decisão em participar do processo seletivo, que me acompanhou durante todo o processo, que foi porto seguro no adoecimento e que me permitiu refletir e ressignificar meus caprichos;

À Universidade de Brasília, pela oportunidade de viver a experiência do mestrado, no campus público, apesar de ter tido a minha experiência atravessada pela Pandemia.

Sumário

Lista de Tabelas e Figuras.....	09
Apresentação da Dissertação.....	10
Resumo.....	13
Abstract.....	15
Estudo I – Práticas Compreendidas como Violência Obstétrica: Conhecer para Enfrentar.....	17
Resumo.....	17
Abstract.....	18
História do Parto e Nascimento ao Longo do Tempo.....	19
Definição de Violência Obstétrica: Um Processo em Construção.....	28
Documentos Oficiais e Legislação: Propostas e Conceitos.....	30
Primeiros Ensaios de Violência Obstétrica: Ensaios, Efeitos e Enfrentamento.....	35
O Enfrentamento da Violência Obstétrica: Condutas Possíveis.....	39
Considerações Finais.....	42
Referências.....	43
Estudo II – O Enfrentamento da Violência Obstétrica em Propostas: Uma Revisão Integrativa.....	51
Resumo.....	51
Abstract.....	52
Método.....	53
Resultados e Discussão.....	56
Sobre a Forma.....	56
Sobre a Acessibilidade.....	56
Sobre o Conteúdo.....	57

Formação dos Profissionais que Assistem ao Parto.....	58
Divulgação de Informações sobre o Parto e Formação de Rede de Apoio entre as Mulheres.....	61
Políticas Públicas que Reconheçam, Definam e Enfrentem a Violência Obstétrica....	62
Gestão Institucional para o Combate à Violência Obstétrica.....	63
Considerações Finais.....	64
Referências.....	66
Estudo III – Prevenção da Violência Obstétrica: Uma análise documental de cartilhas para mulheres.....	72
Resumo.....	72
Abstract.....	73
Método.....	75
Resultados e Discussão.....	76
Considerações Finais.....	89
Referências.....	90
Considerações Finais da Dissertação.....	95
Referências.....	98

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1.....	83
Figura 1.....	54

Apresentação da Dissertação

Para apresentar essa dissertação, que traz como tema a violência obstétrica numa perspectiva multidimensional, se faz necessário, inicialmente, contextualizar a minha trajetória como pesquisadora, que passo a relatar em primeira pessoa. Desde o início da minha graduação, me encantei pelo nascimento, não somente pelo bebê que chega e que precisa ser acolhido, mas encantei-me, também, e especialmente, pelos impactos que a chegada desse novo ser provoca. Algumas ideias sobre isso ocuparam grande espaço em minhas convicções, como o fato de que tornar-se mãe e tornar-se pai não é algo intuitivo ou natural. Trata-se de uma formação social, cultural e psíquica. Os olhares durante a gestação, em geral, estão ocupados com o bebê que nascerá e que representa o novo. Novas possibilidades e novos (re)começos passam a se concretizar no parto.

É fato que o parto acontece num corpo, feminino, subjetivo e com personalidade. Pensar nas formas possíveis de nascer é pensar também em suas implicações para essa mulher. Cuidar da gestação deve ser também cuidar da gestante, reconhecendo os impactos individuais do desenvolvimento no corpo, na mente e nas relações sociais de cada mulher.

Infelizmente, em minhas observações, experiências profissionais e até pessoais, tenho percebido que a mulher tem sido cuidada como hospedeira de um bebê. É daí que nasce o meu problema de pesquisa. Nesse cenário estão presentes a tecnologia, o cuidado e as relações de poder. O avanço das tecnologias pode trazer algum conforto para as mulheres, embora a empatia, o cuidado e o acolhimento pelos profissionais que cercam a gestante não são substituídas pelas tecnologias. Os saberes dos profissionais que cuidam ainda podem ser vistos como inquestionáveis, sustentados por relações de poder. Essa soma de aspectos reais pode silenciar a mulher num dos momentos de grandes impactos psicossociais em sua vida e isso motivou a investigação científica. Fui ouvindo como as mulheres se sentiam desrespeitadas, e até violentadas, num momento tão delicado e intenso, como o nascimento

do seu bebê. Na experiência ímpar do parto (e, cada vez mais, singular), toda essa simbologia (do poder para parir, da autonomia, do respeito), que contribui para a constituição do papel materno, poderia estar sendo esvaziada.

Uma inquietação que me acompanha na atuação profissional é a fragilidade que as mulheres relatam quando se sentem insatisfeitas com a sua experiência de parto. Em geral, a insatisfação se mostra associada a estranhamentos e intercorrências. Daí a pergunta de pesquisa sobre os enfrentamentos possíveis para a violência obstétrica, a partir de pesquisas já realizadas e materiais confeccionados a fim de prevenir a violência obstétrica.

Nessa trajetória profissional tenho me deparado, com certa frequência, com relatos da situação da violência obstétrica e os resultados disso para a saúde mental das mulheres, suas famílias e seus bebês. O parto não é, a meu ver, sob hipótese alguma, definidor da capacidade materna do exercício de sua parentalidade. Mas é, sem dúvidas, um momento que reflete a vulnerabilidade à qual a mulher está exposta em todo o ciclo gravídico-puerperal. A violência obstétrica aumenta o risco de adoecimentos e sofrimentos psíquicos em um momento de vida tão sensível.

Falar sobre isso não tem sido tarefa fácil. Os questionamentos sobre sua existência, sobre sua definição e até sobre o seu nome dificultam ações preventivas e punitivas dessa violência, reforçando um ciclo vicioso de negação da violência obstétrica - falta de informação - dificuldade de prevenção - não criminalização. Numa tentativa de contribuir para a quebra deste ciclo, dediquei-me aos estudos sobre o ciclo gravídico-puerperal e a assistência ao parto, especialmente, o parto normal, na vertente da humanização do nascimento e formei-me doula e educadora perinatal.

A partir de então, fiquei mais atenta para as diversas manifestações de violência obstétrica que podem ir desde falas agressivas no momento do parto; agressões físicas e verbais; até manifestações mais sutis, como a indução de mulheres para um procedimento

diferente do desejado por elas e, por vezes, com falsas indicações da necessidade de intervenções instrumentalizadas. Percebi, então, que muitas mulheres ao meu redor, dentre as mulheres que atendo em meu consultório psicológico, até amigas e familiares, passando por mim mesma, sofreram algo que sugere estar no espectro de indicadores de violência obstétrica. Muitas não sabem e, por isso, não se manifestam nem denunciam a violência. A normalização de atos violentos no parto, pacificados pela história da assistência obstétrica, contribuem para a dificuldade de implementação de estratégias de divulgação, prevenção e punição da violência obstétrica e esse fenômeno é o que pretendo apresentar nesta dissertação.

A dissertação está estruturada em três estudos: o primeiro será uma revisão narrativa com o objetivo de estudar o contexto social e histórico que contribuiu para a percepção e conceitualização da violência obstétrica. No segundo estudo, será apresentada uma revisão sistemática da literatura baseada nas estratégias para o enfrentamento da violência obstétrica apontada por estudos científicos publicados nos últimos cinco anos. Por fim, o terceiro estudo consistiu de uma análise documental de oito cartilhas sobre a prevenção da violência obstétrica, destinadas às mulheres.

Resumo

Contribuindo com o conhecimento sobre o enfrentamento à violência obstétrica, a presente dissertação é composta por três estudos. O primeiro, uma revisão narrativa, descreve o início da prática obstétrica assistida profissionalmente até o modelo vigente, observando a construção da relação médico-mulher (paciente) no acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal e a entrada de outros profissionais para o suporte técnico e emocional. Práticas que violam a individualidade e o corpo da mulher têm sido reportadas frequentemente. O enfrentamento à violência obstétrica encontra barreiras técnicas que vão desde à nomeação e definição desse tipo de violência até a aceitação dos tipos e formas de violência, ao nomear atitudes e locais onde acontecem. Uniformizar o termo significa situar as mulheres, os profissionais que assistem ao parto, a legislação vigente e a sociedade em geral para a criminalização das práticas que violem os direitos das mulheres. O segundo estudo, uma revisão integrativa da literatura, apanhou as produções científicas dos últimos cinco anos que fornecem alguma orientação para o enfrentamento dessa violência. A variedade de estudos incluídos foi importante para destacar práticas possíveis ao enfrentamento da violência obstétrica e diferentes níveis de poder. Já no estudo três, uma análise documental, foram analisadas oito cartilhas e um folder, distribuídos gratuitamente, e que têm como objetivo informar mulheres e prevenir a violência obstétrica. Foi possível estudar uma medida de enfrentamento dessa violência, analisando sua aplicabilidade a partir de orientações encontradas na literatura que versam sobre a violência obstétrica. O presente trabalho foi capaz de reunir diferentes estratégias para o enfrentamento da violência obstétrica, ações que unem os diferentes setores sociais: formação acadêmica dos profissionais de saúde que atendem ao parto, a atuação e relação desses profissionais com as gestantes, parturientes e puérperas, o acesso à informações de qualidade à mulher e a possibilidade de sanar as dúvidas durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, a articulação de instituições e organizações

em prol da defesa dos direitos da mulher ao longo da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a reorganização das instituições que assistem ao parto a fim de garantir os direitos das mulheres e o poder legislativo.

Palavras-chave: violência obstétrica, assistência perinatal humanizada, equipe interdisciplinar, enfrentamento da violência obstétrica

Abstract

Contributing to knowledge about coping with obstetric violence, this dissertation is composed of three studies. The first, a narrative review, describes the beginning of professionally assisted obstetric practice until the current model, observing the construction of the doctor-woman (patient) relationship in the follow-up of the pregnancy-puerperal cycle and the entry of other professionals for technical and emotional support. Practices that violate a woman's individuality and body have been frequently reported. Confronting obstetric violence encounters technical barriers that range from naming and defining this type of violence to accepting the types and forms of violence, naming attitudes and places where they occur. Uniforming the term means placing women, professionals who assist in childbirth, current legislation and society in general for the criminalization of practices that violate women's rights. The second study, an integrative literature review, gathered the scientific productions of the last five years that provide some guidance for dealing with this violence. The variety of studies included was important to highlight possible practices to face obstetric violence and different levels of power. In study three, a document analysis, eight booklets and a folder were analyzed, distributed free of charge, and which aim to inform women and prevent obstetric violence. It was possible to study a measure of coping with this violence, analyzing its applicability based on guidelines found in the literature that deal with obstetric violence. The present work was able to bring together different strategies for coping with obstetric violence, actions that unite the different social sectors: academic training of health professionals who attend childbirth, the performance and relationship of these professionals with pregnant, parturient and postpartum women, the access to quality information for women and the possibility of solving doubts during prenatal care, childbirth and postpartum, the articulation of institutions and organizations in favor of the defense of women's rights

throughout the care of the pregnancy- puerperal, the reorganization of institutions that assist childbirth in order to guarantee women's rights and legislative power.

Keywords: obstetric violence, humanized perinatal care, interdisciplinary team, coping with obstetric violence

Estudo I – Práticas Compreendidas como Violência Obstétrica:

Conhecer para Enfrentar

Resumo

Objetivo:

Conhecer a origem do cenário atual é importante para o reconhecimento da gravidade do problema na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal e fundamenta ações para o combate da violência obstétrica, reforçando a relevância desse estudo.

Método:

O presente estudo trata de uma revisão narrativa que descreve o início da prática obstétrica assistida profissionalmente no Brasil até o modelo vigente, a fim de compreender a normalização de práticas conhecidas como violência obstétrica. Revisa também os conceitos do termo violência obstétrica, desde às nomeações dadas pela sociedade civil até os desafios para o seu reconhecimento em documentos oficiais. Por fim, se debruça sobre as atitudes reconhecidas na literatura científica como violentas na assistência perinatal e levanta alguns pontos necessários para o enfrentamento da violência obstétrica.

Resultados:

A ciência obstétrica não é exata. Estudos e atualizações devem ser constantes para os profissionais que atendem nessa área. Práticas rotineiras são consideradas atualmente desaconselhadas, embora continuem sendo utilizadas em diversos serviços de assistência perinatal. Definir essas práticas como abusivas e violentas tem sido desafiador. Conhecer a origem do cenário atual é importante para o reconhecimento da gravidade do problema na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal e fundamenta ações para o combate da violência obstétrica, reforçando a relevância desse estudo.

Palavras-chave: violência obstétrica, assistência perinatal humanizada, equipe interdisciplinar.

Abstract

Objective:

Knowing the origin of the current scenario is important for recognizing the severity of the problem in care during the pregnancy-puerperal cycle and underpins actions to combat obstetric violence, reinforcing the relevance of this study.

Method:

The present study is a narrative review that describes the beginning of professionally assisted obstetric practice in Brazil until the current model, in order to understand the normalization of practices known as obstetric violence. It also reviews the concepts of the term obstetric violence, from the nominations given by civil society to the challenges for its recognition in official documents. Finally, it focuses on the attitudes recognized in the scientific literature as violent in perinatal care and raises some necessary points to face obstetric violence.

Results:

Obstetric science is not exact. Studies and updates must be constant for professionals who work in this area. Routine practices are currently considered unadvised, although they continue to be used in various perinatal care services. Defining these practices as abusive and violent has been challenging. Knowing the origin of the current scenario is important for recognizing the severity of the problem in care during the pregnancy-puerperal cycle and underpins actions to combat obstetric violence, reinforcing the relevance of this study.

Keywords: confrontation, obstetric violence, protection

Ao tratar de violência obstétrica é necessário contextualizar as transformações que o parto vem sofrendo ao longo do tempo. É possível observar a complexidade desse fenômeno, na medida em que deixa de ser um evento apenas do nascimento de um bebê para se reconhecer como algo que interfere diretamente na vida de todos os envolvidos, da parturiente, do(a) companheiro(a), dos avós do bebê, dos filhos mais velhos, da família, em geral. Outro fator de importante compreensão é o estudo dos impactos, como consequências físicas, psíquicas e sociais e sua natureza política e de luta pelo respeito e empoderamento feminino (Souza et al., 2017). Essa revisão narrativa pretende contextualizar o parto e o nascimento, reconstruindo historicamente sua evolução, a partir de autores clássicos.

História do Parto e Nascimento ao Longo do Tempo

Ao contextualizar historicamente o parto no Brasil, poucos autores detalham as mudanças nos cenários do parto e na percepção dos protagonistas nessa cena. Elizabeth Badinter é uma das pioneiras, que em 1985, lançou o livro *O Mito do Amor Materno*, referencial clássico para quem estuda parentalidade e perinatalidade, cuja obra tem como diferencial problematizar a visão instintiva de amor na maternidade, que pode apoiar a compreensão do fenômeno também no Brasil (Badinter, 1980/1985). Outra pioneira é Anayansi Correa Brenes, que, em 1991, escreveu o artigo intitulado *História da Parturição no Brasil, século XIX* (Brenes, 1991). Mais recentemente é preciso mencionar o trabalho de Elaine Cristina Mesquita, publicado em 2014, sob o título “Entre práticas e saberes, parteiras práticas, parteiras técnicas e médicos-parteiros” (Mesquita, 2014). Infelizmente, não foram encontrados estudos mais atualizados sobre a história do nascimento em nosso país, assim como relatos mais aprofundados sobre o parto antes do século XIX.

Partindo dessas autoras, o que pode ser entendido como o primeiro cenário do parto no Brasil (anterior ao século XIX) retratava a parturiente assistida por outras mulheres, as aparadeiras ou comadres (Brenes, 1991), mais recentemente denominadas como parteiras-

leigas. Os partos aconteciam em casa e eram essas mulheres que assistiam a gestação, o parto e o pós-parto, incluindo os cuidados com o bebê. Também eram estas mulheres que informavam e eram consultadas a respeito do corpo feminino, em temas como menstruação, menopausa e vida sexual (Brenes, 1991). As mulheres da família, mãe e irmãs, estavam próximas dando o suporte necessário. Os homens não entravam nessa cena e seus papéis eram desempenhados do lado de fora, em geral, de espera. Sobre o tratamento dispensado à parturiente, não foram encontrados registros sobre a qualidade do atendimento à mulher. Porém, embora a mulher estivesse em casa, rodeada por outras mulheres, em geral, de seu convívio e círculo afetivo e social, não seria possível dizer que esse momento era respeitoso.

Brenes (1991) afirma que foi no século XIX, no Brasil, que a medicina incorporou o cuidado obstétrico, nomeado de Arte Obstétrica, com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, motivado pela transferência da família real ao Brasil (Mesquita, 2014). O cenário que sucedeu, portanto, é o da institucionalização do parto, marcado por três mudanças significativas: (a) os partos passaram a acontecer nos hospitais; (b) assistidos por médicos; e (c) longe das outras mulheres da família e, em geral, sozinhas. Até então, o hospital era o lugar onde se tratavam doenças e o médico, o responsável por conduzir o tratamento e recuperar ou salvar a vida.

