

Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste-RJ*Women's knowledge about obstetric violence in a Basic Health Unit in the West Zone-RJ**Conocimientos de mujeres sobre violencia obstétrica en una Unidad Básica de Salud de la Zona Oeste-RJ***Juliana Gonçalves de Souza¹**

ORCID: 0000-0003-2191-121X

Marcelle Figueira Bernardo Dias Azevedo¹

ORCID: 0000-0002-3568-4006

Maria Regina Bernardo da Silva¹

ORCID: 0000-0002-3620-3091

Daniel Ribeiro Soares Souza¹

ORCID: 0000-0002-9170-6193

Halene Cristina Dias de Armada e Silva²

ORCID: 0000-0001-7427-781X

Adriana Loureiro da Cunha¹

ORCID: 0000-0002-6971-4357

Lígia D'Arc Silva Rocha Prado¹

ORCID: 0000-0001-9690-9953

¹Universidade Castelo Branco. Rio de Janeiro, Brasil.²Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.**Como citar este artigo:**

Souza JG, Azevedo MFBD, Silva MRB, Souza DRS, Silva HCDA, Cunha AL, Prado LDSR. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste-RJ. Glob Acad Nurs. 2021;2(1):e76.
<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200076>

Autor correspondente:

Maria Regina Bernardo da Silva
E-mail: m.regina2000@uol.com.br

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 08-01-2021

Aprovação: 14-01-2021

Resumo

Objetivou-se relatar o conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde em relação à violência obstétrica. Estudo exploratório qualitativo com 11 mulheres, em uma Unidade Básica no RJ, com parecer SMS RJ nº 3.087.870. Observou-se que as mulheres compreendem pouco os atos violentos e invasivos e que as mesmas têm dificuldades de definir o que é a violência obstétrica sofrida durante o parto, algumas delas relatam que a violência sofrida se faz necessária pois em alguns momentos a vida delas e do bebê são colocadas em risco. Relataram vulnerabilidades durante o trabalho de parto, se sentem omissas e relatam medo, estão em um momento frágil precisando de apoio. E os procedimentos técnicos mais citados caracterizadores de violência obstétrica, utilizados são: Exame de Toque Recorrente, Episiotomia, Manobra de Kristeller, Tricotomia, proibição de deambulação e uso de ocitocina. Conclui-se, que, muitas destas ações de violências, não são compreendidas pelas mulheres como violência obstétrica, pois a violência institucional é invisível ou é aceita socialmente como natural, porque é justificada como “práticas necessárias ao bem-estar das próprias mulheres” observou-se que poucas mulheres mostraram conhecimento em relação a violência obstétrica e fragilidade na autonomia feminina, como desejar que seu parto seja realizado.

Descritores: Violência Obstétrica; Puérperas; Profissionais de Saúde; Conhecimento de Puérperas; Parto Obstétrico.

Abstract

The aim was to report the knowledge of women from a Basic Health Unit in relation to obstetric violence. Qualitative exploratory study with 11 women, in a Basic Unit in RJ, with SMS RJ No. 3,087,870. It was observed that women understand little the violent and invasive acts and that they have difficulties to define what is the obstetric violence suffered during childbirth, some of them report that the violence suffered is necessary because in some moments their lives and of the baby are put at risk. They reported vulnerabilities during labor, feel silent and report fear, are in a fragile moment in need of support. And the most cited technical procedures that characterize obstetric violence, used are: Recurrent Touch Exam, Episiotomy, Kristeller's Maneuver, Trichotomy, prohibition of ambulation and use of oxytocin. It is concluded that, many of these violence actions, are not understood by women as obstetric violence, because institutional violence is invisible or is socially accepted as natural, because it is justified as “practices necessary for the well-being of women” observed few women showed knowledge about obstetric violence and fragility in female autonomy, as they want their childbirth to be performed.

Descriptors: Obstetric Violence; Postpartum Women; Health Professionals; Knowledge of Recent Mothers; Obstetric Delivery.

