
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL: UNA REVISIÓN NARRATIVA

OBSTETRICAL VIOLENCE IN BRAZIL: A NARRATIVE REVIEW

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>

**Gabriela Lemos de Pinho Zanardo, Magaly Calderón Uribe, Ana Hertzog Ramos De Nadal
e Luísa Fernanda Habigzang**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

RESUMO

Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa de estudos sobre violência obstétrica. Para isso, abordou-se o histórico do parto e suas intervenções, o conceito de violência obstétrica, os marcos legais e o panorama brasileiro da assistência ao parto. Após a revisão das pesquisas realizadas sobre o assunto, constatou-se que não há um consenso em relação ao conceito de violência obstétrica no Brasil, embora as evidências indiquem que essa prática ocorra. Os dados apontam para a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica, preferencialmente em documentos legais que a definam e criminalizem. Tal conceituação auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações. Consideram-se necessárias mudanças nas práticas assistenciais vigentes, visando a reduzir as intervenções desnecessárias e as violações aos direitos das mulheres.

Palavras-chave: violência contra a mulher; parto; assistência médica; humanização da assistência; direitos reprodutivos.

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo realizar una revisión narrativa de los estudios sobre la violencia obstétrica. Para esto, se abordó la historia del parto y sus intervenciones, el concepto de violencia obstétrica, los marcos legales del parto y el panorama brasilero de la asistencia al parto. Después de la revisión de las investigaciones realizadas sobre el asunto, se verificó que no hay un consenso en relación al concepto de violencia obstétrica en Brasil, así las evidencias indiquen que esa práctica ocurre. Los datos apuntan a la necesidad de una conceptualización de la violencia obstétrica, preferiblemente en documentos legales que la definan y la criminalicen. Tal conceptualización ayudará en la identificación y enfrentamiento de esas situaciones. Se consideran necesarios cambios en las prácticas asistenciales vigentes, apuntando a reducir las intervenciones desnecesarias y las violaciones a los derechos de las mujeres.

Palabras clave: violencia contra la mujer; parto; asistencia médica; humanización de la asistencia; derechos reproductivos.

ABSTRACT

This paper aims to fulfill a narrative review of researches on obstetric violence. Therefore, to approach the topic, we used concepts such as child-birth history, as well as its interventions, obstetric violence theories, legal marks, and the Brazilian panorama on delivery care. After reviewing published researches on the subject, we noted that there is no consensus about what obstetric violence is in Brazil, although evidences point that it happens. Data point to the need of defining obstetric violence, especially in legal documents which define it and criminalize it. Such concept will help to identify and to face these situations. We consider the changes in the current care practices compulsory, aiming to reduce unnecessary interventions and violations of women's rights.

Keywords: violence against women; labor; medical care; care humanization; reproductive rights.

Introdução

No Brasil, segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente.

Esse cenário é considerado alarmante quando se leva em conta que a recomendação da Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization, 1996a) é de uma taxa de cesáreas que varie entre 10 a 15%. Essa recomendação está baseada em estudos que apontam que uma taxa maior que 15% não representa redução na mortalidade materna e tampouco melhores desfechos de saúde para a dupla mãe-bebê (Ministério da Saúde, 2001, 2014, 2015).

O crescente número de cesáreas no Brasil indica a relevância da atual discussão a respeito do tema, principalmente da ocorrência de cirurgias cesáreas desnecessárias. São consideradas desnecessárias aquelas operações que ocorrem quando não há situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e, portanto, exigiriam intervenção através de procedimento. Sem a indicação correta, a realização da cirurgia pode levar ao aumento do risco de complicações graves para a mãe (Ministério da Saúde, 2015).

Além disso, esse contexto também é composto pelas altas taxas de intervenções empregadas na atenção ao parto e ao nascimento. Tal fato fica evidenciado quando apresentados os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil* (Leal et al., 2014), realizada entre 2011 e 2012, que teve como um de seus objetivos analisar as intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual. Esse estudo nacional de base hospitalar, composto por puérperas e seus recém-nascidos das diferentes regiões do país, revelou que, da amostra total da pesquisa de 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, sem condições de saúde que indicassem o uso de procedimentos e intervenção cirúrgica. Dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, porém, apenas 5,6% tiveram parto normal sem nenhuma intervenção (Leal et al., 2014).

