



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
Volume 22 Issue 1 Version 1.0 Year 2022
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

Obstetric Violence in the Perspective of Health Professionals: The Naturalization of Gender Violence as Part of Childbirth Care

By Amanda Reis Trajano & Edna Abreu Barreto

Universidade Federal do Pará

Abstract- The pattern of childbirth care widespread in our society is marked by the uses of interventions and technologies, permeated by obstetric violence in terms of excessive medicalisation and loss of female autonomy. This is an exploratory research made with a qualitative approach through semi-structured interviews, which analyzed the obstetric violence witnessed and pointed out from the narrative of health professionals who provide childbirth care, analyzed from Bardin's content analysis. In this research we show that childbirth care is surpassed for many violence forms: physical and verbal abuses, moves restriction, physical exposure, lack of consent and orientation, from the trivialization of individuality and the female autonomy, as of the trivialization of good practices assistance on the childbirth and birth.

Keywords: *obstetric violence. maternity. childbirth.*

GJMR-E Classification: *NLMC Code: WQ 400*



Strictly as per the compliance and regulations of:



© 2022. Amanda Reis Trajano & Edna Abreu Barreto. This research/review article is distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). You must give appropriate credit to authors and reference this article if parts of the article are reproduced in any manner. Applicable licensing terms are at <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Obstetric Violence in the Perspective of Health Professionals: The Naturalization of Gender Violence as Part of Childbirth Care

A Violência Obstétrica Na Visão De Profissionais De Saúde: A Naturalização Da Violência De Gênero Como Parte Da Assistência Ao Parto

Amanda Reis Trajano^α & Edna Abreu Barreto^σ

Resumo- O modelo de atenção ao parto difundido em nossa sociedade é marcado pelo uso de intervenções e tecnologias, permeado pela violência obstétrica no que tange o excesso de medicalização e a perda da autonomia feminina. Esta é uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, que analisou as formas de violência obstétrica presenciadas e apontadas a partir da narrativa de profissionais de saúde que realizam assistência ao parto, analisadas a partir da análise de conteúdo de Bardin. Evidenciamos que a assistência ao parto é transpassada por diversas formas de violência: abusos físicos, verbais, restrição de movimentação, exposição física, falta de consentimento e orientação, a partir da banalização da individualidade e da autonomia feminina, bem como da trivialização das boas práticas assistenciais no parto e no nascimento.

Palavras-chave: violência obstétrica. maternidade. parto.

Abstract- The pattern of childbirth care widespread in our society is marked by the uses of interventions and technologies, permeated by obstetric violence in terms of excessive medicalisation and loss of female autonomy. This is an exploratory research made with a qualitative approach through semi-structured interviews, which analyzed the obstetric violence witnessed and pointed out from then narrative of health professionals who provide childbirth care, analyzed from Bardin's content analysis. In this research we show that childbirth care is surpassed for many violence forms: physical and verbal abuses, moves restriction, physical exposure, lack of consent and orientation, from the trivialization of individuality and the female autonomy, as of the trivialization of good practices assistance on the childbirth and birth.

Keywords: obstetric violence. maternity. childbirth.

I. INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento são fenômenos ímpares na vida das mulheres que vivenciam a maternidade. São eventos complexos que envolvem aspectos sociais, emocionais, espirituais, culturais e levam à interação de pessoas e grupos

sociais distintos em instituições de saúde (SENS; STAMM, 2019).

Historicamente a gestação e o parto sempre pertenceram à privacidade do universo feminino. A assistência às parturientes e aos recém-nascidos era realizada em domicílio por mulheres conhecidas como parteiras, aparadeiras ou comadres (BRENES, 1991; AGUIAR, 2010).

No século XIX sucedeu a consolidação da medicina como saber científico, trazendo consigo a visão da medicalização dos corpos. A medicina transformou as mulheres em objetos de intervenção, numa ideologia que presume que o corpo feminino é patológico. Esse discurso médico pautado no modelo anatomopatológico permitiu que os profissionais que ofertassem cuidados às gestantes pudessem intervir a qualquer sinal anatômico que indicasse "risco". Para tal, foi necessário transferir o parto para o ambiente hospitalar, resultando na elaboração e na proliferação de rituais sobre a parturição e o nascimento, revelando um medo extremo da nossa sociedade tecnocrata aos processos naturais (BRENES, 1991; DAVIS-FLOYD, 1992 *apud* DINIZ, 2005; SILVA; GOTARDO, 2007; AGUIAR, 2010).

