

FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO

**PERCEPÇÃO SOCIAL DE PUÉRPERAS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA**

IZABEL SIMÃO ALVES DA SILVA
MARIA ALICE EZAQUIEL DA SILVA SANTOS
MARIA DE FÁTIMA LOPES FERREIRA PEREIRA
RIVELI DE SOUZA RIBEIRO FERRAZ

Recife
2016

IZABEL SIMÃO ALVES DA SILVA
MARIA ALICE EZAQUIEL DA SILVA SANTOS
MARIA DE FÁTIMA LOPES FERREIRA PEREIRA
RIVELI DE SOUZA RIBEIRO FERRAZ

**PERCEPÇÃO SOCIAL DE PUÉRPERAS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade Integrada de Pernambuco, como requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Valdemir de França Souza

Recife
2016

IZABEL SIMÃO ALVES DA SILVA
MARIA ALICE EZAQUIEL DA SILVA SANTOS
MARIA DE FÁTIMA LOPES FERREIRA PEREIRA
RIVELI DE SOUZA RIBEIRO FERRAZ

**PERCEPÇÃO SOCIAL DE PUÉRPERAS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof. Me. Valdemir de França Souza

Prof^ª. Ma. Karla Romana Ferreira de Souza

Prof^ª. Ma. Andréa Rosane Sousa Silva

Recife
2016

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso será apresentado à banca examinadora descrita, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem e encontra-se em consonância com as exigências de formatação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), estando as mesmas disponíveis nos anexos deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar nossos caminhos e nossas vidas nesta jornada difícil.

Aos nossos familiares por suportarem as ausências com paciência e compreensão para o nosso crescimento profissional.

Aos nossos colegas de turma pelo carinho e amizade durante esse período juntos.

Ao nosso orientador Prof. Me. Valdemir de França Souza e aos demais docentes pela partilha de conhecimentos e experiências de vida.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

RESUMO

A violência institucional obstétrica é uma forma de violência praticada em gestantes em unidades de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo um sério problema de saúde pública nas últimas décadas. Neste sentido, o objetivo do estudo é analisar as evidências científicas acerca da percepção social de puérperas sobre violência obstétrica no trabalho de parto e parto, incluindo os principais aspectos geradores desse tipo de violência. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Revisão Integrativa de Literatura estabelecida por meio de etapas rigorosas, após o cruzamento dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Percepção Social”, “Saúde da Mulher”, “Violência”, “Obstetrícia”, “Trabalho de Parto” e “Parto”. A amostra foi composta por sete artigos. Quanto aos resultados, a assistência à mulher nas maternidades é classificada em todas as pesquisas, diretamente ou indiretamente, como satisfatórias ou insatisfatórias, mediante avaliação das puérperas momentos após o parto ou durante o período puerperal. Dentre as práticas consideradas insatisfatórias estão: o modo desrespeitoso na comunicação entre mulheres e profissionais de saúde, pouca ou nenhuma possibilidade de exercício de poder sobre o próprio corpo, redução da mulher ao seu papel social de mãe, silêncio imposto, xingamentos e ofensas morais, submissão ao profissional de saúde, supressão de sentimentos como medo e ansiedades, momentos de solidão, exame de toque excessivos, aplicação indesejada de ocitocina, realização de manobra de Kristeller, episiotomia e realização indesejada do parto cesariano. Em relação, as boas práticas citadas pelas mulheres são: ser bem acolhida, ter atendimento humanizado, respeito à privacidade e uma boa comunicação com os profissionais de saúde. Desse modo, foram elaboradas áreas delimitadas para construção da discussão: Violência no Pré-natal (pré-parto) e Violência durante o trabalho de parto. O panorama atual revela o despreparo e negligência dos profissionais de saúde durante o pré-natal ao omitir informações suficientes para que a gestantes se tornem empoderadas sobre seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal e desse modo evitar a violência institucional obstétrica. A violência instituída durante o trabalho de parto e parto tem relação com as precariedades econômicas e estruturais que as maternidades enfrentam para atender a demanda diária, a hegemonia do modelo biomédico baseado na agilidade, tecnicismo e patologização do processo natural que é o trabalho de parto e parto, bem como condições subjacentes a aspectos de gênero, classe social, raça/etnia e cultura. Por fim, o estudo resgata a importância de minimizar até anular definitivamente as práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê praticadas por profissionais de saúde durante o ciclo gravídico puerperal. Sendo assim, o enfermeiro, por sua vez, pode ser visto como um elemento chave no processo de (re)modelação na assistência a este binômio.

