



VIOÊNCIA OBSTÉTRICA NO AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE INCOERÊNCIAS E CONTROVÉRSIAS

OBSTETRIC VIOLENCE WITHIN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: EXPERIENCE REPORT ON INCONSISTENCIES AND CONTROVERSIES

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO: INFORME DE EXPERIENCIA ACERCA DE INCONSISTENCIAS Y CONTROVERSIAS

Jaine Karenny da Silva¹, Magno Conceição das Mercês², Joice Mara Amorim Messias³, Kamila Pereira Guimarães⁴, Lídia Maria Santana Bispo de Jesus⁵

RESUMO

Objetivo: 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. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante as práticas do Estágio Curricular Supervisionado II, por alunos de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado Bahia (Uneb), em abril e maio de 2015, abordando as ações observadas no ambiente hospitalar que se caracterizavam como violência obstétrica. **Resultados:** observaram-se situações de violência obstétrica física, psicológica e institucional, repercutindo em agravos à saúde da mulher. **Conclusão:** 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. **Descritores:** Violência Contra a Mulher; Saúde da Mulher; Enfermagem; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: to report the obstetric violence experienced by undergraduate students at pre-delivery sectors and the obstetric center in a state public hospital in south-western Bahia, Brazil. **Method:** descriptive study, an experience report, conducted during the practices of the Curricular Supervised Internship II, by undergraduate students of Nursing at the Bahia State University (UNEB), in April and May 2015, covering the actions observed within the hospital environment that were characterized as obstetric violence. **Results:** situations of physical, psychological, and institutional obstetric violence were observed, reflecting on health problems for women. **Conclusion:** obstetric violence still occurs and it hurts women's autonomy, especially in a veiled way, in a moment of weakness and lack of family social support. Thus, the insensitivity of professionals during childbirth care is noticed, contradicting the childbirth humanization policies. **Descriptors:** Violence Against Women; Women's Health; Nursing; Humanization of Care.

RESUMEN

Objetivo: reportar la violencia obstétrica experimentada por estudiantes de pregrado en los sectores pre-parto y el centro de obstetricia en un hospital público del estado en el suroeste de Bahía, Brasil. **Método:** estudio descriptivo, un informe de experiencia, realizado durante las prácticas de la Pasantía Curricular Supervisada II, por estudiantes de pregrado de Enfermería de la Universidad del Estado de Bahía (UNEB), en abril y mayo de 2015, que cubre las acciones observadas en el ambiente hospitalario que se caracterizaron como violencia obstétrica. **Resultados:** situaciones de violencia obstétrica física, psicológica e institucional se observaron, repercutiendo en problemas de salud para la mujer. **Conclusión:** la violencia obstétrica se sigue produciendo e hiere la autonomía de las mujeres, sobre todo de una manera velada, en un momento de debilidad y falta de apoyo social de la familia. Por lo tanto, la falta de sensibilidad de los profesionales durante la atención del parto se nota, lo que contradice las políticas de humanización del parto. **Descritores:** Violencia Contra la Mujer; Salud de la Mujer; Enfermería; Humanización de la Atención.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia/Uneb. Guanambi (BA), Brasil. E-mail: jksilva@uneb.br; ²Enfermeiro, Professor Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia/Uneb. Guanambi (BA), Brasil. E-mail: magnomercês@hotmail.com; ^{3,4,5}Alunas de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia/Uneb. Guanambi (BA), Brasil. E-mails: joiceamorim.enfermagem@hotmail.com; kamilaguimaraesenf@hotmail.com; lidiamaria123@yahoo.com

INTRODUÇÃO

Embora a concepção seja caracterizada como um ato fisiológico, em alguns momentos as ações dos profissionais de saúde, por meio de intervenções e técnicas errôneas, infringem o poder de participação e autonomia da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, contradizendo as políticas públicas de humanização e filosofias que defendem a autonomia do indivíduo. Nesse sentido, a mulher passa a ser um objeto de intervenção profissional e não um sujeito de seus próprios atos e decisões. Com isso, os direitos básicos garantidos pelo Ministério da Saúde (MS) como um atendimento humanizado, igualitário e holístico nem sempre são priorizados.¹

