



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

RAYSSA LEILANE GOMES FEITOSA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: uma revisão integrativa.**

SÃO LUÍS
2017

RAYSSA LEILANE GOMES FEITOSA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Profa. M.s Maria do Carmo Rodrigues Araújo.

SÃO LUÍS
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

FEITOSA, RAYSSA LEILANE GOMES.

VIOÊNCIA CONTRA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA / RAYSSA LEILANE GOMES FEITOSA. - 2017.

87 f.

Orientador(a): Maria do Carmo Rodrigues Araújo.
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2017.

1. Autoritarismo. 2. Enfermagem. 3. Humanização. 4. Saúde
da Mulher. 5. Violência Obstétrica. I. Araújo, Maria do Carmo
Rodrigues. II. Título.

RAYSSA LEILANE GOMES FEITOSA

**VIOLENCIA CONTRA À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO - PUERPERAL POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentada à banca de defesa
ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em: de de Nota:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. M.s Maria do Carmo Rodrigues Araújo (Orientadora)
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a Lena Maria Barros Fonseca (1^o Examinador)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa (2^o Examinador)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a Deus por me dar forças para seguir em frente e também a todas as pessoas que acreditaram em meu potencial, em especial à minha tia Tamar Feitosa, que me socorre e apoia nos momentos mais difíceis para concretização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar comigo, por ser misericordioso maravilhoso e fiel. Agradeço a Jesus, por morrer por mim e ser minha segurança e meu tudo. Aprendi que nenhuma caminhada se faz só, sem apoio ou determinação. Por isso, quero agradecer por todos que marcaram minha vida nesta luta e me deram forças para conquistar este degrau da escada do sucesso.

Agradeço a Universidade Federal do Maranhão e ao curso de Enfermagem.

Aos meus professores, que cruzaram meu caminho. Sejam professores de todos os períodos, e as funcionárias, Dorlene e Hilda, pois sem a presença de vocês minha formação não teria acontecido, uma vez que me ensinaram a amar a profissão que cuida de outras vidas.

À minha querida professora, conselheira e orientadora, Maria do Carmo, por todas as explicações, pela paciência, compreensão e por partilhar comigo dessa conquista.

À minha tia Tamar Feitosa, que me acolheu desde a infância, incentivou e mostrou o caráter que devemos ter para nunca desistir dos sonhos.

Aos meus tios, primos, minha sogra, cunhadas, família Sá e família Louzeiro, pelo amor, orações e carinho que dedicaram a mim.

A meu marido, Felipe Louzeiro, por ser companheiro, por me suportar nas noites e na tensão pré e pós-monografia, por me apoiar nesta caminhada e me encorajar com palavras para superar meus limites. Sou muito feliz por tê-lo.

Agradeço ao meu filho Erick Felipe Feitosa Louzeiro por existir, ser minha maior alegria, minha razão de viver, minha paixão, herança na Terra, e é por ele que eu acordo cada manhã.

Aos meus amigos e colegas que participaram diretamente ou indiretamente, como Marja Monique, Vanessa Ericeira, Vicenilma Martins, Rebeca Cutrim, Marianne Souza, Flavia Ribeiro, Gabriel Xavier, pela amizade, apoio e amor.

À minha prima-irmã Ana Livia que me ajudou muito nesta reta final nas madrugadas e cuidando do meu filho.

À minha amada amiga. Jéssica Frank, agradeço pela paciência, cuidado e ajuda, pois você é um anjo, e sem você não teria conseguido passar por esta jornada.

A todos os profissionais da Universidade Federal do Maranhão.

“É ele que muda os tempos e as estações; ele remove os reis e estabelece os reis; ele dá sabedoria aos sábios e conhecimento aos entendidos.”

Daniel 2:21

RESUMO

A violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal é um desrespeito contra a mulher, devido à falta de humanização no atendimento e ao exercício de práticas desnecessárias por profissionais de saúde em um momento tão especial na vida da mulher. Trata-se de um estudo do tipo revisão Integrativa, com abordagem qualitativa e descritiva, desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SCIELO), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS – BIREME. Foram encontrados 37 artigos publicados no período de 2006 a 2016. A maior frequência de publicação ocorreu no ano 2015 e 56,75% dos artigos foram encontrados na base de dados Google Acadêmico. Destaca-se frequência maior na ciência da enfermagem. O método dominante da pesquisa foi a abordagem quantitativa (64,8%), Os atos mais frequentes de violência obstétrica foram classificados em psicológica e física sendo que a gestante está mais suscetível à violência obstétrica no período parto. Dentro os profissionais de saúde, que mais pratica a violência á mulher, são os médicos. Conclui-se que a partir dos dados apresentados, é necessário que os profissionais de saúde se conscientizem de que toda mulher tem direito a um atendimento digno, durante o período de gestação.

Palavras-Chave: Autoritarismo; Humanização; Violência Obstétrica; Saúde da Mulher e Enfermagem.

ABSTRACT

Violence against women in the pregnancy-puerperal cycle is disrespect for women, due to the lack of humanization in care and the practice of unnecessary practices by health professionals at such a special time in women's lives. This is an integrative review, with a qualitative and descriptive approach, developed in the Latin American and Caribbean Literature (LILACS) databases, the Online Electronic Scientific Library (SCIELO), Google Scholar and Virtual Health Library - BVS - BIREME. We found 37 articles published between 2006 and 2016. The highest frequency of publication occurred in 2015 and 56.75% of articles were found in the Google Scholar database. It stands out more frequently in the science of nursing. The main method of research was the quantitative approach (64.8%). The most frequent acts of obstetric violence were classified as psychological and physical, and the pregnant woman is more susceptible to obstetric violence during childbirth. Among health professionals, who practice violence more to women, are doctors. It is concluded that from the data presented, it is necessary that health professionals become aware that every woman has the right to a decent service, during the gestation period.

Keywords: Authoritarianism; Humanization; Obstetric Violence; Women's Health and Nursing.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E IMAGENS.

Quadro 1	Descritores isolados e suas associações	22
Quadro 2	Categorias gerais e números de identificação	25
Quadro 3	Apresentação da amostra de acordo com título/ano, autor, base de dados e objetivo	31
Quadro 4	Número de identificação do artigo, metodologia, resultados, conclusão e categorização do estudo	38
Tabela 1	Distribuição dos artigos segundo o descritor, 2006-2016	27
Tabela 2	Distribuição dos artigos segundo o periódico, 2006-2016	29
Tabela 3	Tabela da descrição da violência obstétrica,2006-2016	48
Figura 1	Gráfico do número de artigos publicados por ano	29
Figura 2	Fluxograma das categorias da violência obstétrica dos estudos, 2006-2016	46
Figura 3	Gráfico da avaliação da Categoria II.....	46
Figura 4	Gráfico da avaliação da Categoria III, 2006-2016	47

LISTA DE SIGLAS

LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
USP	Universidade de São Paulo
UNIC	United Nations Information Centres, ou seja, Centro de Informação das Nações Unidas
ONU	Organização das Nações Unidas
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 Geral	20
3.2 Específicos.....	20
4. METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2. Descrição da Busca e Análise dos Dados	23
4.3 Critérios das tabelas	24
4.4 Definições das Informações a Serem Extraídas Dos Estudos Seleccionados/ Categorização Dos Estudos.....	24
4.5 Análise dos dados e Síntese do conhecimento.	25
4.6 Aspectos Éticos.....	26
5. RESULTADOS	27
6.DISSCUSSÃO	49
6.1 A Violência obstétrica em sua definição e tipologia.	49
6.2 Violências obstétricas na percepção dos profissionais e das puérperas	51
6.3 Violências Obstétricas nas Fases do Ciclo Gravídico Puerperal.	54
6.3.1 Violência Obstétrica no Pré-natal	54
6.3.2 Violência Obstétrica no Parto e Aborto.....	56
6.3.3 Violência Obstétrica no Puerpério.	64
7.CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A gravidez traz várias emoções às mulheres, emoções contraditórias e antagônicas, como alegria e medo, prazer e dor, esperança e morte. Em cada etapa desta fase há o crescimento e desenvolvimento de um novo ser, isto impõe à mãe grandes necessidades fisiológicas, metabólicas e emocionais (BARRETO, 2013). O parto é um marco na vida da mulher trazendo alegria e responsabilidade tanto para mãe quanto para sua família, sendo que este processo singular é uma experiência especial com forte potencial positivo para os pais e profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

A vivência parturitiva surge de um sentido ambíguo entre o parto real e o parto idealizado, em que as percepções acerca do parto tendem a se polarizar quanto à segurança e insegurança, medo e coragem, alegria e tristeza, sofrimento, dor e realização pessoal. (SOUZA, 2007).

Nas décadas iniciais do século XX, o parto era quase exclusivamente normal e domiciliar; entre as décadas de 1930 e 1960, coexistiam os modelos de assistência ao parto no domicílio e no hospital, assistido por parteiras ou médicos. A partir da década de 1970 o parto passou a ser exclusivamente hospitalar assistido por médicos, e por meio de cesariana, em sua maioria (LEISTER e RIESCO, 2013).

Em uma pesquisa realizada em uma maternidade de Recife, Pernambuco, os resultados demonstraram que aproximadamente 87% das pacientes sofrem algum tipo de violência durante o trabalho de parto e parto, considerando o uso de intervenções desnecessárias (ANDRADE, 2016).

A violência obstétrica consiste em desrespeito, ofensas, descaso com a mulher gestante seja durante a gestação, no pré-parto, durante o parto ou pós-parto (HILDEBRAND; 2015). Recente pesquisa realizada no Brasil demonstrou que 25% (vinte e cinco por cento) das gestantes brasileiras sofrem algum tipo de violência durante o parto. Os atos que mais foram apontados como violentos foram os seguintes: exame de toque doloroso, negar ou deixar de dar algum alívio para a dor, gritar com a gestante, não informar sobre algum procedimento que estava fazendo, negar-se a atender a gestante, falar mal ou humilhar (FRANZON; 2012).

Segundo Barreto (2013) ainda na década de 1970 alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados, a saber: o Programa de Saúde Materno Infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco. Essas políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram predominantemente direcionadas para o excesso da intervenção médica sobre o corpo feminino. Na década de 80, diante da evidente medicalização do parto, foram iniciadas estratégias comprometidas com a humanização da assistência à saúde da mulher, no sentido de acolhê-la de maneira holística (SANTOS et al; 2015).

Em questão do parto Medeiros (2012) afirma:

As expectativas e o grau de satisfação da mulher com a experiência do parto estão relacionados à fatores como: experiência mista de características positivas e negativas, relaxamento precário no parto e antecipação do parto diferente das expectativas iniciais. Além disso, a qualidade de experiência do parto é intrinsecamente associada à implicações como a falta de informação e a preparação para o parto, o tipo de parto, a ausência da confirmação das expectativas, a ambiguidade de sentimentos, a dor, o apoio de uma figura significativa e as condições de cuidados prestados

Esse crescente aumento de submissão feminina ao parto hospitalar fez com que a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto natural, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um papel passivo durante o momento do parto. O parto transforma-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres percebam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993).

A cesariana realizada sem as reais indicações médicas tem sido alvo de estudos em todo o mundo. Para Anjos, Westphal e Goldman (2014) Os profissionais obstetras dão preferência à realização do parto cesáreo por considerarem um procedimento mais seguro para binômio mãe e filho e a falta de conhecimento e experiência de alguns profissionais em relação às técnicas em realizar o parto normal distócico.

As taxas de cesariana no Brasil estão entre as maiores do mundo e a cirurgia foi tão banalizada que em algumas regiões ultrapassa os 80% (FIOCRUZ, 2007). Deste modo, percebemos que muitas vezes o desejo da mulher e a humanização da assistência são esquecidos, dando lugar à um novo tipo de

violência contra a mulher e prevalecendo assim a vontade da equipe de saúde. Silva et al. (2008) ressaltam que:

Enfrentar o desafio de reduzir as taxas de cesarianas desnecessária não é simplesmente resolver uma questão numérica. Também é fundamental almejar uma assistência humanizada ao nascimento e ao parto e isso significa um tipo de assistência que, indo além de apenas buscar o parto normal a qualquer custo, procure resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento. Uma assistência que respeite a dignidade das mulheres, sua autonomia e autoria. (SILVA et al., 2008, p. 2).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 737 de 16 de maio de 2001 - *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência* – definiu violência como “ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (BRASIL, 2001). No ano seguinte, pela primeira vez, a Organização Mundial da Saúde se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente do que a que vinha adotando até então, e divulgou o Relatório mundial sobre violência e saúde (MINAYO, 2007), no qual define o problema como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

No Brasil do século XXI, a violência ainda atinge dois milhões de mulheres por ano. Uma brasileira a cada 15 segundos sofre com o terror de diversos tipos (BRASIL, 2006). O conceito de violência contra as mulheres, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, fundamenta-se na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), segundo a qual a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” - Art. 1º (BRASIL, 2011).

A violência contra à mulher é um fenômeno universal que fere diretamente os direitos humanos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada no dia 10 de dezembro de 1948, traz em seu artigo 3º que: “ Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (UNIC , 2009). Santinon, et al (2012) em sua pesquisa descrevem e classificam a violência contra à mulher em oito categorias, são elas: Violência de gênero, domestica ou intrafamiliar,

sexual, física, moral, psicológica, patrimonial e violência na forma de omissão de responsabilidade.

A violência institucional é aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas (MINAYO, 2007). Este tipo de violência é cometida principalmente contra os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e idosos (MARTINEZ, 2008).

A mulher então é submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas durante todo ciclo gravídico puerperal sem que, contudo, sejam oferecidas a ela informações acerca dos procedimentos adotados e obtido o seu consentimento (REZENDE, 2014).

A violência institucional contra à mulher pode ser identificada, portanto, de várias formas: peregrinação, frieza, rispidez, maus-tratos, desqualificação do saber prático e banalização das necessidades básicas (MARTINEZ, 2008).

Em relação aos abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto a OMS (2014) considera que:

(...) Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014).

Como parte de uma conquista histórica dentro das questões de gênero, em 2007, a Venezuela reconheceu, em lei, a existência da violência obstétrica. Desde então, vem ganhando força dentro dos movimentos sociais preocupados com questões de gênero e que lutam por um atendimento nos primeiros momentos da gestação e da maternidade (CUNHA, 2015).

No Brasil, em Santa Catarina, foi aprovada a lei estadual nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017 de autoria da ex-deputada Ângela Albino, dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

No Brasil, a violência obstétrica pode ser caracterizada como ações que incidam sobre o corpo da mulher, que ocasione dor ou dano físico, sem recomendações baseadas em evidências científicas. Quanto ao ato denominado de caráter físico podemos citar a privação de alimento, proibir a movimentação da mulher, realizar manobra de Kristeller, uso rotineiro da ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica e não utilizar analgesia quando tecnicamente indicada. Assim como, também, ações de caráter psicológico que é toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, insegurança, medo, entre outros (CIELLO et al, 2012).