Descritores: Percepção Social; Saúde da Mulher; Violência; Obstetrícia; Trabalho de Parto; Parto.

ABSTRACT

Obstetric institutional violence is a form of violence practiced in pregnant women in health during the pregnancy-puerperal cycle, being a serious public health problem in the last decades. In this sense, the objective of this study is to analyze as scientific evidence about the social perception of puerperal women on obstetric violence in labor and birth, including the principles that generate this kind of violence. This is a descriptive study, of the type Integrative Review of Literature established through rigorous steps, after the intersection of the descriptors in Health Sciences (DeCS): “Social Perception”; “Women’s Health”; “Violence”; “Obstetrics”; “Labor”, “Obstetric” and “Parturition”. The sample consisted of seven articles. Regarding the results, the assistance to the woman in the maternity wards is classified in all the research, directly or indirectly, as satisfactory or unsatisfactory, by means of evaluation of the puerperal moments after the delivery or during the puerperal period. Among the practices considered unsatisfactory are: disrespectful communication between women and health professionals, little or no possibility of exercising power over the body, reducing women to their social role as mother, imposed silence, oaths and offenses Moral, submission to the health professionals, suppression of Feelings such as Fear and anxiety, moments of loneliness, excessive touch examination, unwanted application of oxytocin, Kristeller maneuver, episiotomy and unwanted delivery of cesarean section. In relation, the good practices cited are the following: being welcomed, having humanized care, respect for privacy and good communication with health professionals. In this way, delimited areas were elaborated to construct discussion: Violence in the Prepartum and Violence during labor. The current panorama reveals the lack of preparation and neglect of health professionals during the prenatal period by omitting enough information that pregnant women become empowered about their rights during the pregnancy-puerperal cycle and thus avoid institutional obstetric violence. The violence instituted during in labor and birth is related to the economic and structural precariousness that maternity faces to meet daily demand, the hegemony of the biomedical model based on the agility, technicality and pathologization of the natural process that is in labor and birth, as well as, conditions underlying gender, social class, race / ethnicity and culture. Finally, the study underscores the importance of minimizing, even definitively, the practices harmful to the health of women and the baby practiced by health professionals during the puerperal pregnancy cycle. Thus, the nurse, in turn, can be seen as a key element in the (re) modeling process in assisting this binomial.

Keywords: Social Perception; Women’s Health; Violence; Obstetrics; Labor, Obstetric; Parturition.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
MÉTODO	12
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	17
Violência no Pré-Natal (Pré-parto)	17
Violência durante o trabalho de parto	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXOS	26
Anexo I - Normas de formatação de trabalho de conclusão de curso da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT)	26

INTRODUÇÃO

O termo violência remete a qualquer ato agressivo que pode se manifestar de forma física, sexual, psicológica, por negligência e/ou privação (Silva, 2007). De modo, complementar, a violência também pode ser entendida como a utilização da força ou do poder, contra si mesmo ou contra outro indivíduo, grupo ou comunidade, tendo a possibilidade ou resultando em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Sacramento, 2006).

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996). Deste modo, este tipo de violência se revela em diferentes cenários, dentre eles a violência praticada em gestantes em unidades de saúde, na qual é denominada violência institucional obstétrica (Silva et al., 2014).

A violência institucional obstétrica é relacionada como uma violência praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto e parto, este fato é atrelado à diversos fatores como: as mulheres desconhecerem o processo fisiológico e práticas de assistência durante o trabalho de parto e parto; e por acreditarem que o médico e/ou a equipe de saúde sejam detentores de conhecimentos e habilidades técnicas naquela situação (Wolff, 2008).

Pesquisas apontam que uma em cada quatro brasileiras que deram luz foram vítimas de violência obstétrica, segundo a pesquisa Nacer no Brasil, coordenada pela Fiocruz. Os fatos envolvem atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência, que vão desde o período pré-natal até durante o parto, e apenas nos últimos anos esse tema está sendo debatido pela comunidade científica juntamente com os profissionais de saúde e sociedade civil (Fiocruz, 2014).