Na atualidade, vigora um modelo de atenção no qual o parto é assistido com intensa intervenção de profissionais e uso massivo de tecnologias, resultando em iatrogenias. Este modelo leva distância entre a mulher e o profissional de saúde e reflete uma assistência obstétrica frágil, por não conseguir articular a tecnologia e o cuidado de modo a garantir a interação entre as partes envolvidas e principalmente o respeito à totalidade da mulher (DINIZ, 2001; DOMINGUES; SANTOS; LEAL2004; SILVA; GOTARDO, 2007).

Na expectativa de ampliar o debate acerca da violência obstétrica no Brasil, contribuir com o aprofundamento sobre o tema e subsidiar medidas para a melhoria da assistência oferecida às parturientes, este artigo discute¹ como profissionais de

Author α: Enfermeira, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

e-mail: amandar.trajano@gmail.com

Author σ: Departamento de Educação, Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil.

e-mail: ednabreu@ufpa.br

¹ São apresentados alguns resultados da monografia de conclusão de residência em enfermagem obstétrica, defendida em 2018, trabalho para o qual foram entrevistados profissionais de saúde

saúde (médicos e enfermeiros obstetras, além de residentes de medicina e enfermagem em obstetrícia) percebem a violência obstétrica que as mulheres sofrem na atenção ao parto, com o objetivo de analisar as formas de violência observadas por eles a partir das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para assistência ao parto e nascimento.

a) *Caracterização do termo violência obstétrica*

A violência obstétrica foi tipificada no art. 15 da "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" (Lei Nº 38.668, de 23 de abril de 2007, Venezuela) como a apropriação do corpo e dos procedimentos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, utilizando-se de tratamento desumano, excesso de medicalização, considerando processos naturais como patológicos, levando à perda de autonomia e capacidade de decisão sobre seus corpos ou sexualidade.

Essa forma de violência contra a mulher ganhou relevância e foi legitimada como problema de saúde pública. No Brasil, alguns estados, como São Paulo (Lei Nº 15.759/2015) e Santa Catarina (Lei Nº 17.097/2017), e municípios tais como Diadema (Lei Nº 3.363/2013) passaram a adotar em suas legislações o conceito de violência obstétrica, como forma de interromper uma realidade que afeta 1 em cada 4 mulheres brasileiras (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Os atos de desrespeito e abuso durante o parto abrangem violência física, humilhação, violência verbal, procedimentos médicos coercivos ou sem consentimento, falta de confidencialidade, violação de privacidade e negligência na assistência, gerando complicações evitáveis, levando a possíveis riscos de vida, sendo equivalentes a uma violação de direitos humanos fundamentais (DINIZ *et al.*, 2015; WHO, 2014).

A violência sofrida por parturientes durante o trabalho de parto e parto é uma realidade com tamanha gravidade no Brasil que foi citada na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de Violência Contra Mulher no Brasil, realizada pelo Senado Federal. Em seu relatório final, a CPMI recomenda que as ações do Ministério da Saúde sejam intensificadas para prevenir e punir tais ações de violência (BRASIL, 2014).

b) *Programas e políticas públicas voltadas para assistência às mulheres*

Algumas medidas para a melhoria da assistência às gestantes foram tomadas ao longo dos anos. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, (PAISM) elaborado pelo Ministério da Saúde, caracteriza a assistência ao parto como um ponto crítico para a saúde da mulher e apresenta, entre outros objetivos, o propósito de melhorar a assistência ao

parto com profissionais treinados que realizem o acompanhamento dos estágios do trabalho de parto (dilatação, expulsão e dequitação), garantindo que ocorram, sempre que possível, de maneira natural com a gestante participando ativamente deles. À vista disso, desde a década de 80 já era apresentada a recomendação para a preservação dos eventos no trabalho de parto como naturais, conservando a autonomia da parturiente (BRASIL, 1984).

Em 1996, temos a divulgação do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a classificação das práticas utilizadas no trabalho de parto, contraindicando uma série de procedimentos de rotina que desrespeitavam a autonomia da mulher e tinham comprovações científicas de prejuízo para a saúde da parturiente e/ou do feto, tais como uso rotineiro de episiotomia, manobra de *Kristeller*, venóclise, ocitocina, toques vaginais frequentes, e outros (BRASIL, 2001).