Apesar da humanização ser preconizada como parte fundamental na assistência ao parto, algumas práticas ocasionam resultados psicológicos e físicos nocivos à saúde da mulher.² Esse cenário representa uma violência obstétrica, caracterizada pela subordinação das mulheres ao conhecimento profissional, práticas e saberes que buscam controlar a experiência da maternidade e ocorre quando se ultrapassam as evidências científicas para a assistência ao parto, mediante o uso abusivo de tecnologia em desrespeito ao processo fisiológico. Contempla também a violação da liberdade de escolha e desrespeito às dimensões humanas.³

Esse tipo de violação contra a integridade física e emocional tornou-se alvo de grandes discussões científicas devido à significativa ocorrência nas maternidades do país. Entretanto, poucas são as informações disponíveis que abordam a assistência ao parto, contemplando procedimentos e técnicas empregados durante a parturição e o nascimento, não permitindo quantificar minuciosamente a magnitude do problema. Ressalta-se a escassez de estudos que apontem prevalências e fatores associados ao tema, sobretudo no que diz respeito a amostras e métodos robustos.

Pesquisa brasileira conduzida pela Fundação Perseu Abramo, em 2012, sobre o cenário do parto e o nascimento, mostrou que 25% das mulheres que tiveram parto normal referiram ter sofrido algum tipo de tormento ou violência obstétrica.⁴ Tal dado ratifica a escassez de números específicos e claros, uma vez que nessa perspectiva foram apontadas informações apenas de relatos não formais, devido à inexistência de notificações oficiais dos casos.

Além desse fato, com base nas pesquisas que revelam elevado número de cesarianas e

distocias ocorridas nos partos vaginais, pode-se dizer que a atenção obstétrica no país tem caráter intervencionista com abordagem tecnocrata. Em 2013, o total aproximado de partos no Brasil foi de 2.904.027, dos quais 1.253.726 foram partos vaginais e 1.644.557, cesarianas.⁵

Embora a mulher tenha direito a optar pela via de parto, receber cuidados integrais durante a parturição e ter o apoio de um acompanhante de sua escolha, em geral esse cenário ocorre de maneira controversa, sendo recorrentes os casos de maus-tratos verbais e manobras que resultam em violência contra a mulher.

Entre as várias situações de violência, a maior incidência no ambiente hospitalar é a obstétrica, que representa uma agressão contra a saúde sexual, mental e reprodutiva da mulher, podendo ser causada por profissionais de saúde que atuam em setores públicos e privados. Essas ações provocam sentimentos de inferioridade, humilhação e abandono no momento da necessidade.²

As violências obstétricas mais comuns são de caráter psicológico, sexual, institucional e física. Entre estas a mais recorrente relaciona-se ao destrato psicológico dos profissionais de saúde, manifesto por negligência à assistência, tratamento grosseiro, repressão, bramidos e humilhação intencional.¹

A violência sexual é comumente relatada e ocorre quando não são respeitadas a intimidade, o pudor da mulher ou manipulação das partes íntimas do corpo de forma desnecessária, como exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, imposição da posição supina e exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento.²

A violência institucional é exercida pelas organizações hospitalares públicas ou privadas por ação abusiva, omissão de informações e assistência, de forma a impor normas infundadas ou exigências desnecessárias. Ocorre, basicamente, no seio de relações desiguais de poder entre profissional de saúde e paciente.¹