Em relação às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, a pesquisa revelou que em mais de

70% das mulheres foi realizada punção venosa, cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto e 30% receberam analgesia raqui/peridural. Já em relação às intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados) foi utilizada em 92% dos casos, a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos. Esse número de intervenções foi considerado excessivo e não encontra respaldo científico em estudos internacionais (Leal et al., 2014). Além disso, muitas dessas práticas são associadas a risco de complicações, são dolorosas e seu uso é considerado desnecessário, como é o caso da episiotomia (Leal et al., 2014; Ministério da Saúde, 2001, 2014; Pasche, Vilela, & Martins, 2010; Rattner, 2009; World Health Organization, 1996a).

Considerando a prevalência de partos hospitalares e o aumento do número de cesáreas registradas no Brasil, assim como o atual cenário de práticas e intervenções descrito, verifica-se a importância de analisar a assistência à gestação e ao parto, compreendendo todo o período, desde as consultas pré-natais até o pós-parto. Questões como o acesso à saúde, a qualidade da assistência e a participação da mulher no processo de cuidado, considerando as informações repassadas às gestantes e seu consentimento (sobre a sua situação de saúde, as condutas e procedimentos com seus ganhos e riscos e ao seu direito de escolha frente a isto) e a garantia do direito de ter um acompanhante nesse processo devem ser foco de uma política de humanização do atendimento (Ministério da Saúde, 2008, 2014; Portaria n. 1.459/2011).

Sendo assim, neste artigo temos como objetivo realizar uma revisão narrativa dos estudos sobre violência obstétrica, compilando as principais produções da área que evidenciam situações nas quais esses processos não são cumpridos, revelando os maus tratos e a não garantia de acesso pelas parturientes aos seus direitos no sistema de saúde brasileiro. Para isso, abordaremos o histórico do parto e intervenções relacionadas a ele, desde sua saída do seio das famílias, a hospitalização até o atual processo de humanização. Analisando também o conceito de violência obstétrica, através da revisão de estudos e marcos legais referentes à temática, bem como o atual panorama brasileiro das práticas de saúde na atenção à saúde na gestação e no parto, destacando a epidemia de cesarianas. Buscando possibilitar reflexões e explorar outras perspectivas que auxiliem na formação dos profissionais envolvidos nesse contexto e na melhoria das práticas assistenciais,

assim como contribuir com as atuais discussões sobre os direitos reprodutivos e a violência de gênero contra as mulheres.

Da medicalização à humanização do parto e do nascimento

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras (Rattner, 2009; Pasche, Vilela, & Martins, 2010; Sanfelice, Abbud, Pregnolato, Silva, & Shimo, 2014). No final do século XIX, inicia-se um processo de mudança por meio das tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetria, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica (Sanfelice et al., 2014). O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo (Pasche et al., 2010; Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008).

A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos (Pasche et al., 2010), chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais (Rattner, 2009). Concomitante a esse fato, ocorreu um aumento do uso de tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (Diniz & Chacham, 2006, p. 80). Com o intuito de aumentar a qualidade da assistência, tem-se medicalizado o parto, utilizando em larga escala procedimentos considerados inadequados e desnecessários, que muitas vezes podem colocar em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências (Diniz & Chacham, 2006).

Essas ações intervencionistas e, muitas vezes, desnecessárias, têm ocasionado a insatisfação das mulheres, que são relegadas a coadjuvantes nos processos de parto e nascimento. O parto passa a integrar um modelo centralizado na figura do médico e que exclui outros profissionais da saúde, como enfermeiras, que por formação estariam habilitadas para atender o parto normal (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008). Trata-se de modelo médico de atenção hegemônico que exerce controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade, nesse caso da mulher (Aguiar, 2010; García, Diaz, & Acosta, 2013).

Visando discutir e propor mudanças a esse modelo, já no final da década de 1980, surgiu o movimento social pela humanização do parto e do nascimento (Tornquist, 2002). Segundo Tornquist (2002), o movimento teve como base as propostas realizadas pela OMS em 1985 que estimulavam o parto vaginal, a amamentação logo após o parto, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido e a presença de acompanhante durante o processo. Além disso, recomendava a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal e a inclusão de parteiras no sistema de saúde em regiões sem presença da rede hospitalar, assim como a modificação das rotinas e diminuição das intervenções consideradas desnecessárias.