Através da Portaria GM/MSNº569, de 1 de junho de 2000, é instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde. O programa se baseava em dois aspectos fundamentais: o dever da instituição de saúde em atender a mulher, seus familiares e o neonato com dignidade, ambiente acolhedor, evitando o isolamento da mulher; e a adoção de uma assistência com práticas comprovadamente benéficas ao parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias que não beneficiam o binômio mãe e filho.

Em 2003 é lançada a Política Nacional de Humanização, que busca qualificar e aprimorar a assistência em saúde e gestão desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a partir da Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.067, de 4 de julho de 2005, que tem como princípios e diretrizes o direito da gestante ao atendimento digno e de qualidade, à assistência humanizada e segura, a ter acompanhante (instituído pela Lei federal Nº 11.108 de 2005), entre outros. A portaria ainda discorre sobre procedimentos a serem adotados, como: oferecer líquido via oral, respeitar a escolha da mulher sobre o local do parto, fornecer explicações, permitir liberdade de posição, oferecer métodos não invasivos de alívio da dor, usar a episiotomia de maneira restrita, e outros (BRASIL, 2005a).

Em 2008 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lança a RDC 36/2008, que aborda o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com o objetivo de estabelecer padrões para o funcionamento do referido serviço, com fundamentação na qualificação e na humanização da atenção aos usuários. O documento discorre ainda sobre a garantia do acompanhante, a promoção da ambiência acolhedora, o estabelecimento de rotinas de acordo com as evidências científicas, a

(médicos e enfermeiros obstetras, além de residentes de medicina e enfermagem em obstetrícia) sobre violência obstétrica praticada contra mulheres no trabalho de parto e parto.

garantia de privacidade eo uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor (ANVISA, 2008).

A partir da Portaria do Ministério da Saúde Nº1.459, de 24 de junho de 2011, é instituída a Rede Cegonha no SUS. A Rede Cegonha vem aprimorar a assistência prestada durante a gestação e o nascimento, garantindo às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, a partir de quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico – transporte sanitário e regulação. No que se refere ao componente parto e nascimento, a melhoria da assistência é garantida pela suficiência de leitos, ambiência das maternidades conforme a já citada RDC Nº36/2008 da ANVISA, realização de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, garantia de acompanhante, acolhimento e classificação de risco, e estímulo às equipes horizontais do cuidado. Uma das diretrizes da Rede Cegonha é justamente a utilização de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Em fevereiro de 2017 são aprovadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a partir da Portaria Nº 353/2017. Esse documento sintetiza e avalia a informação científica disponível com relação às práticas frequentemente utilizadas durante o trabalho de parto e nascimento, fornecendo orientação com relação à assistência a ser realizada, com o objetivo de promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas; diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais; reduzir intervenções desnecessárias durante a assistência; difundir as práticas baseadas em evidências científicas e recomendar boas práticas de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2017). As diretrizes disponíveis para a atenção humanizada ao parto e nascimento no Brasil, anteriormente descritas, consolidam práticas que podem interromper a violência obstétrica e que ainda são comuns na realidade de muitos hospitais.

II. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa, implementado a partir de entrevistas com profissionais que realizam assistência às mulheres durante o trabalho de parto e parto, em hospital público, conveniado ao SUS, localizado em Belém do Pará/PA, no setor de Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP). Os atendimentos são realizados a partir de referências dos municípios do estado do Pará e por demanda espontânea, com atendimento de urgência de maneira ininterrupta. A instituição atende aproximadamente 900 partos por mês e é caracterizada como uma maternidade que vem fortalecendo ao longo

de sua história as ações de melhoria na assistência à saúde da mulher (VIANNA, 2014).

Foi utilizada uma amostra de conveniência com 20 entrevistas de um universo de 79 profissionais elegíveis para o estudo. Foram incluídos os profissionais das áreas de medicina e enfermagem que tivessem concluído o ensino superior, residentes de medicina e enfermagem obstétrica que estivessem atuando na sala de parto e realizassem assistência direta às mulheres durante o trabalho de parto e parto. Foram excluídos profissionais que atuavam como professores ou preceptores de instituições de ensino, uma vez que se tratava de um hospital-escola, ou seja, foram excluídos aqueles que não tinham vínculo profissional com a instituição e os que atuavam em período noturno, uma vez que a coleta de dados ocorreu durante o período diurno.