Os exemplos mais comuns da violência institucional que ocorrem na sala de parto ou no centro obstétrico são a ausência de estímulo do contato precoce do recém-nascido com a mãe e a carência de amamentação. Esse cenário ocorre com frequência, apesar das recomendações do MS sobre o incentivo ao aleitamento materno e os benefícios de tal prática. Muitos hospitais não consideram o desejo da mãe em amamentar o bebê ao nascer, mesmo não havendo restrição clínica

para isso. Nos partos cesáreos esse estímulo decresce, uma vez que há aumento da prática do aleitamento artificial.⁴

Outro exemplo dessa violência se dá pela ausência do acompanhante durante o parto. Apesar do respaldo da Lei n. 11.108/2005, que garante a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, algumas unidades de saúde não têm estrutura física que permita implementá-la, inibindo a presença do acompanhante no momento do parto.⁶

A violência física ocorre quando são provocadas diretamente lesões, dor ou desconforto à mulher, sem recomendação baseada em evidências científicas que justifiquem tal prática.⁷ Os dois exemplos mais comuns são a episiotomia e a manobra de Kristeller.

A episiotomia é um procedimento para aumentar o canal vaginal durante o parto, prática que deve ser adotada pelos profissionais de maneira adequada e discriminada, promovendo a proteção da mulher e da criança, bem como a redução das lacerações perineais.² Contudo, alguns profissionais ainda a praticam sem o consentimento da mulher, não havendo quaisquer informações sobre as reais indicações e suas complicações, como: estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula vaginal, aumento da perda sanguínea, dor, edema, infecção, lacerações, deiscência e disfunção sexual.⁴

A manobra de Kristeller é realizada quando uma pessoa se posiciona sobre a barriga da mulher ou comprime seu ventre com o peso do corpo, usando mãos, braço ou antebraço para pressionar a parturiente e auxiliar a expulsão fetal.⁸

Além desses procedimentos que violam a saúde materno-fetal, a carência de uso de terapias farmacológicas para alívio da dor e práticas que permitam à mulher melhor evolução na dilatação e no trabalho de parto, como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e movimentação, são imperceptíveis.⁷

Outras práticas ainda podem ser usadas no trabalho de parto, como o respeito à escolha do acompanhante, além de esclarecimento das dúvidas, o monitoramento fetal intermitente, a liberdade de posição e movimento e o partograma.⁹

Estudo realizado em 2011 no Brasil, com 10.342 mulheres, sobre o uso das boas práticas durante o trabalho de parto, mostrou que na Região Nordeste 16,6% se alimentaram durante o trabalho de parto; 39,1% tiveram liberdade de movimentação; em 19,1% foram adotados métodos não farmacológicos para

alívio da dor; em 30,4% das mulheres o progresso do trabalho de parto foi monitorado por partograma. Quanto às manobras e aos procedimentos invasivos, em 40,6% dos partos foi empregada a manobra de Kristeller e em 52,5% a episiotomia.⁷

Esses dados refletem como a violência obstétrica é um importante problema de saúde pública com alta prevalência, apesar da carência de notificação formal no sistema de saúde nacional, pois sua incidência ocorre ainda de maneira velada, razão pela qual discuti-la se torna imprescindível para a formação humana do profissional.

A mulher precisa receber informações sobre o processo de concepção, para ser um sujeito ativo, impedindo que os profissionais violem seu direito de escolha e participação. É preciso mudar o pensamento errôneo arraigado na maneira tradicional de fazer e ver o parto.

As marcas causadas pela violência vão além de uma cicatriz cirúrgica; provocam sentimentos que permeiam a lembrança de um momento de plenitude e realização, violado pela insensibilidade daqueles que deveriam facilitar o processo de assistência integral à mulher. Por essas razões, o objetivo deste estudo é:

- 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.

MÉTODO

Estudo qualitativo e descritivo, tipo relato de experiência, vivenciado por discentes do curso de de Enfermagem no 10º semestre da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), da disciplina Estágio Curricular Supervisionado II.

Os relatos focaram situações caracterizadas como violência obstétrica institucional, psicológica e física, ocorridas nos setores de pré-parto e centro obstétrico de um hospital público estadual, localizado no sudoeste baiano, em abril e maio de 2015, com um total de 17 partos, 9 dos quais vaginais e 8 cesáreos, durante 9 dias em ambos os setores.