As críticas de estudos na área (Andrade & Aggio, 2014; Diniz, 2005; Leal et al., 2014; Sanfelice et al., 2014) perpassam a questão da transformação do parto em um momento patológico, que necessita de hospitalização e intervenções médicas, deixando de ser visto como um evento natural, existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à família. A realidade brasileira é caracterizada por um atendimento com abuso de intervenções cirúrgicas, muitas vezes humilhante, em que há falta de informação às mulheres e até a negação ao direito ao acompanhante, o que é considerado um desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, além de uma violação dos direitos humanos (Diniz & Chacham, 2006; Leal et al., 2014; Pasche et al., 2010; Tornquist, 2002). Apesar de ser um direito garantido em lei (Lei do Acompanhante: Lei nº 11.108/2005), a mulher não é esclarecida quanto à possibilidade de escolher seu acompanhante durante o trabalho de parto até o pós-parto imediato, por vezes havendo restrições quanto ao gênero, impossibilitando a escolha do marido, ou ainda é negada a companhia (Rede Parto do Princípio, 2012).

No final do século XX, também cresce o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que busca basear os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos (Diniz & Chacham, 2006; Rattner, 2009). Segundo as avaliações científicas e conforme já declarado pela OMS (World Health Organization, 1996a), o parto é entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo quando levado em conta os desfechos de saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência (Andrade & Lima, 2014; Diniz & Chacham, 2006). Situações que possam levar a complicações de saúde para mãe ou a criança são exceções a essa regra, e nesse momento

deve ser avaliada a indicação de intervenções compatíveis com a segurança e os melhores desfechos de saúde (Diniz & Chacham, 2006). No Brasil, procedimentos como a episiotomia, corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal, são realizados sem o consentimento da paciente, que não é informada dos riscos nem da necessidade ou efeitos adversos. Essas práticas médicas apresentam uma incongruência com os preceitos que propõe a Medicina Baseada em Evidências (Rede Parto do Princípio, 2012).

O Movimento pela Humanização do Parto incorporou os achados da Medicina Baseada em Evidências para fortalecer sua crítica em relação à medicina tradicional “pelo uso e abuso de crenças e valores ... baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas” (Tornquist, 2002, p. 487) como, por exemplo, uso da tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), que se acreditava que evitaria infecções. Essa busca pela legitimação científica diz respeito à preocupação do movimento em ser considerado como “alternativo” e para que essa concepção de humanização deixe de ser subalterna e possa ser legitimada enquanto paradigma que sustente um modelo de prática a ser preconizada.

Além de resgatar o parto e o nascimento como eventos fisiológicos e naturais, o movimento de humanização também busca empoderar as mulheres, retomando os poderes e saberes femininos que teriam sido eliminados. Esses poderes estariam baseados na condição biológica da mulher, na sua capacidade reprodutiva e em seu instinto materno (Tornquist, 2002). Reposiciona-se a mulher enquanto dona do seu corpo e de sua sexualidade, que possui um corpo capaz de gestar e de parir, capaz de ter seus filhos com o apoio e mediação de outras mulheres (enfermeiras, obstetrias, doulas).

Segundo Diniz e Chacham (2006), no Brasil e na América Latina a incorporação das mudanças preconizadas pela Medicina Baseada em Evidências é lenta e encontrou resistências, inclusive por parte das instituições de ensino. Nesses locais, a maioria das escolas de medicina trabalha com o modelo intervencionista, valorizando a tecnologia, os exames sofisticados e os procedimentos cirúrgicos, enquanto os cuidados com foco na mulher para realização e estimulação do parto normal e a interação com a parturiente recebem pouca atenção. Serruya, Cecatti e Lago (2004) entendem a atenção destinada à mulher na gestação e no parto como um desafio, tanto no que diz respeito à qualidade da assistência oferecida quanto em relação aos princípios filosóficos desse cuidado,

ainda centrado em um modelo hospitalocêntrico, medicalizante e tecnocrático.

Esse modelo de assistência tem como resultado a permanência de elevadas taxas de mortalidade materna e de morbidade perinatal, além de colocar o Brasil como país com as maiores taxas de cesárea no mundo (Pasche et al., 2010). Além disso, as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e o parto são consideradas excessivas, visto os resultados da pesquisa Nascer no Brasil que apontaram que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual, 3,2% das primíparas desse grupo e 5% da amostra total estudada deram à luz de forma natural, sem sofrer qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto (Leal et al., 2014).