Estabelecendo um apanhado histórico, percebe-se que esses tipos de práticas eram ocultos à sociedade até o séc. XX, na qual emergiram principalmente na década de 90 os primeiros relatos de violência institucional obstétrica ao redor do mundo, à destacar, a divulgação de uma matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades”, na *Ladies Home*

Journal, uma revista norte-americana destinadas a mulheres do lar, na qual descreviam os tratamentos torturantes recebidos pelas parturientes. A partir da propagação da realidade que acometia o ciclo gravídico das mulheres em questão, surgiram diversas tentativas de combate e prevenção desta realidade, dentre elas: no Reino Unido, em 1958, com a criação de uma sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas; posteriormente, em 1958, a publicação de um documento de violações dos direitos humanos contra mulheres durante o parto, pelo Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher, dentre outras iniciativas (Diniz et al., 2015).

No Brasil, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em 1993, e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000 são marcos históricos para promoção dos direitos humanos das mulheres, destacando-os durante o trabalho de parto e parto (Martinelli et al., 2014; Diniz et al., 2015).

A ocorrência de violência obstétrica é um problema recorrente nas práticas da atenção destinada à mulher durante o trabalho de parto e parto e envolve questões sociais como gênero, raça, de classe e institucional. Caracterizam-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013).

Em razão disto, uma forma de combate à prática de violência institucional obstétrica é através de uma assistência pré-natal de qualidade, destinada à mulher durante todo o processo gravídico-puerperal. Esta assistência deveria envolver diversos aspectos que poderiam ser benéficos às gestantes e profissionais de saúde, como compromisso, empatia, respeito e escuta ativa, englobando, dessa forma, a mulher como ser biopsicossocial, com modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais, não devendo ser restrita à apenas aspectos biológicos da gestante (Brasil, 2011).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, à destacar o enfermeiro, responsável pela assistência ao pré-natal de baixo risco nas estratégias de saúde da família, deve orientar as gestantes durante todo processo gravídico através de ações individuais e grupais, atenuando medos e ansiedades, empoderando-as sobre direitos durante o trabalho de parto e parto, dentre

outras ações que tem como principal alvo diminuir as intervenções que caracterizam violência obstétrica nas unidades de saúde e seus potenciais riscos à saúde da mulher e do bebê e promover humanização da assistência tanto em maternidades, como em casas de parto (Guerreiro et al., 2012; Silva et al., 2015).

Sendo assim, uma assistência humanizada refere-se à prestação de uma assistência que prioriza a qualidade do cuidado garantindo respeito aos direitos e sua individualidade, valorizando a autonomia, protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado. É uma forma de transformar o processo de desumanização que se tornou cada vez mais gradativo, em procedimentos que visam a suavizar as dores e temores de pacientes que necessitam de atendimento e cuidados (Brasil, 2006; Nunes, 2012).

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, despertamos o interesse em analisar as evidências científicas acerca da percepção social de puérperas sobre violência obstétrica no trabalho de parto e parto, incluindo os principais aspectos geradores desse tipo de violência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Revisão Integrativa de Literatura estabelecida por meio das seguintes etapas: estabelecimento dos objetivos da revisão e da pergunta norteadora, seleção dos artigos, definição de critérios de inclusão dos artigos, determinação das informações extraídas dos artigos escolhidos, interpretação dos dados e apresentação da revisão (Souza, 2010).

Para responder ao objetivo proposto utilizou-se a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas acerca da percepção social de puérperas sobre violência obstétrica no trabalho de parto e parto.

A busca pelos artigos científicos realizou-se no período de agosto a outubro de 2016, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF) e na Biblioteca Virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), com a utilização dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Percepção Social”, “Saúde da Mulher”, “Violência”, “Obstetrícia”, “Trabalho de Parto” e “Parto”.

Para tanto estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, escritos em língua portuguesa, disponíveis entre os anos de 2010 e 2016, e que estivessem disponíveis online gratuitamente no formato completo. Na pré-seleção, baseada na leitura de títulos e dos resumos, foram elegidos 80 estudos (Quadro 1).

Estratégia	Cruzamentos da busca	LILACS	BDEF	SCIELO
A	Violência x obstetrícia	21	10	15
B	Percepção social x saúde da mulher x violência x obstetrícia	01	X	01
C	Percepção social x saúde da mulher x trabalho de parto x parto	26	05	01
D	Percepção social x saúde da mulher x violência x obstetrícia x trabalho de parto x parto	X	X	X
Total	80	48	15	17

Quadro 1. Descrição dos Cruzamentos de Busca

Após a pré-seleção, excluíram-se as teses, dissertações, monografias, livros, resumos de congressos ou anais, produções duplicadas, os que não respondiam a questão norteadora e/ou que tivesse qualidade metodológica insatisfatória, restando 18 artigos para a análise detalhada, a qual ocorreu mediante leitura criteriosa do texto, verificando a aderência e pertinência ao estudo. A amostra final da presente revisão integrativa foi composta por sete artigos, identificados pelo ano de publicação, base de dados e título (Quadro 2).