Resumen

El objetivo fue reportar los conocimientos de las mujeres de una Unidad Básica de Salud en relación a la violencia obstétrica. Estudio exploratorio cualitativo con 11 mujeres, en una Unidad Básica en RJ, con SMS RJ No. 3.087.870. Se observó que las mujeres entienden poco los actos violentos e invasivos y que tienen dificultades para definir cuál es la violencia obstétrica sufrida durante el parto, algunas de ellas relatan que la violencia sufrida es necesaria porque en algunos momentos se pone su vida y la del bebé. en riesgo. Informaron vulnerabilidades durante el trabajo de parto, se sienten en silencio y reportan miedo, se encuentran en un momento frágil y necesitan apoyo. Y los procedimientos técnicos más citados que caracterizan la violencia obstétrica, utilizados son: Examen de Toque Recurrente, Episiotomía, Maniobra de Kristeller, Tricotomía, prohibición de la deambulación y uso de oxitocina. Se concluye que, muchas de estas acciones de violencia, no son entendidas por las mujeres como violencia obstétrica, porque la violencia institucional es invisible o es socialmente aceptada como natural, porque se justifica como “prácticas necesarias para el bienestar de la mujer” observaron pocas las mujeres mostraron conocimientos sobre violencia obstétrica y fragilidad en la autonomía femenina, ya que quieren que se realice su parto.

Descritores: Violencia Obstétrica; Puérperas; Profesionales de la Salud; Conocimiento de las Puérperas; Parto Obstétrico.



Introdução

A partir de 1990, emergiu, mundialmente, um movimento contrário à medicalização do parto, liderado por mulheres insatisfeitas com o cuidado obstétrico ou por profissionais com dificuldade para prestar um cuidado humanizado. Com a popularização da Internet ampliou-se o número de organizações não governamentais (ONGs), todos em defesa do parto normal e da amamentação prolongada. Intensificaram-se também os movimentos sociais e as mulheres foram às ruas reivindicando parto humanizado, parteiros, casas de parto e o direito à presença do acompanhante¹.

Entretanto, apesar de todo esse movimento, observa-se que muitos obstáculos dificultam os avanços na assistência ao parto, como: a manutenção da medicalização do parto, o uso abusivo de tecnologias, o financiamento insuficiente, a deficiente regulação do sistema, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a permanência de taxas elevadas de morbimortalidades materna e perinatal e a indiferença à presença de tratamentos hostis contra as mulheres, em hospitais públicos e privados de todo o país².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prefere utilizar o termo tratamento hostil, agressivo ou desrespeitoso ao se referir à violência obstétrica, sendo ainda necessário definir as suas diferentes facetas para elucidar melhor esse conceito. Mas o que esta investigação detectou é que, embora metaforicamente maquiadas, condutas autoritárias e o uso de palavras depreciativas, assim como ameaças e repreensões contra as parturientes, são comuns no cotidiano de assistência nas maternidades³.

Os profissionais de saúde tendem a confundir o exercício da autoridade com um contexto difícil de trabalho. A dificuldade de ter um anestesista disponível, por exemplo, pode levar o profissional de saúde a desconsiderar a dor referida pela mulher, não oferecendo métodos de alívio, por considerá-la inerente ao parto³.

Apesar da existência de humanização ainda se observa a violência obstétrica no dia a dia das mulheres enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo, realizado apenas com as que não tem condição de fazer o mesmo tipo de parto, que na visão do médico obstetra é mais fácil a cesariana, pois a mulher não entra em trabalho de parto e menos indolor pois ela não precisa sentir as dores da contração.

As perspectivas dos participantes sobre a violência no parto, nos discursos de profissionais de enfermagem é revelada de diferentes formas, é nítida a indignação por parte de profissionais de enfermagem sobre a atuação de médicos e de próprios colegas de trabalho na sala de parto, onde é possível observar o descaso com a dor e os sentimentos da paciente, há violação da intimidade através de frases de cunho preconceituosas e discriminatórias e a utilização de recursos desnecessários que expõe o bebê e a mãe aos mais diferentes riscos².

O que motivou a escolha desse tema foram os casos de violência sofridos por familiares e amigos durante o trabalho de parto, presenciados de perto como acompanhante e o descaso no atendimento prestado e a

percepção da falta de conhecimento das mulheres e dos próprios profissionais de saúde em relação à violência obstétrica.

Portanto o problema de pesquisa é: Qual o conhecimento das mulheres de uma Unidade Básica de Saúde sobre violência obstétrica?

O objetivo da pesquisa é relatar o conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde em relação à violência obstétrica, identificar se as mulheres entrevistadas consideram ter sofrido algum ato de violência durante o trabalho de parto e reconhecer a relevância do atendimento humanizado durante o trabalho de parto.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, com uma abordagem qualitativa. O método qualitativo foi escolhido por sua aplicabilidade em estudos das relações, história, percepções, crenças e opiniões, resultados de interpretações que o homem faz de seu próprio modo de vida, suas construções, seus pensamentos e sentimentos. Configurados nas investigações de grupos e segmentos delimitados⁴.