Todas as entrevistas foram realizadas na sala de parto, durante os intervalos de atendimento, de maneira individual, com a prévia exposição dos objetivos da pesquisa, de seus riscos e benefícios. Vale ressaltar que as entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos participantes, e transcritas. Após a transcrição, as falas dos participantes foram codificadas e categorizadas. As categorias aqui analisadas se referem ao critério de tipos de violências obstétricas observados na instituição, conforme apontado nas entrevistas. Sendo assim, foram encontradas 5 subcategorias: abuso físico; abuso verbal; falta de orientação sobre o atendimento e procedimentos; exposição e restrição de movimentação; e posição no parto. Por fim, foi realizada a análise de conteúdo dessas categorias e a interpretação dos dados com o enfoque de Bardin (BARDIN, 2011).

O estudo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da instituição de ensino superior ao qual está vinculado, com CAAE: 69070117.4.0000.5172, e pelo comitê de ética da maternidade escolhida, com CAAE: 69070117.4.3001.5171. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada a abordagem de 23 profissionais durante os intervalos de atendimento, porém, 3 profissionais não participaram deste estudo, pois dois deles alegaram que, devido à rotina de atendimento, não possuíam tempo para realizar a entrevista, e outro alegou não concordar com a proposta do estudo, recusando-se a participar.

A maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino, representada por 16 entrevistadas (80%). A respeito da categoria profissional, 11 entrevistados eram médicos (55%), somando-se médicos em especialização e médicos já especialistas. A maioria

dos participantes estava realizando especialização durante a coleta de dados, caracterizados como residentes, com 16 participantes (65%). A idade dos O perfil dos participantes está disposto na Tabela 1.

entrevistados variou entre 23 e 56 anos, com predominância na faixa etária de 20 a 29 anos, com 11 entrevistados (55%).

Tabela 1: Distribuição dos participantes, por características demográficas e profissionais – Belém/PA, 2018

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	16	80%
Masculino	4	20%
Categoria profissional		
Residentes de enfermagem obstétrica	6	35%
Residentes de medicina em ginecologia e obstetrícia	7	35%
Ginecologistas obstetras	4	20%
Enfermeiros obstetras	3	15%
Idade		
20 - 29 anos	11	55%
30 - 39 anos	2	10%
40 - 49 anos	5	25%
50 - 59 anos	2	10%

Fonte: Elaboração própria.

1. Abuso verbal

Neste estudo, 12 participantes (60%) puderam identificar o abuso verbal como uma prática rotineira na unidade. Destacamos as falas mais relevantes: “Tem as violências verbais que eu imagino são essas, de técnico falando frases desse cunho, como eu já tinha dito, né, ah... ‘Não doeu pra fazer, mas tá doendo pra nascer’, né... E outras coisinhas mais” (Residente de medicina 2). “Eu vejo as pessoas gritarem com as pacientes, com as acompanhantes... Vejo um desrespeito verbal” (Residente de medicina 3).

[...] é mais como forma de insulto realmente, a paciente pelo fato de... Hoje mesmo eu presenciei isso, hoje realmente como o PPP tava cheio de paciente, aí o profissional de saúde pegou e falou: ‘isso é que dá, não quer parar de ter filho... Aí quer ficar sofrendo aqui, olha como a gente tá, tá lotado aqui, não tá dando pra dar assistência pra ninguém’. (Residente de enfermagem 1).

A partir do depoimento dos entrevistados, podemos observar a prática da violência verbal na atenção dispensada às mulheres, além da reprodução de um discurso moralista que estabelece um julgamento sobre a sexualidade feminina utilizando-se de jargões que menosprezam a mulher (HOTIMSKY *et al.*, 2002). A clássica frase que retrata a violência obstétrica e foi aqui reproduzida por um dos entrevistados, “*não doeu pra fazer, mas tá doendo pra nascer*”, foi observada em estudo sobre o tema (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010) e revela a manutenção de um padrão de violência de gênero

naturalizado na atenção ao parto. Como analisa Diniz (2009):

Os abusos verbais voltados para a humilhação sexual do tipo “quando você fez você gostou” são uma constante nos estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda. (DINIZ, 2009, p. 320, grifos da autora).