Ano de publicação/ Base de dados	Autores	Título
2010 / BDEF	AGUIAR, J. M; OLIVEIRA, A. F. P. L	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias
2010 / BDEF	MILBRATH, V, M;	Vivências Maternas sobre a Assistência recebida no Processo de Parturição

	AMESTOY, S. C; SOARES, D. C; SIQUEIRA, H. C. H.	
2010 / SCIELO	OLIVEIRA, A. S. S; RODRIGUES, D. P; GUEDES, M. V. C; FELIPE, G. F.	Percepção de Mulheres sobre a Vivência do Trabalho de Parto e Parto.
2012 / SCIELO	SANTOS, L. M; PEREIRA, S. S. C.	Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.
2015 / LILACS	CARNEIRO, R.	“Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades.
2015 / LILACS	OLIVEIRA, G. D.	Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres.
2016 / SCIELO	REGIS, J. F. S; RESENDE, V. M.	“Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra

Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados organizados de acordo com ano de publicação/base de dados, autores e título.

RESULTADOS

A assistência à mulher nas maternidades é classificada em todas as pesquisas, diretamente ou indiretamente, como satisfatórias ou insatisfatórias, mediante avaliação das puérperas momentos após o parto ou durante o período puerperal. Dados revelam que o perfil das mulheres participantes das entrevistas tem o número praticamente igualitário no que se refere à classificação quanto ao número de gestações: primaras ou múltíparas, e na sua grande maioria a via de parto prevalente foi o parto vaginal em detrimento ao parto cesariano, tanto para as gestações anteriores quanto para a última gestação (Aguiar, 2010; Milbrath et al., 2010) (Oliveira et al., 2010; Santos, 2012; Carneiro, 2015; Oliveira, 2015; Regis, 2016).

As intervenções insatisfatórias como o desrespeito na comunicação entre mulheres e profissionais de saúde, pouca ou nenhuma possibilidade de exercício de poder sobre o próprio corpo, redução da mulher ao seu papel social de mãe, silêncio imposto, xingamentos e ofensas morais, submissão ao profissional de saúde, supressão de sentimentos como medo e ansiedades e momentos de solidão estão relacionados à experiência de violência obstétrica, destacada por ferirem o âmbito psicológico.

Por outro lado, exame de toque excessivos, aplicação indesejada de ocitocina, realização de manobra de Kristeller, episiotomia e realização indesejada do parto cesariano, marcam a agressividade do que diz respeito ao aspecto biológico na mulher durante o processo parturitivo, sendo incompatíveis com as evidências científicas afins.

Tais condutas são geradas majoritariamente por imposição de autoridade determinada por profissionais de saúde, visto que no ambiente hospitalar são apontados como detentores do conhecimento, e desse modo, atribuem-lhes toda supremacia no processo parturitivo. Sendo assim, pretendo serem ágeis no atendimento, os profissionais de saúde desconsideram a assistência humanizada e integral à mulher e ao bebê, menosprezando-as como protagonistas e dignas de direitos como ser humano.

Em consequência a esta realidade, as mulheres se sentem incapazes, impotentes e reduzidas a objetos, no contexto em que deveriam se tornar personagem principal. Associado a isso, elas também tem perda de integridade biopsicossocial e instabilidade emocional, que podem gerar danos à curto prazo como: complicações no processo parturitivo, estresse

psicológico grave, traumas e até morte por negligência; e à longo prazo, como: o impacto negativo na qualidade de vida das mulheres.

Em contrapartida, as mulheres também reconhecem as boas condutas, pois são geradoras de aspectos positivos no âmbito das maternidades no Brasil, ao serem acolhidas e terem atendimento humanizado, com respeito à sua privacidade e estabelecendo a comunicação e diálogo com os profissionais de saúde, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde com a publicação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Sendo assim, o apoio das equipes de saúde e a disponibilidade em compartilhar o processo de parturição, permite a vivência da emoção do parto, visto que se constitui em um momento singular na vida de uma mulher.