De acordo com Seibert (2005), a importância do profissional de saúde na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, é instrumentalizar a gestante de forma a torná-la sujeito ativo em todos os acontecimentos relacionados ao parto. Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios.

O uso da violência na assistência à saúde como um recurso utilizado na relação profissional/paciente revela o enfraquecimento das bases do poder e da autoridade médica: o consenso gerado baseando-se na comunicação e ação de sujeitos livres. No caso da assistência em maternidades, a banalização da violência institucional é travestida de boa prática profissional (seria para o bem da paciente) e exercício pretensamente legítimo de autoridade, já que a intenção é conseguir a “colaboração” da paciente (AGUIAR et al, 2013)

Refletir sobre a percepção de cada mulher quanto à vivência desses momentos auxilia na escolha de estratégias de cuidado que possam atender suas necessidades individuais. A forma como essa mulher vivencia o trabalho de parto também deve ser levada em consideração, pois reflete em sua participação no nascimento do filho; por isso, o enfermeiro deve procurar compreender o significado

desse momento para a parturiente, a fim de direcionar sua tomada de decisão quanto às atitudes necessárias ao cuidado (OLIVEIRA et al, 2010).

Diante do exposto foi definido abordar a temática da violência contra a mulher no ciclo gravídico puerperal devido ao desrespeito contra a mulher, a falta de humanização e do exercício de práticas desnecessárias por profissionais de saúde no período de parto que acaba prejudicando a qualidade de todo o atendimento.

Optou-se então como objeto de estudo da pesquisa: A violência contra a mulher no período gravídico puerperal.

Para o estudo foi formulada as seguintes questões norteadoras: Com qual frequência ocorre a violência contra a mulher no período gravídico-puerperal em instituições de saúde? e Quais os profissionais que mais cometem a violência contra mulher no período gravídico puerperal em instituições de saúde?

Portanto, a relevância do estudo repousa não só na possibilidade de ampliar o conhecimento acerca da temática, tendo como foco a realidade do atendimento humanizado obstétrico nas instituições da saúde, como também levantar questionamentos no sentido de viabilizar ações que permitam ampliar a humanização e refletir sobre os direitos da mulher.

2. JUSTIFICATIVA

De acordo com a organização mundial de saúde (OMS) a mulher grávida pode considerar o momento do parto bastante assustador, sobretudo se for mãe pela primeira vez (OMS,2013). Quando a mulher se sente desrespeitada nas instituições de saúde durante o atendimento ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério, dizemos que ela passou por uma situação de violência. Essa situação é chamada de violência obstétrica (PARTO DO PRINCIPIO,2014).

Sabe que a política nacional de humanização vem desde 2003 para promover a valorização do individuo durante o atendimento de saúde sendo respeitados os direitos dos cidadãos, tendo autonomia e sendo os principais sujeitos com corresponsabilidade (BRASIL, 2004). Entretanto, dados como os da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, de 2010, da Fundação Perseu Abramo, nos mostra que uma em cada quatro mulheres brasileiras já foi vítima de violência obstétrica.

Em relação à qualidade do atendimento de saúde e obstétrico observa-se um desrespeito à mulher, pois, das 2.365 mulheres entrevistadas nos 176 municípios do país, 62% declararam que já tiveram um parto no mínimo nas instituições de saúde, dentre elas 25% declararam ter sofrido algum tipo de violência institucional durante o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011).

Apesar da gestante ter direitos como: direito à saúde na gravidez com a realização de um pré-natal, um parto e pós parto de qualidade, ter informações preenchidas corretamente no cartão da gestante, direito a maternidade vinculada, direito privacidade, direito a movimentar e ter acompanhante (UNICEF,2011; PARTO DE PRINCIPIO,2014), a pesquisa nacional Nascer no Brasil mostra que as orientações sobre as práticas benéficas para o trabalho de parto foram citadas por apenas 41,1% das entrevistadas, constatando que muitas mulheres (58,9%) ainda não conhecem seus direitos (VIELLAS et al, 2014). Outro dado alarmante pelos referidos autores:

“Foi baixa a proporção de gestantes orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto e na Região Nordeste, em mulheres de menor escolaridade e em adolescentes, que também foram as que

menos receberam orientação sobre a maternidade de referência e que menos conseguiram internação na maternidade indicada.”

O cuidado obstétrico contemporâneo também dá origem a vários questionamentos sobre os efeitos da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e ao parto, principalmente, para as gestantes de baixo risco e seus bebês (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2014). A infusão de soro com ocitocina nas parturientes, de acordo com mais de 90% dos trabalhadores de saúde, é realizada rotineiramente e a episiotomia, para mais de 80% dos trabalhadores, é considerada um procedimento padronizado no atendimento ao parto (CARVALHO et al, 2010).

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu durante o estágio curricular supervisionado da saúde da mulher, período em que eu me encontrava grávida, neste momento foi possível entender melhor todas mudanças, transformações e alterações durante o todo o período gestacional, parto e puerpério bem como as boas práticas de enfermagem e rotinas médico-hospitalares envolvendo a saúde da mulher de forma humanizada. Contudo, assim como muitas mulheres no Brasil e no mundo, eu fui vítima de violência obstétrica. Fui submetida a intervenções dolorosas e desnecessárias, entre as quais fui privada da minha autonomia, segurança e liberdade.

Esta pesquisa se faz necessária pela importância de uma assistência humanizada às gestantes e pela importância dos profissionais, em especial a equipe de enfermagem, em prevenir ações de violência.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Investigar nas produções científicas, a violência contra a mulher no período gravídico-puerperal durante o atendimento dos profissionais de saúde nas instituições.

3.2 Específicos

- Identificar em qual momento do ciclo gravídico-puerperal a gestante está mais suscetível a sofrer violência obstétrica;
- Classificar os mais frequentes atos de violência obstétrica;
- Verificar o profissional que mais pratica a violência obstétrica;

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo a cerca da violência contra a mulher no período gravídico-puerperal durante o atendimento dos profissionais de saúde em instituições nacionais obstétricas. Utilizou-se como método a revisão integrativa de literatura.

Para Whitemore e Knafl (2005) e Botelho; Cunha e Macedo(2011), o termo “integrativo” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método, sendo um método que permite a inclusão de estudos que adotam metodologias experimental e de pesquisa não experimental.

A revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SILVEIRA, 2005). Envolve a aplicação das etapas do método científico: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa ou síntese do conhecimento (SOUZA et al.,2010).

Este tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidencias relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistemáticos de busca, apreciação critica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO;MANCINI, 2007).

Segundo Mendes (2008), a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento.

A revisão integrativa reúne as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. (SOUZA et al; 2010).

A investigação da literatura foi realizada por meio da pesquisa dos descritores isolados e a associações das palavras – chaves disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) a qual foi descrita no quadro 01.

Quadro 1 - Descritores isolados e suas associações.

DESCRITORES ISOLADOS	ASSOCIAÇÕES DOS DESCRITORES	
<ul style="list-style-type: none"> • Autoritarismo; • Humanização; • Parto Obstétrico; • Violência contra Mulher; • Enfermagem; • Maternidade • Profissionais de saúde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MATERNIDADE E VIOLÊNCIA CONTRA MULHER; 2. ENFERMAGEM E MATERNIDADE; 3. MATERNIDADE E PARTO OBSTÉTRICO; 4. MATERNIDADE E HUMANIZAÇÃO; 5. MATERNIDADE E AUTORITARISMO; 6. MATERNIDADE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE; 7. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E ENFERMAGEM; 8. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E PARTO OBSTÉTRICO; 9. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E HUMANIZAÇÃO; 10. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E AUTORITARISMO; 11. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E PROFISSIONAIS DE SAÚDE; 	<ol style="list-style-type: none"> 12. ENFERMAGEM E PARTO OBSTÉTRICO 13. ENFERMAGEM E HUMANIZAÇÃO 14. ENFERMAGEM E AUTORITARISMO 15. ENFERMAGEM E PROFISSIONAIS DE SAÚDE 16. PARTO OBSTÉTRICO E HUMANIZAÇÃO 17. PARTO OBSTÉTRICO E AUTORITARISMO 18. PARTO OBSTÉTRICO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE 19. HUMANIZAÇÃO E AUTORITARISMO 20. HUMANIZAÇÃO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE 21. PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AUTORITARISMO

A estratégia de busca estabelecida foi baseada em combinações na língua portuguesa e conectivo “e” ou em algumas bases de dados o preenchimento da palavra “and”.As fontes de informações para as publicações indexados nas seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SCIELO), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS – BIREME.

Optou-se por estas bases de dados por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e por ser mais acessível; como também referências técnico científicas e periódico conceituados da área.

O período da coleta de dados foi de fevereiro a maio de 2017. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Artigos completos publicados em periódicos online;
- 2) Produções científicas publicadas em português;
- 3) Artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos (2006-2016).

E como critérios de exclusão:

- 1) Artigos que não atendam às exigências anteriores;
- 2) Publicações como livros, capítulos de livros, manuais, resenhas, críticas, comentários, editoriais, anais de eventos e relatórios científicos.

4.2. Descrição da Busca e Análise dos Dados

O processo de busca dos dados ocorreu no primeiro momento aplicando os critérios de inclusão, e depois reunindo os artigos pelo título e resumo; para leitura posterior dos mesmos na íntegra.

No segundo momento foram excluídos do estudo : artigos em que só disponibilizavam o resumo, texto na íntegra em inglês ou espanhol; resumo e/ou texto não abange o objetivo da questão norteadora e o tema do estudo ;repetição de artigos,ou seja, duplicidade entre a pesquisa isolada ou combinada e texto envolvendo violencia obstétrica oriunda da violência doméstica.

Os dados de todos os estudos foram organizados e sintetizados por meio de quadros e fluxogramas que descrevem a seleção dos artigos e utilização dos seguintes programas “Microsoft Office Word 2007” e “Microsoft Office Excel 2007”.

5.3 Critérios das tabelas

Priorizou-se em detalhar a formação das tabelas de artigos selecionados de cada base de dados sendo construídas no “Microsoft Office Word 2007”, a primeira categoria de cima para baixo refere-se ao número de artigos apartir das combinações ou isolados; a segunda categoria relata a disponibilidade do artigo na íntegra sendo que é o primeiro critério de inclusão; a terceira categoria menciona o critério do idioma o qual é a língua portuguesa; em seguida aplicam-se outros critérios: período de publicação (2006-2016), título que contenham referência aos decritores ou/e de acordo com o tema, sendo que a partir do segundo descritor incluir-se o critério de exclusão duplicidade.

O critério de duplicidade é aplicado desde o primeiro fluxograma das combinações. A última categoria refere-se ao quantitativo de artigos dos quais foram lidos os resumos até o texto na íntegra que foram classificados .

O quadro referente aos artigos das plataformas BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e LILACS pertencem à mesma ferramenta de busca da BVS e, em virtude disto, os valores e pesquisas foram somados e organizados em um mesmo quadro pois, a plataforma abrange os dois.

Os fluxogramas são divididos em níveis dos critérios como já citamos anteriormente. Todavia os dados são os somatório das bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS – BIREME. Para melhor visualização o quantitativo do Google Acadêmico foi só somado a partir do quinto nível.

4.4 Definições das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

No terceiro momento da revisão integrativa, fez-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Para a análise e síntese dos 37 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, elaboram-se dois instrumentos para a coleta das informações visando responder à questão norteadora da revisão.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração de dois quadros que compreenderam os seguintes itens: Instrumento 1 – Título/ano, autor, base de dados, objetivos; Instrumento 2 - Número de identificação do artigo, metodologia, resultados, conclusão e categorização do estudo.

Foi utilizada a técnica de análise temática, para uma compreensão de núcleos temáticos mobilizados na construção dos problemas de estudo. Após esse procedimento, os estudos foram categorizados em três núcleos temáticos, que subsidiaram a interpretação e apresentação dos resultados da revisão, a saber: 1) A violência obstétrica em sua definição e tipologia; 2): Violência obstétrica nas percepções da equipe e usuárias; 3): Violência Obstétrica e as fases do ciclo gravídico puerperal. Cada categoria foi analisada através do instrumento de (Apêndice A)

A terceira categoria é subdividida em outras 03 categorias: 3.1 violência obstétrica no pré-natal; 3.2 violência obstétrica no parto e aborto; 3.3 violência obstétrica no puerpério. O quadro 02 demonstra as categorias elaboradas para discussão.

Quadro 2: Categorias gerais e números de identificação.

Número de Identificação	Categoria Gerais
I	A violência obstétrica em sua definição e tipologia
II	Violência obstétrica nas percepções da equipe e usuárias
III	Violência Obstétrica e as fases do ciclo gravídico puerperal

4.5. Análise dos dados e Síntese do conhecimento.

A interpretação dos dados foi realizada de maneira crítica dos artigos escolhidos observando suas particularidades, semelhanças ou conflitos que serão apresentadas.

4.6. Aspectos Éticos

Nesta Revisão Integrativa foram respeitados os pensamentos, ideias e definições dos autores, de modo que estão devidamente referenciados e citados conforme a ABNT (Associação Brasileira de Normas e Técnicas- **NBR 10520:2002** – Informação e documentação. Citações em documentos.) para garantir os direitos autorais.

A pesquisa foi submetida primeiramente no formato de projeto ao Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, tendo sido aprovada sob o parecer 02 em anexo.

5. RESULTADOS

Ao utilizar os descritores isolados e combinados, foram encontrados inicialmente 90 artigos, desses apenas 61 na íntegra e na língua portuguesa. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 53 artigos, publicados entre os anos de 2006 e 2016; desses 39 abordavam a temática escolhida para este estudo, sendo que 02 não estavam com a versão completa disponível para o acesso. Totalizou um número de 37 artigos encontrados e utilizados na pesquisa.

As combinações de número 01, 02, 04, 06 e 12, descritas anteriormente na metodologia, contribuíram para os resultados. As demais foram excluídas por não haver resultados nas plataformas, ou os artigos selecionados que não se adequavam com a problemática plenamente, ou por ocorrência duplicidade.

Tabela 01 - Distribuição dos artigos segundo o descritor, 2006-2016.