E o cenário foi em um Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado na Zona Oeste no bairro Campo Grande na cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos de pesquisa foram mulheres com bebês até 12 meses de vida, para avaliar se as mesmas sofreram violência obstétrica.

Os critérios de inclusão foram: mulheres, independente da faixa etária; número de filhos; local de parto privado ou público; e que tiveram partos até doze meses atrás no período da entrevista. E exclusão mulheres que não concordaram em participar ou as que não estiverem presentes no período da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de maio a junho de 2019, foram feitas onze (11) entrevistas algumas mulheres abordadas em torno de nove (09) se recusaram a responder. E a análise de dados feitas foi segundo Bardin⁵.

Na análise de dados a etapa seguinte foi o estabelecimento das categorias criadas, a partir do agrupamento das unidades de registros, assegurando a parte final da análise. As categorias destacadas para este estudo foram: percepção sobre a violência durante a assistência recebida; sentimentos vivenciados pelas mulheres durante a internação para o parto e tipos de violências identificados.

Na segunda etapa, foram escolhidas as unidades de codificação.

E na terceira e última etapa foram feitas a integração das categorias em temas maiores. Vale destacar que essa é uma apresentação didática do tratamento dos dados, que o mesmo aconteça num processo contínuo e simultâneo, com passos estruturados e complementares entre si, com o intuito de conhecer a realidade tal como se apresenta aos olhos da pesquisadora tendo como base o referencial teórico.

A pesquisa foi feita após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer n.º 3.087.870 da SMS/RJ.



Resultados e Discussão

Para realização desta pesquisa, as participantes têm sua identificação preservada e das quais em número real de onze (11) puerperas, com bebês até 12 meses de vida.

Quadro 1. Perfil socioeconômico das mulheres de um Centro Médico de Saúde na Zona Oeste. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA	Nº DE GESTAÇÕES	Nº DE FILHOS	PARTO	ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL	MATERNIDADE
ANTÚRIO	23	S	2º GRAU INCOMPLETO	1 SALÁRIO	2	2	N	MÉDICO	PÚBLICO
BEGÔNIA	22	S	2º GRAU COMPLETO	1 SALÁRIO	2	2	N	MÉDICO	PÚBLICO
CALÊNDULA	21	S	2º GRAU INCOMPLETO	1 SALÁRIO	1	1	N	MÉDICO/ENFERMEIRO	PÚBLICO
CAMÉLIA	22	S	2º GRAU COMPLETO	1 SALÁRIO	4	3	N	MÉDICO/ENFERMEIRO	PÚBLICO
CRAVINA	18	S	2º GRAU COMPLETO	1 SALÁRIO	1	1	C	MÉDICO	PRIVADO
LÍRIO	24	S	2º GRAU COMPLETO	1 SALÁRIO	2	2	N	MÉDICO	PRIVADO
ORQUÍDEA	35	C	CURSANDO SUPERIOR	2 SALÁRIOS	3	3	C	MÉDICO	PRIVADO
GIRASSOL	25	C	SUPERIOR COMPLETO	5 SALÁRIOS	2	2	N	MÉDICO	PÚBLICO
ROSA	29	S	2º GRAU COMPLETO	1 SALÁRIO	1	1	N	MÉDICO	PÚBLICO
MARGARIDA	32	C	SUPERIOR COMPLETO	5 SALÁRIOS	1	1	C	MÉDICO/ENFERMEIRO	PRIVADO
JASMIM	30	C	2º GRAU COMPLETO	3 SALÁRIOS	2	2	N	ENFERMEIRO	PÚBLICO

Das 11 mulheres entrevistadas a faixa etária foi de 18 a 35 anos, prevalecendo jovens de 18 a 25 anos. Os resultados evidenciaram que, das 11 participantes, duas não concluíram o ensino médio, sete concluíram o ensino médio, e apenas três ingressaram na universidade. No que diz respeito à renda familiar, sete mulheres referiram viver com menos de 2 salários-mínimos, duas possuem renda familiar de até 3 salários-mínimos, e somente duas mulheres têm renda familiar de até 5 salários-mínimos, e uma não soube informar. Quanto ao número de gestações e filhos vivos variou entre 36,4% um filho e 45,4% dois filhos. Sendo o parto normal o mais citado 73% e quanto ao acompanhamento no pré-natal 64% feito pelo médico e 27,2% pelo médico e enfermeiro, e 64% dos partos aconteceram no hospital público.