Quando o parto foi institucionalizado, passou a ser visto a partir do discurso “anátomo-patológico” (Brenes, 1991, p. 135), baseado no saber produzido pela figura masculina, deixando de ser um evento natural. O início do ensino da Obstetrícia para mulheres, no Brasil, foi em 1832, mas foi apenas em 1887 que a primeira parteira foi diplomada médica (Brenes, 1991; Palharini & Figuerôa, 2018). Apesar da constante afirmação de que parto (e a gestação) não é doença, nesse cenário, os índices de mortes ao redor do parto, seja da mulher seja do bebê, eram alarmantes. Os avanços tecnológicos colaboraram para minimizar o índice de óbitos no ciclo gravídico-puerperal, mas não

impediram que as taxas de mortalidade materna e infantil ainda sejam expressivas para os órgãos que gerenciam a assistência à saúde, como o Ministério da Saúde, no Brasil.

Em sua pesquisa, Brenes (1991) afirma que nas 83 teses médicas obstétricas produzidas no século XIX e revisadas por ela em 1991, o objetivo fundamental do trabalho médico sempre foi salvar a vida da mulher e do bebê. Na segunda metade desse século, a medicina passou a prestar apoio material, moral e técnico à mulher que dá à luz, na intenção de minimizar e intervir com tecnologias. Entretanto, com a promessa de tornar o parto mais fácil para a mulher, excessos ou abusos na utilização das tecnologias tem suprimido a autonomia da mulher nessa cena, mas não tem garantido a erradicação do risco (F. Silva et al., 2019).

Durante o estabelecimento do ensino da medicina, especialmente das Artes Obstétricas (e posteriormente da Ginecologia e Obstetrícia), no século XIX, no Brasil, uma das grandes dificuldades era a definição do campo prático para os estudantes (Brenes, 1991; Mesquita, 2014). As religiosas da congregação que cuidava da Santa Casa, onde funcionavam os campos de prática, impediam a instalação da obstetrícia, pois “consideravam o parto uma falta de pudor” (Brenes, 1991, p. 140).

Mitos sobre o parto são difundidos largamente na cultura, atrelando cenas cotidianas às violências na assistência perinatal. Embora a arte não tenha, necessariamente, um compromisso com a realidade, ela pode representar situações corriqueiras, como acontece com diferentes cenas de parto que representam assistências violentas e que são comuns nos cuidados prestados no Brasil (Malta & Santos, 2020), como a crença de que o parto normal é sujo, portanto, as mulheres precisam se limpar (raspar os pelos pubianos), submeter-se à cirurgia (que é um manejo limpo do corpo) num ambiente estéril, que garantirá a higiene ao bebê que chega.

Tudo isso contribui para a percepção de que a mulher não deveria ter uma vida sexual ativa e o parto é a prova da atividade sexual da mulher. Nessa visão, ela deve ser punida por isso, sendo sujeitada a tratamentos desrespeitosos (Valadão & Pegoraro, 2020). O parto passou a ser visto, portanto, como um evento perigoso, por isso, passível de intervenções que possam diminuir os riscos para a vida da mulher e do bebê e “que amenizassem seu sofrimento” (F. Silva et al., 2019, p. 173). O parto deixou de ser um evento privado e passou a ser social, político e sanitário, corroborando com o início da assistência ao parto hospitalar: uma alternativa que respeita a mulher, aliviando sua dor e garantindo a vida.

Ao seguir o ensino da obstetrícia no Brasil, consolidando sua prática, atuação e espaço, os médicos se mostraram aliados e defensores das mulheres. Eles justificavam sua ciência, com alegações sobre o discurso das alterações hormonais provocadas pelo processo menstrual ou pelo puerpério (Brenes, 1991). Os médicos não estavam, como não estão ainda hoje, contra as mulheres. Em suas funções de tratamento e cura, buscavam melhorar a qualidade de suas vidas. Porém, muitas ações são vistas como invasivas e não levavam em consideração a pessoa submetida aos processos. Apesar disso, ações de convencimento das mulheres em prol do parto hospitalar em detrimento do parto domiciliar foram impetradas (Brenes, 1991; F. Silva et al., 2019). Em meados do século XX, ampliou-se o número de maternidades e clínicas médicas, fortalecendo o processo de medicalização dos nascimentos (F. Silva et al., 2019).

A conduta médica era pautada na prevenção e tratamento “dos desvios do parto”. O objetivo era evitar um grande número de cirurgias, pois na prática da Arte Obstétrica, as cirurgias em prol do nascimento eram feitas quando as mulheres já haviam morrido (Brenes, 1991; Mesquita, 2014). Um parto rápido e sem intercorrências seria algo raro e, por isso, o médico deveria agir com prontidão, corrigindo as falhas e antecipando a própria natureza do parto, a fim de oferecer uma experiência com menor trauma à mulher (F. Silva et al., 2019). É

possível perceber resquícios desses pensamentos presentes até hoje na formação e na assistência ao parto, inclusive pelo elevado número de cirurgias cesarianas em nosso país.

De acordo com F. Silva et al. (2019), há uma explicação muito emblemática para pensar o corpo feminino durante o parto, o comparando à uma máquina, onde o útero seria a bomba mecânica e o pré-natal funcionaria para a manutenção ou detecção de prováveis falhas. Como qualquer máquina, passível de falhas, os médicos deveriam estar atentos e agir de forma preventiva. Nessa comparação, a mulher é reduzida a um corpo, desprendida de qualquer subjetividade e personalidade, passível de ser manipulada, como o técnico entender ser o melhor. A mulher deixa de ser protagonista, sem desejos ou participante de decisões.

Brenes (1991) concluiu em seu estudo, sobre a história do parto no Brasil, que no início dos estudos em obstetrícia, o objetivo da prática médica era salvar a vida da mulher, em qualquer situação de perigo. Atualmente, com o emprego indiscriminado das novas técnicas, se prioriza o fim do processo de parto com a mãe e o bebê saudáveis, sem preocupações com a qualidade da experiência vivida pela mulher. Entende-se sadio como sem traumas, que seriam lesões ou marcas visíveis, apenas.

A saúde mental é ignorada, os traumas sem marcas aparentes, desconhecidos. Zanardo et al. (2017) considera que o parto breve e o bebê sadio podem contribuir para que a mulher aceite, ainda hoje, intervenções, tidas como de rotina, para que possam conhecer seu bebê mais rapidamente e acrescenta ainda que a alegria e realização por estar com o bebê saudável no colo contribui com a sensação de que tudo correu bem e isso pode minimizar a percepção de violências sofridas nessa assistência. A expectativa da gestante, especialmente, no fim da gravidez é pelo encontro com o bebê e a observação de sua perfeição, garantindo a sua formação. O desejo da parturiente é o do desfecho, favorável, o mais rápido possível, para o fim dos desconfortos e o encontro tão esperado com o seu bebê. Tais expectativas são pautadas nas idealizações e mitos sobre a maternidade e o amor de mãe, em especial, que

anunciam um amor incomparável e incondicional desde o primeiro contato, um amor que dá sentido à vida da mulher e pelo qual vale a pena qualquer esforço, incluindo as dores do parto (independente da via de nascimento) e que suportam até as violências sofridas.

Em 2018, o então presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Dr. Alberto Trapani Júnior, afirmou que houve uma redução gradativa dos índices de óbitos maternos e neonatais, a partir do processo de institucionalização do parto, mas confirma que existem efeitos colaterais desse processo, confirmados a partir do final do século XX. Os nascimentos por via cirúrgica aumentaram e passaram a ser rotina no Brasil. Quando a cirurgia é realizada por motivos médicos, com real indicação cirúrgica, pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, porém, não há evidências de que as cesáreas em mulheres ou bebês que não tenham indicação para a cirurgia possam ser benéficas. Segundo a OMS (2015), a cesárea pode incidir em riscos imediatos ou a longo prazo, como qualquer outra cirurgia. Concomitante a isso, Trapani reconhece o uso de práticas que vem se mostrando “não efetivas ou não indicadas”, a fim de tentar “melhorar ainda mais os resultados” da redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018).

Paralelamente a esse reconhecimento, no fim do século XX, o movimento de autonomia e empoderamento feminino cresce. As violências contra as mulheres começam a ser denunciadas e se busca pelo reconhecimento, identificação e punição. O movimento para a emancipação feminina e busca do reconhecimento social da mulher ganha força. Surge, então, o terceiro cenário de nascimento no Brasil. Essa mudança é incitada desde 1985, quando a OMS lançou recomendações sobre tecnologias adequadas para o nascimento e o parto e afirma que a taxa ideal de cesáreas deveria estar entre 10 e 15% (Organização Mundial da Saúde, 2015). As Nações Unidas (2021) revelam que, em nova pesquisa da OMS, 21% de todos os nascimentos ocorridos no mundo foram através da cesárea e prevê que até

2030 esse índice possa chegar a 29%, sendo que a maioria dessas cirurgias era evitável. Numa tentativa de cumprir a Agenda 2030, proposta pela OMS, e que prevê a redução da taxa de cesáreas, o Brasil tem criado uma série de instruções, programas ou orientações em relação ao parto como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Pesquisas como as realizadas pela Fundação Perseu Abramo em parceria com SESC (Núcleo de Opinião Pública da FPA, 2010) e pela Fiocruz, intitulada Nascer no Brasil (Escola Nacional de Saúde Pública, 2013), corroboram e denunciam essa situação, além de reforçar a importância da implementação de esforços para o enfrentamento dessas violências na assistência perinatal. A primeira, uma pesquisa de opinião intitulada Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados, entrevistou 2.135 mulheres e 1.181 homens, no que tange à saúde reprodutiva e aborto, 15% dos entrevistados reconhecem ter sofrido algum tipo de maltrato no atendimento na maternidade ou no pré-natal, 25%, afirmam ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento ao parto (exame de toque de forma dolorosa, falta de suporte para alívio da dor, grito, xingamento ou humilhação, falta de informação, entre outros).

A pesquisa intitulada Nascer no Brasil (Escola Nacional de Saúde Pública, 2013), coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, entrevistou 23.894 puérperas, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Tal pesquisa apontou que 52% dos partos realizados foram cirúrgicos, chegando a 88% quando a instituição do nascimento era privada. Números alarmantes, em contramão ao que é preconizado pela OMS, desde 1985. Entre as gestantes que tiveram o parto normal/vaginal, “um modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis” foi predominante. Em contrapartida, segundo essa pesquisa, 75% das mulheres puderam contar com a presença de um acompanhante em algum momento do parto.

O problema da assistência ao parto não está apenas na elevadíssima taxa de cesáreas. É possível perceber, a partir de toda essa contextualização do nascimento no Brasil, que sobre as cesáreas existem problemas relacionados à cultura.

Mas os problemas nessa assistência não estão relacionados apenas aos partos cirúrgicos. No parto vaginal também é possível perceber inúmeras intervenções, que não são fundamentadas nas evidências científicas, como acontece com a episiotomia (corte entre a vagina e o ânus com a justificativa que esse procedimento acelera o parto, sem que haja evidências científicas que corroborem tal recomendação), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos justificando que isso evita infecções), enema (lavagem intestinal), a posição de litotomia (posição ginecológica, deitada de barriga para cima e com as pernas levantadas, com apoio, para facilitar a observação e intervenção médica) e o jejum forçado (por prevenção, caso necessite de uma cirurgia intraparto), por exemplo. A pesquisa *Nascer no Brasil* (Escola Nacional de Saúde Pública, 2013) revelou que menos de 5% das mulheres que tiveram o parto vaginal, o tiveram sem intervenções.

As duas pesquisas citadas anteriormente (Escola Nacional de Saúde Pública, 2013; Núcleo de Opinião Pública da FPA, 2010) reforçaram o movimento de humanização do nascimento, que visa uma transformação cultural para cuidar e proteger a mulher, durante a gestação, o parto e o pós-parto, a fim de garantir um nascimento respeitoso ao bebê, um tratamento digno à mulher e o resgate da autonomia e capacidade do corpo feminino no processo de parir, refletindo nos impactos para a saúde do bebê em seu nascimento e contribuindo para a constituição do papel materno.

O trabalho de parto e o parto, assim como a gestação e o próprio maternar, podem ser experimentados de forma prazerosa ou traumática, de forma satisfatória ou não. Essa experiência é influenciada pela maturidade da mulher, suas experiências pessoais e familiares anteriores e pela assistência recebida durante a gestação e o parto (Firmino et al., 2020).

Considerando as vulnerabilidades psíquicas, sociais e físicas a que a mulher está submetida no ciclo gravídico-puerperal, se faz necessário convocar uma assistência respeitosa à mulher nesse período da vida. A violação do seu corpo, de sua intimidade e privacidade, de sua autonomia e identidade, pode ser fator de adoecimento psíquico (Rocha & Grisi, 2017).

A institucionalização e a medicalização do parto tornou-o um evento médico, em que o protagonismo passa a ser do profissional da saúde e a mulher, coadjuvante, portanto, não mais ativa no processo de parturição, embora o parto aconteça em seu corpo. Nessa configuração, a relação é assimétrica: a equipe de saúde detém o saber técnico, ao contrário da mulher que por isso não pode participar das decisões sobre o seu processo de parto, refletindo sentimentos de angústia e temor entre as parturientes no Brasil, que recebem um cuidado diferente do que esperavam (Rocha & Ferreira, 2020).

Com o objetivo de combater essa realidade, surge, há aproximadamente 20 anos, o termo violência obstétrica. Porém, a existência da violência obstétrica é anterior, assim, como sua denúncia (Klering et al., 2021; Mir & Gandolfi, 2021; Diniz et al., 2014; Tesser et al., 2015; Zanchetta et al., 2021). Com outras nomenclaturas, esse mesmo fenômeno já foi mencionado antes: em 1950, nos EUA e Reino Unido e em 1980, no Brasil (Mir & Gandolfi, 2021). Diniz et al. (2014) apresentam quatro trabalhos realizados no Brasil no final do século XX: em 1981, o livro *Espelho de Vênus*, do Grupo Ceres, fez uma etnografia da experiência feminina e descreveu o parto institucionalizado como uma vivência violenta; na mesma década, a prefeitura de São Paulo coordenou uma pesquisa-ação intitulada “Violência – Um Olhar Sobre a Cidade”, em que mostrava atendimentos violentos aos partos e relatos de usuárias que denunciavam posturas agressivas e intimidadoras, humilhantes e desrespeitosas às suas dores; no final dos anos 80, a violência obstétrica foi pauta no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecendo o tratamento impessoal e agressivo da atenção à saúde das mulheres no momento do parto e, desde 1993, iniciativas de capacitação

para o atendimento a mulheres vítimas de violência, incluíam as violências no parto nas políticas de saúde em cursos promovidos pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP.

Com o crescimento do movimento de humanização ao nascimento, em que se começa uma recuperação ao protagonismo da mulher na cena do parto é que as denúncias começam a ser mais diretas e nomeadas como violência obstétrica. Combater a violência obstétrica não é simples, além de fatores sociais, culturais e políticos envolvidos, há divergências de opiniões e aceitações que vão desde o reconhecimento de sua existência até a definição e descrição do que é considerado excesso e abuso de poder, pelo profissional da saúde.

Definição de Violência Obstétrica: Um Processo em Construção

Assumir uma descrição que defina a violência obstétrica é desafiador. Por um lado, corre-se o risco de não dar conta de acolher todas as formas de violências, maus-tratos, negligências, abusos e desrespeitos vividos pela mulher na assistência perinatal; por outro lado, ao reconhecer uma violência, é preciso identificar a vítima e nomear os agressores. Assumir que os profissionais de saúde que assistem o parto e que são regidos por códigos de ética que visam a proteção da vida e a promoção da saúde, possam cometer atos agressivos é angustiante, inclusive pela organização social hierárquica que coloca os profissionais de saúde, principalmente os médicos, em uma relação assimétrica. Dessa forma, considera-se a violência obstétrica como um fenômeno complexo, praticada por diferentes razões, que integradas, provocam ações violentas. Uniformizar o termo torna possível situar as mulheres, os profissionais que assistem ao parto, os legisladores e a sociedade em geral, a fim de criminalizar das violências sofridas por mulheres e bebês.

Muitas são as propostas de definição para a violência obstétrica, sendo a da Venezuela, a mais aceita, visto ser a pioneira em tipificar essa forma de violência, descrita assim: entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos

reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Diniz et al., 2014).

Os trabalhos realizados sobre violência obstétrica a têm definido como “qualquer ação ou omissão dirigida à mulher durante o pré-natal, trabalho de parto ou puerpério, que possa causar dor, dano ou sofrimento desnecessário, que seja realizada sem consentimento explícito ou em desrespeito à autonomia da paciente" (Klering et al., 2021, p. 347).

Embora violência obstétrica seja o termo mais conhecido atualmente, muitos outros descritores são utilizados para nomear essa prática. Entre eles: violência de gênero no parto e aborto; violência no parto; abuso obstétrico; violência institucional de gênero no parto e aborto; negligência, abuso ou desrespeito no parto ou aborto; intercorrências na assistência ao parto; violação dos Direitos das mulheres no parto, entre tantos outros (Diniz et al., 2014).