Além das intervenções obstétricas desnecessárias, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade é cotidiana e cruel e revela uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres (Muniz & Barbosa, 2012). Nesse sentido, reforça-se a importância do atual movimento pela humanização do parto e do nascimento, que busca reafirmar o lugar de protagonista da mulher nessa cena, empoderando-a quanto ao conhecimento em relação ao seu corpo, à gestação, às mudanças esperadas e possíveis, além de tudo que envolverá o processo do nascimento. Mais apropriadas, fortalecidas e apoiadas, as mulheres poderão se sentir mais seguras para assumir suas posições, vontades e o controle do seu corpo nesse momento, sendo capazes de ter um parto seguro da forma que planejaram e desejaram. Além de disseminar as informações quanto aos direitos das mulheres, reafirmando-os e auxiliando-as para que possam exigí-los, desde o pré-natal até o pós-parto, e, dessa forma, também possam identificar os maus tratos e violações nesse processo, denunciando-os sem serem reprimidas ou duplamente violentadas.

Violência obstétrica e marcos legais

Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1996b), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher.

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio

de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas. No mesmo sentido, Venturini e colaboradores (2010), através da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, mostraram que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos serviços de saúde durante a atenção ao parto, tanto públicos quanto privados.

A violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina. De acordo com García, Diaz e Acosta (2013), um fator sempre presente entre as gestantes é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levá-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar. Segundo a OMS (2014), gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Porém, apesar da disseminação dessas experiências, a OMS aponta que “atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2014, p. 1). A Organização aponta a necessidade de realizar pesquisas com intuito de definir, medir e compreender melhor as práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto, assim como elaborar formas de prevenção e eliminação dessas condutas.

Nesse sentido, quando revisada a literatura, não se encontra uma definição única para a violência obstétrica. D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da

manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários.

Além disso, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (Diniz, 2009; D’Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002; Leal et al., 2014).

Dessa forma, a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (Diniz, 2009; D’Oliveira et al., 2002; Faneite, Feo, & Toro, 2012; García, Diaz, & Acosta, 2013; Terán, Castellanos, Gonzalez, & Ramos, 2013).

Um dos países mais envolvidos com essa temática na América Latina é a Venezuela, onde foi promulgada a lei intitulada “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (Venezuela, 2007), que defende os direitos das mulheres e estabelece 19 formas de violência dentro das quais se encontra a violência obstétrica. As intervenções realizadas por profissionais de saúde que são consideradas violência obstétrica dentro desta lei são: (a) não atender as emergências obstétricas; (b) obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; (c) impedir o apego inicial da criança sem causa médica justificada; (d) alterar o processo natural do parto através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe; (e) praticar o parto por via cesárea quando há condições para o parto natural (Venezuela, 2007).

Tal lei permitiu melhorar algumas condições das mulheres grávidas, mas ainda precisa ser mais divulgada no contexto médico e para as usuárias, pois foi uma proposta promovida através de documentos formais e não no interior das instituições (Blázquez, 2009; Faneite et al., 2012; Terán et al., 2013). Esse desconhecimento da lei estaria gerando confusões sobre o fazer médico, os procedimentos padrões e o que pode ser considerado violência obstétrica pelas usuárias.

Essa confusão também está relacionada com o conceito que as mulheres grávidas têm construído socialmente sobre o que significa um bom parto, pois elas relacionam um bom parto com um processo breve e ter um bebê sadio (García et al., 2013). Isso poderia contribuir para que elas não percebam que estão sendo violentadas e aceitem algumas intervenções consideradas de rotina para poder conhecer seu bebê rapidamente. Além disso, a alegria e a realização de estar com seu bebê e a sensação de tudo ter ocorrido bem, sem maiores intercorrências, diluem a percepção da violência sofrida no atendimento de saúde.

Dentro dos serviços de saúde, usuárias e profissionais não associam os maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência. Segundo pesquisa realizada por Aguiar (2010), as gestantes e os profissionais de saúde consideram esses acontecimentos como prática rotineira ou como resposta ao esgotamento das equipes frente a mulheres queixosas. Para os profissionais entrevistados, a violência está mais relacionada com uma agressão física ou sexual, mas não com suas práticas diárias ou sua experiência na sala de parto (Aguiar, 2010).

Além disso, fatores como a diferença racial, o estrato sociodemográfico, a renda e a escolaridade influenciam a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si. Em alguns serviços públicos de saúde no Brasil, onde são atendidas mulheres com baixa escolaridade e baixa renda, elas são consideradas sem autonomia e sem capacidade de decidir sobre seu corpo no parto (D’Orsi et al., 2014).

A violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (Diniz, 2005). Nesse sentido, ela faz parte da violência institucional, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros (Gomes, 2014). Por isso, a frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (Aguiar, 2010).