BASE DE DADOS					
BVS		GOOGLE ACADÊMICO		SCIELO	
Descritor	Nº	Descritor	Nº	Descritor	Nº
Maternidade	03	Maternidade	03	Maternidade	01
Violência contra à mulher	01	Violência contra à mulher	06	Violência contra à mulher	00
Enfermagem	01	Enfermagem	01	Enfermagem	00
Parto Obstétrico	01	Parto Obstétrico	01	Parto Obstétrico	00
Humanização	02	Humanização	01	Humanização	00
Autoritarismo	01	Autoritarismo	01	Autoritarismo	00
Profissionais de Saúde	02	Profissionais de Saúde	00	Profissionais de Saúde	00
Maternidade e Violência Contra à Mulher	00	Maternidade e Violência Contra à Mulher	03	Maternidade e Violência Contra à Mulher	00

Enfermagem e Maternidade	00	Enfermagem e Maternidade	02	Enfermagem e Maternidade	01
Maternidade e Parto Obstétrico	02	Maternidade e Parto Obstétrico	01	Maternidade e Parto Obstétrico	00
Maternidade e Humanização	00	Maternidade e Humanização	01	Maternidade e Humanização	00
Enfermagem e Parto Obstétrico	01	Enfermagem e Parto Obstétrico	00	Enfermagem e Parto Obstétrico	01
Total	14	Total	20	Total	03

Na base de dados BVS foram selecionados 14 artigos. Na base de dados Google Acadêmico foram selecionados 20 artigos e no SCIELO foram selecionados apenas 03, os mesmos encontravam-se nos descritores maternidade, enfermagem e maternidade, enfermagem e parto obstétrico, sendo um para cada descritor.

Dentre os descritores de maior frequência nas bases de dados BVS e Google Acadêmico, destaca-se maternidade e violência contra mulher.

A fim de descrever e discutir os estudos, foram apresentadas tabelas, gráficos e quadros. De acordo com o gráfico 01, em um período de dez anos (2006-2016), a maior frequência de publicação ocorreu no ano 2015. Nos anos de 2006 e 2007, tiveram apenas 01 publicação e tendo uma média de 3,27 de artigos publicados por ano, ou seja, 03 por ano.

Figura 1 – Gráfico do número de artigos publicados por ano.

A Tabela 02 indica os artigos lidos e publicados em periódicos da área de saúde e humanas. Destaca-se frequência maior na ciência da enfermagem.

Tabela 02 - Distribuição dos artigos segundo o periódico, 2006-2016.

PERIÓDICOS	Frequência	Porcentagem(%)
Interface - Comunic., Saude, Educ	1	2,63
Caderno Saúde Pública	2	5,26
CuidArte enfermagem	1	2,63
Revista de Enfermagem UFPE on line	3	7,89
Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	1	2,63
Estação Científica (UNIFAP)	1	2,63
Revista Baiana de Enfermagem	2	5,26
RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção	2	5,26
Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research	1	2,63
Caderno de Escola de Direito e Relações Internacionais da (UNIBRASIL-Centro Universitário Autônomo do Brasil)	1	2,63
Revista Psicologia, Diversidade e Saúde	1	2,63
Revista Rede de Enfermagem do Nordeste.	2	5,26

Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas	1	2,63
Saúde Sociedade	1	2,63
Revista da Escola de Enfermagem da USP	3	7,89
Journal of Human Growth and Development	1	2,63
Revista de Direitos Humanos e Efetividade	1	2,63
Revista brasileira. Saúde Materna Infantil	1	2,63
Ciência & Saúde Coletiva	2	5,26
Encontro nacional de antropologia do direito da USP	1	2,63
Revista Rede de Cuidados em Saúde	1	2,63
Revista de Enfermagem da Escolar Anna Nery	4	10,52
Revista ,pesquisa. Cuidados. fundamentos .	2	5,26
História, Ciências, Saúde	1	2,63
TOTAL	37	99,94%(=100%)

O quadro 03 identifica cada artigo e apresenta seus autores, a base de dados na qual foi indexada e os objetivos. Ao realizar a contagem e leitura de cada pesquisa nos quadros, foi observado que 56,75% dos artigos foram encontrados na base de dados Google Acadêmico

Quanto os objetivos, 56% buscaram conceituar e exemplificar a violência obstétrica; 21% buscaram identificar na assistência prestada os atos de violência obstétrica; 18% buscaram identificar as percepções de profissionais e usuários e as demais pesquisas tiveram outros objetivos (05%).

A cada artigo foi atribuído um número para facilitar a identificação do mesmo. Quanto ao tipo de delineamento das pesquisas, o método mais encontrado foi a pesquisa qualitativa (64,8%), revisão bibliográfica (18,9%), relato de experiência (13,6%) e qualitativa e quantitativa (2,7%).

QUADRO 03 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO.

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
1	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. /2011	AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L.	BVS	Identificar, nas falas das entrevistadas, a complexa interação entre poder e violência, e como esta interação se molda no cenário da violência institucional cometida em maternidades públicas.
2	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica profissionais de saúde /2013	AGUIAR,J.M.; OLIVEIRA,A.FP.L.; SCHRAIBER,L.B	BVS	Discutir a violência institucional em maternidades sob a ótica de profissionais de saúde, com base nos dados de uma pesquisa sobre o tema na cidade São Paulo, Brasil.
3	Violência obstétrica: perfil assistência de uma maternidade escola no interior do estado de São Paulo./2015	BISCEGLI,T.S; GRIO,J.M; MELLES; L.C;RIBEIRO,S.R.M.I;GONS AGA,A.T.	BVS	Verificar a prevalência de violência obstétrica na maternidade de hospital escola e descrever as características do atendimento.
4	A violência obstétrica como pratica no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: analise reflexiva./2015.	RODRIGUES,D.P;ALVES,V. H.;BRANCO,M.B.L.R;MATT OS,R.;DULFE,P.A.M;VIEI,B. D.GRA	GOOGLE ACADEMICO	Promover a reflexão de conceitos acerca da violência obstétrica durante o processo parturitivo contra as mulheres desenvolvidos pelos serviços e profissionais de saúde.
5	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer/2015	TESSER, C.D.;KNOBEL,R.; ANDREZZO,H.F.A; DINIZ,S.G	GOOGLE ACADEMICO	Justificar a necessidade de prevenção quaternária frente à 'violência obstétrica' (VO), terminologia que agrupa todas as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, bem como discutir estratégias e ações de prevenção quaternária a serem realizadas pelos médicos de família e comunidade (MFC), pelas equipes de atenção primária à saúde (APS) e suas entidades associativas.
6	Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática./2015	SANTOS,R.C.S; SOUZA,N.F	GOOGLE ACADEMICO	Realizar revisão sistemática da literatura sobre a violência institucional obstétrica, no Brasil

QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
7	Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento/2007.	Bispo,C.D.B. ; Souza,V.L.C	BVS	Analisar a percepção de mulheres internadas com história de abortamento sobre a violência institucional, em um hospital público em Feira de Santana (BA).
8	“Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto/2013.	PULHEZ, M. M.	GOOGLE ACADEMICO	Elucidar algumas questões em torno de práticas discursivas inscritas em certas configurações de poder e desigualdade, contribuindo para um debate mais amplo no campo da Sociologia das Emoções.
9	A institucionalização da violência contra a mulher no nascimento: revisão integrativa/2013	STRAPASSON;M.R;NEDEL, M.N.B	GOOGLE ACADEMICO	Analisar as produções científicas relacionadas á violência á parturientes na sala de parto.
10	Violência obstétrica: ofensa à dignidade Humana/2016	PEREIRA,J.S ;SILVA,J.C.O.; BORGES;N.A;RIBEIRO,M.M. G ;AUAREK,L.J SOUZA,J.H.K	GOOGLE ACADEMICO	Esclarecer as variadas formas de violência obstétrica, abordar os princípios bioéticos que são negligenciados e a violação dos direitos das mulheres.
11	Violência obstétrica como violência de gênero institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres/2016	MARIANI,A.C; NETO;J.O.N	GOOGLE ACADEMICO	Demonstrar a existência de uma nova categoria de violência institucional e de gênero: violência obstétrica.
12	Violência obstétrica no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre incoerências e controvérsias/2015	Silva, J.K; Mercês,M.C; Messias, J.M.A; Guimarães,K.P.; Jesus,L.M.S.B	GOOGLE ACADEMICO	Relatar a violência obstétrica presenciada por alunos de graduação nos setores de pré-parto e centro obstétrico de um hospital público estadual no Sudoeste baiano.

QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
13	Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil/2016	BARBOZA,L.P; MOTA.A	GOOGLE ACADEMICO	Realizar uma revisão de literatura sobre as práticas de violência obstétrica que ocorrem nas maternidades no momento do parto, suas implicações no bem-estar subjetivo das mulheres e as relações sociais que estruturam estas práticas.
14	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar/2014	SANFELICE,C.F.O.; ABBUD,F.S.F.; PREGNOLATTO,O.S.; SILVA,M.G.; SHIMO,A.K.K.	BVS	Descrever a experiência vivenciada por um grupo de enfermeiras obstetras da cidade de Campinas, SP, Brasil, sobre o processo de transição do atendimento ao parto institucionalizado para o parto domiciliar, ocorrido no período de 2011 a 2013.
15	Violência obstétrica: a dor que cala/2014	ANDRADE ,B.P; AGGIO,C.M	GOOGLE ACADEMICO	Retratar a violência obstétrica sofrida por mulheres no pré -parto e parto, a partir do relato de suas vivências, sendo evidenciada a ocorrência dessa adversidade no contexto atual de assistência à saúde da mulher no período fértil.
16	Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil./2008	NAGAHAMA, E.E. I.; SANTIAGO, S. M.	BVS	Caracterizar a assistência hospitalar ao parto em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde no Município de Maringá, Paraná, Brasil, e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida.
17	Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto/2008	WOLFF,L.R;WALDOW,V.R.	GOOGLE ACADEMICO	Denunciar como se dá a assistência em muitas das instituições de saúde, e que revela como várias das circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição se caracterizam por ações de não cuidado e/ou como desumanização

QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
18	Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado/2013	CABRAL, F. B.; HIRT, L. M. and VAN DER SAND, I. C. P.	BVS	Conhecer a percepção de puerpéras sobre atendimento em serviço de pré-natal
19	Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal/2009	DINIZ, S.G.	BVS	Trazer elementos para a compreensão deste paradoxo, através do exame dos modelos típicos de assistência ao parto, no SUS e no setor privado.
20	Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco/2016	SAUAIA,A.S.S; SERRA,M.C.M	GOOGLE ACADEMICO	Discutir a violência obstétrica, bem como sua caracterização, a partir da análise dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça(STJ)
21	Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal./2012	CARVALHO, V.F.; KERBER, N.P.C.;BUSANELLO,J.; GONÇALVES,B.G.; RODRIGUES,E.F.; AZAMBUJA,E.P.	BVS	Busca entender as justificativas dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do Sul do Brasil para a utilização de práticas do parto normal consideradas prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde.
22	Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres/2008	SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K.K.	BVS	Identificar o conhecimento e a participação das mulheres nas decisões obstétricas, realizou-se um estudo qualitativo com mulheres submetidas a episiotomia durante o parto em um Hospital Escola no interior de Minas Gerais.
23	Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências/2010	ZAMPIERI, M. F. M. AND ERDMANN, A. L. C	BVS	Compreender os significados do cuidado humanizado no pré-natal, as divergências, convergências e barreiras para sua efetivação na ótica de gestantes e profissionais.
24	Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica/2011	MELO MCP, COELHO EAC	BVS	Conhecer o processo de cuidado pré-natal a adolescentes grávidas por profissionais de saúde do PACS/PSF e analisá-lo na perspectiva da integralidade

QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
25	A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia 2009	HOTIMSKY,S.N.	GOOGLE ACADEMICO	Contribuir para a discussão em pauta, elucidando alguns mecanismos que contribuem para a perpetuação de violações de direitos humanos tal como se expressam no espaço de formação e treinamento médico em serviços de obstetrícia de hospitais-escola.
26	Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar 2012	FRANCA,B.S.S; FIGUEIREDO, J.D; BARBOZA,J.M; SOUZA,D.C; ZAPPONI,A.L.B	GOOGLE ACADEMICO	Descrever a violência obstétrica cometida dentro de unidades hospitalares e discutir o uso de ferramentas que possibilitem a melhoria da assistência por parte dos profissionais de saúde à parturiente.
27	Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. 2016	MARTINS, A. C; BARROS, G. M.	SCIELO	Proporcionar maior visibilidade às discussões acerca da violência obstétrica sofrida por mulheres brasileiras nas instituições de saúde públicas.”
28	Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, 2008	ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A.	GOOGLE ACADEMICO	Identificar as necessidades de puérperas que demandam cuidados de enfermagem e compreender como elas percebem os cuidados de enfermagem durante sua permanência no Alojamento Conjunto
29	Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade 2008	PROGIANTI,J.M; ARAÚJO, L.M ,MOUTA,,R.J.O	GOOGLE ACADEMICO	Descrever as sensações vivenciadas pelas mulheres durante a realização da episiotomia e analisar as repercussões desta prática sobre sua sexualidade.
30	A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico 2015	RODRIGUES,D.P ;ALVES;V.H; PENNA;L.H.G; PEREIRA;A.V; BRANCO;M.B.L.R; SILVA;L.A	SCIELO	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direito de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento

QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
31	Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto 2015	NÓBREGA;L.L.; BEZERRA;F.P.F	GOOGLE ACADEMICO	Conhecer percepções de puérperas adolescentes sobre a assistência da enfermagem no alojamento conjunto (ac).
32	Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem 2011	PRATA,K.S; BRITO,M.C.M.C; ALMEIDA,M.S; BARBOSA,N.R; NUNES,I.M	GOOGLE ACADEMICO	Analisar o significado da presença do(a) acompanhante durante o trabalho de parto e parto para a equipe de enfermagem.
33	A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes 2014	VARGAS,P.B, VIEIRA,B.D.G; ALVES,V.H; RODRIGUES,D.P; LEÃO,D.C.M.R; SILVA,L.A.	BVS	Identificar as percepções das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento do seu trabalho de parto e parto; discutir essas percepções com a assistência humanizada no trabalho de parto e parto
34	O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de salvador, bahia.2016	MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P	GOOGLE ACADEMICO	Busca uma compreensão acerca da atenção ao aborto em maternidades públicas no brasil, por meio de estudo realizado em um hospital em salvador (ba), sobre as concepções e práticas relativas ao procedimento, aos participantes e à instituição.
35	Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade/2010.	DIUANA,V.; VENTURA,M.; SIMAS,L.; LAROUZÉ,B.; CORREA,M	GOOGLE ACADEMICO	Identificar e discutir violações e desafios à efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres em situação de privação de liberdade, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva.

QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM TÍTULO/ANO, AUTOR, BASE DE DADOS E OBJETIVO

Nº	TÍTULO/ANO	AUTORES	BASE DE DADOS	OBJETIVO
36	Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera/2012.	SANTOS LM, PEREIRA SSC, CARVALHO ESS; PAIVA,M.S; SANTOS,V.E.P;SANTA NA,R.C.B.	BVS	Analisar a percepção das puérperas quanto à atenção recebida durante o processo parturitivo em uma maternidade pública de feira de Santana-Bahia.
37	A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa/2006	BICCHIERI,T;SILVA,L.R	SCIELO	Identificar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado prestado à mulher no trabalho de parto e nascimento

QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

Nº	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
1	QUALITATIVA	As entrevistadas relatam e reconhecem práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades pública, reagindo com estratégias de resistências ou de acomodação.	A violência obstétrica ocorre com tal frequência que muitas parturientes já esperam sofrer algum tipo de violência que evidencia uma banalização.	II
2	QUALITATIVA	Reconhecimento dos profissionais de praticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência para a mulher. As praticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas e sim como exercício de autoridade em contexto considerado “difícil”	Há uma banalização da violência institucional que travestida de boa pratica, por seria para bem da paciente, acaba invisibilidade no cotidiano da assistência.	II
3	QUALITATIVO	172 puérperas participaram da pesquisa (67,2% das admitidas). Das participantes, 90,7% tinham 18-35 anos de idade, 51,2% eram pardas, 46,5% amasiadas/união estável, 32,6% primíparas e 39,5% tiveram parto normal. A VO foi relatada por 27,9% das participantes	A Violência obstétrica predominou nas pardas, casadas, menores de 35 anos, múltíparas e cesareadas, sendo que a violência foi representada pelos procedimentos obstétricos sem explicação/autorização. Há uma necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação da equipe obstétrica, através de programas de capacitação e campanhas de prevenção.	I
4	REVISÃO BIBLIOGRAFICA	O entendimento das praticas violentas praticadas pelo profissional gerou uma discussão respaldada nas politicas e direito para o resgate da autonomia da mulher.	Importância do profissional para garantir que a mulher tenha autonomia e que seja respeitados seus direitos .	III e I

QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

Nº	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
5	REVISÃO BIBLIOGRAFICA	A prevalência de violência obstétrica no Brasil é elevada com relato de maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções desnecessárias e privação de uma assistência baseada em boas práticas O excesso crônico de cesarianas (55,6% do total de nascimentos) no Brasil.	Precisa de uma mobilização social das mulheres favor da humanização, seus direitos e a prevenção partearia só mudará se o profissional tiver comprometido, mudança de atuação clinica	I
6	REVISÃO BIBLIOGRAFICA	A negligência (principalmente a falta de orientações importantes dos profissionais às parturientes e a privação de assistência), sendo praticada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem. Em 57,4% dos artigos analisados foram publicados em periódicos de enfermagem, a formação dos autores dos artigos, cerca de 90% são enfermeiros. Quase metade dos estudos (42,8%) foi escritos a partir de recortes de estudos (teses e dissertações).	Um atendimento invertido ao recomendado ao SUS praticado por médicos e profissionais da saúde, os quais praticam atos violentos por suas ações desrespeitadas.	I
7	QUALITATIVA	Dados apontam que as mulheres já passam e passaram no processo de abortamento com humilhação, agressão física, omissão de cuidados.	A ênfase na realização do procedimento e o uso das mulheres como “material de ensino”, em detrimento do aprendizado e independentemente da indicação criteriosa do procedimento.	III
8	QUALITATIVA	A ideia é discutir os direitos humanos que se põem em conflito com um discurso médico-científico vigente. Apropriam-se de discursos próprios da medicina para reformulá-los de acordo com suas diversas concepções sobre corpo e cuidado,(“violência obstétrica”).	Mostrar uma tentativa de mudança de paradigma sobre o que deve ser um parto, cujos resultados concretos podem ser vistos em políticas públicas voltadas para a “humanização” da assistência materno infantil de modo a não causar sofrimento às mulheres, é certamente algo sob disputa.	II

QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

Nº	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
9	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Abordaram os diversos tipos de violência expressos pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e física.	A necessidade de dar o maior enfoque e problematizar o tema nos programas de graduação pós-graduação e visando maior enfrentamento deste problema.	III
10	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Classificou em 3 tipos de violência como física, psíquica e sexual e faz uma comparação com a violência obstétrica, bioética e direitos que são negligenciados	Atitudes devem ser modificadas e ter punição caso não faça certo e a valorização da dignidade humana.	I
11	QUALITATIVA	Tentou fazer uma construção do conceito da violência Obstétrica, a qual também pode fazer um paralelo considerado de gênero e institucionalizado	A violência está penetrada na sociedade que muitas não têm conhecimento mas deve permitir os direitos , deveres para que ela decida sobre seu parto.	I
12	RELATO DE EXPERIÊNCIA	Observaram-se situações de violência obstétrica física, psicológica e institucional, repercutindo em agravos à saúde da mulher	A violência obstétrica ainda ocorre e fere a autonomia das mulheres, sobretudo de maneira velada, em um momento de fragilidade e ausência de apoio social familiar. Desse modo, nota-se a insensibilidade dos profissionais durante a assistência ao parto, contradizendo as políticas de humanização do parto	I

QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

N°	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
13	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Destacando as relações de poder e dominação da medicina e do machismo na estruturação dessas práticas assistenciais. Descrito como as várias formas de violência e verificou as propostas já existentes se colocarem em pratica haverá mudanças	É necessário uma efetiva mudanças e novo modelo de assistência, deve se superar a relação desigual de poder entre equipe e paciente	I
14	RELATO DE EXPERIÊNCIA	Relato de experiência de conviver diariamente com a violência com as praticas e decidiram assistir a mulher em domicilio com varias vantagens.	O sistema é cruel, alienante e lento que desrespeita a mulher sendo o parto domiciliar consciente com profissionais qualificados completa um modelo mais acolhedor para mulher .	I
15	QUALITATIVA	A medicalização excessiva e objetivação da mulher que passa por todos as rotinas não humanizadas no hospital	A violência é pouco conhecida enquanto ato violento á mulher pelo desconhecimento dos direitos ,coerção da vontade do profissional . A mulher precisa ter voz para questionar e denunciar.	II
16	QUALITATIVA	um modelo assistencial marcado pelo peso da herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrado no profissional médico como condutor do processo.	Barreiras para humanização no processo gravídico puerperal são: dificuldades de organização institucional e na estrutura física, as rotinas hospitalares e, a postura individuais dos profissionais de saúde .	I
17	QUALITATIVA	Foi evidenciado a partir de relatos o descaso, violência e desumanização que as mulheres passam no processo do parto.	Os profissionais agem de forma abusiva, rotineira e desrespeitosa com a mulher que se submetem como se os profissionais lhe devessem um favor.	III
18	QUALITATIVA	Apontou fragilidades entorno da integralidade e tratar da maneira holística, individualizada, humanização, acolhimento e uso de tecnologias desnecessárias.	Reorganização do pré- natal na visão holística e acolhedora tanto no setor privado como publico.	III

QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

Nº	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
19	QUALITATIVA	Analisaram as propostas de mudança para uma assistência mais baseada em evidências a naturalidade do sofrimento, banalização da dor, desrespeito contra direito, conflitos de interesse da qualidade e produtividade como resistência a mudança de modelos e sua relação com os direitos das mulheres.	Incentivo á pratica da humanização, mudança de modelo tecnicista para um modelo integral, dialogável, acolhedor, que se importa com a mulher com seus direitos, duvidas.	III
20	RELATO DE EXPERIÊNCIA	Ele descreve os casos que a mulher correu atrás dos seus direitos na justiça contra os 30 erros médicos como por exemplos; um bebe ficou com distorcia pela manobra kristerller, demora no atendimento, mas já tricotomia agressiva, abandono e banalização da dor.	A problemática ainda carece de leis e diretrizes e conhecimento mais a fundo para os magistérios e capacitação de profissionais de saúde para que não haja mais erro médico ou lesão no parto, já que o temo violência obstétrica não é encontrado nas questões jurídicas dos tribunais do brasil.	III
21	QUALITATIVA	Algumas justificativas para o emprego das práticas: perpetuação de modelos inadequados, facilitação para a assistência no momento do parto e autoritarismo que alguns trabalhadores exercem sobre a parturiente.	Deveria criar de um protocolo de orientação das condutas e da maneira com que estes trabalhadores devem prestar assistência nos serviços e além de estimular na academia a humanização	III
22	QUALITATIVA	A mulher apresenta um déficit sobre o procedimento episiotomia, não tem poder de escolha, negação de informação por parte dos profissionais tendo o poder e autoridade sobre a mulher	O fortalecimento da opinião feminina e do seu poder de decisão se dará principalmente por meio da transmissão de informações específicas direcionadas às mulheres, focando não somente o período de gestação e parto, mas também informando todos os seus direitos	III
23	QUALITATIVA	As principais barreiras encontradas foram: questões socioeconômicas e pessoais das gestantes; formação biomédica; desarticulação entre os serviços de saúde; desvalorização da atenção primária e do profissional; poder; desatenção e desrespeito à gestante	O estudo aponta para um modelo de saúde não humanístico, mostra entraves do sistema de saúde e da sociedade para concretizar o ideário da humanização, superáveis pelo empenho político e profissional, pela formação de redes solidárias entre serviços de saúde e mobilização social; amplia a produção de conhecimento e subsidia mudanças na prática	I

QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

Nº	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
24	QUALITATIVA	O cuidado pré-natal à adolescente se concretiza sob o modelo biomédico, e o cumprimento de rotinas e protocolos institucionais	incentivar as adolescentes grávidas a serem sujeitos deve fazer parte de um pré-natal que valorize os sentidos da integralidade – necessidades essas que envolvem apoio às suas vivências como mulheres e mães.	I
25	RELATO DE EXPERIÊNCIA	Houve evidência de prática tecnicista e propagação desrespeito com a mulher por parte dos residentes que podem “treinar nas mulheres”	Deve fiscalizar, ensinar, respeitar o direito, informa as políticas para acadêmicos e denunciar as normas prejudiciais.	III
26	RELATO DE EXPERIÊNCIA	Observaram-se situações de violência obstétrica física, psicológica e institucional, repercutindo em agravos à saúde da mulher.	Observaram-se situações de violência obstétrica física, psicológica e institucional, repercutindo em agravos à saúde da mulher.	I,III
27	REVISÃO BIOGRÁFICA	Apresentou as principais formas de violência e exemplos de cada uma para poder viabilizar melhor a problemática	As instituições que devem o poder de erradicar com fabricação de protocolos baseados nas evidências científicas	III
28	QUALITATIVA	Deve melhorar o acolhimento no puerpério com sua maneira de tratar, falar e criar vínculo e além dos mais cuidados físicos como exame físico diários e não só perguntas na visita de enfermagem	Deve haver uma mudança de modelo assistencial ainda está muito técnico, mas humanizado e formação de instrumento de qualidade para avaliar a assistência no puerpério	III
29	QUALITATIVO	As sensações vividas pelas mulheres durante o procedimento estão associadas ao trauma por serem dolorosas provocadas por agentes externos à sua fisiologia corporal e sem o seu consentimento prévio. A episiotomia afetou a sexualidade das mulheres por interferir em seus partos, em suas relações sexuais e familiares.	Episiotomia representa uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, assim como uma violência de gênero.	III
30	QUALITATIVO	A peregrinação, que traz três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidado e dos sentimentos vivenciados pela busca de atendimento.	Constatou-se a necessidade de transformações nos paradigmas assistenciais obstétricos, valorizando o respeito, o cuidado à mulher em prol da sua saúde.	III

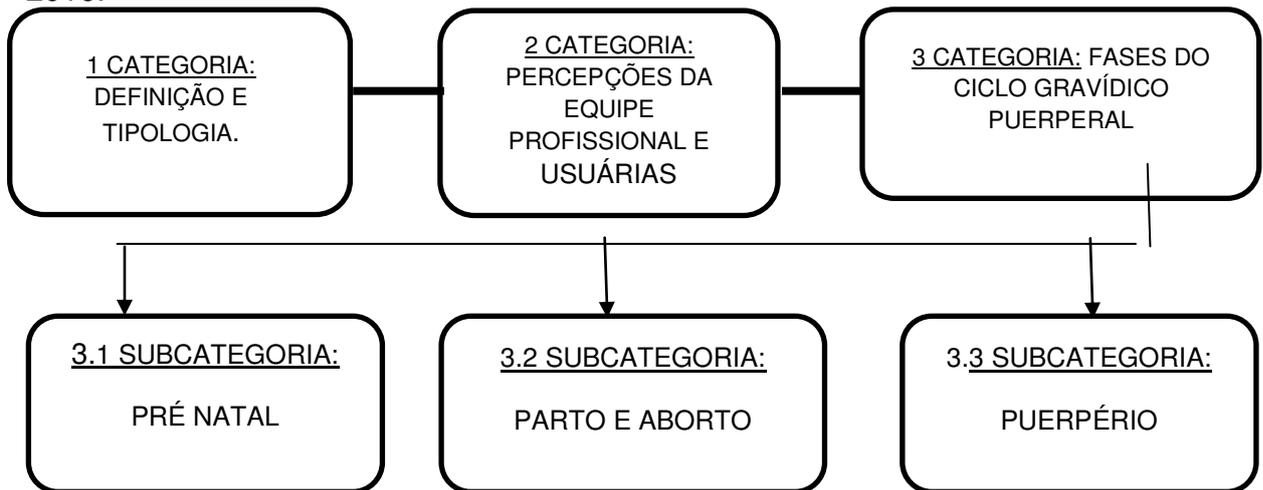
QUADRO 4 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO, METODOLOGIA, RESULTADOS, CONCLUSÃO E CATEGORIA.