A violência obstétrica é uma invasão ao corpo feminino, tanto por profissionais de saúde quanto por pessoas íntimas ou estranhas, durante o processo de pré-parto, parto ou pós-parto. Essa invasão pode acontecer por práticas desumanizadas, inadvertência na assistência, utilização de procedimentos dolorosos ou constrangedores, sem o consentimento da parturiente, violência verbal ou psicológica, que implique na autonomia e saúde da mulher (Castro & Rocha, 2020; Tesser et al., 2015).

Segundo a associação Artemis, uma organização não governamental comprometida com a promoção da autonomia feminina, prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra a mulher, “a violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas por profissionais da saúde, bem como o desrespeito à sua autonomia” (Projeto de Lei n. 8.219,

2017, p. 2). Por meio de pesquisas, a associação Artemis afirma que intervenções inapropriadas e violentas são praticadas de forma rotineira no momento do parto e que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, essas práticas devem ser consideradas fator de risco tanto para a mulher como para o bebê (Malta & Santos, 2020).

Mir e Gandolfi (2021) afirmam que a violência obstétrica se “refere às práticas ou condutas cometidas pelos profissionais de saúde contra as mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, tanto no âmbito público quanto no privado” (p. 211). Para os autores, violência obstétrica são atos ou omissões que podem ser percebidas como violentas, atos inapropriados ou sem consentimentos, por exemplo: episiotomias sem consentimento, intervenções dolorosas sem anestésico, obrigar a mulher a parir numa determinada posição ou o uso de medicações excessivas, desnecessárias ou iatrogênicas, podendo gerar complicações graves (Mir e Gandolfi, 2021).

Documentos Oficiais e Legislação: Propostas e Conceitos

No Brasil, não existe uma lei federal que rege sobre esse tema específico, mas vários estados e municípios estão sancionando leis que tipificam a violência obstétrica, como é o caso de Santa Catarina (Lei n. 17.097, 2017); Pernambuco (Lei n. 16499, 2018); Minas Gerais (Lei n. 23175, 2018); Tocantins (Lei n. 3.385, 2018); Paraná (Lei n. 19.207, 2017); Distrito Federal (Lei n. 6.144, 2018) e Mato Grosso do Sul (Lei n. 5217, 2018), por exemplo.

Em âmbito federal, no Brasil, existem diversos projetos de lei tramitando no Congresso Federal que visam a humanização da assistência ao nascimento (gestação, parto e pós-parto) e o reconhecimento ou enfrentamento da violência obstétrica. Entre esses projetos, segundo o Portal da Cidadania, do Senado, pode-se destacar: o Projeto de Lei n. 5654 (2016) (da Câmara dos Deputados) que estabelece a assistência à saúde integral à presa gestante, bem como veda o uso de algemas no momento do parto, já aprovado no Senado¹; o Plano de

¹ Esse PL foi aprovado em 16 de março de 2022.

Logística Sustentável n. 08 (2013), que obriga a obediência às diretrizes, orientações técnicas e condições para o parto humanizado no SUS; a Proposta de Emenda Constitucional n. 100 (2015), que disponibiliza a equipe multiprofissional para a assistência integral na gestação, parto e pós-parto pelo SUS; e o Projeto de Lei n. 359 (2015), que oferece a formação básica para as parteiras tradicionais e inclui suas atividades no SUS.

Na atuação em prol da humanização no atendimento às gestantes, parturientes e puérperas, em âmbito federal, é possível sustentar as práticas em alguns dispositivos que orientam a atuação dos profissionais de saúde que assistem ao parto, tais como as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Ministério da Saúde, 2017); a Portaria n. 1.459 (2011), do Ministério da Saúde, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha² e a Lei n. 11.108 (2005) que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, no âmbito do SUS. Outros dispositivos legais, infralegais e supralegais têm sido usados como recursos para pleitear uma assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal, tais como a própria Constituição Federal, os Códigos Penal e Civil e o Código de Ética Médico (Lopes & Dantas, 2020).

A partir desses dispositivos, é possível compreender a violência obstétrica como ações de abuso, agressão, negligência ou desrespeito contra a mulher gestante, parturiente ou puérpera e que possa causar alguma dor, dano ou sofrimento desnecessário, sendo realizado sem consentimento explícito ou contra a autonomia da mulher assistida (Klering et al., 2021; Mir e Gandolfi, 2021; Diniz et al., 2014; Tesser et al., 2015).

Apesar do esforço empreendido para o reconhecimento e definição da violência obstétrica, esse termo ainda encontra importantes barreiras. Muitas mulheres e alguns profissionais que assistem o parto associam a violência apenas a resultados ruins ou indesejados no desfecho do parto. Katz et al. (2020) afirmam que apesar de haver um

² Substituída, em 04 de abril de 2022, pela portaria 715, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

reconhecimento social e jurídico do termo violência obstétrica, a OMS prefere usar outros termos ao se manifestar sobre a violência obstétrica, usando termos como desrespeito, abusos, maus-tratos durante o parto.

É possível perceber a falta de discussão e o silenciamento do termo, como afirmam Malta e Santos (2020). Os autores relembram que em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou o Parecer n. 32 (2018) em que constava a seguinte afirmação: “A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetria, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética” (p. 12). Respalhando a contrariedade de alguns profissionais quanto ao reconhecimento oficial do termo violência obstétrica, em maio de 2019, o Ministério da Saúde publicou um Despacho afirmando que “o conceito de ‘violência obstétrica’ foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério)” (Ministério da Saúde, 2019a), o que não restringe o seu uso a uma classe profissional apenas, mas ao momento vivido pela mulher. Porém, afirma que o “posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério” e acrescenta ainda que “a expressão ‘violência obstétrica’ não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados com saúde qualificada” (Ministério da Saúde, 2019a).

Tal despacho contraria ações, documentos e manifestações anteriores do próprio Ministério da Saúde e de toda a luta social, jurídica e de profissionais da saúde contra a violência obstétrica e qualquer tipo de desrespeito, maus-tratos, abusos ou negligências na assistência à gestação, parto e puerpério. Alguns dias após a publicação do despacho do Ministério da Saúde, a Febrasgo publicou uma nota de apoio ao Ministério da Saúde e afirmou que:

a utilização da expressão ‘violência obstétrica’, envolve situações multifatoriais que passam por falta de vagas em maternidades, dificuldade de acesso das gestantes às maternidades, mau atendimento do pessoal administrativo, falta de ambiência adequada nas unidades hospitalares para assistência ao trabalho de parto e parto e em situações que envolvem o atendimento prestado pela equipe de saúde, aqui incluído, claro, a equipe médica assistente. (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2019).

Vale aqui ressaltar que essa violência descrita pela Febrasgo é reconhecida nos estudos como violência obstétrica, que deve ser diferenciada da violência institucional, à qual, inclusive os profissionais de saúde, incluindo os médicos, estão sujeitos.

Em junho de 2019, em resposta ao Ministério Público Federal de São Paulo (2019), o Ministério da Saúde (2019b) publicou um ofício em que nomeia as ações desse órgão à favor de uma assistência humanizada à parturiente e ao nascituro, destacando: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2004; a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011; publicação dos Protocolos de Parto Normal e de Cesarianas; a Diretriz de Atenção à Gestante: A Operação Cesariana, em 2016, e, em 2017, foi publicada a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal; em 2017, o Ministério da Saúde lançou o projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, em parceria com outras instituições; investimentos na atuação da enfermeira obstetra e da obstetriz na atenção ao parto e nascimento de risco habitual, num modelo de atendimento que é consenso entre especialistas de todo o mundo; instituição, em 2017 e 2018, das estratégias QualiNeo e Parto Cuidadoso; elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em 2018; reiniciou em 2019, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, juntamente com

outras instituições; lançou em 2018, o Portal de Boas Práticas de Saúde em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Ministério da Saúde, 2019b).

Nesse mesmo documento, o Ministério da Saúde (2019b) afirma que reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema. (p. 3),

autorizando, portanto, o uso do termo violência obstétrica, conforme orientação do Ministério Público Federal de São Paulo. Porém, conclui o documento dizendo que

o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documentos e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, 'Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde', no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação. (p. 5)

A partir desse despacho, o Ministério da Saúde (2019b) declara que as mulheres são livres para usarem o termo que preferirem no que diz respeito à violência obstétrica, mas que ele próprio não se referirá mais a este termo, isso fica evidenciado na redação do despacho que, embora seja em resposta ao reconhecimento da violência obstétrica, não cita o termo em nenhum momento. A não utilização do termo violência obstétrica, pelo órgão gestor da saúde no país, demonstra a dificuldade em se reconhecer e, conseqüentemente, combater esse tipo de violência. Se não é nomeada torna-se difícil de ser vista. Ao permanecer na invisibilidade, o enfrentamento é limitado.

Primeiros Ensaaios de Violência Obstétrica: Ensaaios, Efeitos e Enfrentamento

A mudança de práticas habituais e o reconhecimento de uma atuação que não condiz com as evidências científicas mais atuais denunciam uma falta de atualização profissional. Identificar o que é abuso, maus-tratos, negligência e desrespeito na assistência perinatal é um importante desafio para o reconhecimento da violência obstétrica, uma vez que algumas práticas obstétricas não são em si violentas, passando a ser assim entendidas apenas quando utilizadas inadvertidamente, por imposição ou em discordância com as evidências científicas (Katz et al., 2020).

O caráter subjetivo da interpretação dos fatos, inferida a partir de crenças culturais e sociais, concorrem com a legitimação dessa violência. O desfecho da gestação e do parto com um bebê saudável nos braços da mulher tende a contribuir para a diminuição do reconhecimento da experiência violenta. E ainda a falta de acompanhamento da puérpera e o desconhecimento dos desfechos emocionais da experiência violenta do parto para o exercício da maternidade, confundidos com a vivência da tristeza puerperal típica desse momento, podem amenizar o reconhecimento da gravidade da violência obstétrica sofrida. A mulher tende a acreditar que ela está sendo fraca e que não é ‘boa o suficiente’ para o exercício da maternidade.

A pesquisa Nascer no Brasil (Escola Nacional de Saúde Pública, 2013), mostrou que as práticas prejudiciais/inefícazes ainda são rotina no país. Entre as entrevistadas, 70% foram rotineiramente puncionadas, 40% receberam ocitocina e realizou-se amniotomia em 40%. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas à episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). Somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7%

contaram com acompanhante. Apenas 5% tiveram partos sem nenhum tipo de intervenção (Tesser et al., 2015; Castro & Rocha, 2020).

Nem todo ato violento gera marcas visíveis em suas vítimas. Essa constatação é um dos grandes dificultadores na identificação da violência obstétrica, por exemplo, a peregrinação da parturiente para ser aceita numa instituição de saúde para a assistência adequada ao seu parto é também considerada violência obstétrica, como citado por Castro e Rocha (2020).

O projeto de lei proposto pela Deputada Jô Moraes na Câmara dos Deputados (Projeto de Lei n. 7.867, 2017), dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério; elenca 21 atos ou condutas que são considerados ofensas verbais ou físicas à gestante, parturiente ou puérpera e podem, portanto, configurar violência obstétrica. Entre eles, destaca-se:

- I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal; IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera; VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança; VII – recusar atendimento ao parto; IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto; XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras; XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras; XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras; XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto; XVII – submeter a mulher

e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes; XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivos reversíveis ou não. (pp. 2-3)

O impacto da violência obstétrica contribui para que o parto, no imaginário das mulheres, seja necessariamente associado à dor e ao sofrimento, naturalizando a violência. Sobre o parto, a mulher tende a perder sua autonomia devido à falta de informações, o que pode implicar em danos emocionais e psicológicos, além de insatisfação sobre a história de seu parto e até a desistência de futuras gestações (Castro & Rocha, 2020).

A violência obstétrica é caracterizada pela violência física; violência sexual, que expõe e desrespeita a intimidade feminina, deixando marcas que afetarão o retorno de suas atividades sexuais e de sua vida reprodutiva, por exemplo, que faça a mulher desconsiderar futuras gestações, que define pela esterilização involuntária, que opta por dar um ponto a mais na sutura das lacerações (voluntárias ou não), para garantir o prazer masculino, entre outros atos que interferirão diretamente na prática sexual da mulher. A violência obstétrica é ainda caracterizada pela violência verbal quando os profissionais de saúde não repassam as informações adequadamente e de forma a serem compreendidas pela mulher ou induzem à aceitação de procedimentos desnecessários. É caracterizada ainda pela violência psicológica, que contempla preconceito, grosserias ou quando a mulher é tratada de forma infantil, paternalista, autoritária, desrespeitosa, humilhada, xingada ou agredida verbalmente, despersonalizando sua experiência (Mir & Gandolfi, 2021).

A violência obstétrica pode ser agravada por uma violência institucional, uma vez que a gestão administrativa, a sobrecarga aos profissionais e os modelos burocráticos interferem diretamente na assistência prestada à mulher. A violência obstétrica também pode ser considerada violência de gênero (Klering et al., 2021; Mir & Gandolfi, 2021), em que as práticas de saúde e os saberes profissionais superam a autonomia da mulher quanto ao seu

autoconhecimento. É ainda uma violação dos direitos humanos, uma vez que os direitos à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos são inalienáveis e indivisíveis dos direitos humanos (Mir & Gandolfi, 2021). Brandt et al. (2018) afirmam que a violência obstétrica “resulta em uma violação de direitos: direito à liberdade de danos e maus tratos, à informação e autonomia, à confidencialidade e à privacidade, à dignidade e ao respeito, à igualdade e à não discriminação” (p. 25).

Segundo Rocha e Ferreira (2020), os determinantes sociais mostram que as mulheres de renda mais baixa, geralmente, atendidas no sistema público são as que se percebem menos autônomas e mais vítimas de intervenções desnecessárias. Essa percepção pode ser expandida, também, às mulheres atendidas em instituições privadas, mas com a assistência paga pelos planos de saúde. Já as mulheres com maior renda sentem a receptividade do médico diante da cesariana eletiva, mas não se sentem adequadamente informadas sobre as vias de parto, durante o acompanhamento. Sobre a satisfação da mulher quanto ao próprio parto, um número considerável de mulheres que se sentiram insatisfeitas quanto à sua experiência, pois se sentiam impotentes diante das decisões médicas e da falta de informações adequadas.

As consequências da violência obstétrica não estão relacionadas apenas à insatisfação ou adequação da assistência. É possível também que a violência obstétrica cause ou esteja associada à depressão perinatal ou estresse pós-traumático perinatal (Mir & Gandolfi, 2021). F. L. Silva et al. (2018) afirmam que “qualquer que seja o tipo da violência obstétrica sofrida pode desencadear danos de baixo e grande impacto na vida da mulher, podendo influenciar a relação com o meio familiar” (p. 1078). É preciso lembrar que o ciclo gravídico-puerperal já causa ao organismo e ao psiquismo feminino uma vulnerabilidade física, psíquica e social. Quando a mulher é vítima de agressões, sejam elas, físicas, psicológicas e/ou verbais e infringem o seu direito de escolha, essa mulher tem o risco de desenvolver algum dano

psicológico mais grave potencializado, como a depressão pós-parto (Assis et al., 2021; F. Silva et al., 2019; Rocha & Grisi, 2017).

A experiência de violação de si, dos seus sonhos, do seu corpo e até do seu bebê pode influenciar diretamente na construção do papel social materno, a colocando em dúvida sobre suas capacidades de proteger e prover a segurança de seu filho. A violência obstétrica pode ser interpretada pela mãe como a sua primeira grande falha no exercício desse novo papel, gerando angústia, sentimentos de impotência, incapacidade e inadequação, afetando a sua vinculação com o bebê e a incorporação desse novo papel social.

O Enfrentamento da Violência Obstétrica: Condutas Possíveis

Já é possível estabelecer algumas condutas necessárias para o enfrentamento da violência obstétrica. O acompanhamento da gestante pelos mesmos profissionais durante a gestação e parto é uma dessas condutas. Rocha e Ferreira (2020) relatam que a falta de vínculo pela não continuidade no acompanhamento durante todo o pré-natal, parto e pós-parto pode gerar insegurança nas mulheres e, em relação às informações recebidas durante a gestação e parto, as usuárias do setor privado se sentiram mais satisfeitas devido ao fato de terem feito o pré-natal e o parto com o mesmo obstetra, gerando maior sensação de segurança. Entre os objetivos do pré-natal, é possível destacar a psicoprofilaxia, orientações sobre as alterações provocadas pela gestação, o parto, oportunidade de visitar o hospital de referência e a vinculação com o bebê e a inserção do pai ou acompanhante da gestante nos cuidados com a gravidez, o parto e o pós-parto.