Tal componente curricular da universidade visa a possibilitar aos discentes vivências e situações práticas do cuidado, buscando associar teoria e prática, a fim de estimular a criticidade e o posterior desenvolvimento de estratégias resolutivas para ampliar medidas transformadoras da realidade. Nesse ínterim, buscou-se a responsabilidade de acolher as gestantes e seus acompanhantes esclarecendo dúvidas e anseios, oferecer assistência

integral, do pré-parto ao pós-parto, incluindo todas as etapas da sistematização da assistência à enfermagem (anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento e prescrição de enfermagem, (re)avaliação de enfermagem), interpretação de exames laboratoriais, ausculta de batimentos cardíaco-fetais e administração de medicamentos conforme prescrição médica.

Ao entender que a universidade tem um papel importante nesse processo, os acadêmicos e docentes da disciplina Estágio Curricular Supervisionado II buscaram uma atualização sobre esse tema em dois momentos, a fim de contemplar todos os profissionais da unidade de saúde daquele setor. A escala foi elaborada em parceria com a coordenação de enfermagem do setor, com participação da maioria dos profissionais de enfermagem.

A contextualização do estudo foi feita partindo da leitura de artigos e documentos do MS que discutiam os temas abordados, consultados na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que integra a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine) em junho de 2015, adotando os descritores “violência contra a mulher”, “saúde da mulher” e “violência obstétrica”.

Buscaram-se artigos e documentos públicos de atenção à saúde que abordassem o conceito e os tipos de violência obstétrica, a assistência ao parto humanizado e sentimentos das parturientes durante o trabalho de parto, e atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser documento público nacional e/ou artigo original com textos completos em língua portuguesa disponíveis *on-line*, estar na base de dados BVS, e a amostra foi constituída por 12 artigos e 6 documentos públicos de saúde.

RESULTADOS

Na instituição em estudo foram observadas algumas situações de violências obstétricas, a saber: 1) psicológicas; 2) físicas; e 3) institucionais.

Diante do exposto, a primeira violência contra a mulher inicia-se ainda na sala de pré-parto, durante o próprio trabalho de parto e é caracterizada pela violência psicológica. Verificou-se insensibilidade da maioria dos profissionais da unidade hospitalar na assistência à parturiente com dor, sendo a mulher abordada de forma grosseira e impositiva, para que ela não verbalize a dor sentida por meio de “grito”, a fim de não

incomodar o profissional e as demais mulheres.

Nessa vivência, foram presenciadas situações em que as falas constituíram um típico caso de violência obstétrica psicológica:

Se você gritar e isso ajudar, “mãezinha”, eu também vou gritar.

É inevitável não falar: na hora de fazer ninguém grita.

Algumas delas eram rotuladas pela sua reação à dor como “escandalosa e que gosta de chamar atenção”.

Nesse contexto, com frequência as mulheres se calavam, mesmo com dor, por medo de sofrer mais ou ser “esquecidas” pelos profissionais quando estivessem em trabalho de parto. Assim, mantinham-se caladas, buscando não “fazer escândalo”, para garantir assistência.

A violência obstétrica física foi a segunda percebida, e as mais comuns foram as caracterizadas pelo uso inadequado da manobra de Kristeller e da episiotomia. Não foi visto o uso do partograma, um importante instrumento para avaliar a evolução do trabalho de parto. A alegação para seu não preenchimento, em algumas falas, foi “Não é necessário”, uma vez que “Todas as informações já estão escritas no prontuário” da mulher.

Infere-se que o desuso deva-se ao desconhecimento de como preenchê-lo de modo correto, uma vez que alguns profissionais alegaram nunca ter preenchido um partograma e não ter aprendido a fazê-lo na graduação.