Nº	Metodologia	Resultados	Conclusão	Categorização do estudo
31	QUALITATIVA	Referem a concepções positivas sobre atividades da enfermagem, sobretudo, à administração de medicamentos, e ora expressam a ausência do acompanhamento profissional e o desejo de um lugar exclusivo para mães adolescentes.	É o fato do desenvolvimento de ações puramente curativas por parte da enfermagem voltada à jovem mãe. Quando é realizada alguma orientação, como em relação à amamentação (aspecto muito importante para a vida da mãe e do bebê), é concretizada de forma pontual, fragmentada, impositiva e dissociada de outras ações, não sendo vistas a integralidade e a promoção da saúde nas atividades desenvolvidas.	II
32	QUALITATIVA	Embora se reconheçam os benefícios para a mulher, alguns profissionais ainda mostram resistência a presença do acompanhante.	A necessidade de utilização de estratégias reflexivas que orientem, sensibilizem e capacite à equipe com vistas ao atendimento da lei do acompanhante que visa contribuir para o alcance da humanização da assistência.	II
33	QUALITATIVA	Permitiu identificar a percepção na atenção da equipe obstétrica, como a importância do acompanhante, sendo um direito da mulher, e a inserção de práticas institucionalizadas, como a medicalização do corpo, restrição de alimentos e banho.	enfermeiros obstetras, que deveriam estar atuando no centro obstétrico, assistindo à mulher no parto eutócico, devido à falta de profissionais enfermeiros e lacunas também quanto aos registros realizados pelos profissionais de saúde nos prontuários sobre o trabalho de parto e parto	II
34	QUALITATIVA E QUANTITATIVA	Aponta que a discriminação contra as mulheres que abortam está integrada a estrutura, organização e cultura institucionais, e não apenas a ações individuais dos profissionais.	Há a ideia de que não merecem ser tão bem atendidas como as parturientes, quando avaliam o atendimento de modo positivo, ou quando não criticam o que poderia ser interpretado como maus-tratos. Em primeiro lugar, é comum que usuárias de baixa renda não reajam em outras situações que requerem cuidados médicos,	III

			por saber que correriam o risco de seus cuidadores se voltar contra elas e lhes negar o que precisam naquele momento	
35	QUALITATIVA	Há uma discriminação, comentários humilhante, banalização da dor, omissão de cuidados por parte dos profissionais que tratam as detentas culpadas e sem direitos á maternidade e saúde de qualidade.	Ainda precisa uma adequação das condições carcerárias, desconstruir o pensamento que as presas não tem escolha e tomar decisão e tem direito de ter uma saúde com qualidade e digna seja por agentes, médicos, enfermeiros.	III
36	QUALITATIVA	As mulheres relatam só procurar hospital com trabalho de parto avançado; a assistência é fria, com procedimentos desnecessários e/ou rotina que transmite a mulher um sentimento de prisão .	A falta de humanização, falta de vínculo com a paciente, precisa de reorganização do serviço e além de estímulo de uso do partograma e uso de novas tecnologias de cuidado para que não tenha abandono á mulher e cuidados prejudiciais.	II
37	QUALITATIVA	Demonstraram que os graduados têm uma visão ampla sobre a violência contra mulher. Uma visão crítica sobre a assistência tecnicista, cuidados inadequados e distantes do que é preconizado á mulher no centro obstétrico.	Há uma esperança de mudança nos graduados pela consciência da violência e sensibilidade para que haja um resgate a dignidade da mulher e promova a humanização .	II

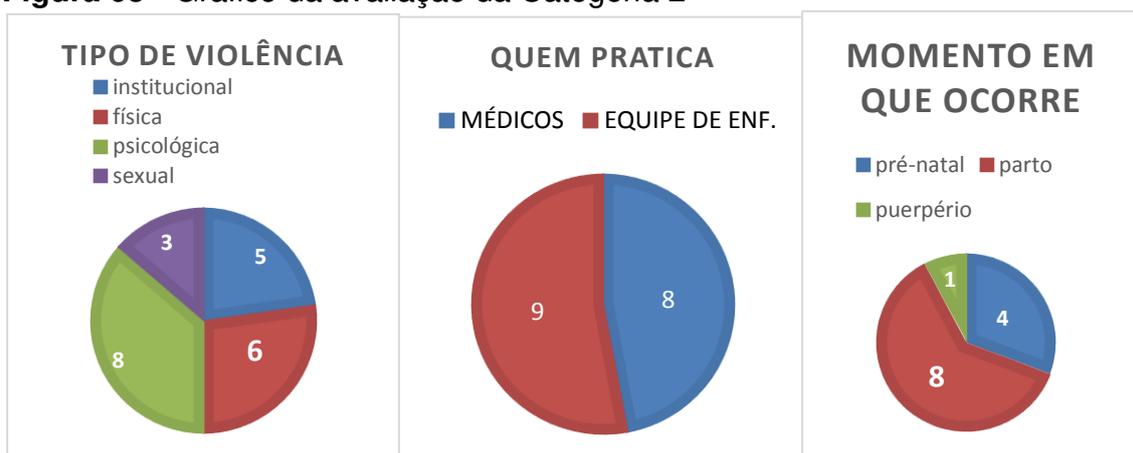
Os artigos foram divididos em três categorias (Figura 02) e a partir da segunda e terceira categorias de análise, a revisão e resumo crítico foram realizadas seguindo o instrumento de pesquisa 3 apresentado no apêndice A. Entretanto, a categoria I por caracterizar a definição da violência obstétrica e tipologia, não se aplicou o instrumento 3.

Figura 02 – Fluxograma das categorias da violência obstétrica dos estudos, 2006-2016.



Através dos dados obtidos nos artigos a partir da categoria II e III, foi possível destacar através do Instrumento de pesquisa 3 (apêndice A), algumas informações importantes em relação aos tipos de violência, quem pratica e o momento do período gravídico-puerperal em que ela ocorre (Gráfico 03). Cada número representa em quantos artigos o dado foi apresentado.

Figura 03 - Gráfico da avaliação da Categoria 2



Na categoria II: Violência obstétrica nas percepções da equipe profissionais e usuárias identificou-se que o tipo de violência mais praticado é a psicológica; os profissionais que mais praticam fazem parte da equipe de enfermagem com 9 artigos; O momento que ocorre a violência é no parto.

Figura 04 - Gráfico da avaliação da Categoria III, 2006-2016.



Na categoria III foi possível observar que os tipos de violência mais praticados são físicos, o profissional que mais pratica foi generalizado em equipe de profissionais, o momento que ocorre a violência é no parto.

No somatório das categorias I e III, identificou-se que a violência psicológica é a forma mais incidente praticada pelos profissionais. Além disso, ocorre principalmente no parto e verificou-se que os médicos são os mais frequentes causadores.

As descrições de violência obstétrica a seguir comprova o nível de maus tratos a gestante com atitudes justificadas como assistência ao parto no Brasil.

Tabela 03 - Tabela da descrição da violência obstétrica, 2006-2016.

Descrição da violência				Tipo de violência
Ausência ou informação incompleta do seu estado de saúde ou realização de procedimentos	Discriminação racial ou física ou social.	Banalização da Dor	Omissão de cuidados ou demora do Atendimento	Psicológica e Física
Tratamento Grossoiro	Uso inadequado da ocitocina			Psicológica e física
Imobilização no leito	Ameaça / Repreensão			Psicológicas e física
Jargões com cunho sexual durante procedimentos	Toques vaginais repetitivos e dolorosos ,sem pausa de 15 min			Sexual
Objetivação da mulher	Uso de procedimentos desnecessários.			Física
Peregrinação	Proibição do acompanhante			Institucional
Abandono no leito	Uso de procedimentos prejudiciais como enema, tricotomia, manobra kristeller, restrição hídrica e etc.			Física
Xingamentos	Recriminar choro, grito ou evacuação	Promoção de desconforto durante os procedimentos		Psicológica
Tapa	Posição horizontal(litotomia)			Física

6. DISCUSSÃO

6.1 A Violência obstétrica em sua definição e tipologia

O tema violência obstétrica tem várias visões sobre a sua definição, mas os conceitos diferentes proporcionam a busca de um maior esclarecimento sobre a temática.

“O artigo de Tesser (2015), define a violência obstétrica em base da primeira legislação latino-americana tipificando esta forma de violência, aprovada na Venezuela como”:

“Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (p.30).”

Para Santos e Souza (2015) a violência obstétrica são atos de violência praticados por médicos e pela equipe de enfermagem no atendimento obstétrico voltando ao tecnicismo para atender suas necessidades e não da parturiente.

Os artigos de Biscegli et al,2015; Nagahama e Santiago, 2008; Melo e Coelho, 2011; complementam o conceito descrito quando se refere transgressões a mulher no período do parto que só priorizam a técnica e fatores fisiológicos e conseqüentemente descentralizam o papel da mulher para os profissionais de saúde, ou seja, a violência como modelo de assistência biomédico sem focar seu olhar na mulher, a integralidade do cuidado nesta etapa especial.

Em dois estudos, a definição de violência obstétrica está relacionada à violência de gênero, o uso de poder provoca uma opressão na mulher que não é só caracterizado pelo binômio homem - mulher, mas pode ser caracterizado por agressões de mulher (profissional) para mulher (paciente). A violência são atos traumatizantes justificados pela autoridade e poder praticados por médicos, que envolvem sua conduta interpessoal com a mulher e não exclusividade de realização de procedimentos prejudiciais. (MARIANI e NETO ,2016; BARBOZA e MOTA,2016).

Outro ponto de vista é que os profissionais são meros instrumentos de uma instituição, de modelo intervencionista, para praticar atos desrespeitosos e que ferem a ética profissional, como descrito no conceito dos estudos de Pereira et al. (2016), França et (2012) e Sanfelice et al (2013). Estes descrevem a violência como um problema de ética profissional e de ferir os direitos da mulher (por exercer atitudes como ameaças, xingamentos, comentários abusivos, realização de procedimentos sem respaldo científico ou por conveniência) para seguir protocolos e rotinas impostas pelo serviço a qual trabalham.

Em questão da tipologia, existem cinco vertentes de classificação da violência obstétrica: “a primeira dividida em 7 categorias baseada na concepção norte-americana de desrespeito e abuso nas instituições de saúde, associando-as aos direitos correspondentes (abusos físicos; imposição de intervenções não consentidas ou intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços)”(TESSER et al,2015).

Na concepção de Rodrigues et al (2015) são 4 os tipos:

“Institucional: ações ou forma de organização que dificultam, retardam ou impeçam o acesso dessas aos seus direitos constituídos, sejam de natureza pública ou privada; Físico: ações que incidem sobre o corpo da mulher, que interferem, causam dor ou dano físico, sem recomendação baseada em evidências científicas; Psicológicas: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio, vivenciados pela omissão das informações; Sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.”

Em contrapartida, para Silva et al (2015), só existem 3 divisões observadas: a psicológica, a física e a institucional, sendo a violência mais prevalente é psicológica, que consiste em comentários grosseiros ou discriminatório sobre a dor que a parturiente sentia.

A forma física é caracterizada pelo uso inadequado ou desnecessário da tecnologia. A institucional se constitui pela falta de incentivo ao aleitamento materno

precoce, restrição do acompanhante ou ausência em todas as fases do processo parturitivo e omissão de informações sobre o processo de parto (SILVA et al, 2015).

Para Santos e Souza (2015) a classificação da violência obstétrica se divide em negligência física e verbal. A negligência foi descrita por ausência de informações ou insuficientes, peregrinação, abandono nos leitos e falta de manejo de dor e proibição do acompanhante.

A última visão é de Pereira (2016) que defende 3 formas de violência obstétrica, as quais são física, psíquica e sexual.

Sabe-se que negligência no seu conceito de acordo com Sobrinho e Carvalho (2004) consiste na falta de cuidados ou de atenção daquele que, embora possuidor dos conhecimentos indispensáveis, deixa de agir com as preocupações ou cuidados devidos, levando a resultados prejudiciais.

Em razão de padronizar a classificação para fins de análise, utilizou-se a segunda divisão de Rodrigues et al (2015): violência psicológica, violência física, violência sexual e violência institucional.

6.2 Violências obstétricas na percepção dos profissionais e das puérperas

Quando se investiga a percepção tanto da puérpera como dos profissionais, observam-se várias questões sobre o atendimento tendo em vista suas experiências e opiniões sobre o assunto de uma forma crítica. Em um estudo de Aguiar e D'oliveira (2011) aponta que a puérpera não tem conhecimento dos seus direitos e os maus tratos que passaram era designado violência obstétrica, mas reconhece a falta ou má qualidade da assistência e sentimentos negativos que geram por ações dos profissionais.

Além disso, a mulher é obrigada a não expressar nenhuma verbalização da dor se quiser ser atendida, pois caso contrário sofre violência psicológica (ameaças, chacotas, ofensas, recriminar o choro, o grito e abandono) por parte dos profissionais; sexual (com frases do tipo: "*Na hora de fazer gostou... agora dá trabalho ou na hora de fazer não doeu*") durante o exame do toque; e física (aplicação de soro com ocitocina sintética a fim de contrair artificialmente o útero,

privação de movimentos, falta de liberdade para ingerir líquidos e alimentos). (AGUIAR E D´OLIVEIRA,2011)

Sabe-se que Ministério da Saúde nas diretrizes para o parto, aborda que mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas e sempre avaliar a dor para administrar métodos farmacológicos ou não com intuito de dar alívio da dor (BRASIL, 2014).

É contraditório que as mulheres passem por discriminação, por privação da liberdade de expressão e por aprisionamento, sendo que na política criada pela resolução nº 569, em 01 de junho de 2000, que origina o programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento diz que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.

Ainda é comum relatos como o descrito na fala de puérperas no artigo de Vargas et al.(2014) e Santos et al (2012) :“ *A eles me deixaram lá (no centro obstétrico), demorou, demorou, e depois me botarem na cama ...senti como se tivesse em uma prisão “ ou “fui bem atendida, porque não gritei”*. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL,2000).

A relação médico paciente ainda é uma interação desigual, onde o profissional detentor de poder tem toda liberdade de praticar as intervenções e técnicas que às vezes são prejudiciais e trazem consequências na vida diária da parturiente como uso de ocitocina sem critério com intuito de acelerar o parto e outros procedimentos.(AGUIAR e D´OLIVEIRA, 2013; NÓBREGA e BEZERRA,2015;SANTOS et al,2012; ANDRADE E AGGIO,2014;PRATA,2011).

Alguns estudos apontam que, os profissionais olham a mulher que grita ou questiona como “escandalosa” ou “não colaborativa” sendo ameaçada de abandono e agressões verbais no parto, mas afirmam não ter intenção real de comprimir a ameaça como descrita na fala de uma obstetra (“*porque eu queria tentar chamar atenção para ela colaborar no trabalho de parto eu jamais ia fazer isso*

porque eu nunca fiz isso, de largar a paciente sozinha na sala...é uma forma de dissuadir, não é). (VARGAS et al,2014; SANTOS et al,2012; ANDRADE e AGGIO,2014; AGUIAR, D`OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

De acordo com o pressuposto de que os profissionais usam atitudes violentas devido aos ensinamentos acadêmicos e vivência de uma rotina ainda arcaica, como demonstra no artigo de Bicchieri e Silva (2006), o aluno ingressa no estágio para colocar as noções de um parto humanizado em prática, mas se depara com o abandono e com a violência institucional, estes correm então o risco de se tornarem reprodutores desta realidade.

Além disso, o profissional justifica a violência, devido ao ritmo de trabalho associado a falta de recursos ou carga horária estressante, a inadequação de serviços, incomodo e medo em presença de uma pessoa (acompanhante) que tem uma preocupação excessiva e que possivelmente possa “atrapalhar o serviço” (AGUIAR, D`OLIVEIRA E SCHRAIBER,2013, PRATA et al,2011 e VARGAS et al,2014).

Pulhez (2013) coloca o questionamento em que deve se respeitar o direito da mulher, a política de humanização, seus objetivos e também em contrapartida dar sustentação para a mudança da visão tecnicista, para oferecer assistência adequada para as mulheres que querem humanização e aquelas não se encaixam em modelos de “boa mãe”, ou seja, aquelas que querem passar por cesárea e os procedimentos adotados em hospitais.

Outro questionamento é que a mulher atual tem evidenciado novos sentimentos acerca da maternidade onde a mulher que prefere a cesárea, usa leite artificial e confia seus filhos em babá elas não estaria abandonando a conquista do direito de igualdade de gênero já conquistada ao deixar de lado do instinto maternal retrógrado (PULHEZ, 2013).