Repensar a formação dos profissionais que assistem ao parto é essencial. O trabalho em equipe interdisciplinar precisa ser uma realidade para a assistência respeitosa e integral da mulher ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Para além da formação que favoreça esse tipo de trabalho, Klering et al. (2021) afirmam que não é possível enfrentar a violência obstétrica sem que haja uma reformulação no ensino da medicina, em especial. Segundo os

autores, a decisão do médico é embasada pelo conhecimento técnico e científico, pela experiência clínicas, pelos recursos disponíveis e pelas preferências da paciente. Sem que se observe esses pilares, o enfrentamento à violência obstétrica fica comprometido.

O conhecimento científico é fundamental e ele deve ser constantemente atualizado, levando-se em conta as evidências científicas mais recentes. É essa atualização na ciência que permitirá a fluidez dos demais pilares, inclusive, conferindo autonomia e devolvendo o protagonismo da mulher na cena de parto. Brandt et al. (2018) afirmam que é fundamental a atualização das classes de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tais atualizações podem ser feitas pela implementação de protocolos ou treinamentos que promovam a conscientização para o reconhecimento da violência obstétrica, uma vez que muitos profissionais não conseguem relacionar suas atitudes às consideradas violentas.

Rocha e Ferreira (2020) citaram um estudo que observou a inclusão da temática da humanização do cuidado na grade curricular do ensino em saúde no Brasil e apontaram que os alunos não se interessaram pelo conteúdo, considerado, por eles, como desinteressante e dispensável, pela forma como o tema foi abordado nas aulas. O tema da humanização na grade curricular inclui uma assistência respeitosa, que considere as singularidades de cada pessoa, bem como a sua relação com o momento vivido, considera a subjetividade, caracterizando e personalizando a vida humana a ser acompanhada e a diferenciando das outras pessoas, devendo estar conectado ao conteúdo geral da graduação. Para o enfrentamento da violência obstétrica é preciso investir, desde a formação do profissional da saúde e em diálogos e comunicações entre esses profissionais e as mulheres.

Outra estratégia fundamental para o enfrentamento da violência obstétrica é a criação, implementação e fiscalização de políticas, perpassando pelas políticas públicas, que promovam a proteção da gestante, parturiente e puérpera, incentivando o parto humanizado e

garantindo que tais estratégias, baseadas em evidências científicas, sejam cumpridas (Brandt et al., 2018).

Por fim, programas que tornem públicas as violências de gênero no âmbito da saúde podem contribuir para a implementação de estratégias de prevenção e proteção para fornecer informações sobre assistência ao parto para as usuárias como rotina do pré-natal, de modo que o conteúdo possa ser explorado com calma nos meses em que a gravidez se desenvolve e garantir o direito a acompanhantes; visibilizar o problema e responsabilizar atores; fomentar pesquisas e o desenvolvimento de indicadores de violência obstétrica; divulgar a Central de Atendimento à Mulher – Disque 180, as ouvidorias do serviço e do SUS e o Ministério Público, os capacitando para receber denúncias de violência obstétrica.

Considerações Finais

É preciso considerar que uma importante barreira para o enfrentamento da violência obstétrica diz respeito ao reconhecimento das práticas violentas. Existe nesse processo contrassensos que interferem diretamente nesse reconhecimento e autodeclaração. A base do profissional da saúde, genericamente e incluindo aqueles que assistem ao parto, é garantir a vida, a saúde e o bem-estar. A fundamentação teórica do profissional da saúde está em ‘salvar e guardar’ o paciente da enfermidade, do sofrimento e da morte. Se reconhecer autor de práticas violentas fere a premissa básica da atuação do profissional de saúde. Katz et al. (2020) lembram que:

por mais preocupados que os conselhos de classe estejam em evitar ferir a susceptibilidade dos médicos (e aqui podemos incluir todos os profissionais da saúde que assistem o parto), é importante reconhecer que se dói em qualquer um de nós admitir que somos, ou um dia fomos violentos, muito mais dói a violência contra as mulheres. Somente a partir do reconhecimento e da aceitação é que se pode iniciar o processo redentor da desconstrução e da transformação. (p. 629)

Um mecanismo propositivo se faz necessário baseado em divulgação de informações em linguagem acessível para que essas mulheres reconheçam o que está acontecendo e possam identificar a violência obstétrica e possa servir de instrumento para que elas conheçam seus direitos e estratégias preventivas.

Referências

- Assis, K. G., Meurer, F., Delvan, & Delvan, J. S. (2021). Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. *Psicologia Argumento*, 39(103), pp. 135-157. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO07>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1980).
- Brandt, G. P., Souza, S. J. P., Migoto, M. T., & Weigert, S. P. (2018). Violência obstétrica: A verdadeira dor do parto. *Revista Gestão & Saúde*, 19(1), pp. 19-37. <https://www.herrero.com.br/revista/19/01>
- Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), pp. 135-149. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>
- Castro, A. T. B., & Rocha, S. P. (2020). Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: Reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em Foco*, 11(1), pp. 176-181. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2798>
- Diniz, S. G., Salgado, H. O., Andrezzo, H. F. A., Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. A., & Niy, D.Y. (2014). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), pp. 377-384. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Escola Nacional de Saúde Pública (2013). *Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012)*. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Fiocruz). https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2018, 23 julho). *Cuidados no trabalho de parto e parto: Recomendações da OMS*.

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2019, 13 maio). Nota de apoio da Febrasgo ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão violência obstétrica. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>

Firmino, K. C., Lima, E. P., Correia, T. R. L., & Albuquerque, N. L. A. (2020). Percepção da mulher frente à dor do parto. *Revista Ciência Plural*, 6(1), pp. 87-101. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387/12531>

Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), pp. 627-631. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>

Klering, N. M., Petry, L. R., Garzella, H., Ogliari, K. S., & Scherer, J. N. (2021). Obstetric violence and medical education: Answering "Who is afraid of obstetric violence?". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), pp. 345-346. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100018>

Lei n. 3.385, de 27 de julho de 2018 (2018). Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Palmas. 2018. https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_53238.PDF

Lei n. 5217, de 27 de junho de 2018 (2018). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Campo Grande. 2018. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=361631>

- Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005 (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. 2005. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
- Lei n. 16499, de 07 de dezembro de 2018 (2018). Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Recife. 2018. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732#:~:text=Estabelece%20medidas%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0,%C3%A2mbito%20do%20Estado%20de%20Pernambuco>
- Lei n. 17.097, de 17 de janeiro de 2017 (2017). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis. 2017. http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html
- Lei n. 19.207, de 06 de novembro de 2017 (2017). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Paraná. Curitiba. 2017. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=352205#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Estado%20do%20Paran%C3%A1>
- Lei n. 23175, de 22 de dezembro de 2018 (2018). Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Belo Horizonte. 2018. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>

- Lopes, J. M., & Dantas, W. R. S. (2020). Violência obstétrica: Uma análise jurídica acerca do instituto no estado do Tocantins. *Revista Âmbito Jurídico*.
<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins/>
- Malta, R. B., & Santos, J. B. S. (2020). A encenação da violência obstétrica: (Dis)Junções entre ficção e realidade. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 14(4). <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.1961>
- Mesquita, E. C. (2014, 24-27 novembro). Entre práticas e saberes: Parteiras práticas, parteiras técnicas e médicos-parteiros [Apresentação de trabalho]. 18º Redor – Perspectivas feministas de gênero: Desafios no campo da militância e das práticas, Recife, PE, Brasil.
<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/2311/674>
- Ministério da Saúde (2017). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Ministério da Saúde (2019a). Despacho. https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0
- Ministério Público Federal (2019b). Recomendação n. 29/2019. <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>

- Mir, J. R., & Gandolfi, A. M. (2021). La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), pp. 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Nações Unidas (2021). Taxas de Partos por cesarianas continuam a subir em meio a desigualdades, diz OMS. <https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753942>
- Núcleo de Opinião Pública da FPA (2010). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC. https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2015). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
- Palharini, L. A., & Figueirôa, S. F. M. (2018) Gênero, história e medicalização do parto: A exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), pp. 1039-1061. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>
- Parecer CFM n. 32 (2018). Violência obstétrica. Brasília. 2018. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>
- Portaria n. 1.459 (2017). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília. 2017. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Projeto de Lei n. 7.867 (2017). Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília. 2017. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=214140>

Projeto de Lei n. 8.219 (2017). Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Rio de Janeiro. 2017.

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01q8e48fds2pag2vz9i2jx98tx5538002.node0?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017

Projeto de Lei n. 5654 (2016). Altera a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), para garantir à mulher presa gestante ou puérpera tratamento humanitário antes e durante o trabalho de parto e no período de puerpério, bem como assegurar assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido. Brasília. 2016.

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2089084>

Plano de Logística Sustentável n. 08 (2013). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2018.

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/110487>

Proposta de Emenda Constitucional n. 100 (2015). Disponibiliza às gestantes, equipe multiprofissional composta pelo menos por Pediatra, Ginecologista, Obstetra, Enfermeiros e Psicólogo, para atenção integral durante o período do pré-natal, parto e o pós-parto, no âmbito do SUS. Brasília. 2015.

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=158505>

7

- Projeto de Lei n. 359 (2015). Regulamenta a atividade de parteira tradicional. Brasília. 2015.
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1340317
- Rocha, M. J., & Grisi, E. P. (2017). Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. *Id Online*, 11(38), pp. 623-635.
<https://doi.org/10.14295/idonline.v11i38.931>
- Rocha, N. F. F., & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: Uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 44(125), pp. 556-568.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
- Silva, F. L., Souza, A. L. S., Leite-Salgueiro, C. D. B., Barbosa, L. S., Lobato, L., & Pereira, J. S. (2018). O protagonismo do enfermeiro na política nacional de humanização do parto e do nascimento e com vistas a erradicação de abuso e violência obstétrica. *Id Online*, 12(41), pp. 1068-1082.
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1265/1874>
- Silva, F. L., Souza, A. L. S., & Leite, C. D. B. (2019). Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: Um estudo de revisão integrativa. *Revista Uningá*, 56(S1), pp. 159 – 171.
<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2060/1869>
- Silva, F., Nucci, M., Nakano, A. R., & Teixeira, L. (2019). “Parto ideal”: Medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e Sociedade*, 28(3), pp. 171-184. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>
- Souza, K. J., Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51(69). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>

- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A., & Diniz, S. D. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: O que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), pp. 1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
- Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), pp. 91-98. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>
- Zanardo, G. L. P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
- Zanchetta, M. S., Santos, W. S., Souza, K. V., Viduedo, A. F. S., Argumedo-Stenner, H., Carrie, D., Aviv, F., Hwu, H., Stahl, H., Fofie, V., d'Souza, D., Oliva, M., Tadeo, J., Costa, E., Vilela, F., Carvalho, A., Escobar, H. P. V., & Felipe, I. C. V. (2021). Reflexão metodológica sobre o trabalho de campo de pesquisa internacional multicêntrica Brasil-Canadá. *Escola Anna Nery*, 25(2). <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0390>

Estudo II – O Enfrentamento da Violência Obstétrica em Propostas:

Uma Revisão Integrativa

Resumo

Objetivo:

Fazer um levantamento das orientações para implementação de ações que possam efetivamente combater esse tipo de violência.

Método:

Revisão integrativa da literatura analisou 42 artigos publicados em periódicos científicos nos últimos 5 anos a fim de conhecer as estratégias indicadas para o enfrentamento da violência obstétrica.

Resultado:

As medidas sugeridas foram divididas em 4 categorias e analisadas a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin: formação dos profissionais que assistem ao parto, divulgação de informações sobre o parto e formação de rede de apoio entre mulheres, políticas públicas que reconheçam, definam e enfrentem a violência obstétrica e gestão institucional para o enfrentamento da violência obstétrica.

Considerações finais:

A violência obstétrica é complexa e multifatorial e o seu enfrentamento deve abranger diferentes medidas. Medidas para o combate dessa violência têm sido aplicadas, mas é preciso que elas atuem nessas quatro áreas paralelamente para que as mulheres possam ser respeitadas e protegidas na gestação, no parto e no pós-parto. Sugere-se para pesquisas futuras o estudo de possíveis estratégias que articulem essas quatro medidas de enfrentamento da violência obstétrica, bem como a compreensão das barreiras que impedem a proteção da mulher e a assistência segura durante o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: enfrentamento, violência obstétrica, proteção.

Abstract

Objective:

To survey the guidelines for the implementation of actions that can effectively combat this type of violence.

Method:

An integrative literature review analyzed 42 articles published in scientific journals in the last 5 years in order to know the strategies indicated for coping with obstetric violence.

Result:

The suggested measures were divided into 4 categories and analyzed based on the content analysis proposed by Bardin: training of professionals who assist in childbirth, dissemination of information about childbirth and formation of a support network among women, public policies that recognize, define and face obstetric violence and institutional management to face obstetric violence.

Final considerations:

Obstetric violence is complex and multifactorial and its confrontation must encompass different measures. Measures to combat this violence have been applied, but it is necessary that they act in these four areas in parallel so that women can be respected and protected during pregnancy, childbirth and the postpartum period. It is suggested for future research the study of possible strategies that articulate these four measures to face obstetric violence, as well as the understanding of the barriers that prevent women's protection and safe care during the pregnancy-puerperal cycle.

Keywords: confrontation, obstetric violence, protection.

Um dos principais desafios para o enfrentamento da violência obstétrica se constitui na própria definição que por ser tão abrangente dificulta o reconhecimento e consequente combate. Pode haver uma generalização desse tipo de violência em todo o mundo, com números que variam de 18,3% a 75,1% em termos de prevalência (Mena-Tudela et al., 2020).

No Brasil, a pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados, em 2010, identificou que 25% das mulheres declararam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica (Núcleo de Opinião Pública da FPA, 2010). Em virtude da gravidade e da alta incidência da violência obstétrica em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu ações para a prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, apesar de não nomear tais condutas como violência obstétrica, acreditando que toda mulher tem direito ao cuidado digno e respeitoso na assistência à saúde (OMS, 2014)

Sabendo que diversos são os esforços para o enfrentamento da violência obstétrica, o presente artigo tem como objetivo fazer um levantamento das orientações para implementação de ações que possam efetivamente combater esse tipo de violência.

Método

O presente estudo é uma revisão integrativa de literatura, baseada em publicações sobre a violência obstétrica, considerando artigos publicados em revistas indexadas em português, inglês e espanhol, nos últimos cinco anos. Considerando a relevância na área da ciência psicológica e a representatividade dos diferentes continentes, foram selecionadas as bases: Pubmed, BENDF, SCielo e BVS, em outubro de 2021.

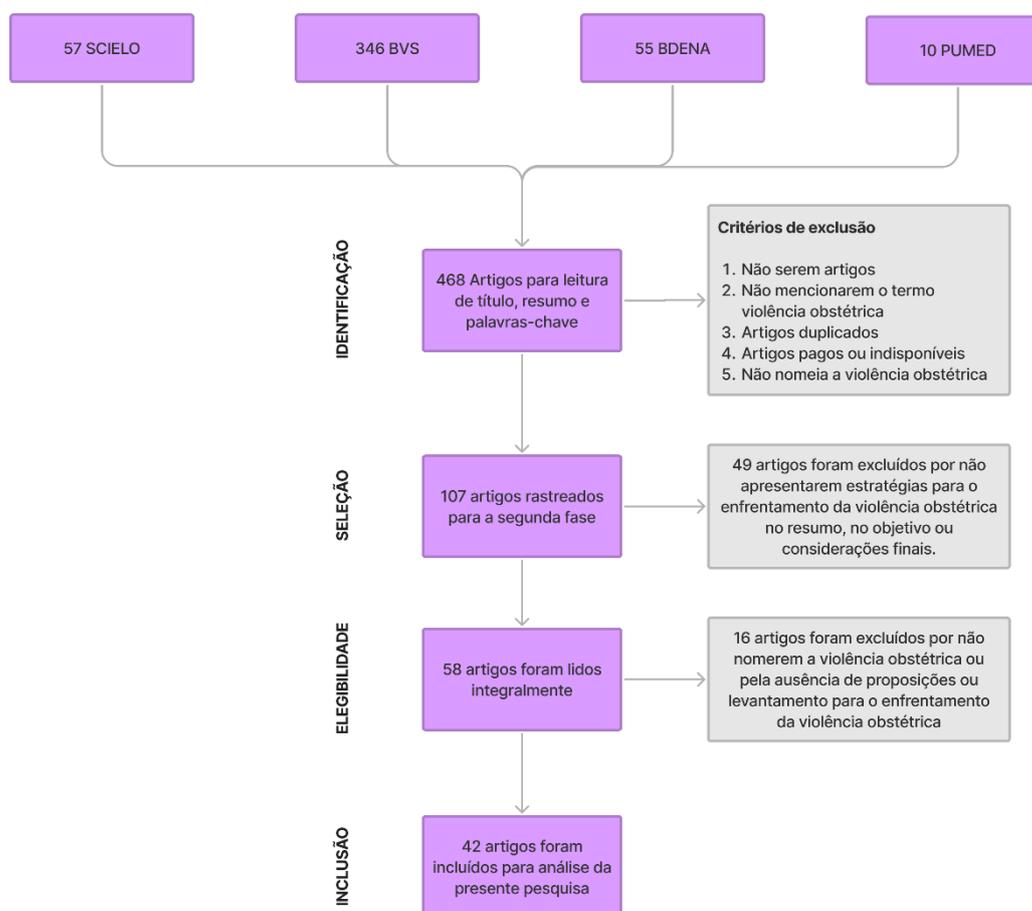
Os termos utilizados como descritores para a pesquisa nessas plataformas foram “violência”, “obstétrica”, “obstetric” e “violence”. O marcador booleano utilizado foi AND, fazendo com que a pesquisa fosse marcada pelos termos “violência AND obstétrica” e “obstetric AND violence”. Como critérios de inclusão foram definidos: (a) ter sido publicado

nos últimos cinco anos; (b) ser artigo científico; (c) estar na língua portuguesa (do Brasil), inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos: (a) que embora tratassem de violência obstétrica ou descrevessem algum tipo dessa violência, não utilizavam os termos diretos no título, resumo e/ou palavras-chave; (b) os artigos em duplicidade; e (c) os artigos que não trouxessem orientações para o enfrentamento da violência obstétrica.