A violência obstétrica também se relaciona com a escolha das mulheres pela cesárea. A mulher perde autonomia nas decisões sobre seu parto e submete-se a orientações que não compreende totalmente, o que faz que profissionais esqueçam que é a mulher quem está com dor e que vai parir (Ministério da Saúde, 2001). O

parto, então, tornou-se amedrontador para as mulheres e asséptico para os profissionais de saúde. Dessa forma, a mulher pode se tornar um objeto de manipulações sem consentimento ou sem a informação suficiente sobre os processos a serem realizados (Aguiar, 2010).

Sendo assim, faz-se necessário o fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade com o objetivo de resistir a todas as formas de violência e investir esforços no sentido do respeito à vida humana. Como alternativa para essa mudança é necessária a elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades sociais, a valorização dos trabalhadores da saúde, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, baseadas em evidências científicas, e a distribuição de serviços e equipamentos de saúde que estejam articulados em rede e compreendam os sujeitos de forma integral (Gomes, 2014).

Nesse sentido, esforços institucionais têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de melhorar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, assim como na melhoria das condições de vida das mulheres, através da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde (Ministério da Saúde, 2014). Desde os anos 2000 foi proposta e instituída uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros (Ministério da Saúde, 2014). Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011), buscando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, com objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até os 24 meses de vida, assim como reduzir a mortalidade materna e infantil.

Temos ainda como exemplo o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM), que propôs a qualificação da atenção e da gestão nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiros, a humanização do parto e do nascimento e a redução da taxa de mortalidade materna e infantil no país. Tal plano se deu a partir de uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações entre os profissionais, através do trabalho em rede nos serviços de saúde e atenção à gestante e puérpera (Andrade & Ferreira, 2014).

Especificamente em relação à qualificação das maternidades no contexto da rede materna e infantil,

é preciso avançar ainda mais, buscando construir um conjunto de estratégias para alcançarem as ações propostas pela Rede Cegonha. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, as maternidades devem: garantir vaga às gestantes; garantir o direito a acompanhante de livre escolha; adotar as boas práticas de atenção segundo as recomendações da OMS; garantir privacidade da mulher no trabalho de parto e no parto; reduzir os índices de cesariana, de episiotomia e uso de ocitocina; promover o parto e o nascimento humanizados; promover a participação do pai no momento do nascimento e o contato entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento; garantir livre permanência da mãe e do pai juntos ao seu recém-nascido durante todo o tempo de internação na UTI; estimular a amamentação na primeira hora de vida; manter atuante comissão de investigação do óbito materno, fetal e infantil; manter ativos mecanismos de participação dos usuários e garantir gestão participativa e democrática, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde (Figueredo & Lansky, 2014). Outras ações propostas pela OMS (2014), visando a assegurar assistência baseada nas competências, respeito e atenção adequadas, podem incluir líquidos e alimentos à disposição da gestante, possibilidade de mobilidade, informar às mulheres sobre seus direitos e garantir mecanismos de acesso à justiça nas situações de violação de direitos.

Nesse sentido, desde abril de 2015 algumas disposições têm sido propostas na tentativa de modificar esse cenário, com o lançamento dos documentos do Ministério da Saúde “Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana” e “Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal”, que visam a qualificar a atenção e garantir a decisão pela via de parto de forma informada, levando em consideração os riscos e ganhos à saúde, de forma compartilhada entre a gestante e a equipe. Além disso, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançaram medidas de incentivo ao parto natural, dentre eles um projeto piloto que está sendo implantado em 23 hospitais privados e cinco maternidades do SUS, com taxas de cesarianas superiores a 88% e 60%, respectivamente. O projeto envolve estratégias que vão desde a adequação de recursos humanos para incorporar equipe multiprofissional nesses serviços, capacitação profissional para ampliar a segurança na realização do parto normal, engajamento da equipe e das gestantes, até a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto.

A mudança mais recente nessa direção foi a aprovação da Resolução n. 2.144/2016 do Conselho

Federal de Medicina – CFM, que resolve que cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, visando a garantir a segurança do feto. A medida assegura o direito da mulher de optar pela cesariana, garantindo sua autonomia, desde que a gestante tenha recebido todas as informações referentes ao parto vaginal e à cesariana, incluindo seus benefícios e riscos. Segundo o CFM (2016), dentre os motivos para implementação dessa medida estão o reconhecimento do direito cidadão da mulher e sua autonomia ao decidir, juntamente ao médico, pelas opções de tratamento, assim como a reafirmação da necessidade de esclarecer e proteger a população, informando o paciente com base na melhor evidência científica, nesse caso desmistificando temores em relação ao parto e assegurando o direito da mulher de escolher a via de parto, sendo necessária concordância entre o médico e a gestante, a explicitação do desejo da mesma e a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela dupla, onde constem as informações anteriormente prestadas pelo médico, assim como as vantagens e desvantagens potenciais da operação.