DISCUSSÃO

De posse do instrumental teórico, devidamente selecionado, estabelecemos com o intuito de facilitar o entendimento acerca da nossa pesquisa, categorias de análise que apresentarão de forma organizada, a problemática que nos propomos a discutir. Neste sentido, as categorias de análise delimitadas foram: Violência no Pré-natal (pré-parto) e Violência durante o trabalho de parto.

Violência no Pré-Natal (Pré-parto)

A violência institucional obstétrica no Pré-Natal ou Pré-Parto é entendido como negligenciar atendimento de qualidade à mulher, omitir informações suficientes para que a mesma tome suas decisões, agendamento de cesariana sem indicação clínica e peregrinação no período reprodutivo (Perez, 2015).

A partir da implementação da Portaria Nº 570, de 1º de Junho de 2000, na qual rege sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a realização de no mínimo 06 consultas obrigatórias durante este período é um incentivo governamental que viabiliza a melhoria no acesso das mulheres a um acompanhamento no estado de saúde mãe-bebê. Esta iniciativa se tornou, cada vez mais desafiadora, nos dias atuais, à medida que o despreparo e a negligência dos profissionais de saúde ainda fazem parte desse cenário, renunciando a proposta de assistência de qualidade da mulher e do bebê.

Durante as consultas pré-natais é possível identificar diversos problemas inerentes à falta de bem-estar da mãe e do bebê em concepção e complicações maternas e neonatais futuras, como a violência doméstica, o uso de álcool e/ou drogas por parte da gestante, negação da gestação, dentre outros (Silva et al., 2015). No entanto, a maior parte desses casos não são registrados como agravo à saúde da mulher e da criança, revelando um cenário de sub-registro e invisibilização desta realidade aos órgãos públicos. Este fato é decorrente, primordialmente, da omissão dos profissionais de saúde em abordar as temáticas, bem como, a passividade em mediar estratégias intersetoriais para resolução destes impasses devido medo de retaliação dos agressores e afastamento das gestantes em cuidado, respectivamente.

Outro problema recorrente na assistência à mulher durante o pré-natal é a falta de empoderamento sobre seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal, que faz com que as mulheres se tornem passivas no processo de condução de parturição e desta forma, se tornem mais propensas à violência institucional obstétrica.

Estes direitos, por sua vez, estão estabelecidos nas diretrizes e protocolos de atendimento à gestante, e incluem: acompanhamento do parceiro ou alguém de sua confiança nas consultas pré-natais e durante o trabalho de parto, livre escolha pela via de parto e caso seja normal, escolha de posição que quer parir, além do direito à integridade corporal, não sofrer dano evitável; o direito à condição de pessoa, direito à escolha informada sobre os procedimentos; o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante, prevenção de procedimentos físicos, emocionais ou moralmente penosos; e o direito à equidade, tal como definida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de princípios de igualdade e justiça na assistência à saúde (Brasil, 2012).

Por fim, a peregrinação da mulher em busca de leitos vagos nas maternidades e hospitais do Brasil traduz ainda um impasse na qualidade da assistência pré-natal prestada à este público, visto que, deveriam ser orientadas conforme a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, na qual dispõe sobre o direito da mulher ao conhecimento e a vinculação da maternidade onde receberá assistência no processo parturitivo. Com esta medida, as mulheres evitariam a peregrinação durante o pré-parto e parto, e conseqüentemente eventuais complicações maternas e neonatais.

Violência durante o trabalho de parto

Apesar de recentes esforços para melhorar a qualidade prestada à saúde da mulher e do bebê nas instituições de saúde no Brasil, como a criação e implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 conhecida como Lei do acompanhante, Rede Cegonha, além do guia Boas práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, divulgado desde 1996 pela Organização Mundial da Saúde, a violência institucional obstétrica persistem nos hospitais na maior parte do país e é tema de muitos debates na atualidade.

O guia de Boas práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento desenvolvido em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visa orientar as condutas que devem ou não ser realizadas no processo de parturição. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi projetado para ser um marcador de águas na assistência à mulher e ao bebê no ciclo gravídico-puerperal, anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Cinco anos depois, a regulamentação da Lei do acompanhante garantiu as parturientes o direito à presença de acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. E mais recentemente, em 2011, surge uma estratégia governamental denominado Rede Cegonha com o principal objetivo de promover uma rede de atenção à mulher que garanta acesso, acolhimento e resolutividade. (Santos et al., 2015; Santos, 2015).