Vale ressaltar também o relato em que alguns profissionais não cometeram a violência obstétrica descritas nas falas dos artigos de Nóbrega e Bezerra(2015), Vargas et al (2014) e Santos et al(2012) (“*tiveram muita paciência comigo.eu fiquei muito nervosa e ele tentaram me acalmar ,me deixando tranquilo “; “foi bom meu parto, cheguei com dores e tive meu parto logo “ e” as enfermeiras*

vêm olhar o bebê no alojamento conjunto, dar banho nele, toda hora vem olhar como a gente tá, na hora certa vem dá remédio”) que não se pode, todos os profissionais sempre há pessoas que fogem à regra.

6.3 Violências Obstétricas nas Fases do Ciclo Gravídico Puerperal.

6.3.1 Violência Obstétrica no Pré-natal

No Manual do Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada do Brasil (2005), a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Os estudos relataram que ainda há uma fragilidade na assistência do pré-natal quanto à informação e promoção à saúde. Ela está focada na lógica biomédica, direcionada aos cuidados alimentares da gestante, atividade física e intercorrências, despreparando as mães para parto e negando informações. (CABRAL, HIRT e VANDER DER SAND, 2013; ZAMPIERI E ENRDMANN, 2010 e DINIZ, 2009).

Em relação à visão de dificuldade enfrentada na assistência, Guerreiro et al (2015) concorda que o pré-natal tem a necessidade de aprimoramentos nos princípios da integralidade e da humanização da assistência, bem como nas atividades de educação em saúde sobre as mudanças fisiológicas da gravidez, trabalho de parto e parto, cuidados com a criança e amamentação.

É recomendação a equipe multiprofissional que forneça, para alívio da ansiedade da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Devem-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações (BRASIL, 2005).

Outro ponto de discordância identificado com a prática recomendada é a escolha do tipo de parto; apesar do incentivo ao parto normal a nível nacional ocorre uma valorização da cesárea, para o Diniz(2009) “o uso excessivo da cesárea sem indicação clínica em bebês pré-termo causa danos iatrogênicos para mulher e filho,

com risco para o bebê, como complicações respiratórias, ventilação mecânica, sepse neonatal, hipoglicemia, internações e também danos emocionais e físicos na mulher com a prática frequente de amniotomia.

Já nos artigo Zampieri e Enrdmann (2010), 75% das puérperas foram submetidas à cesárea por motivos não científicos, como exemplifica o relato no pré natal de gestação anterior da puérpera 08: *“não podia ganhar de parto normal, só de cesárea, porque ele [bebê] se gerou sentado, depois virou de novo, daí ele ficou com cordão enrolado no pescoço”*.

A indicação da cesárea em caso de apresentação pélvica de acordo com Amorim, Souza e Porto (2011), sugere-se que a decisão sobre a via de parto em casos de apresentação pélvica deve levar em consideração o desejo da mãe e a experiência do obstetra, pois o parto normal é possível em algumas situações, e sua indicação deve ser discutida com a paciente e não são indicação de cesariana: cordão enrolado, bebê “grande” ou “pequeno demais”, idade da gestante, seja adolescente ou acima de 35 anos (HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2015).

- A Peregrinação das puérperas.

A peregrinação é um evento traumático que transmite à mulher uma sensação de impotência, medo e estresse na busca por um local para a parturição, é de conhecimento público que há restrição leitos à mulher, isto implica em risco de vida e evidencia a precariedade dos serviços (Menezes et al,2006; ALVES E ,2000).

Na análise dos estudos selecionados a peregrinação foi classificada em violências institucional e física: por ser uma falta de apoio no processo parturitivo, pela falta de vagas ou leitos e pelo estresse da negação de assistência em lugares diferentes. Com isso a mulher passa a sentir dor intensa pela ação da adrenalina inibidora da ocitocina durante o processo (RODRIGUES et al,2015).

O estudo de Frias e Silva (2015) traz uma opinião que pretende explicar a realidade da inexistência de leitos na prática: “É pela má organização dos leitos existentes e sua vinculação entre diversas unidades e as centrais de regulação dos mesmos; já que é um problema de gestão onde gestor seja municipal ou estadual

não tem noção da relação da oferta e demanda de leitos mas tem que planejar toda rede de assistência”.

O atendimento à mulher para Rodrigues et al (2015) torna-se complicado e de alto risco quando distância e dificuldade percorrida até conseguir o serviço especializados são maiores.

Outro ponto discutido no autor anteriormente abordado Rodrigues et al (2015) é que o transporte até a unidade de saúde foi de responsabilidade da gestante com recursos próprios e depois de tratamento grosseiro, juízos de valor ou até mesmo passividade de alguns profissionais, conforme relatos: *“eu tive que pegar um táxi e não tinha dinheiro, e tive que pegar emprestado, foi um transtorno”* e *“tem que ser tudo com a gente a correr atrás de atendimento, pagando taxi e sem ajuda de ninguém, eu estava sentindo dor”*.

É importante lembrar que a Rede Cegonha preconiza:

“O transporte inter-maternidades ou inter-unidades será feito pelo Samu. Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o RN, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015).”

6.3.2 Violência Obstétrica no Parto e Aborto.

O parto é o momento mais esperado e temido pelas mulheres devido todo processo fisiológico, na qual a mulher espera seu filho. Logo, os profissionais colaboram com a mulher para que tenha seu bebê com uma assistência de qualidade, integral, humanizada. Porém, na prática, em todos os estudos selecionados, percebe-se a persistência do modelo tradicional, no qual a mulher é deixada em segundo plano submetendo-se às rotinas hospitalares prejudiciais à saúde materna e em alguns casos, maus tratos (SILVA, 2015; RODRIGUES et al, 2015; HOTIMSKY,2009; WOLFF e WALDOW, 2008; STRAPASSON e NEDEL, 2013; CARVALHO et al, 2011; MARTINS e BARROS, 2016).

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento” realizada em 2014, apenas 5% de mulheres realizaram partos normais sem intervenção. A pesquisa também mostra como no parto normal ainda predomina um modelo medicalizado, com intervenções excessivas, procedimentos

de rotina desnecessários segundo a OMS, causando dor e sofrimento que poderiam ser evitados (FARIAS, 2015).

Os exemplos de violência obstétrica física a partir dos artigos analisados são: proibição de alimentação ou líquido; objetivação da mulher; uso inadequado da Manobra de Kristeller; posição de litotomia; impedimento da mulher em deambular ou amarrar ou restringir movimentos; toques vaginais frequentes com intervalos muito pequenos feitos por profissionais acadêmicos ou residentes; banalização da dor; tricotomia; enterocлизма; amnitomia; uso de ocitocina para agilizar o trabalho de parto; mentir para paciente sobre seu estado para fazer cesárea; uso de fórceps de alívio para o ensino; episiotomia sem informação e/ou fazendo ponto do marido. (SILVA, 2015; RODRIGUES et al, 2015; HOTIMSKY,2009; WOLFF e WALDOW, 2008; STRAPASSON e NEDEL, 2013; CARVALHO et al, 2011; MARTINS e BARROS, 2016).

Nos artigos estudados, 70% são relatos de mulheres que se sentiram lesadas ou machucadas, como objeto, os profissionais por rotina realizam procedimentos invasivos ou maus tratos. (VARGAS et al., 2014)

Gestante apresentando sede e fome quando solicitado a comida e a água, houve uma negação ou restrição com justificativa que caso a mulher necessite passar por uma intervenção cirúrgica cesárea (RODRIGUES et al.,2015).

A restrição de líquidos e alimentos, visando à prevenção de complicações durante a anestesia, é uma maneira de violência física deixando a mulher com risco de desidratação e sem energia durante o trabalho de parto. Wei, Gualda e Junior (2011) defende que esse pensamento era apoiado em um modelo tecnocrático de assistência, no qual o processo de parto era visto como um evento “fisiologicamente patológico” que, a qualquer momento, poderia necessitar de intervenção cirúrgica.

E quanto a restrição de movimento (litotomia), é considerado violenta e desconfortável, transmite a mulher uma sensação de “prisão”. É uma violação do direito previsto pelo regulamento da ANVISA (2008), assegura à gestante condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não tenha impedimento clínico.

Nesse contexto, Wei, Gualda e Junior (2011), na sua pesquisa é evidente que a deambulação no parto é uma das possibilidades de alívio da dor no trabalho de parto visando a maior efetividade das contrações e melhor evolução.

O artigo de Silva et al (2015), aborda que a manobra de Kristeller se fez presente na maioria dos casos com intuito de “finalizar” a expulsão do feto, considerando o grande fluxo de cirurgias a serem realizadas e a falta de preparos de alguns profissionais.

Além disso, a própria maneira de fazer com uso de mãos, braço, antebraço ou pessoa com seu peso em cima da gestante para fazer pressão no fundo do útero, torna-se um flagrante de desrespeito à integridade física da mulher e do bebê e apesar de ser um procedimento proscrito, ainda é praticado e visto até nas residências como fosse natural (HOTIMSKY,2009 e SAUAIA e SERRA, 2016).

Um outro procedimento recomendavelmente proscrito, é fórceps didáticos ou de alívio, sendo que ainda é utilizado tanto pelos professores como estudantes de algumas faculdades para fim de ensino, o qual o aluno precisa “pôr a mão na massa” sendo uma tradição na formação médica até normatizadas em protocolos (HOSTIMSHY,2009).

Em relação a tricotomia, enema e amnitomia são práticas de desuso, desnecessárias, segundo os estudos, foram apontados por alguns profissionais como importantes e estes preferem que se façam tais procedimentos pois são facilitadores da pratica profissional, mesmo que não recomendados (CARVALHO et al,2011; TESSER, et al ,2015; MARTINS e BARROS,2016; STAPASSON e NEDEL ,2013).

Em uma pesquisa de Novo et al (2016) sobre as práticas no parto normal, os resultados ressaltam a situação mencionada no nosso estudo pois, não foi cumprido inteiramente as recomendações de práticas eficazes e obrigatórias (partograma devidamente preenchido). É quanto aos procedimentos potencialmente prejudiciais ou ineficazes ainda ocorre casos de uso de ocitocina no parto/pós-parto e pressão fúndica uterina durante o período expulsivo, fórceps de alívio e episiotomia.

Entre os artigos selecionados, podemos identificar as controvérsias sobre o toque vaginal. É um procedimento válido, com intuito de avaliar o processo do parto, porém, segundo relatos, os toques dolorosos frequentes por vários profissionais ou residentes com intervalos menores de 30 minutos podem ser considerados como violência, tanto física e psicológica pela dor (edema da vulva pela excessiva manipulação) sendo uma falta de privacidade com constrangimento (WOLFF e WALDON,2008; STRAPASSON e NEDEL,2013; MARTINS e BRARROS ,2016; SANTOS e SOUZA,2015).

A prática da episiotomia é recomendada, mas, quando é feita de forma frequente e rotineira torna-se uma questão de discussão de violência física e psicológica. Nas publicações as mulheres não têm nenhum conhecimento da finalidade, são submetidas ao procedimento sem anestesia e fora do período de contração, elevando dor na mulher causando um trauma até provocar posteriormente uma dor ou incomodo no ato sexual (dispareunia) e além da prática do “ponto do marido” que consiste em um ponto profundo com intuito de deixar a vagina mais apertada (SANTOS E SHIMO, 2008; SAUAIA E SERRA, 2016; HOTIMSHY, 2009).

Para salientar que episotomia deve ser feita com cautela. Segundo o estudo de Alexandre et al (2009), o procedimento foi induzido na rotina hospitalar obstétrica sem qualquer evidencia científica sobre sua real eficácia, razão para incentivar a realização com cautela e restrição.

A justificativa da questão da cesárea como uma escolha de parto induzida pelo médico, mesmo sendo considerada violência física, segundo Hostimshy (2009) é que existe uma etiqueta dos plantonistas noturnos de “limpar” ou “agilizar” área para outros profissionais por que alguns não querem medicalizar casos ou resolvê-los, isto é, atuando na clínica ou cirúrgica quando não há indicações medicas, porém, sofrem pressões de colegas, anestesistas e residentes para fazer a limpeza conforme o padrão.

O que ocorre é uma informação parcial ou distorcida passada para gestante, ou seja, mentir quanto à sua dilatação ou vitalidade, macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia estreita, para indicar cesariana devido a

interesses pessoais. Isto é antiético, violência física e vergonhoso para o profissional manipular e considerar a mulher objeto que não tem expectativas e desejos (MARTINS e BARROS,2016).

Para Sauaia e Serra (2016) as mulheres se submetem a uma cirurgia de grande porte com risco e complicações em virtude da falta de informações.

Para colaborar com entendimento que as práticas são abusivas para mulher e sem respaldo de melhorar a qualidade da assistência, a OMS, “assistência ao parto normal: um guia prático” (1996), fez uma publicação a qual classifica:

“Os procedimentos em práticas ineficazes ou prejudiciais que devem ser abandonadas são o uso rotineiro de enema; uso rotineiro de tricotomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; a administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; o uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.”

Em contrapartida, a violência sexual foi menos frequente, a qual se define em caso de maus tratos com cunho sexual sem vinculação direta com partes íntima ou abuso sexual. Na pesquisa constatou que nenhum artigo mencionou a prática sexual do profissional com a paciente, mas houve jargões de cunho sexual durante o parto ou exame, discriminações sobre questão física ou vagina, fazer toque várias vezes em quanto pergunta se está gostando, ou está doendo? Na hora de fazer não gritou, mas agora faz show, o ponto de marido na episiotomias (“Só dando o pontinho, tá acabando Ela é parente de cirurgião plástico, depois ele dá um jeito” ou (“*O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu e vou fazer epsio*”) e comentários humilhantes ou chacotas referentes à prática sexual como “todo ano você vem aqui, mulher tudo igual, grita mas no ano seguinte tá aqui”. (CARVALHO et al,2011; TESSER, et al ,2015; RODRIGUES et al,2015; MARTINS e BARROS,2016; STAPASSON e NEDEL ,2013)

A violência psicológica teve a segunda frequência significativa e também apresentam comentários humilhantes, jargões, ameaças, intimidação, banalizando a dor, negando informações ou não explicando os procedimentos, omissão de cuidados, abandono, discriminação social, raça ou geográfica. (RODRIGUES et al,2015; STRAPSASSON e NEDEL,2013;WOLFF e WALDOW,2008)

O papel do profissional é, além de orientar a mulher no geral, saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios, estimulá-la a fazer uso de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar, levantar, o uso da bola, aplicar-lhe massagem ou fazer uso de qualquer recurso para tornar o processo em si menos doloroso fazer com que a mulher fique mais relaxada e colaborativa (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

A proibição de acompanhante, peregrinação no parto, dificuldade para permitir o contato com a genitora assim que recém-nascido nasce tendo um retardo na amamentação. A justificativa institucional é pautada na prerrogativa de enfermarias femininas coletivas, falta de leitos pelo espaço físico limitado do cento cirúrgico e controle da temperatura é priorizado nas primeiras horas como rotina hospitalar (RODRIGUES et al, 2015; CARVALHO et al, 2015; STRAPSSON E NEDEL, 2013).