O relato de violência verbal é observado nas análises sobre o tema como demonstrado na pesquisa de Sena (2016), na qual as entrevistadas mencionaram essa forma de violência como uma prática recorrente durante o trabalho de parto, principalmente quando as mesmas se recusavam ou agiam de maneira contrária ao que era imposto pelo profissional.

Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) apontam resultados semelhantes em sua pesquisa, na qual os entrevistados revelaram uso cotidiano de frases ofensivas, demonstrando a banalização dessas práticas. Porém, diferentemente dos entrevistados pelos autores, que consideraram o uso dessas agressividades verbais como “brincadeiras desrespeitosas”, os profissionais deste estudo consideraram como uma forma de violência verbal.

A recomendação para assistência ao parto proposta pelo Ministério da Saúde disserta que o profissional deve respeitar a integralidade da parturiente e é sua responsabilidade manter um padrão de comunicação eficaz, e estar consciente do seu tom de

voz e das palavras utilizadas, bem como de suas atitudes, buscando manter uma relação de confiança entre ambos (BRASIL, 2017).

2. Abuso físico

Nesta categoria, 7 entrevistados (35%) reconheceram a ocorrência do abuso físico, o qual transcorre da seguinte forma: "Então uso de ocitocina, episiotomia sem o consentimento, eu já vi casos até de pessoas que não fazem anestésico pra fazer episio [...]. Eu já vi isso aqui, entendeu? [...] Kristeller também tem, eu já vi Kristeller" (Enfermeiro obstetra 1).

O profissional não vê se uma conduta é necessária realmente naquele momento, mas ele faz aquela conduta pra adiantar um trabalho que ele poderia ter mais lá na frente. [...] Principalmente a questão de uso indiscriminado de ocitocina, amniotomia, o bebê tá alto, tá móvel, mas querem fazer amniotomia. Questões de tá fazendo a orquestra do períneo, ficar fazendo puxo dirigido, então tudo isso é muito observado aqui (Residente de enfermagem 3).

Os profissionais apontaram como formas de abuso a realização de procedimentos que são utilizados como rotina, tais quais as intervenções desnecessárias para acelerar o trabalho de parto, além da falta de orientação sobre procedimentos, ignorando a necessidade do consentimento da parturiente para realizá-los.

Desde 1996, a OMS afirma que a prática de episiotomia rotineira, o uso de ocitócitos indiscriminadamente e da manobra de Kristeller são consideradas práticas comprovadamente malélicas durante o trabalho de parto e que deveriam ser eliminadas. Somado a isso, também é apontado que a amniotomia precoce é considerada uma prática normalmente utilizada de maneira equivocada (BRASIL, 2001).

A episiotomia é o único procedimento cirúrgico realizado sem o consentimento da paciente e sem que lhe seja dada informações quanto aos riscos, benefícios ou às indicações, sendo uma forma de apropriação do corpo feminino, uma vez que é a única prática realizada em um indivíduo saudável, sem a sua autorização (DINIZ, 2001; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Tal procedimento provoca danos sexuais, dor, aumenta o risco de incontinência tanto fecal como urinária, além da possibilidade de complicações infecciosas. O uso dessa prática como rotina evidencia uma grave violação dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, além de violar sua integridade corporal (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Qualquer intervenção realizada de rotina para simplesmente acelerar o trabalho de parto é maléfica, podendo aumentar o risco de morbimortalidade da mãe e do feto. A necessidade que os profissionais têm de acelerar o parto nos remete a uma linha de montagem, desconsiderando a fisiologia do nascimento e

provocando uma série de intervenções e iatrogenias (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Quando o profissional desconsidera a necessidade de obter o consentimento da mulher para realizar uma intervenção no próprio corpo desta mulher, ele viola os direitos relacionados à condição de pessoa e faz com que a parturiente se torne apenas um corpo reprodutivo sob domínio da medicina (SENS, STAMM, 2019).