A população deste estudo foi constituída predominantemente por mulheres com nível baixo de escolaridade e renda. As mulheres que tinham o ensino superior procuravam se informar e se interessar sobre o assunto abordado e se preparar para a vivência de um próximo parto humanizado.

Houve associação independente entre estado civil (mulheres solteiras/casadas) e renda familiar com a percepção de violência obstétrica. O relato de Violência Obstétrica foi maior entre as mulheres solteiras, considerando o grupo total de mulheres e as que tiveram parto vaginal, respectivamente. Prevaleceu a Violência obstétrica em mulheres com renda entre 2 e < 5 salários-mínimos, comparadas ao grupo das mulheres com renda > 5 salários-mínimos.

Estudos brasileiros demonstraram a discriminação na assistência ao parto a que são submetidas as mulheres

mais pobres. Deve-se levar em consideração a possibilidade de subdimensionamento de Violência Obstétrica pelas mulheres mais pobres deste estudo (renda < 2 salários-mínimos), em decorrência da maior dificuldade de informação sobre as práticas não recomendadas na assistência ao parto, assim como sobre os direitos na assistência de saúde. Foram encontrados resultados parecidos em outro trabalho⁶.

A percepção das mulheres sobre a violência obstétrica sofrida

Observa-se que a percepção das mulheres sobre a violência no parto está relacionada à falta de qualidade na assistência, destacando-se a ausência de vínculo e comunicação entre profissionais, paciente, seus familiares e outros profissionais, problemas nos diagnósticos médicos, falta de acolhimento e resolutividade. Em seguida os relatos das entrevistadas:

"[...] o médico me deixou sozinha [...] faltou informações [...] me senti insegura, só vieram me atender quando já estava em período expulsivo" (CALÊNDULA e CAMÉLIA).

São diversas as práticas realizadas em maternidades, onde as parturientes não são informadas ou esclarecidas sobre sua real necessidade. Há casos em que os procedimentos são praticados sem aviso e sem dar a oportunidade de a mulher emitir seu consentimento⁷.

A violência obstétrica resulta em uma violação de direitos: direito à liberdade de danos e maus tratos, a informação e autonomia, a confidencialidade e a



privacidade, a dignidade e ao respeito, a igualdade e a não discriminação.

A ausência de vínculo entre os serviços que realizam o pré-natal e a maternidade, ou seja, a descontinuidade da assistência, é apontada diversas vezes, como:

“Me senti bem na gestação, mas não tirei minhas dúvidas e não tive informações sobre o trabalho de parto durante o pré-natal [...]” (ORQUÍDEA e ANTÚRIO).

A violência obstétrica que ocorre durante a gestação, mais precisamente, durante o pré-natal, acontece com a omissão de informações e/ou orientações pela equipe de saúde, constatou-se que seis mulheres (55%), responderam que houve omissão de informação durante o pré-natal.

Observou-se a escassez ou a falta de informação por parte da equipe de saúde sobre as questões básicas do trabalho de parto e parto. A ausência de informação se configura como desrespeito por parte do profissional de saúde, e quando a informação é negada, fragmentada ou confusa, observa-se que resulta no fato de que as mulheres se sintam manipuladas, como se não tivessem vontade própria, nem direito de manifestação. Isso pode ser caracterizado, também, como um descumprimento de um direito legalmente constituído, e perpassa pela anulação de sua autonomia e direito de escolha, tornando-se como uma séria violência obstétrica⁸.

Sentimentos vivenciados pelas mulheres no trabalho de parto

Observa-se que 60% das mulheres apresentaram sentimentos negativos vivenciados no momento do parto e foram comuns às parturientes, que também foi observado em outra pesquisa⁹. Muitos relatos expressaram reprovação da postura dos profissionais e reconhecimento de vitimização:

“[...] não fui bem assistida [...] minha escolha de parto não foi mantida [...] depois do parto normal, tive que fazer uma reconstrução de perineo, porque forçaram o parto normal [...]” (CALÊNDULA, GIRASSOL e ROSA).