Ao inserir os termos “violência AND obstétrica” foram mostrados, inicialmente, 57 artigos na base SCielo; 346 na BVS; 10 na PubMed e 55 na BDENF. Seguindo os critérios de inclusão, foram selecionados 35 artigos da base SCielo; três na PubMed e 69 da BVS. Com os termos utilizados, nenhum dos artigos da BDENF foi incluído, pois não tratavam da violência obstétrica. Após a aplicação dos filtros de inclusão e exclusão, permaneceram na presente pesquisa 36 artigos da base BVS, 20, da SCielo e um da PubMed que foram lidos e analisados integralmente, como apresentado na Figura 1.

Figura 1

Fluxo da informação com as etapas da revisão



Nota. Esta figura demonstra o processo de coleta de dados desta revisão. Na primeira linha, as bases utilizadas. Nas seguintes, à esquerda estão o número de artigos analisados por etapa, já na direita, encontram-se os critérios utilizados para exclusão, em cada uma das etapas mencionadas.

Ao fim da aplicação dos critérios, 42 artigos foram selecionados e lidos na íntegra, com o objetivo de apurar as orientações cunhadas para o enfrentamento da violência obstétrica. A partir dessa análise qualitativa, os dados foram codificados com base nos critérios de seleção, focos deste estudo. Os códigos foram organizados seguindo o método de Bardin (1977/2015), para elencar as principais orientações para o enfrentamento da violência obstétrica. As propostas foram divididas em 4 categorias a serem avaliadas: (a) formação dos

profissionais que assistem ao parto; (b) divulgação de informações sobre o parto e formação de rede de apoio entre as mulheres; (c) políticas públicas que reconheçam, definam e enfrentam a violência obstétrica; e (d) gestão institucional para o combate à violência obstétrica.

Resultados e Discussão

No período de abrangência dos artigos selecionados para a presente pesquisa, pôde-se observar um importante aumento no número de publicações sobre o tema violência obstétrica. Dentre os artigos selecionados, em 2017 e 2018 houve cinco publicações, em cada ano. Nos dois anos seguintes, o número de publicações foi superior ao dobro, chegando a três vezes mais em 2020, com o total de 15 artigos publicados e 12 artigos, em 2019. Em 2021 houve o menor número de publicações consideradas para esse artigo, apenas quatro, porém, é importante considerar que o período de coleta dos artigos foi antes do término do ano, ou seja, outras publicações podem ter acontecido após as etapas de seleção dos artigos para a presente pesquisa e alguns periódicos também publicam números retroativos no ano seguinte.

É preciso considerar que o despacho 9087621, do Ministério da Saúde (2019) que tentou extinguir o uso e a legitimidade do termo Violência Obstétrica desencadeou o momento social vivido em 2019, que pode ter contribuído com o aumento do interesse para as produções científicas sobre a violência obstétrica nos anos de 2019 e 2020. Tal ação gerou grande mobilização social, política e jurídica, mobilizando audiências públicas, ações em mídias sociais, documentários, pesquisas acadêmicas, é possível perceber “efeitos políticos e subjetivos capazes de fazer frente, em alguma medida, à articulação de opressões que perpassa a violência obstétrica” (Tempesta e França, 2022, p. 258).

Ao analisar os dados, observa-se que 20 artigos foram escritos por profissionais da Enfermagem e/ou publicados em periódicos dessa área do conhecimento. As demais áreas variaram entre filosofia, sociologia, nutrição, psicologia, direito, saúde sexual, saúde da

mulher, saúde pública e ciências sociais. Essa variedade de áreas de conhecimento é importante, pois a violência obstétrica é um fenômeno complexo e multifatorial. Assim, é fundamental que a discussão sobre a violência obstétrica figure entre diferentes profissionais, para que ela possa ser, realmente, compreendida e enfrentada.

Outros fatores importantes a serem ressaltados nesta pesquisa são o idioma em que os artigos foram publicados e a área de abrangência em que os estudos foram realizados: cinco artigos foram publicados, originalmente, na língua espanhola; quatro, em língua inglesa; e os demais, em língua portuguesa, do Brasil. A localização geográfica não foi razão de inclusão ou exclusão para os artigos considerados na presente pesquisa. Portanto, ao considerar os artigos incluídos, foram selecionados dois artigos com pesquisas na Colômbia, um no Chile e os demais, nas regiões norte, nordeste e sul do Brasil.

A violência obstétrica é considerada um problema de saúde pública mundial, não sendo possível dizer que está presente em apenas algumas culturas ou países, reconhecido por ameaçar os direitos à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (OMS, 2014). A má assistência à mulher durante a gestação, parto e pós-parto é um problema de saúde, político e que fere os direitos humanos. Compreender as diferentes realidades e reconhecer as semelhanças pode convergir na criação e aplicação de estratégias para o enfrentamento desse tipo de violência.

Foram incluídos nesta pesquisa, artigos com diferentes recursos metodológicos que variaram entre revisão narrativa e integrativa da literatura e entrevistas semiestruturadas, com análise de conteúdo das respostas obtidas. As entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde (enfermeiros, enfermeiros obstetras, médicos obstetras e doulas), gestores de saúde, estudantes de enfermagem e medicina, gestantes, puérperas - no puerpério imediato (até 12h após o parto ou ainda durante a internação pós-parto) e no puerpério tardio (com os bebês menores de 6 meses de vida) -, mães (com filhos de diferentes idades), primíparas e

multíparas. Somente um artigo escutou mulheres no ciclo gravídico-puerperal e em sistema de privação de liberdade e um artigo relatou as entrevistas feitas a mulheres com bebês com a Síndrome Congênita do Zikavirus.

Não ter delimitado o método para a presente pesquisa foi importante, pois possibilitou acolher, de forma ampliada, diferentes interlocutores, uma vez, que são vários os personagens envolvidos na violência obstétrica, problema que afeta as mulheres e os profissionais envolvidos. Nenhuma pesquisa colheu dados com outros profissionais presentes e importantes na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, ficando sempre restritas ao médico, à enfermagem e à gestão de saúde. Apenas três artigos reconheceram as doulas entre os profissionais que assistem ao parto e as incluíram em suas pesquisas.

A violência obstétrica é um tema complexo e, como as diferentes manifestações de violência, é um problema multifatorial, exigindo, portanto, a intervenção de estratégias que englobam os aspectos físicos, psíquicos e sociais que concorrem para os altos índices de violência obstétrica, ao mesmo tempo que denunciam e esclarecem a todos sobre a sua manifestação e, até mesmo, existência.

Essas foram as categorias criadas para a análise do material selecionado e que serão discutidas a seguir.

Formação dos Profissionais que Assistem ao Parto

Esta categoria foi composta por artigos que contemplaram em seus textos uma proposta formativa, com a sugestão de diferentes delineamentos de cursos de atualização ou de capacitações aos profissionais. Em 95% dos artigos analisados observou-se a orientação para uma reformulação na grade de formação dos profissionais que assistem à mulher no ciclo gravídico-puerperal, a partir de dois vieses: (a) a atualização das técnicas promovidas para a assistência ao parto, através das evidências científicas mais recentes; e (b) a formação de profissionais com habilidades interpessoais, reforçado por 25 artigos.

Apenas um artigo destacou que entre as razões para uma constante atualização dos profissionais de saúde está a necessidade de inclusão na assistência perinatal das pessoas portadoras de útero, lembrando, que o ciclo gravídico-puerperal não é mais uma exclusiva das pessoas do gênero feminino, garantindo uma prestação de serviços respeitosa e satisfatória para as pessoas LGBTQIA+ gestantes.

Em relação aos profissionais que devem se manter atualizados, oito artigos citaram os enfermeiros (Oliveira et al., 2022; Paula et al., 2020; Ribeiro et al., 2020; Silva et al., 2020; Menezes et al., 2020; Lansky et al., 2019; Alexandría et al., 2019; Oliveira & Pena, 2017); um artigo reforçou a importância dos agentes penitenciários que atendem às mulheres em privação de liberdade (Silva et al., 2020); quatro artigos citaram os gestores de saúde (Almeida & Ramos, 2020; Marques, 2020; Bezerra et al., 2020; Paula et al., 2020); dois artigos incluem os estudantes de enfermagem (Menezes et al., 2020; Silva et al., 2020) e um, os de enfermagem e de medicina (Vieira et al., 2019). A importância da inclusão do enfermeiro obstétrico nessa assistência, destacando a capacidade desse profissional de assistir de forma independente aos partos de risco habitual, foi ressaltado por seis artigos (Silva & Aguiar, 2020; Marques, 2020; Silva et al., 2020; Miranda et al., 2019; Leal et al., 2018; Jardim & Modena, 2018), e dois, informam a importância da presença da doula nas equipes que assistem ao parto, a fim de promover a educação perinatal, favorecer o manejo da dor através de medidas não farmacológicas e prevenir violências obstétricas (Barrera & Moretti-Pires, 2021; Rocha & Ferreira, 2020).

A educação continuada na área de saúde foi regulamentada pelo Sistema Único de Saúde, por meio da Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8.080, 1990) e foi formalizada através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio das Portarias n. 198 (2004) e n. 1996 (2007), do Ministério da Saúde e visam a atualização constante de práticas e técnicas rotineiras na realização do trabalho, o contínuo crescimento profissional e o cuidado com as

relações intra e interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, promovendo a reflexão e crítica profissional (Mocelin et al., 2022; Chu et al., 2021; Barcelos et al., 2020). Tais formações devem ser baseadas em evidências científicas, que ampliam o conhecimento médico e diminuem as incertezas no processo clínico, com constantes pesquisas científicas que integram a experiência profissional, os valores do paciente e as evidências disponíveis, sendo aplicados à uma prática baseada em evidências científicas (Faria et al., 2021).

As técnicas que envolvem os cuidados às gestantes, parturientes e puérperas devem ser constantemente atualizadas, em virtude de avanços tecnológicos, descobertas científicas e mudanças sociais e culturais. A ciência obstétrica, que estuda o fenômeno gravídico-puerperal, não pode ser considerada uma área estática, sendo, portanto, em constante construção e, por isso, deve sempre ser regida pelas evidências científicas mais atuais, sem desconsiderar que o fenômeno em questão acontece no corpo de uma mulher, e é necessário que suas particularidades e individualidades sejam consideradas. Embora a educação permanente seja uma prática incentivada e até regulamentada, 16 artigos mostram a repetição de práticas obstétricas que são desaconselhadas por falta de justificativa científica atual ou por riscos à saúde física do binômio mãe-bebê, como a episiotomia e a manobra de Kristeler.

A assistência humanizada ao nascimento requer uma prática respeitosa à mulher durante toda a assistência do ciclo gravídico-puerperal e é indispensável à prestação de serviços na área da saúde, devendo ser acrescida ao saber técnico-científico da empatia, escuta qualificada, ativa e do diálogo (Mocelin et al., 2022). O reconhecimento da mulher enquanto cidadã de direito, ao respeito, empatia e atitudes não discriminatórias são essenciais. Se faz necessária uma ampliação dos conhecimentos para as questões sociais, culturais, econômicas e políticas que envolvem o ser mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

Divulgação de Informações sobre o Parto e Formação de Rede de Apoio entre as Mulheres

Esta categoria foi composta pelos artigos que preconizam a informação e a formação de rede de apoio para as mulheres como estratégias legítimas ao enfrentamento da violência obstétrica. Sobre as estratégias de divulgação, 92% dos artigos selecionados afirmam que informações sobre o parto podem favorecer o processo de nascimento, sendo uma importante ferramenta para o enfrentamento da violência obstétrica. Tal ação favorece o empoderamento feminino, trazendo-a de volta ao protagonismo na cena do parto. A importância do empoderamento e autonomia da mulher para as tomadas de decisões em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto foi destacado em oitenta e cinco por cento dos artigos analisados, ao passo que seis artigos afirmam que o enfermeiro deve tirar todas as dúvidas das mulheres durante as consultas do pré-natal e esclarecer sobre os direitos da gestante.

Dentre as ações sugeridas pelos artigos analisados para o enfrentamento da violência obstétrica, foram citados por três artigos a formação de grupos ou rodas de gestantes que complementem as consultas do pré-natal e sirvam de fonte de informações sobre os processos do ciclo gravídico-puerperal, dos direitos da gestante, do bebê e do acompanhante e que troquem informações entre elas; os mesmos artigos sugerem ainda a promoção de palestras, com o mesmo fim (Silva & Aguiar, 2020; Silva et al., 2020; Niy et al., 2019); e apenas 2 artigos citaram o plano de parto entre as medidas de informação e promoção da qualidade na assistência perinatal (Barrera & Moretti-Pires, 2021; Anunciação et al., 2019).

Segundo o documento Assistência Pré-Natal, Manual Técnico, do Ministério da Saúde (2000), a assistência durante o pré-natal é propícia para a disseminação de informações acessíveis e possíveis de serem compreendidas por todas as mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, espaços para a discussão e esclarecimento de dúvidas da mulher e de seu parceiro, de forma individualizada. A falta de conhecimento pode promover medo e

insegurança deixando a mulher menos participativa durante os processos de decisão na assistência perinatal.

O plano de parto aparece como uma ferramenta de informação, reflexão e comunicação, uma vez que permite a manifestação dos desejos e preferências da gestante à equipe assistente, contribuindo com o empoderamento das mulheres, para que se tornem protagonistas de seu processo parturitivo, pelo poder da decisão informada, como salientam Trigueiros et al. (2022). Por fim, é importante também a realização de campanhas sobre o parto, pós-parto, amamentação e direitos das gestantes e puérperas que devem ser acessíveis para toda a sociedade. Ao conscientizar a sociedade sobre a gestação, parto e pós-parto, é possível fornecer melhores evidências e prestar uma assistência mais adequada. Se todos sabem sobre os processos de parto e amamentação, por exemplo, é mais possível que a mulher encontre apoio para suas decisões, ao invés de ser induzida para determinadas escolhas.

Políticas Públicas que Reconheçam, Definam e Enfrentem a Violência Obstétrica

Esta categoria revelou que 52% dos artigos pesquisados sugerem que as políticas públicas se envolvam no tema da violência obstétrica, a fim de legislar e judicializar as agressões, maus-tratos, negligências e abusos que as mulheres sofrem no ciclo gravídico-puerperal. Somente um artigo reforçou a importância de os gestores estarem atentos para as preconizações dos Programas de Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento, como a Rede Cegonha, para que sejam capazes de organizar as estruturas institucionais, além de promover a capacitação da equipe assistencial para uma atuação consonante com as orientações vigentes, por meio de portarias e legislações e outro artigo sinalizou que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres têm sido descritos em leis, mas ainda não são consolidados, favorecendo ações violentas na assistência perinatal.

Embora no Brasil não exista uma legislação federal que coíba diretamente a violência obstétrica, diversas leis têm sido aprovadas para promover ações que possam proteger a mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto, como é o caso da Lei do Acompanhante (Lei n. 11.108, 2005), por exemplo. Em contrapartida, programas consolidados em desenvolvimento no Brasil em prol de uma assistência humanizada ao nascimento, como a Rede Cegonha, são substituídos por novos programas, como a Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI), que passou a vigorar em abril de 2022. Por um lado, esse novo programa apresenta ganhos como o fortalecimento de ações em prol do atendimento às gestantes de alto risco, garantindo-lhes a assistência adequada. Por outro lado, a falta de descrição das equipes multidisciplinares e a falta de citação da enfermagem obstétrica na assistência perinatal coloca em risco as conquistas adquiridas em prol de uma assistência humanizada, abrindo brecha para o retorno ao modelo medicocentrado na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Além da implementação de novas leis que versem sobre o enfrentamento da violência obstétrica, é preciso que se pense sobre a punição para os casos de descumprimento da legislação em vigor, não se trata apenas de fazer leis, é preciso garantir que elas sejam cumpridas.