A epidemia de cesarianas no Brasil

No modelo atual de atenção ao parto no Brasil, a atuação dos profissionais de saúde não está baseada em evidências e estaria atrelada ao desconhecimento e a uma crença dos profissionais de que a experiência profissional valeria mais do que a produção científica atual da área obstétrica (Diniz & Chacham, 2006). Além disso, haveria ainda o medo de represália ou a dificuldade de lidar com membros da própria equipe de saúde que tenham divergências em relação a uma perspectiva alternativa ao modelo centrado no médico (Sanfelice et al., 2014). As demandas por cesariana parecem se basear na ideia de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia utilizada no parto operatório (Dias et al., 2008; Ministério da Saúde, 2014). Também o incremento das cesáreas nos últimos anos está relacionado com fatores sociodemográficos e culturais; por exemplo, dados da pesquisa *Nascer no Brasil* mostraram que o uso da ocitocina na aceleração do trabalho de parto era mais frequente em usuárias do SUS e nas gestantes de menor escolaridade. Nesses mesmos grupos foi verificado que a frequência do uso de analgesia foi menor (Leal et al., 2014).

A associação de intervenções dolorosas pode ocasionar o medo do parto vaginal, além da crença de que o trabalho de parto não trará resultados. Os efeitos indesejados das intervenções podem gerar novas

intervenções (uso de substâncias para induzir o parto, rompimento de membrana, episiotomia) – chamada “cascata de intervenções” –, o que pode aumentar as chances e atratividade de escolher pela cesárea (Diniz & Chacham, 2006; Leal et al., 2014). Pasche, Vilela e Martins (2010) apontam que o momento do parto passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à vida, já que perdem seu papel de protagonistas, tornando-se frágeis e submetendo-se a tecnologias muitas vezes violentas. Pelo desejo de evitar esse sofrimento, a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, já que o parto vaginal pode ser considerado degradante.

Por outro lado, os autores apontam que o planejamento das cesarianas é um modelo conveniente para os profissionais, que trocam a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento das cirurgias (Pasche et al., 2010). Nesse sentido, o uso excessivo da cesariana nas últimas três décadas tem sido associado aos seguintes fatores, considerados determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto. Por essas razões, vários obstetras foram se sentindo pouco preparados para acompanhar o parto, e essas situações viraram uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos (Ministério da Saúde, 2001).

Diniz e Chacham (2006) referem diferentes estudos que buscaram entender a preferência das mulheres brasileiras pelo parto cesáreo e esses mostraram que a maioria das mulheres declarava preferência pelo parto vaginal. Porém, através da apresentação de dados superestimados de risco fetal, da interpretação da dor da gestante como uma exigência para a realização da cesárea, assim como a priorização das agendas e conveniências dos médicos, esses acabavam optando pela cesárea, contrariando o desejo das mulheres de terem um parto normal, especialmente no setor privado. Outro fator apontado na escolha pelas cesáreas seria a preocupação de preservar a genitália feminina. Em relação ao uso de procedimentos durante o trabalho de parto, uma das justificativas para seu uso seria a aceleração do processo e a liberação de leitos (Diniz & Chacham, 2006). Nesse sentido, a cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através da medicalização, o tempo da dor é mais curto e o procedimento mais “limpo” (Leal et al., 2014).

Dessa forma, Diniz e Chacham (2006) apontam a necessidade de profundas transformações na assistência obstétrica no Brasil, visando à prevenção de

cesáreas e episiotomias desnecessárias e a promoção do parto vaginal normal, sem intervenções. Mudanças em relação a uma maior compreensão do corpo feminino por parte dos profissionais da saúde devem estar relacionadas ao direito de acesso à informação baseada em evidências científicas, liberdade de escolha da mulher quanto à posição durante o trabalho de parto e direito à privacidade e a um acompanhante de sua escolha, assim como direito ao controle da dor e à prevenção da dor considerada iatrogênica.