A complexidade que envolve o processo de escolha da via de parto. Na perspectiva das mulheres, essa escolha é determinada pelo profissional durante a consulta de pré-natal ou no momento do exame, sendo pequeno ainda, o número de mulheres que participam de forma autônoma e consciente deste processo. A opção sobre a via de parto é muito centrada no poder do médico, mesmo que esta decisão contrarie o desejo e o plano de parto realizado anteriormente pelas mulheres¹⁰.

A banalização da dor ou do sofrer, também categorizada em outros estudos^{7,8} como objetificação, foram dados presentes. Remete-se, portanto, à falta de escuta dos profissionais, à desvalorização da fala da mulher, a não utilização de métodos de alívio à dor, ao descumprimento do que as normativas vigentes preconizam. A violência verbal destaca-se como o segundo tipo de violência mais

identificado, figurando sob a forma de tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhações e desrespeito:

“Se continuar gritando seu filho vai demorar para nascer [...] tenho certeza que na hora de fazer não chorou [...] não sei porque está enjoada, isso é frescura” (JASMIM e MARGARIDA).

Durante o parto, as mulheres ficam sensibilizadas e vulneráveis a sofrer violência. Trata-se muitas vezes de uma violência consentida, pois movidas pelo medo e a subordinação ao profissional algumas acabam esquecendo momentaneamente o que sofrem, movidas pela alegria do nascimento¹¹.

Conhecimento sobre violências sofridas pelas mulheres entrevistadas

Observa-se que 84% das entrevistadas desconhecem o termo violência, e 84% relataram que não sofreram nenhum tipo de violência, mas quando perguntadas sobre procedimentos que foram executados durante o parto elas relataram sempre procedimentos grosseiros acompanhados com alguma violência física.

Existem diversos tipos de violência obstétrica e diversas formas de violências obstétricas se entrelaçam. Tendo em vista essa perspectiva, optou-se em identificá-los como negligência, violência verbal, violência psicológica, violência física e má qualidade do atendimento¹¹.

A violência física se associa com a negligência, marcada pelos sentimentos de vergonha, constrangimento e dor.

“O médico me colocou no soro, eu não parava de sentir dor [...] Ele me cortou, foi grande o corte, tomei 15 pontos por dentro e 15 por fora [...]. Fiquei uns dias sem poder sentar [...] ficou uma cicatriz muito grande, perdi a sensibilidade do local” (BEGÔNIA e CALÊNDULA).

A episiotomia muita das vezes é desnecessária, feita sem indicação, pode trazer sérios danos para essa mulher como foi relatado acima, a mesma pode ter dores e perda da sensibilidade e até mesmo problemas sexuais durante algum tempo.

Muitas mulheres não têm conhecimento de que as intervenções que sofrem são consideradas violência, como por exemplo a episiotomia, termo técnico utilizado por profissionais e que não faz parte do cotidiano de todas as mulheres¹².

Na assistência humanizada no parto e nascimento, as mulheres adquirem um importante sentimento de força e otimismo durante o trabalho de parto e no cuidado ao bebê. Humanizar o parto sugere conduzir a mulher como protagonista, interagindo estreitamente com as decisões que serão tomadas sobre o seu cuidado¹³.

Essa humanização tem a finalidade de proporcionar à mulher autonomia e autoconfiança no trabalho de parto, com o objetivo de respeitar os seus direitos. Quando o atendimento à gestante é realizado de forma humanizada a assistência passa a ser menos intervencionista, descartando



a possibilidade de realizações de procedimentos como Episiotomia e Manobra de Kristeller¹⁴.

Encontrou-se mulheres que relataram ser normal toque vaginal repetitivo, ocitocina no soro e Kristeller durante o parto, como:

"[...] eu não acho que o toque seja uma violência, mesmo sendo toda hora" (ROSA).

"[...] o empurrão na minha barriga foi para o bem-estar do meu bebê que nasceu" (MARGARIDA).

Pode-se perceber que a assistência que foi oferecida, não foi uma assistência voltada para boas práticas, foi feito o toque vaginal inúmeras vezes, houve a utilização da Manobra de Kristeller, portanto, provavelmente essa mulher se "acostumou" em vivenciar a experiência do parto com a utilização de intervenções desnecessárias, considerando essas práticas como algo "necessário" para ela e para o bebê.

A falta de informação e empoderamento dessas mulheres reflete em índices maiores de violência e cabe ao profissional, analisar o grau de entendimento da paciente e realizar uma comunicação efetiva, possibilitando um diálogo respeitoso e uma assistência humanizada.