A manobra de Kristeller se fez presente na maioria dos partos em que a expulsão e a evolução da parturição se davam de forma lenta, por uma condição fisiológica ou por se tratar de primeira gestação. Recorreu-se a essa manobra dada a pressa em “finalizar” o procedimento, considerando o grande fluxo de cirurgias a ser realizadas e a falta de preparo de alguns profissionais.

Além disso, a episiotomia foi outro procedimento dispensável comumente adotado para agredir fisicamente as mulheres em situação de fragilidade. Essa técnica é empregada com regularidade na unidade hospitalar por médicos e enfermeiros obstetras, sem uso de analgesia, expondo a mulher a um procedimento doloroso, que pode levar a complicações, em partos futuros, além do risco de infecções.

As falas que marcaram a observação descrevem expressões que tipificam casos de violência obstétrica física e, em consequência, psicológica: “Doutor, o que

está acontecendo?”. Nessa situação, a resposta obtida pela puérpera foi *“Só estou dando uns ‘pontinhos’, tá acabando”*. Em outro momento, depois da episiotomia, o profissional comentou *“Ela é parente de cirurgião plástico, depois ele dá jeito”*.

Fica claro que os profissionais mostram-se indiferentes à dor do outro, e a visão holística nem sempre está presente. No momento em que tais técnicas se tornam rotinas e não situações esporádicas, evidencia-se que o corpo da mulher é percebido como passível de manipulação e não como um ser humano dotado de autonomia e liberdade de escolha, que naquele momento necessita de cuidados respeitosos e individualizados.

A violência institucional foi a terceira analisada e ocorreu pela falta de incentivo ao aleitamento materno precoce, pela ausência do acompanhante no pré-parto e no centro obstétrico e pela omissão de informações sobre o processo do trabalho do parto.

Em boas condições clínicas, o contato pele a pele e a amamentação imediatamente após o nascimento são um importante método que proporciona benefícios ao recém-nascido e fortalece o vínculo mãe-filho. Todavia, não se notou implementação precoce de tais práticas, extremamente relevantes para o desenvolvimento da criança e a saúde da mulher.

Mesmo preconizado pelo MS, o direito de escolha do acompanhante mostrou-se uma realidade diferente nesses setores, pois, por imposição da unidade de saúde, o acompanhante deve ser do sexo feminino. O motivo apresentado pela equipe de saúde é que a presença do esposo tiraria a privacidade das demais mulheres, pois a enfermagem de pré-parto é conjunta e nesta estão outras gestantes; já no centro obstétrico sobrecarregaria as pessoas nesse ambiente.

Essas mulheres não foram informadas previamente, pelos profissionais de saúde, das possíveis complicações e quais procedimentos poderiam ser necessários para resolver cada caso, o que poderia ser um fator que influenciou no medo e no estresse da mulher no trabalho de parto.

Tal tipo de violência foi reproduzida pela hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia em relação ao que só pertence a ela: seu corpo.

DISCUSSÃO

O parto é um processo fisiológico que se inicia e evolui por conta própria, podendo ocorrer de maneira confortável, segura e sem

intervenção. Nessa perspectiva, o cuidado obstétrico baseado em evidências é aquele que oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções desnecessárias.¹⁰

Assim, ao analisar as observações feitas durante o relato, observam-se insensibilidade e despreparo na prática de alguns profissionais que auxiliam o trabalho de parto. Entende-se como violência obstétrica, durante o parto, todo tratamento desumanizado em que haja abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e de capacidade da parturiente em decidir livremente sobre seu corpo e gerando impactos negativos na sua qualidade de vida.¹⁰

Enfatiza-se que os comentários da equipe de saúde, anteriormente relatados, são rejeitados pela obstetrícia, pois geram desconforto e desrespeito à integridade física e mental da mulher. Além de proporcionar sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, ludíbrio, alienação e perda da integridade, da dignidade e do prestígio.¹¹