Gestão Institucional para o Combate à Violência Obstétrica

Esta categoria foi composta pelos conteúdos que mencionam a gestão institucional e a ela atribuem um valor determinante no enfrentamento à violência obstétrica. Apenas um artigo teve como objetivo principal entrevistar gestores de unidades de saúde que atendem às parturientes para ouvir suas percepções sobre a violência obstétrica e as ações necessárias ao seu enfrentamento. Mas doze outros artigos citaram nas discussões ou considerações finais a necessidade de incluir esses personagens no enfrentamento da violência obstétrica.

A gestão institucional é fundamental nesse processo contra a violência obstétrica por ser capaz de incentivar a educação continuada de todos os profissionais que atendem as

gestantes, parturientes e puérperas, desde o serviço administrativo até a equipe de saúde. Rever as rotinas que culminam nas violências institucionais, consideradas como estruturais, e que afetam os profissionais de saúde da instituição e a própria usuária confirma os estudos de Mena-Tudela et al. (2020), podendo agravar as violências obstétricas sofridas, num efeito cascata.

Os artigos convocam os gestores institucionais desde mudanças estruturais até o apoio às equipes de saúde que assistem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, pensando na educação permanente e nas melhores condições de trabalho. É fundamental que gestores e profissionais de saúde atuem juntos, evitando a violência obstétrica e prejuízos para a mulher e a própria instituição corroborando Sá (2017).

Considerações Finais

A violência obstétrica é um problema complexo e que precisa de diferentes investimentos para que possa ser combatida. Uma vez que a violência obstétrica é, também, multifatorial é preciso encontrar estratégias que atuam nas múltiplas facetas que induzem ao comportamento violento, individual e coletivo.

A presente pesquisa evidenciou que já há bastante conhecimento sobre o que é necessário fazer para se combater a violência obstétrica em suas diferentes vertentes. Repensar a educação do profissional de saúde que assiste a mulher no ciclo gravídico-puerperal; informar as mulheres e acompanhantes sobre a gestação, parto e pós-parto, tirando-lhes todas suas dúvidas e orientando sobre o trabalho de parto e parto; repensar políticas públicas e legislações que protejam as mulheres e punam os agressores e incluir os gestores institucionais para que propiciem um ambiente favorável ao atendimento humanizado e, portanto, inibidor das práticas violentas são ações essenciais para o enfrentamento da violência obstétrica. Em outras palavras, é possível concluir que a sociedade, científica e profissional, já sabe o que é preciso fazer para que a violência

obstétrica seja enfrentada.

Agora, é fundamental que se investigue os impedimentos para que tais ações sejam postas em prática. O presente estudo alcançou o objetivo de apresentar as estratégias já conhecidas em estudos científicos para o enfrentamento obstétrico. O próximo passo é conhecer os impedimentos sociais para que essas estratégias sejam executadas, e, então, pensar em formas para a implementação de tais ações. Futuras pesquisas sobre o tema devem versar sobre estratégias para que os impedimentos de tais ações sejam enfrentados e o combate à violência obstétrica seja uma realidade.

Referências

- Alexandria, S. T., Oliveira, M. S. S., Alves, S. M., Bessa, M. M. M., Albuquerque, G. A., & Santana, M. D. R. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermeira involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los cuidados*, 23(53), pp. 119-128. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91758/1/CultCuid_53-119-128.pdf
- Almeida, N. M. O., Ramos, E. M. B. (2020). O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 9(4), pp. 12-27. <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.643>
- Anunciação, P. S., Lamy, Z. C., Pereira, M. U. L., Madeira, H. G. L., Loyola, C. D., Gonçalves, L. L. M., & Lamy-Filho, F. (2018). “Revés de um parto”: Relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190517>
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Editora 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Barcelos, R. M. S., Melo, L. M., Carneiro, L. A., Souza, A. C., Lima, D. M., & Rassi, L. T. (2020). Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(2). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00260>
- Barrera, D. C., & Moretti-Pires, R. O. (2021). Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. *Revista Estudos Feministas*, 29(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n162136>
- Bezerra, E. O., Bastos, I. B., Bezerra, A. K. B., Monteiro, P. V., & Pereira, M. L. D. (2020). Aspectos da violência obstétrica institucionalizada. *Enfermagem em foco*, 11(6), pp. 157-164. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223341>

- Chu, H., Gresh, A., Bolanos, V., & Reynolds, N. (2021). Content analysis of the Global Alliance for Nursing and Midwifery discussion forum: an online community of practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4878.3431>
- Faria, L., Oliveira-Lima, J. A., & Almeida-Filho, N. (2021). Medicina baseada em evidências: Breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(1), pp. 59-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005 (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. 2005. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
- Lansky, S., Souza, K. V., Peixoto, E. R. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. O., & Friche, A. A. L. (2018). Violência obstétrica: Influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), pp. 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

- Leal, S. Y. P., Lima, V. L. A., Silva, A. F., Soares, P. D. F. L., Santana, L. R., & Pereira, A. (2018). Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 23(2). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>
- Marques, S. B. (2020). Violência obstétrica no Brasil: Um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 9(1), pp. 97-119. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M, Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Menezes, F. R., Reis, G. M., Sales, A. A. S., Jardim, D. M. B., Lopes, T. C. (2020). O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24. <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>
- Ministério da Saúde (2000). Assistência Pré-Natal – Manual Técnico. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
- Ministério da Saúde (2019). Despacho. https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0
- Miranda, F. L.; Velloso, G. S.; Lima, P. O.; Range, S. C.; Almeida, H. F.; Pinheiro, M. L. P.; & Costa, L. N. V. (2019). Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos

- em uma maternidade de Minas Gerais. *HU Revista*, 45(4), pp. 415-420.
<http://10.34019/1982-8047.2019.v45.27899>
- Mocelin, H. J. S., Freitas, P. S. S., Lamonato, L. C. X. L., Mascarello, K. C., & Maciel, E. L. N. (2021). Abordagem profissional em tempos de pandemia: O que aprendemos com o Zika vírus?. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 25.
<https://doi.org/10.1590/interface.200427>
- Niy, D. Y., Oliveira, V. C., Oliveira, L. R., Alonso, B. D., & Diniz, C. S. G. (2019). Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180074>
- Núcleo de Opinião Pública da FPA (2010). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC. https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf
- Oliveira, V. J., Penna, C. M. M. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(2).
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
- Oliveira, L. L. F., Trindade, R. F. C., Santos, A. A. P., Pinto, L. M. T. R., Silva, A. J. C., & Almeida, M. S. (2022). Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896>
- Organização Mundial da Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde - Declaração da OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B_E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3

- Paula, E., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Felício, F. C., Araújo, R. C. B., Chamilco, R. A. S. I., Almeida, V. L. M. (2020). Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto e Contexto*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>
- Portaria n. 198 (2004). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília. 2004.
- <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- Portaria n. 1996 (2007). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. 2007.
- https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- Ribeiro, D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
- Rocha, N. F. F., & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 44(125), pp. 556-568.
- <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
- Sá, A. M. P., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Branco, M. R. B. L., Paula, E., & Marchiori, G. R. S. (2017). O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. *Revista Enfermagem UFPE*, 11(7), pp. 2683-2690.
- [10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201705](https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201705)

- Silva, M. I., & Aguiar, R. S. (2020). Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Revista Nursing*, 23(271), pp. 5013-5018. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5013-5024>
- Silva, T. M., Sousa, K. H. J. F., Oliveira, A. D. S., Amorim, F. C. M., Almeida, C. A. P. L. (2020). Violência obstétrica: A abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO01466>
- Tempesta, G. A., França, R. L. (2021). Nomeando o inominável: A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, 27(61), pp. 257-290. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>
- Trigueiro, T. H., Arruda, K. A., Santos, S. D., Wall, M. L., Souza, S. R. R. K., Lima, L. S. (2022). Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036>
- Vieira, S. N.; Vidigal, B. A. A.; Sousa, A. M.; Reis, L. N.; Teixeira, E.; & Vasconcelos, M. N. G. (2019). Violência obstétrica: Convergências e divergências entre acadêmicos de enfermagem e medicina. *Enfermagem em Foco*, 10(6), pp. 21-28. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097783>

**Estudo III – Prevenção da Violência Obstétrica: Uma análise documental de cartilhas
para mulheres**

Resumo

Objetivo:

Identificar indicadores que possam ser úteis na divulgação da informação nos processos de conscientização da mulher sobre a violência obstétrica.

Método:

O presente estudo trata de uma análise documental de oito materiais divulgados gratuitamente com o objetivo de prevenir a violência obstétrica.

Resultados:

As cartilhas contemplaram em seus estudos a definição da violência obstétrica, exemplificando ações violentas que permitam que a mulher possa evitar ou reconhecer caso seja vítima. Além disso, todos os materiais orientaram para os meios de comunicação e denúncias das violências sofridas, sempre que se perceberem vítimas de algum tipo de violência obstétrica.

Conclusões:

Estudos futuros foram sugeridos para que seja possível pensar em estratégias que além de prevenir a violência obstétrica, no sentido de informar sobre a violência obstétrica e os meios de denúncias, sejam capazes também de promover o parto seguro, ampliando o prospecto de proteção das mulheres na assistência perinatal. Materiais que visem à promoção da assistência humanizada e a prevenção dos riscos e violências podem ser bastante efetivos para a proteção das mulheres e garantia de uma assistência respeitosa, preservando o momento de vida da gestante, parturiente ou puérpera.

Palavras-chave: violência obstétrica, prevenção da violência obstétrica, promoção de uma assistência perinatal segura

Abstract

Objective:

Identify indicators that may be useful in disseminating information in women's awareness of obstetric violence.

Method:

The present study deals with a documentary analysis of eight materials released for free with the aim of preventing obstetric violence.

Results:

The booklets included in their studies the definition of obstetric violence, exemplifying violent actions that allow women to avoid or recognize if they are victims. In addition, all materials were directed to the media and denounced the violence suffered, whenever they perceived themselves as victims of some type of obstetric violence.

Conclusions:

Future studies were suggested so that it is possible to think of strategies that, in addition to preventing obstetric violence, in the sense of informing about obstetric violence and the means of complaints, are also capable of promoting safe delivery, expanding the prospect of protection of women in the perinatal care. Materials aimed at promoting humanized care and preventing risks and violence can be very effective in protecting women and guaranteeing respectful care, preserving the moment of life of pregnant, parturient or postpartum women.

Keywords: obstetric violence, prevention of obstetric violence, promotion of safe perinatal care.

Diversas têm sido as ações para tornar a violência obstétrica mais reconhecida e prevenida. Questões como a definição e a aceitação da nomenclatura inibem ações mais diretas em favor das mulheres. Segundo Barrera e Moretti-Pires (2021), os movimentos de humanização surgem no contexto de combate ao desempoderamento e às violências perpetradas contra parturientes, fortalecendo a defesa da informação para a devolução do protagonismo da mulher na cena do parto.

Nesse contexto de protagonismo da mulher no ciclo reprodutivo, especialmente, nos processos do trabalho de parto e parto, ações que visem à difusão de informação têm sido implementadas para garantir o acesso das mulheres a conteúdos que podem ser instrutivos sobre o parto respeitoso, ao mesmo tempo que informa sobre indicadores de agressões, maus-tratos, negligências e abusos que as mulheres podem sofrer na assistência obstétrica.

Entre essas ações é possível destacar a trilogia do documentário “O Renascimento do Parto” (Chauvet, 2013), o documentário “Violência Obstétrica - a Voz das brasileiras” (Zorzam et al., 2013), o documentário “Nascer no Brasil: do Parto, da violência obstétrica às boas práticas” (Fioretti, 2014). Além disso, é possível encontrar blogs, fóruns e grupos de discussão na internet que tratam dos temas do parto humanizado e do enfrentamento da violência obstétrica. Esses espaços promovem o resgate à autonomia da mulher na cena do nascimento do bebê. Diversas tecnologias podem servir para a divulgação de informações que contribuem para a promoção da saúde, segundo Sena e Tesser (2017).

Há inúmeros materiais disponíveis ao público feminino voltados à orientação sobre a violência obstétrica, formas de prevenção e de denúncias. Conscientizar e convocar os profissionais da saúde que atendem os partos, os gestores institucionais e a sociedade, em geral, para a exigência de uma assistência ao nascimento mais humanizado é urgente.

Na prevenção contra os diferentes tipos de violências, a informação é necessária. Quanto mais informada a mulher estiver, mais possibilidades para o enfrentamento da

situação violenta, ela terá. Da mesma forma, quanto melhores informados estiverem os profissionais de saúde, mais capazes de agir preventivamente serão. As cartilhas têm se mostrado como materiais efetivos para a promulgação de informações e de orientações para a população em geral. Vieira et al. (2022) afirmam que as cartilhas são utilizadas na educação em saúde, ao fornecerem informações complementares e favorecerem a autonomia de pacientes, sendo fáceis de serem consultadas e acessíveis. O fácil acesso e a disponibilidade para uma abordagem repetida às informações fornecidas, facilita, ao leitor, o entendimento e absorção do conteúdo oferecido (Diniz et al., 2022). As cartilhas favorecem também o processo de aprendizagem dos estudantes e profissionais de saúde (Vieira et al., 2022).

Rocha et al. (2022) dizem que as cartilhas educativas são um recurso pedagógico de fácil compreensão e que desperta o interesse da população e, por isso, são eficientes na educação em saúde, a partir da interação entre o emissor, o receptor e o conteúdo escrito, como acrescentou Diniz et al. (2022). Os folders têm os mesmos objetivos das cartilhas e vantagens, porém é um material mais breve, que exige um conteúdo mais resumido e direto. O material ilustrado e com linguagem simples, para pessoas leigas, tendem a impactar positivamente no processo de aprendizagem e podem funcionar como estratégia preventiva, já que serve como fonte de apoio e consulta diante das dúvidas. O formato impresso e digital contempla diferentes pessoas, independente de faixa etária, escolaridade e acesso às plataformas digitais, sendo, portanto, medidas inclusivas.

O presente artigo analisa oito cartilhas, distribuídas gratuitamente, identificando indicadores que possam ser úteis na divulgação da informação nos processos de conscientização da mulher sobre a violência obstétrica.

Método

O presente estudo trata de uma análise documental e foi desenvolvido em três etapas:
(a) busca por materiais, especialmente, cartilhas e/ou folders que versem sobre a violência

obstétrica, destinadas às mulheres; e (b) categorização de produtos já lançados com o objetivo de informar sobre a violência obstétrica. Para a primeira etapa, considerou-se como fonte de pesquisa o buscador mundial Google, considerando sua abrangência e facilidade de acesso. No campo de busca foram incluídos os termos “violência obstétrica cartilha”. Foram consideradas as duas primeiras páginas de resultados, pelo entendimento de que essas são as de maior consulta populacional. A segunda etapa do presente trabalho contou com a análise dos produtos selecionados e que tinham como objetivo informar sobre a violência obstétrica, considerando a relevância social, a partir de estudos e de impactos na sociedade.

A pesquisa apresentou 11 materiais, porém, três foram elaborados com fins pedagógicos, como parte de alguma disciplina da formação profissional ou trabalho final de curso para obtenção de título. Foram considerados, portanto, para essa análise, 9 cartilhas produzidas e distribuídas: pela Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul (2011); pelo Governo do Estado da Paraíba (Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, 2020); pela Universidade Federal do Pará (Oliveira et al., 2020); pelo Fórum de Mulheres do Espírito Santo e Parto do Princípio (2014); pelo Ministério Público do Estado do Maranhão (s.d.); pela Defensoria Pública da Bahia (s. d.); pela Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina. (s. d.); e duas cartilhas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2017 & 2021). Para a análise desses materiais, foi realizado, inicialmente, uma breve resenha sobre cada cartilha selecionada, considerando a forma e o conteúdo do instrumento. A partir da resenha, foram construídas 3 categorias para análise do conteúdo elaborado nas cartilhas: (a) Conceituação e caracterização da violência obstétrica; (b) Orientações e sugestões de estratégias no enfrentamento à violência obstétrica; e (c) Aspectos relacionados à prevenção por diferentes públicos.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos serão apresentados a partir de uma breve caracterização em três aspectos: forma, acessibilidade e conteúdo. Posteriormente serão apresentadas as categorias temáticas para a análise dos conteúdos sobre os quais versam as cartilhas, segundo o método de Bardin (1977/2015).

Sobre a Forma

Quanto ao número de páginas, as cartilhas variaram entre 06 e 24 páginas, sendo que cinco materiais apresentaram mais de 18 páginas. Todos os materiais eram coloridos: ou as páginas ou a fonte alternava as cores. Sobre as imagens ao longo do texto, 90% das publicações apresentavam algum ícone, ilustração ou foto chamando a atenção para alguma ideia apresentada ou reforçando o que estava sendo dito. Todos os produtos tinham a logo dos serviços responsáveis pela realização do produto. Em relação às instituições responsáveis pela realização do material, cinco cartilhas contaram com o apoio de outras instituições.