Diante desta realidade, fatores complexos podem está envolvidos na continuidade dessa realidade, como as precariedades econômicas e estruturais que as maternidade enfrentam para atender a demanda diária, a hegemonia do modelo biomédico baseado na agilidade, tecnicismo e patologização do processo natural que é o trabalho de parto e parto, bem como condições subjacentes a aspectos de gênero, classe social, raça/etnia e cultura.

A constância da violência institucional obstétrica nas unidades de saúde revelam uma banalização deste tipo de violência, visto que as parturientes aguardam antecipadamente algum tipo de mau-trato na forma de condução do processo de parturição (Perez, 2015). Sendo assim, as mulheres se tornam cativas previamente da coerção e da submissão aos profissionais de saúde por temer à sua saúde e a do bebê em concepção.

Este cenário pode ser identificado na fala de uma puérpera que participou de um estudo em um hospital público em Fortaleza, Ceará: “(...) sai da casa da gente tudo bem direitinho... chega num local desse e é tratada como se fosse um pano de chão, pisado por todo mundo. Eles que sabem tudo ou acham que sabem” (Gomes, 2008). Dessa forma, é relevante resgatar os direitos das mulheres a uma assistência de qualidade, relacionadas a ideias de humanização, integralidade e equidade.

No que se refere aos procedimentos realizados à mulher no processo de parturição percebe que na sua grande maioria ferem os direitos à mulher, como obrigatoriedade de posição horizontalizada, manobras de Kristeller, episiotomia e a utilização de ocitocina como

acelerador do trabalho de parto, pois atribui o poder de decisão aos profissionais de saúde, além de constituir uma forma de violência física à parturiente e ao bebê.

Um estudo realizado pelo Ministério da saúde revela o desrespeito quanto ao direito a se movimentar e ficar em posição que julgar mais confortável, na fala: “Eu falei que queria ter meu parto de cócoras. Ele respondeu que ele não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.” (Brasil, 2014). Diante deste contexto, percebe-se a expropriação do corpo feminino durante o trabalho de parto conduz a um processo de “objetificação” da mulher e a passividade da que deveria ser protagonista do cenário apresentando-lhe autonomia e participação ativa no andamento da concepção de um novo ser.

Considerando essa realidade, muitas mulheres desejando ficar livres de condutas que ameaçam sua integridade física preferem optar pelo parto cesariano por considerarem uma alternativa menos aflitiva e dolorosa seja antecipadamente ou por meio de pedido verbal durante o trabalho de parto. Este fato é decorrente da falta de orientação e empoderamento das mulheres para realização de escolhas no processo parturitivo, incluindo a via de parto.

Paralelamente, as práticas de abandono, negligência, silêncio imposto e ofensas morais pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto trazem consigo estímulos negativos ao mecanismo de enfrentamento materno, pois gera um ambiente desarmônico e de opressão humana, impossibilitando um atendimento digno e favorável ao bem estar do binômio mulher-bebê.

Em razão deste contexto, um estudo realizado com 23 profissionais de saúde em um Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil, se propôs a analisar as justificativas das práticas prejudiciais à mulher durante o trabalho de parto e parto, ficando evidente que as condutas realizadas pelas equipes são pautadas como facilitadoras do trabalho, como “a tricotomia tem que ser feita, até porque depois, na episio, um monte de pêlos atrapalha (...)”; exercício da autoridade do profissional de saúde: “elas não são questionadas, é falado que é necessário e elas concordam, nunca teve nenhuma que disse que não queria” ; e também determinadas pelo profissional de plantão como norteador do processo de trabalho no atendimento das parturientes: “(...) depende dos médicos, cada um tem a sua rotina”, resultado, pois, semelhante ao encontrado em outros estudos (Carvalho et al., 2010; Carvalho et al., 2012; Aguiar, 2013). Essa realidade aponta para a necessidade de estratégias de qualificação profissional visando promover modificações nas condutas dos

profissionais da saúde às mulheres e bebês, a partir de uma visão holística e co-participativa no processo de parturição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa revisão integrativa, percebeu-se que a violência institucional obstétrica continua prevalente nas unidades de saúde de todo o país durante o período pré-parto , trabalho de parto e parto, depreciando a mulher e sua relevância como personagem principal no ciclo gravídico-puerperal.