Pode-se destacar o apoio institucional como determinante e essencial para produzir mudanças nas equipes de saúde, contribuindo para modificação tanto das relações como corresponsabilizando os profissionais para mudanças nas práticas de cuidado e atenção a gestantes e puérperas. Novos modos que estimulem a autonomia das mulheres somente são possíveis ao romper-se também com modelos institucionais, de gestão, que possam ser mais democráticos e menos autoritários e controladores (Andrade & Ferreira, 2014).

Também os conceitos de acolhimento e vinculação são centrais para a construção de um novo referencial na atenção à gestante e ao recém-nascido no Brasil e contrapõem-se ao arranjo contemporâneo da atenção obstétrica e neonatal no mundo e no Brasil, compostas pela institucionalização e intensa medicalização do parto e nascimento. Além disso, há uma rede de saúde fragmentada que não se responsabiliza pelo cuidado e onde há assistência descontínua dos profissionais entre o pré-natal e o parto. Portanto, propõe-se um modelo onde o profissional de saúde esteja envolvido e corresponsável pelos processos de parto e nascimento (Lansky & Figueredo, 2014).

Para que essas mudanças aconteçam, é importante que haja a demarcação do conceito de violência obstétrica e assim se esclareça à população sobre o assunto, sendo possível reconhecer esse fenômeno e denunciá-lo. Destacamos a necessidade de uma legislação que defina e criminalize a violência obstétrica, já que o Brasil não conta com marcos legais que a delimitem e facilitem a proposição de ações que enfrentem essa situação.

Além disso, reforçamos as recomendações já divulgadas pelas OMS (2014) quanto à necessidade de produzir pesquisas e dados sobre as práticas desrespeitosas, assim como as boas práticas na assistência à saúde nesse âmbito. A coleta, documentação e publicação desses dados são essenciais para melhoria de práticas, tornando os sistemas de saúde responsáveis pela forma como as mulheres são tratadas e por desenvolverem e implementarem políticas claras quanto aos direitos e normas éticas envolvidas nesse cuidado, assim como ampla divulgação de práticas

respeitosas a serem seguidas. Segundo a OMS, os governos devem proporcionar maior apoio para pesquisas que visem a definir e mensurar os problemas nas instituições de saúde – públicas e privadas –, para também compreender o impacto dessas experiências nas escolhas das mulheres em relação à sua saúde. Assim como gerar evidências sobre a implementação e efetividade de intervenções com intuito de oferecer orientações técnicas aos profissionais de saúde e melhorar a qualidade da assistência (OMS, 2014).

Considerações finais

Pode-se concluir que o termo violência obstétrica, de acordo com as pesquisas revisadas, não tem um conceito único, nem definido em termos legais devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida. Dessa forma, seus direitos e autonomia são minimizados e a violência não pode ser denunciada ou mesmo criminalizada. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica (inclusive em termos de descritores), preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações.

As práticas carregadas de significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelas ideologias médica e de gênero, se tornam naturalizadas na cultura institucional. Esses significados favorecem as condições de existência e perpetuação desse tipo de violência que, por sua vez, não deve ser compreendida apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais.

Os resultados encontrados nesta revisão narrativa expressam a necessidade de promover um entorno de saúde mais adequado tanto para as usuárias como para os profissionais, no qual os procedimentos sejam mais regularizados, claros e organizados, e propiciem um ambiente mais seguro. Os profissionais atendem demandas de acordo com sua experiência e as ferramentas que são proporcionadas pelos órgãos de saúde, que por vezes são insuficientes para a quantidade de usuários e problemas que devem resolver. As usuárias acabam se adaptando ao ambiente no qual vão ter seu filho e muitas vezes, para evitar a dor e sair rapidamente daquele local, cedem a intervenções desnecessárias que podem ser perigosas ou prejudiciais para sua saúde. Por isso, mudanças nas práticas assistenciais vigentes devem ser feitas para reduzir as intervenções desnecessárias.

No entanto, diversas estratégias alternativas possíveis ainda esbarram no modelo de atenção predominante, que está focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento.