3. Falta de orientação sobre atendimento e procedimentos

A respeito da falta de orientação das parturientes, analisamos as seguintes falas:

Os casos que eu vi foram de profissionais não-sensíveis tratando a paciente mal, de uma forma agressiva, não... Até mesmo o fato de você não explicar pro paciente o que tá acontecendo com ele, o que vai acontecer né, o estado dele, deixar ele sem informação já é uma forma de violência, principalmente a grávida. (Ginecologista obstetra 1).

[...]vi muito Kristeller ser realizado aqui [...] procedimentos sendo feitos à força, sem o devido esclarecimento da paciente, uma episiotomia por exemplo[...]. Às vezes o médico acaba ficando nervoso, acaba fazendo procedimento que não deveria...Deveria ter esclarecido antes. (Residente de medicina 2).

Vianna (2014) aponta em seu estudo que as parturientes receberam pouca ou nenhuma informação durante o trabalho de parto. Deslandes e Dias (2006) analisam em seu estudo que essa falta de orientação culmina na geração de insegurança tanto por parte da mulher quanto de seu acompanhante. A ausência de informações é comum em maternidades, pois legitima o poder médico, justificando a realização de condutas sem o devido esclarecimento, evidenciando, assim, a anulação do protagonismo feminino (BARBOZA; MOTA, 2016).

É importante ressaltar que a mulher, normalmente, desconhece a fisiologia do trabalho de parto, sendo fundamental uma orientação humanizada por parte dos profissionais que prestam o atendimento, como recomenda as diretrizes brasileiras de assistência ao parto. O documento orienta que a mulher deve ser atendida com tratamento respeitoso e fornecimento de informações baseadas em evidências científicas, para que possa ser inserida na tomada de decisões, estabelecendo uma relação de confiança entre profissional e parturiente e respeitando o protagonismo da mulher durante a parturição (BRASIL, 2017).

4. Exposição física

A prática de exposição da parturiente também foi sinalizada pelos profissionais, destacamos as falas mais relevantes: "às vezes vejo as pacientes sendo expostas fisicamente, porque deixam as portas abertas, que eu me lembre" (Residente de medicina 3).

[...] diversos profissionais com diversos alunos desrespeitando aquele momento com a mulher, que acaba que lotam a sala do PPP e isso já é uma questão vista como violência, porque muitas delas nem querem a quantidade de pessoas que tem naquela sala, tem vergonha, porque tem homem, porque tem aluno homem, porque tem muitos alunos, e isso já por si já caracteriza. (Residente de enfermagem 4).

Com base nas entrevistas coletadas, foi possível observar a falta de privacidade das mulheres, pois os profissionais acabam expondo-as fisicamente ao deixarem as portas de seus quartos abertas após a avaliação, além disso, por se tratar de um hospital-escola, a instituição possui uma grande quantidade de alunos. Durante as avaliações ou partos propriamente ditos, os PPPs se encontram repletos de alunos, ávidos a aprender, sem o consentimento da mulher, expondo-a fisicamente para diversas pessoas.

Como apontam Wolff e Waldow(2008), os profissionais devem tratar a mulher com respeito, preservando sua privacidade, evitando, assim, causar constrangimentos ou inibição, pois isto pode afetar a evolução do trabalho de parto, dificultando-o. Os mesmos autores corroboram que durante a criação moralista de homens e mulheres, lhes foi ensinado que a genitália deve ser escondida e, portanto, quando a mulher é não somente exposta para um desconhecido, como para vários desconhecidos no momento íntimo do parto, é vergonhoso e intimidante, como foi demonstrado pelas puérperas entrevistadas no estudo.

5. Restrição da livre mobilidade

A restrição da mobilidade da parturiente foi percebida pelos profissionais a partir das seguintes falas: "ainda tem muitos médicos, muitos profissionais que querem que a paciente tenha bebê naquela posição... Deitada ou semi-deitada, né." (Residente de enfermagem 2).

[...]falar que é pra ela parar de gritar, falar que ela tá gritando muito, que se ela continuar fazendo isso, ele vai embora, vai deixar ela sozinha lá pra ter o bebê, não vai mais ajudar ela, ela tá atrapalhando o bebê a nascer porque ela tá se movimentando, não quer ficar na cama[...]. (Residente de enfermagem 6).

Alguns profissionais ainda têm preferência pela posição litotômica, por ser a posição mais confortável para o profissional, mais fácil para a manipulação do períneo feminino. Dessa forma, muitos obrigam a mulher a ficar restrita ao leito, sem liberdade para movimentação e escolha da posição para o parto.