A Rede Cegonha Regional tem subsídios para apoiar os esforços dos profissionais e contribuir com projetos para a readequação do espaço físico, com capacitações e discussões para as unidades que realizam o acompanhamento das gestantes no sentido de preparar familiares durante o pré-natal para o parto humanizado (FOSSA et al, 2015).

Assim, contradiz as justificativas das instituições para prática de violência institucional que se confundem como prática profissional, pois eles detêm o conhecimento das praticas humanizadas. Sendo que esses atos físicos e psicológicos da violência obstétrica têm implicações sobre a mulher, como descreve Diniz (2015):

“As implicações sobre a morbimortalidade materna pelo risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto vaginal; a violência no parto vaginal funciona como forma de constrangimento ou coerção à cesárea, A demora em responder a estas demandas é associada a riscos aumentados de morbi-mortalidade materna explicada pelo estresse do abandono, hostilidade dos profissionais para mulher prejudica a segurança, demora no atendimento ao atendimentos no processo de aborto pode levar a mulher á morte pois as mulheres levam a um aborto inseguro e A negativa da presença de acompanhantes é uma ameaça à segurança das mulheres, pois eles poderiam sinalizar de forma enfática aos profissionais que o estado clínico da paciente se deteriorou.”

- A Violência Obstétrica na Situação de Aborto.

A violência obstétrica em situação de aborto está ligada com as experiências e seus contextos sociais. A mulher passa por um conflito interno e externo com variáveis como o de desejo de parir, insegurança, situação financeira desfavorável, fantasia de punição, ansiedade desde a notícia da gravidez até o aborto propriamente dito (BRASIL, 2011).

A assistência violenta dos profissionais se inicia na admissão com tratamento grosseiro por médicos e enfermeiras, humilhações, omissão de cuidados, negação de informação, peregrinação por hospitais, desconforto, banalização da dor, despersonalização que são identificadas como “mãe” ou cureta”, abandono, preconceito, discriminação e castigos. (MCCALLUM, MENEZES E REIS, 2016)

Para Bispo e Souza (2007) e McCallum, Menezes e Reis (2016) o tratamento recebido na admissão não tem diferença dos tipos de aborto, pois todas são percebidas como “culpadas”, como mulheres afirmam ter necessário convencer os profissionais de que não provocaram o aborto e em relatos de experiências de puérperas que o médico ameaça ou brinca: “*Você tomou alguma coisa. Você é muito jovem. Você provocou o aborto*”; “*Na hora do exame, o médico mandou abrir as pernas e colocou os dedos. Aí ficou perguntando se foi remédio ou o que eu foi que eu fiz? Insistiu tanto!*”; “*Quem quer um feto morto, é você?*”.

No texto, do Ministério da Saúde sobre atenção humanizada ao abortamento, encontra-se em um capítulo sobre acolhimento e não julgamento onde fala: “não só o profissional, mas a equipe ao lidar com o atendimento do abortamento, necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter uma atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações, ou seja, uma atitude terapêutica” (BRASIL, 2011).

Duas situações que incomodaram foi a omissão de cuidados, sendo abandonadas ou tratadas com desinteresse (“*Eu estava tonta ontem, a auxiliar disse que ia voltar para me ajudar no banho; ela não voltou e eu só tomei banho hoje [...] o médico quando entrou aqui no quarto deu uma olhada da porta e saiu, então eu gritei, ele nem olhou para trás*”)[puérpera falou quando questionada sobre

atendimento] e a organização do atendimento parece existir uma nítida diferença de tratamento vista que a curetagem ou procedimentos são realizados no final do plantão nas salas de curetagem na parte menos visível do centro obstétrico ou nas enfermarias na ala de infectadas (BISPO E SOUZA ,2007 E MCCALLUM, MENEZES E REIS,2016).

A justificativa para o tratamento dos maus tratos é que, as ações de humanização para alguns profissionais foram diluídas no cotidiano do serviço que prioriza o parto e tem o aborto menos legítimo em comparação (MCCALLUM, MENEZES E REIS,2016).

- Violências obstétricas na Prisão Feminina

A violência obstétrica também está presente onde a mulher cumpre pena por delitos em penitenciárias, mas está esperando um novo ser. A questão de gravidez na prisão é vista com maus olhos por profissionais da área da saúde ou agente penitenciário. De acordo com Bispo, Neto e Ferreira (2013), as detentas grávidas, uma vez punidas por um ato ilegítimo que cometeram, não podem ser novamente castigadas pela precária assistência a saúde. Isto é algo que ultrapassa a sua sentença condenatória, tendo em vista que o feto é o principal prejudicado pela ausência de assistência a saúde adequada neste período.

Na publicação de DIUANA et al (2016), “Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade” as mulheres passam por situações de humilhação e constrangimento desde da volta de visitas íntimas até quando precisam de atendimento hospitalar. Quando a mulher precisa de atendimento é um sofrimento e humilhação, pois no primeiro momento nem sempre há profissionais disponíveis e fora do atendimento dentro das prisões mesmo com agendamento ainda ocorre o risco de não serem atendidas devido à autorização da segurança que determina número limitado de saída da unidade prisional por critérios estranhos a saúde da gestante.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), a atenção às gestantes com restrição de liberdade tem o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, adotando medidas que assegurem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento no pré-natal de baixo e alto risco.

De acordo com estudo analisado de Diuana et al (2016) a mulher em processo de parto ou alguma complicação quando procuram atendimento são desconsideradas, há uma banalização da dor e sentimentos, a uma demora no atendimento desconsiderando os medos e sentimentos por “serem criminosas” como demonstra no relato:

“Quando eu tava com seis meses e pouco a minha bolsa estourou e fiquei três dias saindo liquido, liquido líquido... Aí fui na enfermaria, numa segunda-feira, o médico falou assim: desde quando tu tá assim? As funcionárias dizendo - ‘tá com dor?’, e eu - ‘Não, não tô com dor, só que eu tô preocupada, tá saindo muito liquido’. Daí o médico olhou para mim e falou assim: ‘Se tu esperou desde sexta, tu pode esperar até amanhã que a ginecologista vem”.

No atendimento hospitalar mulheres relatam por parte de profissionais uma discriminação por estar algemada e na companhia do agente penitenciário, sentem solidão e apreensão sobre o trabalho de parto na maternidade e se o bebê precisar ser internado neste caso a mulher não permanece com seu filho, mas volta para prisão tendo que chamar um familiar que irá cuidar do bebê (DIUANA et al.,2016).

6.3.3 Violência Obstétrica no Puerpério.

No texto Almeida e Silva (2008) sobre “As Necessidades de Mulheres no Puerpério Imediato em uma Maternidade Pública de Salvador, Bahia, Brasil” aponta que há uma dificuldade por parte dos profissionais no acolhimento a mulher no puerpério com atitudes ignorantes, cuidados assistências de maneira rude e dolorosas, discriminação por ser multíparas.

O mesmo autor supra citado, ainda trata que a mulher constrói estratégias como a formação de um grupo de apoio com outras mulheres dentro da enfermaria para solicitar atenção e assistência dos profissionais desde pedir troca de roupas até exames físicos diário. A mulher precisa de repouso e ambiente de lazer, mas na pesquisa a mulher engaja em atividades de cuidado com seu filho e até arrumação da cama (forrando a cama) e banho auxiliado por colegas.

No entanto Nóbrega e Bezerra (2010) expõem que assistência mais acolhedora comparada com publicação anterior com orientações em relação a amamentação, higiene pessoal e cuidado com bebê. As adolescentes sentem

desejo de mais diálogo mais com conversas que transmitam atenção por parte dos profissionais.

7. CONCLUSÃO

A violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal durante o atendimento dos profissionais de instituições de saúde está muito presente no dia a dia hospitalar apesar dos inúmeros esforços internacionais e nacionais com novas políticas e normas.

Com a análise dos artigos foi possível perceber que a gestante está mais suscetível à violência obstétrica no período do parto devido o mesmo ser em ambiente hospitalar.

Os atos de violência obstétrica que se apresentaram com maior frequência foram os psicológicos e físicos demonstrando, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde que mais agridem a mulher.

Dentre dos atos violentos psicológicos e físicos foram mais evidentes a ausência ou informação incompleta do estado de saúde da parturiente, discriminação racial ou física ou social, banalização da dor, omissão de cuidados ou demora do atendimento, tratamento grosseiro, uso inadequado da ocitocina, imobilização no leito, ameaças ou repreensão, abandono no leito, xingamentos, recriminar choro, grito ou evacuação, promoção de desconforto durante os procedimentos, tapa, litotomia e uso de procedimentos prejudiciais como enema, tricotomia, manobra kristeller, restrição hídrica e etc.

Desde o acolhimento na maneira de falar, o profissional deve encorajar a mulher com palavras adequadas e não recriminá-la, deve também informar a mulher sobre a evolução da gravidez e os procedimentos que são necessários para cada caso, seja no pré natal, parto, pós-parto ou abortamento.

Nota-se que a categoria dos profissionais que mais praticam a violência no atendimento de saúde é a médica. Mas vale ressaltar que, muitas usuárias não sabem identificar a equipe da enfermagem e alguns estudos não especificam as classes de profissionais da enfermagem e médicos, generalizam os dois como equipe de profissionais.

É intrigante perceber a dificuldade de diferenciar os profissionais da enfermagem, médicos e residentes apesar dos mesmos terem papéis diferentes e de não serem mencionados outros profissionais da saúde que praticam a violência.

Acredita-se que esta dificuldade é em virtude da padronização do uniforme dos profissionais e falta da comunicação prévia da classe na primeira abordagem do atendimento ao paciente.

Portanto, após a conclusão do estudo, percebeu-se a necessidade de conscientizar os profissionais dos direitos da mulher a um atendimento digno, humanizado, respeitoso e de qualidade durante o período de gestação. Uma solução viável para minimizar a violência obstétrica, seria a utilização do plano de parto por ser uma ferramenta significativa no atendimento, afim de que os desejos da mulher sejam respeitados, obedecendo as normas, fazendo com que a mesma seja a protagonista do seu parto.

REFERENCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em Maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, V. 15, N. 36, P. 79-92, 2011.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. L. **"Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde."** Cadernos de Saúde Pública, 29.11 (2013): 2287-2296.
- ALEXANDRE, S. M. et al. EPISIOTOMIA: REVENDO CONCEITOS. **Revista Feminina**, v. 37, n. 7, 2009.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. **Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil**. Revista da Escola de Enfermagem da USP; v. 42, n. 2, p. 347-54, 2008.
- ANDRADE, B. P; AGGIO, C. M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, p. 01-07, 2014.
- ANJOS, C. S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R. E. **Cesárea Desnecessária No Brasil: Revisão Integrativa** [Unnecessary cesarean section in Brazil: integrative review]. Enfermagem Obstétrica, v. 1, n. 3, p. 86-94, 2014.
- ANVISA, Agência Nacional de vigilância sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada-RDC, nº36, de 3 de julho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, Brasília, 2008.
- BARBOZA, L. P.; MOTA, A. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do brasil**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, 2016.
- BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste**. 2013. Tese mestrado em Saúde Coletiva-saúde coletiva, Universidade de Brasília.
- BELLI, L. **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos**. Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética, v. 1, n.7, 2013.
- BICCHIERI, T.; SILVA, L. R. **A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 258-265, 2006.
- BITTAR, R. E.; ZUGAIB M. INFLUÊNCIA DA MOBILIDADE MATERNA NA DURAÇÃO DA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetetrícia**, v. 28, n.11 p. 671-79, 2006.
- BISCEGLI, T. S. et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERFIL ASSISTENCIAL DE UMA MATERNIDADE ESCOLA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Revista Cuidarte, Enfermagem**, v.9, n. 1, p.18-25, 2015.

BISPO, C. D. B.; SOUZA, V. L. C. **Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 21, n. 1, 2007.

BISPO, T.C. F., NETO, F. E. A.; FERREIRA, J. J. **Gestar E Parir Na Prisão: Dífceis Caminhos**. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación em Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, 2013.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011 · ISSN 1980-5756. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 12 de agosto 2016.

_____. **HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. **O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Ministério da Saúde, Brasília; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Agência Nacional De Saúde Suplementar. O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO BRASIL: cenários e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. **ÁREA Técnica De Saúde Da Mulher. Parto, Aborto E Puerpério: Assistência Humanizada À Mulher/Ministério Da Saúde, Secretaria De Políticas De Saúde, Área Técnica Da Mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Área Técnica De Saúde Da Mulher. Pré-Natal E Puerpério: Atenção Qualificada E Humanizada - Manual Técnico/Ministério Da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção Humanizada Ao Abortamento: Norma Técnica / Ministério Da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, p 60, 2011.

BRASIL. **Secretaria De Políticas Para As Mulheres Da Presidência Da República Política Nacional De Enfrentamento À Violência Contra As Mulheres**. Ministério da Saúde, Brasília 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>> acesso em: maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor suplementar de saúde no Brasil: cenários e perspectivas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes/ MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ministério da saúde, secretaria de políticas de saúde, área técnica da mulher.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-15154>>. Acesso em: 19 de setembro de 2016.

CABRAL, F. B. et al. **Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 2, 2013.

CARVALHO, V. F. et al. **Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 30-37, 2012.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; COSTA, M.M.G et al. **Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil.** Revista Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 92-98.

CIELLO, C et al. **Dossiê da violência obstétrica “parirás com dor”.** Rede Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

CUNHA, C. C. A. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais.** Monografia para obtenção do grau de Bacharel em Direito da Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf>. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

CHANG Y. W. et al. **Movimentação E Dieta Durante O Trabalho De Parto: A Percepção De Um Grupo De Puerpéras.** Texto Contexto Enfermagem, v. 20, n. 4, p. 717-25, 2011.

Defensoria pública do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em: <> Acesso em 13 abr 2015

DINIZ, S. G. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Journal of Human Growth and Development, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S.G. et al. **Violência Obstétrica Como Questão Para A Saúde Pública No Brasil: Origens, Definições, Tipologia, Impactos Sobre A Saúde Materna, E Propostas Para Sua Prevenção**. Journal of Human Growth and Development, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DIUANA, V. et al. **Direitos Reprodutivos Das Mulheres No Sistema Penitenciário: Tensões E Desafios Na Transformação Da Realidade**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, 2016.

FRANCA, B. S. et al. **Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar**. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 8, n. 2, 2014.

FARIAS, K. G.; **Quando a Lente Muda o Retrato: Um Olhar Sobre a Violência Obstétrica**; XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades. Anais Gênero e Sexualidade XI, v. 1, 2015.

FIOCRUZ. **"Cesarianas Desnecessárias: Causas, Conseqüências E Estratégias Para Sua Redução"**. Fundação Oswaldo Cruz , Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Gravidez, filhos e violencia institucional no parto**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247> > acesso em 20 ago.2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Núcleo de opinião pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto**. IN: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2010.