Dessa forma, o estudo resgata a importância de minimizar até anular definitivamente as práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê praticadas por profissionais de saúde através da criação estratégias para a efetivação de programas e políticas públicas mundiais e nacionais voltadas à assistência integral deste binômio, como o guia de Boas práticas de Atenção ao Parto, Nascimento Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 - Lei do acompanhante e a Rede cegonha.

E neste contexto, o enfermeiro pode ser visto como um elemento chave no processo de (re)modelação na assistência à parturiente e bebê visto que, é membro indissociável da equipe de saúde tendo potencial para sensibilização destes quanto à promoção e implementação de boas práticas, além de possuir virtude para empoderar as mulheres durante todo o trajeto a ser percorrido para o nascimento de seu filho, contribuindo, desse modo, para uma assistência qualificada e humanizada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Interface - Comunic, Saude, Educ, São Paulo, 2010.

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (11):2287-2296, nov, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS. Organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 240 p.: il.: 30 cm, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. São Paulo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

CARNEIRO, R. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, n.20 – aug, pp.91-112, 2015.

CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 46(1):30-7, 2012.

CARVALHO, V. F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, p. 92-98, 2010.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, ‘Convenção Belém do Pará’, São Paulo: KMG, 1996.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Violência Obstétrica, você sabe o que é?. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis, São Paulo, 2013.

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, 25(3): 377-376, 2015.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014.

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

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Rev. Min. Enferm.*;16(3): 315-323, jul./set., 2012.

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

MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição^a. *Esc Anna Nery (impr.)*, 14 (3): 462-467, jul-set de 2010.

NOTAS BREVES. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface – Comunic, Saude, Educ*, 18(48):217-20, 2014.

NUNES, D. C.; SILVA, L. A. M. Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. *Revista Mineira de Ciências da Saúde* ISSN 2176-2244, 2012.

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

OLIVEIRA, G. D. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. *Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde*, abr.-jun.; 9(2), 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.

PÉREZ, B. A. G.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(1):66-77, Jan./Jun. 2015.

REGIS, J. F. S.; RESENDE, V. M. “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. *D.E.L.T.A.*, 31-2, pag. 573-602, 2015.

ROCHA, E. S. et al. Relato de episiotomia como violência obstétrica. *Enciclopédia Biosfera*, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.10, n.19, p. 481, 2014.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, n.24, p.95-104, jul./dez. 2006.

SANTOS, A. L. S. et al. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Rev Enferm UFSM*, 5(3):531-540, Jul./Set, 2015.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [1]: 77-97, 2012.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Macapá*, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.

SILVA, A. A. et al. Violência Obstétrica: Perspectiva da Enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2015.

SILVA, E. P. et al. Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo durante o período pós-parto. *Rev. Saúde Pública* vol.49 São Paulo 2015 Epub 07 de agosto de 2015.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica com condição da violência física doméstica*. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.21, p.93-103, jan/abr 2007.

SILVA, M. G. et al. Violência Obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene.*; 15(4):720-8, jul-ago 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1 Pt 1):102-6, 2010.

WOFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude soc.* vol.17 no.3 São Paulo July/Sept. 2008.

ANEXOS

Anexo I - Normas de formatação de trabalho de conclusão de curso da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT)

1. DA ESTRUTURA DA MONOGRAFIA

a) Elementos pré-textuais:

- Capa (obrigatório)
- Folha de rosto (obrigatório)
- Folha de Aprovação (obrigatório)
- Dedicatória (opcional)
- Agradecimentos (opcional)
- Epígrafe (opcional)
- Resumo na língua vernácula (obrigatório)
- Resumo em língua estrangeira (obrigatório)
- Sumário (obrigatório)

b) Elementos textuais: (todos obrigatórios)

- Introdução
- Desenvolvimento (será dividido em capítulos)
- Conclusão

c) Elementos pós-textuais:

- Referências (obrigatório)
- Glossário (opcional)
- Apêndices (opcional)
- Anexos

2. DA FORMATAÇÃO

- Espaçamento: 1,5 para os elementos textuais; simples para os elementos pré e pós-textuais.
- Margem: Superior: 3cm; Esquerda: 3cm; Direita: 2cm; Inferior: 2cm
- Fonte: Times New Roman
- Tamanho da fonte: 12 para o corpo do texto e 11 para o recuo nas citações diretas com mais de três linhas
- Paginação: fica na margem superior direita. Capa e folha de rosto contam como uma única página, os outros elementos pré-textuais contam normalmente, só que não são enumerados, o número fica omitido. Somente a partir da Introdução, que colocamos o número.
- Recuo do parágrafo: 1,25 cm
- Distância entre os parágrafos: 6pt
- Distância entre o texto e o subcapítulo, e entre este e o texto seguinte: 2 espaços 1,5.