A manobra de Kristeller foi usada para promover a descida do feto pelo canal vaginal, embora ainda não haja dados científicos fundamentados que a justifiquem como uma prática segura, sendo, assim, contraindicada.¹² Além de dor e do sofrimento, há complicações para a mulher, como o rompimento do fígado e danos para o recém-nascido, como fraturas.¹⁰

A episiotomia incorporou-se à rotina da assistência ao parto desde o início do século XX com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de posterior incontinência urinária e fecal e proteger o neonato do trauma do parto.¹²

A escolha dessa técnica deve ser rigorosa, pois, quando rotineira, aumenta os riscos de complicações intra e pós-parto, como laceração perineal de 3º e 4º graus, risco de infecção e hemorragia, sem diminuir, a longo prazo, as complicações de dor e incontinência urinária e fecal.^{12,13}

No que respeita os atos de violência obstétrica institucional, foram identificados: o impedimento ou a dificuldade para permitir o contato da genitora com seu recém-nascido, logo depois do parto, bem como a ausência de amamentação e de acompanhante na sala de parto, a instituição justificada pelo espaço físico limitado do centro obstétrico.

A mulher tem um direito limitado quanto à escolha de seu acompanhante, o que impede

seu companheiro de participar desse processo. A justificativa institucional para essa proibição é pautada na prerrogativa de uma enfermagem feminina coletiva, cujas pacientes se sentiriam constrangidas pela presença masculina. Assim, se essa gestante não tiver um familiar do sexo feminino, fica sem acompanhante.

Os profissionais não estimularam o primeiro contato e a amamentação na primeira hora de vida, apesar das evidências científicas que mostram que o aleitamento materno reduz em 22% a taxa de mortalidade neonatal por infecções. Essa diminuição dos índices de óbitos ocorre porque o colostro atua como protetor por estar relacionado a vários mecanismos, como a colonização intestinal por bactérias específicas encontradas no leite materno e a capacidade do leite materno produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido.¹⁴

A falta de informação das mulheres sobre o assunto foi outro fator observado. Embora o Brasil tenha atingido uma elevada cobertura na assistência pré-natal e a taxa de parto hospitalar tenha sido maior que 98% em 2010, observa-se que essas mulheres poderiam ser mais instruídas desde o início do pré-natal, ainda na Estratégia Saúde da Família (ESF), para ter um embasamento maior em relação ao parto e, principalmente, no que respeita aos atos de violência obstétrica. A carência dessas informações adicionais no ambiente hospitalar agrava esse perfil.¹²

Propostas de inversão nesse cenário real são pautadas na educação desde a construção da identidade profissional. Assim, as mudanças pedagógicas nos currículos são estratégias significativas para o enfrentamento da violência nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos profissionais, ainda muito centradas no enfoque biomédico.

É primordial propiciar espaços para atualizações, reflexões e apoio aos profissionais, a fim de que se sintam aptos e seguros para trabalhar com a questão, pois discutir na graduação noções de gênero, direitos reprodutivos e humanos é fundamental para nortear os posicionamentos e as práticas dos futuros profissionais.¹⁵

Evidencia-se que o Brasil tem se empenhado na elaboração de políticas públicas que visem à humanização e a qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Entretanto, pode-se perceber que as condutas humanizadas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas políticas brasileiras implementadas, em relação aos

cuidados com o trabalho de parto, não estão sendo consideradas.¹⁵

Percebe-se na prática a persistência do modelo tradicional, no qual as mulheres são submetidas às rotinas hospitalares, desapropriadas de sua autonomia no processo de parturição e expostas a práticas sem evidências científicas que apoiem seu uso, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais à saúde materna e infantil.¹⁶⁻¹⁸

CONCLUSÃO

Ficou caracterizado que as mulheres atendidas nessa instituição de saúde hospitalar foram expostas às violências psicológica, física e institucional, e que a maioria dos profissionais de saúde mostrou-se insensíveis à dor antes, durante e depois do parto. Portanto, fica clara a necessidade de investir na educação em saúde, fornecendo a essas mulheres instruções com maior riqueza de detalhes desde o início do pré-natal, por meio da ESF, para que tenham embasamento sólido em relação à concepção do parto, possam expor sua autonomia na cobrança de seus direitos e reduzam sua insegurança, pois as atitudes passivas contribuem para a subnotificação do problema, mesmo que informalmente.