Referências

- Aguiar, J. M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP.
- Andrade, B. P. & Aggio, C. M. (2014, maio). Violência obstétrica: a dor que cala. In *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas* (pp. 01-07), Londrina: Universidade Estadual de Londrina. ISSN: 2177-8248. Acesso em 02 de agosto, 2016, em http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf
- Andrade, M. A. C. & Ferreira, P. B. (2014). Apoio institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação de risco. In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 61-76). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.
- Andrade, M. A. C. & Lima, J. B. M. C. (2014). O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 19-46). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.
- Blázquez, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis de Doctorado, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Dias, M. A., Domingues, R. M., Pereira, A. P., Fonseca, S. C., Gama, S. G., Theme, M. M. et al. (2008). Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1521-1534. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19(2), 313-326.
- Diniz, S. G. & Chacham, A. S. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*, 1(1), 80-91.
- D’Oliveira, A. F. P. L., Diniz, C. S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(11), 1681-1685. [doi:10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- D’Orsi, E., Brüggemann, O. M., Diniz, C. S. G., Aguiar, J. M., Gusman, C. R., Torres, J. A. et al. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S154-S168. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>

- Fancite, J., Feo, A., & Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12.
- Figueredo, V. O. & Lansky, S. (2014). Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e das Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM). In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 77-108). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.
- García, D., Díaz, Z., & Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718-732. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700029>
- Gomes, A. M. (2014). Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. In *Cadernos Humaniza SUS: Volume 4 - Humanização do parto e nascimento* (pp. 133-154). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.
- Lansky, S. & Figueredo, V. O. (2014). Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 155-170). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.
- Leal, M. C., Pereira, A. P., Domingues, R. M., Theme, M. M., Dias, M. A., Nakamura-Pereira, M et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S17-S32. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Presidência da República. Acesso em 26 de julho, 2016, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
- Ministério da Saúde. (2008). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 26 de julho, 2016, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. *Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, maio a outubro de 2012*. Brasília, DF: Autor. Acesso em 15 de agosto, 2015, em https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semeltral_rede_cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-nota-de-64-porcento-sem-acompanhantes.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). *Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde. Acesso em 26 de julho, 2016, em http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2015, em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf
- Muniz, B. & Barbosa, R. (2012). Problematisando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? [Resumo]. In *Memorias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2012*. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Autor. Acesso em 30 de julho, 2016, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf
- Pasche, D. F., Vilela, M. E. A., & Martins, C. P. (2010). Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 4(4), 105-117. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>
- Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. (2011). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 595-602. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>
- Rede Parto do Princípio. (2012). *Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. Brasília, DF: Senado Federal. Acesso em 02 de agosto, 2016, em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Resolução CFM n. 2.144, de 17 de março de 2016. (2016). É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. *Diário Oficial da União, Seção I*, p. 138. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Acesso em 30 de julho, 2016, em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2144_2016.pdf
- Sanfelice, C., Abbud, F., Pregnotatto, O., Silva, M., & Shimo, A. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*, 15(2), 362-370. doi: 10.15253/2175-6783.2014000200022
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. G. (2004). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1281-1289. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>
- Terán, P., Castellanos, C., Blanco, M. G., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180. Acesso em 02 de agosto, 2016, em http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004
- Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>
- Venezuela (2007). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial n° 38668 de 23 abr. 2007. Acesso em 02 de agosto, 2016, em <http://observatoriointernacional.com/?p=732>
- Venturi, G., Recamán, M., & Oliveira, S. (Orgs.). (2010). *Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Wolff, L. & Waldow, V. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138-151. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>

World Health Organization – WHO. (1996a). Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: Autor. Acesso em 30 de agosto, 2015, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organization – WHO. (1996b). Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva: Autor. Acesso em 30 de agosto, 2015, em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf

Submissão em: 01/10/2015

Revisão em: 15/07/2016

Aceite em: 09/10/2016

Gabriela Lemos de Pinho Zanardo é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS (2011), Residente especialista em Saúde Mental pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2014) e Mestra em Psicologia pela PUCRS (2016). Atualmente é doutoranda do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades (PSC) no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGpsi) da PUCRS. Endereço para correspondência: Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGpsi), sala 931. Partenon, Porto Alegre/RS, CEP: 90619-900. E-mail: gabrielazanardo@hotmail.com

Magaly Calderón Uribe é psicóloga da Universidad Santo Tomás da Colômbia (2009) e Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2016). Atualmente é professora do Programa de Psicologia da Universidad Minuto de Dios, Bogotá, Colômbia. E-mail: maquical@gmail.com

Ana Hertzog Ramos De Nadal é graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006) e Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2016). Atualmente é psicóloga na Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul. E-mail: anahertzog@hotmail.com

Luísa Fernanda Habigzang é graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003). Mestrado (2006), Doutorado (2010) e estágio pós-doutoral (2014) no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPEVIC - PUCRS). E-mail: luisa.habigzang@pucrs.br