3. DAS REFERÊNCIAS

- Livro com 1 autor:

FAULCSTICH, Enilde L. de J. Como ler, entender e redigir um texto. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

- Livro com até 3 autores:

BARUFFI, Helder; CIMADON, Aristides. A metodologia científica e a ciência do Direito. 2. ed. Dourados: Evangraf, 1997.

- Livros com mais de 3 autores:

LUCKESI, E. (Org.) et alii. Fazer universidade: uma proposta metodológica. São Paulo: Cortez, 1991.

Quando é o mesmo autor, substitui-se o seu nome por um travessão equivalente a seis espaços.

- Livros com volumes

SILVEIRA, Augusto. História da humanidade. 2. ed. São Paulo: Atividade, 1999, v.3.

- Revistas e periódicos

TOURINHO NETO, F. C. Dano ambiental. Consulex, Brasília, DF, ano 1, n.1, p. 18-23, fev. 1997.

- Jornais

LANDIM, P. M. B. Situação dramática. Folha de São Paulo, São Paulo, 9 de jan. 1991. Cidades, p. 8.

- Legislação

BRASIL. Código civil (2002). 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

- Livros escritos por vários autores, mas utilizamos como fonte de pesquisa somente 1 capítulo cuja autoria é de uma só pessoa

PIZARRO, Ana. Palavra, literatura y cultura en las formaciones discursivas coloniales. In: PIZARRO, Ana (Org.) América Latina, Palavra, Literatura e Cultura. Campinas: UNICAMP, 1993.

- Artigos publicados na internet

PLASSAT, Xavier. Trabalho escravo no Brasil, até quando? Disponível em: <www.dhnet.org.br> Acesso em 19 de mar de 2004.

3.1 DO ESPACEJAMENTO NAS REFERÊNCIAS

As Referências devem ser organizadas em ordem alfabética.

- O espaço deve ser 1,5 entre uma referência e outra, e simples dentro de uma mesma referência.

Ex:

ARIOSI, Mariângela. Manual de redação jurídica. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2003.

DAMIÃO, R.T.; HENRIQUES, Antônio. Curso de Português Jurídico. São Paulo: Atlas, 1988.

GARCIA, Othon M. Comunicação em prosa moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.

GNERRE, Maurizio. Linguagem, poder e escrita. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

HERKENHOFF, João Batista. 1000 perguntas: introdução ao Direito. Rio de Janeiro: Thex, 1996.

KOCK, Ingedore Villaça. Argumentação e linguagem. São Paulo: Cortez, 2000.

4. DAS CITAÇÕES

4.1 Citação direta até três linhas: permanece no corpo do texto, entre aspas; colocam-se ano e página entre parênteses.

a) Quando mencionamos o autor:

- Segundo Gnerre (1985, p.4), uma variedade linguística vale o que valem na sociedade os seus falantes, isto é, vale como reflexo do poder e da autoridade que eles têm nas relações econômicas e sociais .

b) Quando não mencionamos o autor:

Podemos afirmar que uma variedade linguística vale o que valem na sociedade os seus falantes, isto é, vale como reflexo do poder e da autoridade que eles têm nas relações econômicas e sociais . (GNERRE, 1985, p.4).

4.2 Citação direta com mais de 3 linhas: fica em recuo de 4cm (espaço simples, fonte 11, sem aspas, sem itálico); colocam-se ano e páginas entre parênteses.

Ex: Entre esses aparelhos, podemos citar os seguintes: a escola, a família, as igrejas, as leis, os meios de comunicação, os partidos políticos dominados pelo capital e outros. Vejamos: a sociedade civil se realiza através de um conjunto de instituições sociais encarregadas de permitir a reprodução ou a reposição das relações sociais- família, escola, igrejas, polícia, partidos políticos [...] etc. Ela é também o lugar onde essas instituições e o conjunto das instituições sociais interpretadas por meio das ideias. (CHAUI, 1988, p. 75).

4.3 Citação indireta: permanece no corpo do texto, sem aspas; coloca-se somente o ano entre parênteses. De acordo com Gnerre (1985), linguagem é espaço para interação social através do qual podemos atuar sobre o outro.