Conhecer a fragilidade dos profissionais em tratar esse tema é importante, pois facilita a compreensão do cenário real de algumas situações de descaso com a assistência. É necessário preencher as lacunas no Ensino Superior, investindo em educação permanente para os profissionais de maneira impactante, a fim de trabalhar o respeito mútuo por meio da empatia na relação profissional e paciente. Essa medida de capacitação recorrente pode auxiliar na redução dos índices de violência obstétrica. Além disso, reconhecer esses aspectos como violência obstétrica, entendê-la como um crime contra a saúde da mulher e, por consequência, do recém-nascido, permitirá que tal violência seja prevenida, punida e erradicada.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar JM, D'Oliveira AFL. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2011 Jan-Mar [cited 2015 June 6];15(36):79-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>.
2. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Dossiê da violência obstétrica: "parirás com dor" [document on the internet]. 2012 [cited 2015 Aug 10]. Available from:

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

3. Pulhez MM. Parem a violência obstétrica! *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 June 4];12(35):522-37. Available from: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezRes%20Copy.pdf>.

4. Brasil. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos Humaniza SUS).

5. Brasil. DataSUS [document on the internet]. 2015 [cited 2015 June 5]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>.

6. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2014 Apr-June [cited 2015 May 10];23(2):270-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00270.pdf.

7. Leal MC, Gama SGN, editors. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

8. Strapasson MR, Nedel MNB. A institucionalização da violência contra a mulher no processo de nascimento: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line* [serial on the internet]. 2013 Nov [cited 2015 June 3];7(Spec):6663-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4086/pdf_4036.

9. Organização Mundial da Saúde. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: WHO; 1996.

10. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev RENE* [serial on the internet]. 2014 July-Aug [cited 2015 June 10];15(4):720-8. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514>.

11. São Paulo (Estado). Violência obstétrica, você sabe o que é? [document on the internet]. 2013 Nov [cited 2015 June 6]. Available from: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>.

12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2014 [cited 2015 June 7];30(Suppl 1):S1-S31. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>.

13. Rocha ES, Sousa K, Paula NI, Veronesi CL, Borges Júnior OS, Oliveira MR, et al. Relato de episiotomia como violência obstétrica. *Enciclopédia Biosfera* [serial on the internet]. 2014 [cited 2015 June 11];10(19):481-7. Available from: www.conhecer.org.br/enciclop/seminario/relato.pdf.

14. Oddy WH. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra a mortalidade neonatal. *J Pediatr* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 June 8];89(2):109-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/v89n2a01.pdf>.

15. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc* [serial on the internet]. 2011 [cited 2012 June 10];20(1):124-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>.

16. Fujita JALM, Shimo AKK. Parto humanizado: experiências no Sistema Único de Saúde. *REME Rev Min Enferm* [serial on the internet]. 2014 [cited 2015 June 10];18(4):1006-10. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/979>.

17. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Rev Latinoam Bioét* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 June 10];1(7):25-34. Available from: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf.

18. Sánchez RW. Actitud del ginecólogo ante las disfunciones sexuales femeninas. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 June 9];72(1):1-3. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n1/art01.pdf>.

Submissão: 26/06/2015

Aceito: 25/06/2015

Publicado: 01/12/2015

Corresponding Address

Jaine Karenly da Silva
Universidade do Estado da Bahia
Departamento de Educação
Av. Universitária Vanessa Cardoso e Cardoso,
s/n
Bairro Ipanema
CEP 46430-000 – Guanambi (BA), Brazil