FRANCA, B. S. et al. **Violência Institucional Obstétrica No Ambiente Hospitalar**. Revista Rede De Cuidados Em Saúde, V. 8, N. 2, 2014.

FOSSA, A. M. et al. **A EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA DURANTE A ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO PARTO HUMANIZADO**. Saúde em Revista, v. 15, n. 40, p. 25-36, 2015.

FRANZON, A. C. A.; SENA, Li. M. 2014. **Teste Da Violência Obstétrica: Avaliação Das Mulheres Sobre Os Cuidados Recebidos Durante Internação Para O Parto E Nascimento**. Resultado da Ação Coletiva de Blogagem, Maio de 2012. Disponível em:<http://www.apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf>Acesso em 15 de julho de 2016.

FRIAS, L. M. P. S. S.; SILVA, A. A. M. **Violência Na Atenção Ao Parto: Vivências De Mulheres**. VII JORNADA INTERNACIONAL POLITICAS PUBLICAS, SÃO LUIS, 2015.

HILDEBRAND, C. R. F. **Violência Obstétrica, Direito De Informação E A Responsabilidade Médico E Hospitalar**. Ética, ciência e cultura jurídica: IV Congresso Nacional da FEPODI, São Paulo: FEPODI, 2015. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/z3071234/aod3msh1/24Olya7NSNRleNxk.pdf> > Acesso em 30 de outubro de 2016.

HOTIMSKY, S. N. **A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia**. Encontro nacional de antropologia do direito. Universidade de São Paulo, 2009

HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos /Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação; Coordenação, Maísa Silva de Melo de Oliveira; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34 p. Disponível em: <http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf> >. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

LEISTER, M; RIESCO, M. L. G. **Assistência ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. Revista Texto Contexto Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 166-74, 2013.

MARIANI, A. C.; NASCIMENTO NETO, J. O. **Violência obstétrica como violência de gênero institucionalizada**: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. Anais do EVINCI-UNIBRASIL, V. 2, N. 2, P. 143-157, 2016.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. **PROBLEMATIZANDO O ATENDIMENTO AO PARTO: CUIDADO OU VIOLÊNCIA?. Convenção Internacional memórias de Saúde Pública**. Cuba ,Havana, 2012.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M. **Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras**. Revista Dor; v. 17, n.3, 2016.

MARTINEZ, S. D. T. **VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: Violação Dos Direitos Humanos Da Mulher**. Rede Criança Prudente , Municipio Presidente Prudente, São Paulo 2008 < http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16 >Acesso em : 15 de dezembro de 2016.http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16 >Acesso em : 15 de dezembro de 2016.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; DOS REIS, A. P. O. **Dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 23, n. 1, p. 37-56, 2016.

MEDEIROS, I.A. **expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto.** Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina da Universidade da Beira Interior, Covilhã. 2012. Disponível em: <<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1152/teseinsdemedeirospdf.pdf>>. Acesso em: 19 de setembro de 2016

MELO, M. C. P. COELHO, E. A. C. **Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na atenção básica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, 2011.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA R.C.C.P; GALVÃO C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, v. 17 n. 4, p. 758-64.

MINAYO, M.C.S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva.** Curso impactos da violência na saúde. EAD/ENSP; 2007. p. 24-35. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf>

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. **PROBLEMATIZANDO O ATENDIMENTO AO PARTO: CUIDADO OU VIOLÊNCIA?. Convenção Internacional memórias de Saúde Pública.** Cuba ,Havana, 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SILVIA M. S. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao sistema único de saúde em município da região sul do brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 2008.

NÓBREGA, L. L. R.; BEZERRA, F. P. F. **Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto.** Revista Rene, v. 11, n. esp, p. 42-52, 2010.

NOVO, J. L. G. et al. **ANÁLISE DE PROCEDIMENTOS Assistenciais Ao Parto Normal Em Primíparas.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v.18 n. 1 p. 30-5, 2016.

OLIVEIRA, A. S. S et al. **Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto.** Revista Rene, v. 11, Número Especial, p. 32-41, 2010.

OMS. **Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>

OMS. **Saúde sexual e reprodutiva.** 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/en/>>. Acesso: em 30 de setembro de 2016

ONU. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos, Unic- Centros De Informação Das Nações Unidas / Rio / 005 - Agosto 2009.** Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> >Acesso em:21 de novembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. OMS, 1996

PADOIN, M. M. S; VIEIRA; B. L. **Mulheres que denunciam o vivido da violência: perspectivas para o cuidado de enfermagem a partir da fenomenologia social de alfred schutz**. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 2011.16. CAMPO GRANDE, MS. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0281.pdf>> 04 de outubro de 2016

PEREIRA, J. S. et al. **Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 15, p. 103-108, 2016. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.MASTEREDITORA.COM.BR/PERIODICO/20160604_094136.PDF](http://WWW.MASTEREDITORA.COM.BR/PERIODICO/20160604_094136.PDF)>. ACESSO EM: 17 AGO. 2016.

PRATA, K. D. B., et al. **Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 25, n. 3, 2011.
PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. **Percepções, Expectativas E Conhecimentos Sobre O Parto Normal: Relatos De Experiência De Parturientes E Dos Profissionais De Saúde**. Aletheia, n. 37, p. 212-227, 2012.

PROGIANTI, J. M.; DE ARAÚJO, L. M.; MOUTA, R. J. O. **Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 45-49, 2008.

PRATA, K. D. B., et al. **Acompanhante No Centro Obstétrico: Significado Para A Equipe De Enfermagem**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 25, n. 3, 2011.

PULHEZ, M. M. **Parem a violência obstétrica!": a construção das noções de "violência" e "vítima" nas experiências de parto**. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013.

PROGIANTI, J. M.; DE ARAÚJO, L. M.; MOUTA, R. J. O. **REPERCUSSÕES DA Episiotomia Sobre A Sexualidade**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 45-49, 2008.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica"Parirás Com Dor": Dossiê Elaborado Para A Cpmi Da Violência Contra As Mulheres**. Brasília: Senado Federal, 2012.

REZENDE, C. N. D. V. **Violência Obstétrica: Uma Ofensa A Direitos Humanos Ainda Não Reconhecida Legalmente No Brasil**. Tese de conclusão do curso de Bacharelado em Direito. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2014.

RODRIGUES, D. P. et al. **The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics**. Escola Anna Nery, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

RODRIGUES, D. P. et al. **Violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva**. Revista De Enfermagem UFPE, v. 9, n. 5, 8461-8467, 2015.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. **Estudos De Revisão Sistemática: Um Guia Para Síntese Criteriosa Da Evidência Científica**. Revista Brasileira de Fisioterapia, v.11, n.1, p 83-89, 2007.

SANFELICE, C. F. D. O et al. **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**. Revista Rene, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANTINON, E. P et al. **Direitos Humanos: Classificação Dos Tipos De Violência Contra A Mulher E Diplomas Legais De Amparo E Prevenção**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XV, n. 104, 2012.

SANTOS, J. D. O.; SHIMO, A. K. K. **Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres**. Escola Anna Nery, 2008.

SANTOS, L. M. et al. **Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online (Online), v. 4, n. 3, p. 2655-2666, 2012.

SAUAIA, A. S.S; SERRA, M. C. M. **Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco**. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, v. 2, n. 1, 2016.

SEIBERT, S. L. et al. **Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história**. Revista de Enfermagem da UERJ, v.13, p. 245-51, 2005.

SILVA J. K; et al. **Violência obstétrica no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre incoerências e controvérsias**. Revista de Enfermagem da UFPE online. v.9, n. 12, p. 1345-51, 2015.

SILVA, B. F. M. et al. **Centro de parto normal como estratégia de incentivo ao parto normal: estudo descritivo**. Enfermería Global, n. 14, 2008.

SILVEIRA, R. C. P. O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O CATETER DE HICKMAN: A BUSCA DE EVIDÊNCIAS. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. Disponível em:

SOBRINHO, V.G.; CARVALHO, E.C. **Uma Visão Jurídica Do Exercício Profissional Da Equipe De Enfermagem**. Revista Enfermagem da UERJ, v.12, p.102-8, 2004.

SOUZA, L. M. **A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos**. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Brasília. 2007. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCB_6e7bba6f32b00abf236d664e597d1010>. Acesso em: 04 de outubro de 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, V.8 p.102-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em: 21 de setembro de 2016

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. **A institucionalização da violência contra a mulher no processo de nascimento:** revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE, v. 7, n. 11, p. 6663-6670, 2013.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA **Redes De Atenção À Saúde: A Rede Cegonha/CONSUELO PENHA CASTRO MARQUES. UFMA - São Luís, 2015.**

VARGAS, P. B., et al. **A assistência humanizada no trabalho de parto:** percepção das adolescentes. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental, v. 6, n. 3, 2014.

VICTORA C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no brasil:** progressos e desafios. Lancet online, n. 11, p.60138-4, 2011.

VIELLAS, E. F et al. **Assistência pré-natal no brasil.** Caderno de Saúde Pública, Suplemento, 85

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

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **Uma Revisão Integrativa: Uma Metodologia Atualizada.** Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

ZAMBALDI, C.F; CANTILINO, A; **sourguey, e.b. parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático:** revisão da literatura. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 58, n. 4, p.252-257, 2009.

ZAMPIERI, M. F M.; ERDMANN, A. L. **Cuidado humanizado no pré-natal:** um olhar para além das divergências e convergências. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010.

ANEXOS

Anexo A- PARECER DE PROJETO DE MONOGRAFIA Nº02



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

PARECER

1. **TÍTULO:** VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.
2. **ALUNO (A):** Rayssa Leilane Gomes Feitosa.
3. **ORIENTADOR (A):** Prof^ª. Maria do Carmo Rodrigues Araújo
4. **INTRODUÇÃO:** A aluna destaca os pontos relevantes sobre a temática em questão, contextualizando com a literatura vigente. Foi acrescido o objeto de estudo e o problema de pesquisa conforme sugestão. As referências estão atualizadas.
5. **JUSTIFICATIVA:** Enfatiza a sua motivação pessoal para escolha da temática, contextualizando com a literatura vigente.
6. **OBJETIVOS:** Foram modificados adequando os objetivos específicos ao geral, ficando assim passíveis de serem alcançados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Contém os elementos básicos para alcance dos objetivos, as adequações foram atendidas pela aluna.
8. **CRONOGRAMA:** Atualizado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** faz referência a questão do respeito aos direitos autorais.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Obedece a normatização pela ABNT.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** o projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvido, foram feitos os ajustes: no título, no final da introdução, objetivos, metodologia, cronograma e termo de consentimento, atendendo as recomendações sugeridas. Considerando a relevância do estudo somos de parecer favorável a sua aprovação e desenvolvimento.

São Luís, 27 de janeiro de 2017.

Leana M. Barros Fonseca
Professor relator

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em 27/01/2017
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.

Leana M. Barros Fonseca
Prof.^ª Leana M. Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA

Anexo B-LEI BRASILEIRA Nº 17.097 ESTADUAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

Procedência: Dep. Angela Albino

Natureza: [PL./0482.9/2013](#)

DOE: 20.457, de 19/01/2017

Fonte: ALESC/Coord. Documentação.

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no *caput* deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Art. 5º Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 3º O custo dos cartazes poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Art. 7º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO
Governador do Estado

Exemplos de violência obstétrica que ocorre no período gravídico-puerperal

A lista a seguir relaciona alguns exemplos de tipos mais comuns de violência, com base no panfleto organizado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, (2013) “Violência obstétrica: você sabe o que é? ”.

2.3.1 Pré-natal:

- a) “Eles não explicam nada. Até agora eu não sei como vou saber quando é a hora de ir para a maternidade.” relato da mãe Claudia, Vitória-ES (PARTO PRINCIPIO, 2014).
- b) Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde é realizado o pré-natal
- c) Comentários preconceituosos referente cor, etnia, idade, escolaridade, religião, situação econômica, estado civil, orientação sexual, números de filhos.
- d) Ofender, humilhar ou falar mal a mulher.
- e) Negligenciar o atendimento qualidade
- f) Agendar a cesárea sem respaldo médico baseado evidências científicas
- g) Não informar a gestantes sobre a sua saúde ou desmerecer as dúvidas
- h) Não informar sobre as mudanças e informações básicas do pré-natal

2.3.2 No parto

- a) Recusar admissão no hospital ou maternidade de mulheres em trabalho de parto;
- b) Impedir a entrada de um acompanhante de confiança da parturiente durante o parto seja ele normal ou cesárea;
- c) Utilizar de qualquer procedimento médico sem o consentimento esclarecido da mulher – ela deve saber exatamente a função, os riscos e consequências de tudo o que for feito com seu corpo (inclui-se aplicação de medicamentos via intravenosa, uso de hormônios para acelerar o parto, exames de toque, uso de instrumentos, entre outros);
- d) Usar qualquer tipo de procedimento desnecessário e que cause dor ou desconforto à parturiente, como exames de toques sucessivos por

- diferentes pessoas, privação de alimentos e de água, imobilização de braços e pernas, tricotomia (raspagem dos pelos) entre outros;
- e) Desrespeitar o direito da mulher à privacidade, permitindo a entrada de pessoas não autorizadas na sala de parto, deixando a mulher exposta (manter a porta da sala aberta, por exemplo) ou revelando informações confidenciais para terceiros;
 - f) Negar alívio da dor por meio de anestésicos se a parturiente assim solicitar;
 - g) Impedir que a mulher se movimentasse no trabalho de parto, exigindo que ela fique em decúbito dorsal (deitada de barriga para cima na mesa ginecológica) e não permitir que ela encontre a posição em que ela se sinta mais confortável;
 - h) Utilizar a Manobra de Kristeller
 - i) Episiotomia
 - j) Não cumprimento da lei do acompanhante: Apesar da regulamentação, muitos hospitais e maternidades, públicos e privados, não permitem a entrada do acompanhante, impondo restrições abusivas ou realizando cobranças adicionais para que a mulher possa exercer seu direito garantido. Não houve, até o presente, ação efetiva do poder público para que eles se adequassem às exigências.
 - k) Abortamento: Na outra ponta da violência obstétrica está o atendimento em situações de abortamento: seja a interrupção da gravidez intencional ou natural, as mulheres deparam-se com um tratamento agressivo, negligente, inquisidor, acusatório e penalizante, contrariando a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (Menezes, 2009, apud Victora, 2011).
 - l) Coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia da mulher em situação de abortamento.
 - m) Questionamento à mulher quanto à causa do abortamento (se intencional ou não).

2.3.3 Após o parto:

- a) Afastar o bebê saudável da mãe após o parto, sem nenhuma justificativa, bem como impedir o alojamento do bebê junto com a mãe sem necessidade médica;
- b) Impedir a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido.

APÊNDICE

Apêndice A – Instrumento de coleta de dados

Titulo:	
Números dos Artigos	
Tipos de Violência	Física () Institucional () Sexual () Psicológica ()
Quem Pratica	
Momento em que Ocorre	Pré-Natal () Pré-Parto () Parto () Puerpério ()
Descrição da Violência	