Para Niyet *al.* (2019), as limitações para a livre movimentação durante o trabalho de parto configuram uma forma de violência contra mulher. Neste sentido, as autoras afirmam:

Nos países da América Latina, e no Brasil em especial, tem se construído o entendimento de que a restrição ao leito durante o trabalho de parto e a obrigatoriedade de dar à luz em posição supina podem configurar formas de

violência institucional contra a mulher, uma vez que ferem a autonomia da parturiente, prejudicam o desenrolar fisiológico do parto e impedem que ela decida livremente sobre seu corpo. Essa apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos também tem sido denominada violência obstétrica, ou abuso, desrespeito e maus-tratos, e a cada dia crescem as evidências de que esse fenômeno está intimamente ligado à baixa qualidade da assistência e a piores desfechos, inclusive em serviços especializados. (NIY, *et al.*, 2019, p.3).

As evidências científicas apontam que as posições verticalizadas durante o parto possuem mais vantagens, tais como: melhor padrão de contrações, processo de dilatação mais eficaz, diminuição da duração do primeiro e do segundo estágio do parto, menor incidência de sofrimento fetal devido ao maior fluxo sanguíneo que chega ao feto, e diminuição da dor por parte das parturientes (BALASKAS, 2015). Podemos ainda ressaltar aspectos psicológicos, como o aumento da sensação de controle e autonomia da mulher, fazendo com que a experiência da parturição seja mais satisfatória (NIY *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde recomenda ainda que as mulheres devem ser encorajadas a adotar posições verticalizadas, se movimentar e buscar posições que considerem confortáveis e desencorajadas a adotarem posições horizontais (BRASIL, 2017).

Portanto, quando o profissional de saúde não permite que a mulher se movimente ou adote posições verticalizadas durante o trabalho de parto, este demonstra falta de conhecimento ou descrença nas evidências científicas, culminando no aumento de complicações que levam às intervenções e iatrogenias. Também podemos relacionar a preferência por posições horizontais como uma necessidade de manipular o períneo para utilização de outras práticas obsoletas no segundo estágio do parto, como a episiotomia.

IV. CONCLUSÃO

A assistência tradicional ao parto e nascimento, baseada no modelo tecnocrata e permeado por intervenções nocivas e sem respaldo científico, vem sendo questionada à medida que novas evidências surgem indicando melhores resultados perinatais. Porém, como foi observado pelo discurso dos profissionais, ainda existe um longo caminho para que práticas obsoletas, e conseqüentemente a violência obstétrica, deixem de fazer parte da assistência, uma vez que todos os atos mencionados pelos entrevistados, como o abuso verbal, o abuso físico, a falta de orientação e consentimento, a exposição física e a restrição da livre movimentação são criticados e desaconselhados de acordo com os estudos científicos atuais.

Como apontado na falas dos entrevistados, a assistência ao parto depende do profissional que a realiza e, aparentemente, não tem sido pautada nas orientações cedidas pelos documentos da OMS e do Ministério da Saúde, uma vez que os entrevistados apontam episódios de objetificação das mulheres a partir de imposições e artifícios cruéis para lhes transformar em pessoas passivas e colaborativas com o trabalho de parto idealizado pelo profissional, centrado não na mulher e sim no obstetra (incluem-se aqui médicos e enfermeiros).

Podemos observar que ao longo dos anos o Ministério da Saúde vem implementando diversas ações para efetivar o uso de boas práticas durante o parto e nascimento, melhorando a assistência prestada à parturiente e ao recém-nascido e, conseqüentemente, visando também diminuir a incidência de maus tratos e violência contra essas mulheres, por meio de vários documentos, enfatizando a assistência humanizada, centrada no bem-estar da família e na autonomia da mulher, a partir de práticas com embasamento científico, com o propósito de obter um recém-nascido saudável e uma mãe satisfeita e não traumatizada.

Portanto, foi possível perceber que para a diminuição da prática de violência obstétrica é necessário que não só os profissionais e as instituições de saúde tomem conhecimento e apliquem todas as recomendações abordadas como boas práticas assistenciais para o manejo do parto, implementando intervenções baseadas em protocolos de assistência, pautados nas orientações do Ministério da Saúde e/ou evidências científicas atuais, além de oferecer cursos de educação continuada a fim de sensibilizar os profissionais que estão em atuação, para que se desestruture a cultura da violência durante o parto, bem como se faz necessário investir em métodos eficazes para fiscalização da qualidade da assistência oferecida nas instituições.