Somente 01 (16%) mulher entrevistada relatou ter sofrido violência segue a fala:

"[...] falaram o tempo todo que meu enjoo era frescura [...] eu mudaria meu atendimento no pós-parto [...]. Não tive liberdade de caminhar no quarto [...]" (BEGÔNIA).

É nítido a falta de conhecimento dessas mulheres sobre o que é a violência obstétrica, sendo identificadas apenas em momentos que ocorrem como violência verbal e maus tratos, portanto não percebida diante da realização de procedimentos desnecessários, pois mesmo ao ser exposta à vivência da violência a parturiente não a considerada como tal. Esses procedimentos, desnecessários na maioria das vezes, são vistos como auxílio para facilitar o parto, e, quando essa "colaboração" não é realizada, consequentemente a assistência recebida não é percebida como eficiente. Demonstrando, assim, o grande déficit de conhecimento das mulheres sobre os seus direitos a uma assistência ao parto humanizada e, sobretudo, baseada em evidências.

Observou-se que, 90% das mulheres alegou não ter o direito de caminhar durante o trabalho de parto.

"Eu não pude levantar, o médico disse que meu bebê iria cair no chão e poderia morrer[...]". Tentei andar para que

O termo humanização significa criar condições melhores, respeitando limites e necessidades da parturiente, no parto humanizado. Caminhar proporciona alívio e conforto, podendo facilitar a descida do bebê, fazendo com que o nascimento do seu bebê seja um momento agradável e especial.

Considerações Finais

A pesquisa permitiu constatar que a violência obstétrica tem sido frequente no âmbito hospitalar, expressa, de maneiras sutis, como a omissão de informação e, também, por meio da utilização de procedimentos que não são comprovados pela Ciência. Constatou-se, ainda, que muitas destas ações de violências, não são compreendidas pelas usuárias como violência obstétrica, pois a violência institucional é invisível ou aceita socialmente como natural, porque é justificada como sendo "práticas necessárias ao bem-estar das próprias mulheres" observou-se que poucas mulheres entrevistadas mostram conhecimento em relação a violência obstétrica e fragilidade na autonomia feminina para definir como deseja que seu parto seja realizado.

É fundamental o processo de humanização da assistência ao parto e nascimento e um meio para que isso ocorra efetivamente é através da informação para que a mulher compreenda seu papel ativo durante todo o trabalho de parto, parto e nascimento. Para que isso ocorra os profissionais da saúde precisam estar cientes que o processo do parto não se refere somente a evidências científicas.

Propõe-se, portanto, que através da propagação de informação sobre o que seja violência obstétrica e do surgimento de políticas públicas de reconhecimento de atos violentos no momento do parto, que se resguarde a garantia da parturiente e, principalmente, a possibilidade de denunciar e proteger-se. Além de, conscientizá-las do dever de as unidades de saúde tratá-las com respeito, para que, compreendam que toda parturiente tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, permitindo que este processo seja vivenciado de forma humanizada e segura.

Em consequência disto, reiteramos as formas de combate à prática de violência obstétrica, seja através de uma assistência pré-natal de qualidade, além de, uma assistência ao parto e ao pós-parto humanizadas. Esta assistência envolve diversos aspectos benéficos, como compromisso, empatia e respeito. A assistência hospitalar na atenção obstétrica deveria tornar-se, então, segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos sem, contudo, desprezar a sua autonomia e seu bem-estar físico e psicológico.

Referências

1. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA Ângelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Dec14];18(8):2395-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/24.pdf>



2. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde pública* [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 05];29(11):2287-2296. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015
3. Cavalcant PCS, et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23(4):1297-1316.
4. Minayo MC. Apresentação. In R. Gomes, Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanes; 2014.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
6. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*. 2008;17(3):138-151.
7. Pontes MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2014; 12(1):69-78.
8. Rodrigues DP. Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense; 2014
9. Nagahama EE, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. 2011;11(4):415-425.
10. Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres [Tese] [Internet]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016 [cited 2017 Feb 27]. Available from: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/580D.PDF>
11. Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor* [Internet]. 2016 jul-set [acesso em 12 de maio de 2019];3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextHYPERLINK "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215"&HYPERLINK "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215"pid=S1806-00132016000300215
12. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681-1685.
13. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 28];64(1):60-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf>
14. Souza KJ. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.