Sobre a Acessibilidade

Todos os materiais analisados estão disponíveis na internet, na primeira página de busca do Google, pelos marcadores “violência obstétrica cartilha”. Para acessar dois dos materiais, foi necessário baixar o arquivo em PDF. Quanto à distribuição, cinco dos materiais ofertados também são distribuídos impressos para a população do município ou do estado. Todas as cartilhas apresentaram uma linguagem fácil compreensão para a maior parte da população, explicando termos que pudessem causar alguma incompreensão e descrevendo siglas. Além de todo o conteúdo disponibilizado, três materiais incluíram as referências bibliográficas utilizadas para a confecção dos materiais.

Sobre o Conteúdo

Para a análise quanto ao conteúdo, foram definidas três categorias:

Conceituação e Caracterização de Violência Obstétrica

Nessa categoria, foi analisado o conceito informado de violência obstétrica e características que pudessem ajudar as mulheres a identificarem se foram vítimas ou não desse tipo de violência. Para uma melhor análise dos documentos, foram criadas cinco subcategorias: definição de violência obstétrica, quem pratica a violência obstétrica?, consequências da violência obstétrica, vítimas da violência obstétrica e exemplos de violência obstétrica, conforme apresentadas a seguir:

Dentre as definições apresentadas, foi possível observar os seguintes atributos em comum:

Definição de Violência Obstétrica. Todos os materiais apresentaram definições da violência obstétrica e reconhecem que a violência obstétrica pode acontecer em qualquer momento durante a gestação, o parto e o pós-parto. Apenas três desses materiais não incluíram a situação do aborto como possível risco para a violência obstétrica, sendo que uma delas, ao citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde como legislação que garante o direito à assistência humanizada e prevenção da violência obstétrica, cita a melhoria da assistência obstétrica na atenção ao abortamento.

Quem Pratica a Violência Obstétrica. A violência obstétrica foi mencionada nos materiais como praticada por serviços de saúde ou profissionais de saúde. A cartilha produzida em Santa Catarina (Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina., s. d.) incluiu também familiares ou acompanhantes como pessoas que podem cometer esse tipo de violência. O material elaborado no estado da Bahia (Defensoria Pública da Bahia, s. d.), afirmou que a violência obstétrica pode ser cometida por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnicos-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. A Cartilha Prevenção da Violência Obstétrica, do Pará (Oliveira et al., 2020) considerou como violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital,

por um familiar ou acompanhante que ofenda a mulher, de forma verbal ou física. As cartilhas ampliam a compreensão de quem pode violentar as mulheres nesse período, incluindo todos os profissionais de saúde que assistem a mulher no ciclo gravídico-puerperal. Apenas uma cartilha, a do Pará, discrimina o médico como um agente agressor possível. Mas mesmo essa cartilha, não o apresenta como o único autor possível de praticar esse tipo de violência.

Consequências da Violência Obstétrica. A cartilha formulada pelo Fórum de Mulheres do Espírito Santo e Parto do Princípio (2014) afirma que a violência obstétrica não deve ser tolerada, uma vez que ela não é natural, embora, muitos tratamentos dados às mulheres sejam rudes e grosseiros. A violência obstétrica é uma violência de gênero – descrito pelas cartilhas da Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul (2011) e do estado da Paraíba (Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, 2020) –, uma violência simbólica, uma violência contra os direitos humanos e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (pontuado pela cartilha elaborada pela Defensoria Pública do Estado da Paraíba). As cartilhas analisadas são unânimes ao relatarem que a violência obstétrica causa danos sexuais, físicos, psicológicos ou emocionais. Segundo o material promovido pela Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul, a violência obstétrica tem origem nos preconceitos e discriminações em relação à sexualidade e saúde e refletem a forma como as mulheres são tratadas. O material produzido pela Defensoria Pública da Bahia (s. d.) diz que os atos violentos ou omissões, físicos ou psicológicos, são impetrados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva.

Vítimas das Violências Obstétricas. Todos os materiais analisados afirmam que as mulheres são as principais vítimas da violência obstétrica. Sobre o reconhecimento das mulheres em relação à violência obstétrica, seis materiais citaram o dado da pesquisa da Fundação Perseu Abramo (Núcleo de Opinião Pública da FPA, 2010), que identificou que 1

em cada 4 mulheres sofre algum tipo de violência obstétrica. Os materiais divulgados pelos estados da Bahia (Defensoria Pública da Bahia (s. d.) e Santa Catarina (Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina., s. d.) ressaltam que o bebê também é uma vítima das violências obstétricas. Quando o contato pele a pele logo após o nascimento é impedido (salvo necessidade urgente) ou a amamentação na primeira hora de vida do bebê não é permitida ou quando é oferecido ao bebê leite artificial e/ou outros líquidos, chupeta sem o consentimento da mãe ou ainda quando o aleitamento materno é impedido (salvo em situações indicadas cientificamente) ou o alojamento conjunto mãe-bebê é impedido, sem justificativa embasada na ciência, mãe e bebê são vítimas da violência obstétrica, como aponta o folder produzido pela Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina. (s. d.) que detalha situações em que o bebê também é visto como vítima da violência obstétrica.

Exemplos de Violência Obstétrica. A citação de exemplos comuns de violência obstétrica esteve presente em todos os materiais. A episiotomia, como exemplo dessa violência, esteve presente em todos os materiais analisados. A manobra de Kristeler, mais um exemplo comum dessa violência, apareceu em 90% das vezes. A proibição da amamentação logo após o parto ou o impedimento do contato pele a pele, sem justificativa pautada na ciência foram exemplificadas em duas cartilhas. A falta de informações à gestante, durante o pré-natal, foi destacada em dois materiais e apenas dois informativos citaram a peregrinação para o parto, como violência obstétrica.

Em geral, a violência obstétrica foi conceituada como a apropriação ou desrespeito ao corpo da mulher ou a seus processos reprodutivos, que causem danos sexuais, físicos ou psicológicos, durante a gestação, o parto, o pós-parto ou o abortamento. Tal conceito corrobora a primeira legislação latino-americana contra a violência obstétrica, na Venezuela, em 2007, que afirma que a violência obstétrica é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher. Por ser a primeira legislação a caracterizar a violência obstétrica

como um tipo de violência contra a mulher, passível de ser conceitualizada, identificada e punida, tem servido como base para sustentar a caracterização da violência obstétrica em diversos países, como a Argentina, o México, o Chile e o Brasil (García & Fernandes, 2018).

Martins et al. (2019) afirmam que a violência obstétrica acontece durante a gestação, o parto e o puerpério, seja no acompanhamento do pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Apesar da violência obstétrica ser observada em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal, é no parto que ela parece viver os ápices de sua agressão, como comprovam as descrições que exemplificam formas diferentes dessa violência. Moura et al. (2018) afirmam que o parto tem sido vivido como um momento de angústia pelas mulheres, uma vez que essas não têm controle sobre a situação, por ser imprevisível e fora de seu ambiente familiar.

Identificar os agressores não é uma função impossível, apesar de não ser simples. Nomear como agressor pessoas e instituições que deveriam prezar pela vida, saúde e corpo das vítimas da violência obstétrica deveria ser papel fundamental de todos os que prestam assistência durante o ciclo gravídico-puerperal e sua família. Mas são justamente essas pessoas e instituições que violam o corpo, os processos reprodutivos, a percepção de si e a identidade de mulheres no período da gestação, do parto, do pós-parto e do aborto. Existem diferentes discussões sobre a utilização do adjetivo obstétrico na nomenclatura dessa violência, pelo entendimento que essa terminologia induz à compreensão de que o médico é quem comete a violência obstétrica (Sens & Stamm, 2019; Klering et al., 2021).

Embora a assistência obstétrica caracterize e nomeie uma das especialidades médicas, a obstetrícia não é uma exclusividade da medicina e diz respeito ao momento de vida da mulher e não ao profissional. As cartilhas apresentam duas linhas possíveis de relação entre os agressores e as vítimas da violência obstétrica. Por um lado, é possível perceber uma relação de subordinação e hierarquia, estando os médicos e profissionais de saúde, os

profissionais técnico-administrativos, as instituições e, por outro lado, as relações são constituídas afetivamente e estão ao lado da mulher: os familiares ou acompanhantes que a assistem e apoiam durante todo o ciclo gravídico-puerperal. As mulheres podem sofrer agressões de todos os lados, seja nas relações hierárquicas ou afetivas, porém, familiares e acompanhantes podem ser vítimas ou agressores, na perspectiva da violência obstétrica.

Em geral, esses profissionais estão sujeitos a intensas rotinas de trabalho, remuneração inadequada ou incompatível com as atribuições assumidas, falta de recursos necessários para a rotina de trabalho e pouca frequência de programas de educação continuada, com embasamentos científicos atualizados, por exemplo. Tais agressões caracterizam a violência institucional, da qual as mulheres também são vítimas. Estando na ponta inferior dessa linha vertical, as mulheres sofrem violências direta e indiretamente. Ainda é comum encontrar a violência obstétrica nomeada como violência institucional e de gênero, violência no parto e violência na assistência obstétrica (Lima et al., 2019).

A violência obstétrica é uma rotina para as mulheres brasileiras, que sofrem com desrespeitos, humilhações e discriminações étnicas, econômicas e sociais. Agravada pelas violências sexuais e reprodutivas, o ciclo gravídico-puerperal denuncia a atividade de uma vida sexual feminina, tema que ainda é tabu na sociedade brasileira. Por um lado, embora a relação sexual seja permitida dentro de um contexto conjugal, ainda é motivo de desconforto e retaliações às mulheres, diante das violências obstétricas, por exemplo Martins et al. (2019). Em primeira instância, é no corpo e na experiência da mulher que a violência obstétrica acontece.

Algumas mulheres estão mais suscetíveis à submissão de atos violentos na assistência obstétrica. Entre elas, é possível destacar as mulheres pobres, as negras, as adolescentes, as que não foram acompanhadas no pré-natal ou estão sem acompanhantes, além das prostitutas, das usuárias de drogas ou que estão em situação de rua ou de encarceramento (Assis, 2018).

Na relação médico-paciente, quando essa é uma mulher negra, a assimetria é marcada por mecanismos de opressão de gênero e pela raça (Lima et al., 2019).

Na complexidade da violência obstétrica, o binômio mãe-bebê é diretamente afetado e pode sofrer pelos impactos causados. Além deles, na tríade mãe-pai-bebê, o pai também pode ser vítima da violência quando sofre agressões físicas ou verbais, quando é menosprezado em sua capacidade e competência em acompanhar o parto ou ainda quando é impedido de estar presente, como acompanhante da gestação, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto. Embora tenha o seu direito assegurado (direito que é na verdade de todos os envolvidos: da mulher, do bebê e do acompanhante de escolha da mulher), ainda é comumente violado e impedido de estar presente neste momento.

Muitos são os exemplos de violência obstétrica, como mostra a tabela 1, baseada na apresentada por Brandt et al. (2018).

Tabela 1

Intervenções prejudiciais e motivos associados aos seus malefícios (inspirada por Brandt et al., 2018)

INTERVENÇÃO PREJUDICIAL	MOTIVO
1. Infusão intravenosa de ocitocina sintética de rotina para aceleração do trabalho de parto	Torna a paciente restrita ao leito ou com mobilidade reduzida, além de aumentar a dor significativamente.
2. Amniotomia	Aumenta a possibilidade de cesariana.
3. Toques vaginais repetidos para fins de aprendizado	Fere o direito à liberdade individual e caracteriza abuso físico.
4. Posição de litotomia	Totalmente desfavorável para o nascimento, sendo indicado pela OMS posições verticalizadas.
5. Manobra de Kristeller	Associadas a lacerações de períneo e prejudiciais para o bebê, risco de lesões abdominais internas graves.
6. Episiotomia de rotina	Desaconselhada pela OMS em partos sem

	distócia, pois não diminui o risco de laceração perineal e aumenta o risco de lesões perineais.
7. Restrição de movimentos corporais	Aumento da dor e da duração do trabalho de parto, além da chance de necessitar de anestesia e cesariana
8. Falta de respostas às dúvidas das mulheres e de orientações com embasamento científico atual	Aumenta a possibilidade de cesariana; mantém a insegurança materna
9. Comentários constrangedores, humilhações, ofensas ou xingamentos	Mantém a mulher insegura e no papel de coadjuvante do próprio parto. Violência psicológica e verbal.
10. Ameaças à mulher	Mantém a mulher insegura e no papel de coadjuvante do próprio parto. Violência psicológica e verbal.
11. Amarrar a mulher durante o parto	Totalmente desfavorável para o nascimento, sendo indicado pela OMS posições que e formas que permitam a autonomia da mulher.
12. Negar atendimento à mulher, recusa de admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito)	Mantém a mulher insegura e no papel de coadjuvante do próprio parto. Violência psicológica e verbal.
13. Agendar cesáreas sem recomendação baseada em evidências científicas	Totalmente desfavorável para o nascimento, sendo indicado pela OMS o parto vaginal, nas gestações de risco habitual.
14. Impedimento da entrada de acompanhante escolhido pela mulher	Mantém a mulher insegura e no papel de coadjuvante do próprio parto.
15. Realização de procedimentos predominantemente invasivos e sem explicação e o consentimento da mulher	Impede a participação e autonomia da mulher no parto e sobre o próprio corpo.

Orientações e Sugestões de Estratégias no Enfrentamento à Violência Obstétrica

Essa categoria integra a descrição encontrada na totalidade dos materiais analisados sobre as estratégias para a mulher que se reconheça vítima de Violência Obstétrica. Nesses

casos, os materiais são unânimes nas orientações para a mulher vítima da violência obstétrica. É possível compreender as orientações desde a reunião dos documentos necessários às denúncias necessárias. A cópia do prontuário é o primeiro documento essencial para a denúncia da violência obstétrica. As cartilhas informam que, apesar de ficarem guardadas nas instituições, os prontuários são da paciente, que não pode ser impedida de acessá-los ou de receber uma cópia.

Apenas uma cartilha ressalta a importância do relato como documento a ser anexado para a realização da denúncia de violência obstétrica e outra cartilha orienta ao registro do boletim de ocorrência. Todas as cartilhas informam que a mulher vítima de violência obstétrica deve registrar denúncia na Ouvidoria da instituição onde o fato aconteceu ou do serviço ao qual a instituição é vinculada e à Defensoria Pública do Estado. Somente um material orienta a busca por um advogado particular, se houver danos psicológicos. As denúncias pelos telefones 180 (Violência contra a Mulher) ou 136 (Disque Saúde) foram citadas em seis materiais. Nesses números, a denúncia pode ser anônima e ser realizada também pelo profissional que testemunhou a violência cometida contra a gestante, parturiente ou puérpera. Apenas um material informou sobre as medidas que os profissionais que assistem o parto podem tomar em casos de violências obstétricas ou para se resguardarem e não serem os agressores.

A denúncia das agressões sofridas é importante sob diversos aspectos: (a) para a elaboração da experiência vivida pela vítima e ressignificação do trauma sofrido; (b) para aumentar o conhecimento sobre as violências obstétricas cometidas; (c) para pensar em estratégias e políticas públicas para o enfrentamento da violência obstétrica; (d) para propor ações que incluam o combate à violência obstétrica na educação de profissionais da saúde, desde a formação básica até a continuada, e de gestores de instituições hospitalares ou

maternidades; e (c) para fortalecer o protagonismo feminino e o empoderamento da mulher na assistência durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Aspectos Relacionados à Prevenção por Diferentes Públicos

Essa categoria incluiu orientações que não são comuns a todos os materiais mas que apresentam um compromisso do material com informação que pode ser útil para a conscientização dos processos que envolvem direta ou indiretamente a Violência Obstétrica. Para o enfrentamento da violência obstétrica, as cartilhas lançaram mão da divulgação do que é e como se reconhece a violência obstétrica e como proceder para as denúncias dessa violência. Mas nem todos os materiais trouxeram recursos para ajudar na promoção de um parto seguro, ação que sustenta o protagonismo da mulher no parto e inibe as ações violentas. Entre os materiais analisados, quatro apresentaram o plano de parto como um instrumento viável de proteção contra a violência obstétrica.

Apenas um dos materiais analisados orienta que a gestante visite a maternidade/instituição onde pretende que o trabalho de parto e parto aconteça e ressalta que essa prática pode ajudar a gestante no conhecimento das práticas e rotinas adotadas pela instituição. Dois instrumentos orientam para a utilização da Caderneta da Gestante (Ministério da Saúde, 2022), um documento dirigido aos profissionais e usuárias do Sistema Único de Saúde, como um recurso informativo e que orienta para as boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento e em acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004). Apenas dois materiais mencionam a doula, profissional que assiste a mulher na gestação e parto, assegurando uma assistência humanizada e a protegendo contra as violências obstétricas.

Ao pensar na prevenção contra a violência obstétrica, o acesso às informações de qualidades promove o empoderamento das mulheres e pode favorecer o seu protagonismo na cena do parto. Se faz necessário pensar nas informações que precisam chegar até a mulher,

pelo menos, para que esse caráter de prevenção possa ser eficiente. Abreu e Murta (2018) esclarecem que ações de promoção à saúde disponibilizam recursos que empoderam indivíduos e comunidades para o enfrentamento de adversidades, pessoais ou sociais, e incrementam o bem-estar. A prevenção complementa a ação de promoção à saúde e objetiva reduzir riscos de aparecimento de problemas. Tais estratégias são complementares.