Compreendemos que parte do problema que envolve a violência obstétrica na atenção ao parto se relaciona à violência de gênero e ao desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Assim como a violência contra as mulheres se manifesta na sociedade de forma rotineira, essa cultura atravessa a atenção ao parto, em que pese as recomendações baseadas nas boas práticas.

Esperamos assim alcançar um modelo de atenção no qual o parto possa ser visto como um evento fisiológico, sem a necessidade de intervenções rotineiras ou uso de tecnologias intensivas, centrado na mulher e sua família, enfatizando o bem-estar do binômio mãe e filho e respeitando a individualidade de cada gestante e cada nascimento.

Para que tais práticas possam ser incorporadas em uma atenção humanizada é fundamental que a formação do profissional de saúde inclua as recomendações baseadas nas evidências científicas,

bem como conheça os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, rompendo com uma cultura de violência de gênero que ainda é observada em muitas maternidades.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Abreviaturas

CPMI– Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
PAISM– Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

OMS– Organização Mundial de Saúde

SUS– Sistema Único de saúde

ANVISA– Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PPP– Pré-parto, Parto e Puerpério

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, Janaína Marques de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
2. AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.11, n.29, p.2287-2296, 2013.
3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDCN° 36, de 3 de junho de 2008*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 10 jun. 2020.
4. BALASKAS, Janet. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. 3 ed. São Paulo: Ground, 2015.
5. BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 5, n.1, p.119-129, 2016.
6. BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
11. BRASIL. Congresso Nacional. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Brasília, Congresso Nacional, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20C3%9A%20nico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS. Acesso em: 15 jun. 2020.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.067, de 04 de julho de 2005*. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2005b.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
14. BRASIL. Ministério da Saúde *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento*. v.4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
16. BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, jun. 1991.
17. DIADEMA. Município. Lei Nº 3.363, de 1º de outubro de 2013. Dispõe sobre a implantação de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: https://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,obst%C3%A9trica%20no%20Munic%C3%ADpio%20de%20Diadema. Acesso em: 10 jun. 2020.
18. DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.12, dez. 2006.
19. DINIZ, Carmen Simone Grillo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
20. DINIZ, Carmen Simone Grillo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-637, 2005.
21. DINIZ, Carmen Simone Grillo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.
22. DINIZ, Carmen Simone Grillo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. 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*, v.25, n.3, p. 377-384, 2015.
23. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Suppl. 1, p. S52-S62, 2004.
24. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gêneros nos espaços público e privado*. Saúde Reprodutiva e Abortamento. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.campanhapontofinal.com.br/download/new_03.pdf. Acesso em: 20 nov. 2016.
25. HOTIMSKY, Sonia Nussemzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.
26. NIY, Denise Yoshie; OLIVEIRA, Valéria Clarisse de; OLIVEIRA, Luma Rodrigues de; ALONSO, Bruna Dias; DINIZ, Carmen Simone Grillo. Overcoming the culture of physical immobilization of birthing women in Brazilian healthcare system? Findings of an intervention study in São Paulo, Brazil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.180074>.
27. PARTO DO PRINCÍPIO. *Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. 2012. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

28. REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Humanização do Parto*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, São Paulo, 2002.
29. SANTA CATARINA. Estado. *Lei Nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 10 jun. 2020.
30. SÃO PAULO. Estado. Lei Nº 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. *Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, São Paulo, 2015*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>. Acesso em 10 jun 2020.
31. SENA, Ligia Moreiras. *“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”*: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
32. SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, 2019.
33. SILVA, Isilia Aparecida; GOTARDO, Glória Inês Beal. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.6, n.2, p.245-251, abr./jun. 2007.
34. VENEZUELA. Lei Nº 38.668, de 23 de abril de 2007. Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Diário Oficial da República Bolivariana da Venezuela*. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf Acesso em: 5 jan. 2018.
35. VIANNA, Rita de Cássia. *A violência institucional na assistência ao parto sob a perspectiva da mulher*. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
36. WHO. World Health Organization. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, 2014.
37. WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p.138-151, set. 2008.