O plano de parto é um recurso para os cuidados humanizados com a mulher e o bebê e reflete em um parto com menos intervenções, mas ainda apresenta baixa adesão, tanto por causa do curso incerto do processo de parto quanto por uma possível tensão gerada entre a parturiente e profissional, alimentada por uma suposta perda de autonomia do profissional (Medeiros et al., 2019). Nas Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal, do Ministério da Saúde (2017), na seção 6.2, Cuidados gerais durante o trabalho de parto, sobre o estabelecimento da comunicação com a mulher, é dever do profissional de saúde, ler discutir o plano de parto, sempre que a mulher tiver um, e levá-lo em consideração para a implementação. A orientação nas cartilhas sobre o plano de parto corrobora com a literatura atual e com as orientações oficiais dos órgãos de saúde, mas o plano de parto não é, ainda, uma ferramenta divulgada e acessível para muitos. Além disso, é também uma ferramenta questionável para alguns profissionais. Em 2019, o CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) publicou a Resolução n. 293 (2019) que veda a adesão ou subscrição do profissional de medicina a qualquer documento que possa restringir ou impedir a sua atuação profissional, em casos de potencial desfecho materno ou fetal, devendo o médico agir com autonomia, sem colocar em risco sua liberdade profissional.

Sobre as orientações da Caderneta da Gestante (Ministério da Saúde, 2022) como um recurso de prevenção da violência obstétrica e de informação para as gestantes, é importante ressaltar que, em maio de 2022, foi lançada a nova Caderneta da Gestante, que inclui um espaço destinado ao pré-natal do parceiro. Além dos espaços destinados às anotações e

evolução do acompanhamento pré-natal da mulher, a caderneta traz uma série de informações sobre a gestação, o trabalho de parto, o parto, os primeiros cuidados com o bebê e o puerpério. A atual versão da Caderneta da Gestante informa a população com orientações que estão em desacordo com as evidências científicas mais atuais, inclusive que são consideradas violências obstétricas, como é o caso da episiotomia, que aparece no material produzido pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal como uma possibilidade viável em casos de sofrimento fetal, mesmo que essa indicação não seja apontada como benéfica na literatura científica.

Foram suprimidas na versão atual da Caderneta da Gestante, as orientações sobre o Plano de Parto e o acompanhamento da Doula (Ministério da Saúde, 2022). Embora tenha sido uma orientação importante no momento de confecção dos materiais estudados, atualmente, a Caderneta da Gestante não pode mais considerada confiável nesse quesito de proteção da mulher contra as violências obstétricas.

Sobre o acompanhamento das doulas, cabe ressaltar que a doula e educadora perinatal é uma importante personagem para o resgate da autonomia da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é uma lembrança de que o processo de nascimento de um bebê acontece no corpo da mulher e é para esse corpo que o bebê se volta, após o nascimento, através da amamentação. Mas, mais do que o corpo, as doulas resgatam a individualidade da mulher, a autonomia e o protagonismo de uma mulher que é sujeito em suas decisões e no que se refere a ela e ao seu corpo. Tempesta (2018) relata que as doulas convocam as mulheres a participarem de rodas de conversas sobre o ciclo gravídico-puerperal, ajudando-as a se familiarizarem com temas sobre o parto e a amamentação, incentivando os relatos de parto – tanto a escuta quanto a escrita de suas próprias experiências que poderão contribuir com a preparação para um parto seguro e humanizado e a inauguração de seu papel materno.

Considerações Finais

Atuar a fim de promover uma assistência perinatal segura e prevenir as violências obstétricas é essencial para o cuidado humanizado durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Muitas ações têm sido implementadas com o intuito de garantir um parto seguro para todas as mulheres. Mas parece que as ações ainda são individualizadas ou pontuais. Por se tratar de um problema complexo seria interessante que houvesse mais articulações entre as diferentes esferas capazes de coibir a violência obstétrica: o poder legislativo, o poder judiciário, as instituições em prol do parto humanizado, as instituições que assistem a mulher durante a experiência obstétrica e a sociedade civil, em geral. Sem uma efetiva articulação entre todos esses poderes, o combate à violência obstétrica fica limitado.

Sugere-se novos estudos que possam contribuir com essas articulações bem como possam denunciar falhas ou entraves na comunicação entre todos esses setores. O presente artigo demonstrou que ações para a prevenção são reais e possíveis, existem caminhos para proteger as mulheres antes e durante o parto e após, para as mulheres que identificam terem sido de algum tipo de violência durante a assistência perinatal. Sugere-se novos estudos que visem a promoção do parto seguro e humanizado, de forma também a protegerem as mulheres das violências obstétricas possíveis. Ficou claro nessa pesquisa que é possível proteger as mulheres num momento de vida tão especial quanto vulnerável, sob os aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Referências

- Abreu, S., & Murta, S. G. (2018). A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: A Perspectiva de Especialistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34.
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e34413>
- Assis, J. F. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: Compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, (13), pp. 547- 565.
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>
- Bardin, L. (2015). Análise de conteúdo. Editora 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Barrera, D. C., & Moretti-Pires, R. O. (2021). Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. *Revista Estudos Feministas*, 29(1).
<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n162136>
- Brandt, G. P., Souza, S. J. P., Migoto, M. T., & Weigert, S. P. (2018). Violência obstétrica: A verdadeira dor do parto. *Revista Gestão & Saúde*, 19(1), pp. 19-37.
<https://www.herrero.com.br/revista/19/01>
- Chauvet, E. (Diretor). (2013). O renascimento do parto [Documentário]. Bretz Filmes.
- Defensoria Pública da Bahia. (s. d.). Conversando sobre violência obstétrica: Identifique e denuncie. <http://www.defensoria.ba.def.br/wp-content/uploads/2018/08/violenciaobstetrica-site.pdf>
- Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul. (2011). Violência obstétrica. Núcleo Institucional de Promoção & Defesa dos Direitos das Mulheres.
<https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/DEF-Cartilha-Violencia-Obste%CC%81trica-2021-PARA-PORTAL.pdf>
- Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina. (s. d.) Violência obstétrica: Enfrentar para humanizar. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres – Defensoria

Pública de SC & Centro de Estudos, de Capacitação e de Aperfeiçoamento da
Defensoria Pública de SC.

https://www.ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/documentos/pub_2020-08-25_cartilha-obstetrica2.pdf

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (2017). Violência obstétrica: você sabe o que é? Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis.

https://www.defensoria.sp.gov.br/documents/20122/301164/nudem_14.pdf/c15870ea-5ccd-0f30-2177-ec2bcdb4d062?t=1646405759305

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. (2021). Conversando sobre violência obstétrica. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

https://www.defensoria.sp.gov.br/documents/20122/301164/nudem_13.pdf/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310?t=1646405755026

Diniz, I. V., Mendonça, A. E. O., Brito, K. K. G., Albuquerque, A. M., Oliveira, S. H. S. O., Costa, I. K. F., & Soares, M. J. G. O. (2022). Health education: A booklet for colostomized people in use of the plug. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0102>

Fioretti, B. (Diretora). (2014). *Nascer no Brasil* [Documentário]. VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz.

Fórum de Mulheres do Espírito Santo & Parto do Princípio. (2014). Violência obstétrica é violência contra a mulher: Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica.

<https://sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>

- García, L. I. D., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho*, (51), pp. 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Klering, N. M., Petry, L. R., Garzella, H., Ogliari, K. S., & Scherer, J. N. (2021). Obstetric violence and medical education: Answering “Who is afraid of obstetric violence?”. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), pp. 345-346. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100018>
- Lima, K. D., Pimentel, C., & Lyra, T. M. (2019). Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), pp. 4909-4918. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>
- Martins, F. L., Silva, B. O., Carvalho, F. L. O., Costa, D. M., Paris, L. R. P., Guidi, L. R. G., Jr., Bueno, D. M. P., & David, M. L. (2019). Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, 11, pp. 413-423. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%80NCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, A. C. P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Ministério da Saúde (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf
- Ministério da Saúde (2017). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_no

rma.pdf

Ministério da Saúde (2022). Caderneta da Gestante.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica.pdf

Ministério Público do Estado do Maranhão. (s. d.). Seminário de saúde materno-infantil:

Nenhuma mãe a menos, nenhum bebê a menos, muitas vidas a mais. Centro de Apoio Operacional da Saúde.

<https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/Cartilha.pdf>

Moura, R. C. M., Pereira, T. F., Rebouças, F. J., Costa, C. M., Larnardes, A. M. G., Silva, L.

K. A., & Rocha, K. M. M. (2018). Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enfermagem em Foco*, 9(4), pp. 60-65.

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>

Núcleo de Opinião Pública da FPA (2010). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC.

https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf

Oliveira, M. L., Magalhães, C. M. C., Pedroso, J. S., & Reis, L. P., Jr. (2020). Prevenção da violência obstétrica. Universidade Federal do Pará.

https://www.ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/documentos/pub_2020-08-25_cartilha-obstetrica2.pdf

Resolução CREMERJ n. 298 (2019). Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Rio de Janeiro. 2019.

<https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>

Rocha, M. R., Vale, H. S., Magalhães, T. M. M., Borges, J. W. P., Machado, A. L. G., Silva,

- A. R. V. (2022). Validation of an educational booklet: Effect on the knowledge about prevention of metabolic syndrome in adolescents. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0074>
- Sena, L. M., & Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 209-220. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
- Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana. (2020). Violência obstétrica: Cartilha de orientação e apoio para mulheres. Secretaria de Estado da Saúde & Coordenação Estadual de Saúde das Mulheres. <https://ouvidoria.pb.gov.br/noticias/cartilha-sobre-violencia-obstetrica/cartilha-sobre-violencia-obstetrica.pdf>
- Sens, M. M., & Stamm, A. M. N. F. (2019). A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.170915>
- Tempesta, G. A. (2018). Trabalhando pelos bons vinculamentos: Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. *Anuário Antropológico*, 43(1), pp. 37-66. [10.26512/anuarioantropologico.v43i1.2018/9227](https://doi.org/10.26512/anuarioantropologico.v43i1.2018/9227)
- Vieira, A. S. M, Vidal, D. G., Sousa, H. F. P., Dinis, M. A. P., & Sá, K. N. (2022). Education in health for individuals with chronic pain: Clinical trial. *BrJP*, 5(1), pp. 39-46. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220013>
- Zorzam, B., Sena, L. M., Franzon, A. C., Brum, K., & Rapchan, A. (Produtores). (2013). Violência obstétrica: A voz das brasileiras [Documentário].

Considerações Finais da Dissertação

Ao avaliar o percurso sobre os três artigos que integram essa dissertação, conclui-se que duas ações complementares são essenciais para o enfrentamento de situações que possam causar danos ao sujeito ou ao coletivo, no que tange à violência obstétrica: o empoderamento das mulheres e a redução de riscos, bem como o pensamento de que promoção e prevenção são estratégias complementares e relevantes. Essa reflexão final se baseia nos achados de Abreu e Murta (2018), no qual preconizam que ações de promoção disponibilizam recursos que empoderam pessoas ao enfrentamento de adversidades e incrementam o bem-estar, enquanto a prevenção reduz os riscos de aparecimento de problemas, incluindo os níveis de exposição ao risco.

Saber identificar a violência obstétrica e o que fazer funciona como parâmetro preventivo, foco dessa dissertação, mas fica a dúvida para futuros estudos se essa ação promove necessariamente a proteção da mulher contra essas violências. A mulher deve receber informações baseadas em evidências científicas atuais sobre o seu corpo, os processos do trabalho de parto, o parto e o pós-parto, para se preparar para um parto respeitoso e cobrar da equipe assistente o atendimento humanizado, como percebido no Estudo II. Um material que propõe a enfrentar a violência obstétrica deve incluir também informações que assegurem a experiência respeitosa e humanizada no nascimento e orientem a mulher para esse momento; além de ajudá-la a identificar e denunciar sinais de violência obstétrica.

O cenário do nascimento é novo para muitas mulheres que tendem a se preocupar com o que está acontecendo, mas mantém o foco no bebê, objeto de desejo e recompensa por todos os esforços enfrentados, especialmente, no parto e pós-parto. Não conhecer os efeitos e processos do ciclo gravídico-puerperal deixa a mulher suscetível às decisões de outras pessoas, por vezes da equipe de saúde que a acompanha, por vezes da família. Não ter a

autonomia do que acontece em seu corpo e que diz respeito a ela, a deixa mais vulnerável às violências obstétricas. (Arik, 2019)

Porém, não basta apenas instruir as mulheres. Num momento de grande vulnerabilidade física, psíquica e social como é o ciclo gravídico-puerperal, é fundamental incluir os profissionais que assistem o parto, as instituições que recebem as gestantes, a sociedade e os acompanhantes das parturientes no processo de preparação para o parto e prevenção da violência obstétrica. O trabalho precisa ser sempre integrado, como visto no Estudo II.

A experiência violenta no ciclo gravídico-puerperal pode colocar em xeque os sentimentos e a sensação de capacidade de cuidar do seu filho, contribuindo para o adoecimento psíquico dessas mulheres (Souza et al., 2017; Arrais, 2005; Arrais et al., 2018), o que parece ser amenizada pelo nascimento saudável do bebê. Zambaldi et al. (2009) afirmam que é comum aos profissionais de saúde o reconhecimento do parto traumático como aquele que tem como consequência injúrias físicas para a mulher ou para o recém-nascido, mas ainda é pouco conhecido que o parto pode ser um evento psicologicamente traumático para a mulher. (p. 253) Souza et al. (2017) acrescentam que “o trauma é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão e outros transtornos psiquiátricos” (p. 8).

Em contrapartida, a presença de uma pessoa de referência e o conhecimento sobre o processo que está passando, contribuem para a segurança, a proteção e a satisfação na experiência do parto. Nesse sentido, os materiais destinados às mulheres, como os analisados no Estudo III, podem contribuir também para os acompanhantes e para a própria equipe de saúde que assiste o parto e que precisa ser constantemente atualizada.

Conhecer o processo de instalação da prática obstétrica, proposta do Estudo I, é importante para a compreensão dos desafios na mudança do cenário de assistência perinatal

atual. São muitas as crenças enraizadas que reforçam padrões que se repetem dia após dia e que mantêm a mulher sujeita a processos desrespeitosos e violentos.

Saber que tantos estudos apontam para caminhos viáveis para o enfrentamento da violência obstétrica alimenta a esperança de que é, sim, possível alcançar um cenário em que a mulher possa ser a protagonista de seu parto. Ter materiais que têm orientado as mulheres para a identificação de ações violentas e que indiquem a denúncia como caminho importante de combate à violência obstétrica inspira ações para atuar de forma a promover a assistência humanizada e segura, livre violências às gestantes, parturientes e mulheres.

O presente trabalho demonstrou que é possível enfrentar a violência obstétrica agindo de forma a reunir ações que transformem a formação dos profissionais de saúde que atuam na assistência perinatal, disseminando a informação a respeito do parto seguro, fortalecendo redes de apoio às mulheres, convocando os gestores institucionais dos serviços que atendem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e a proposição, cumprimento e punição legal dos atos tidos como violência obstétrica.

Propõe-se novas pesquisas que possam abrir espaços para a aplicação dessas medidas, à fim de conhecer as complexidades que impedem suas implementações. Por fim, é possível dizer que já é sabido os passos necessários para o enfrentamento da violência obstétrica, considerando-a como uma violência complexa e multifatorial. Ao final deste trabalho, acredita-se que um material ainda mais efetivo no combate à violência obstétrica deve atender aos quesitos de promoção em saúde e de prevenção dos riscos dessa violência.

Agir em diferentes frentes de combate, simultaneamente, é uma forma de inibir a continuação de uma assistência perinatal violenta contra a mulher e o bebê. Acostumar-se com a violência, não deve ser uma alternativa para ninguém. Mas ficam as perguntas: o que falta para que as medidas cabíveis sejam aplicadas e as mulheres possam parir seus bebês em segurança? Quais são os poderes que estão em jogo que falam mais alto que o respeito à uma

mulher e seu bebê? Por que, ainda hoje, as mulheres são vistas como objetos na assistência perinatal? Que é possível alcançar uma realidade de assistência perinatal, está claro que sim.

Referências

- Abreu, S., & Murta, S. G. (2018). A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: A Perspectiva de Especialistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34413>
- Arrais, A. R. (2005). As configurações subjetivas da depressão pós-parto: Para além da padronização patologizante [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da Universidade de Brasília. http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14011/1/2005_AlessandradaRochaArrais.pdf
- Arrais, A. R., Araújo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2018). Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), pp. 711-729. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
- Arik, R. M., Parada, C. M. G. L., Tonete, V. L. P., & Sleutjes, F. C. M. (2019). Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), pp. 41-49. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>
- Souza, K. J., Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51(69). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. V. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: Revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), pp. 252-257. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000400006>