



**X COLÓQUIO
INTERNACIONAL**
"Educação e Contemporaneidade"
22 a 24 de Setembro de 2016
São Cristóvão/SE - Brasil



ISSN: 1982-3657

A violência obstétrica pela visão das mulheres mães

MARIZE DE ALMEIDA REZENDE

EIXO: 10. EDUCAÇÃO, CORPO, SEXUALIDADE, GÊNERO

Resumo: A violência obstétrica pode ser entendida como qualquer ato cometido por profissionais de saúde que violem os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Ao compreender que esse tipo de violência ocorre num momento especialmente importante na vida das mulheres, a presente pesquisa objetivou estudar a violência obstétrica a partir da experiência e do conhecimento de mulheres que tiveram filhos entre os anos de 2012 a 2015. A amostra foi composta por vinte participantes residentes no Estado de Sergipe. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário fechado. Os dados foram analisados mediante análise estatística. Os resultados apontaram uma variada gama de práticas violentas realizadas nas maternidades e hospitais. Também foi possível constatar pouca identificação das participantes como vítimas desse tipo de violência, de modo que se faz necessário discutir sobre a violência obstétrica tanto no âmbito acadêmico quanto no cotidiano. Palavras-chave: violência obstétrica, gênero, violência institucional. Abstract: The obstetric violence can be understood as any act committed by health professionals that violates women's human, sexual and reproductive rights during the pregnancy, delivering and post delivering. Perceiving that this kind of violence occurs on a specially important moment in women's lives, the present research looked forward to study the obstetric violence based on the experiences and knowledge of women who gave birth between 2012 and 2015. The sample was composed by twenty participants that resides in the state of Sergipe. The data collect was realized using an objective questionnaire. Those data were analysed using statistical analysis. The results indicated a variegated scale of violent practices realized at the maternities and hospitals. It was also possible to ascertain the low identification of the participants as victims of this kind of violence, which demonstrates the need of discussing the

obstetric violence both in the academic scope as in the daily life. Key-words: obstetric violence; gender; institutional violence;

INTRODUÇÃO

Na atualidade há grande debate acerca da questão da violência contra a mulher, busca-se analisar suas formas de expressão, bem como as variáveis implicadas nesse fenômeno, de modo que seu estudo tem sido objeto de interesse de diversos autores na área das ciências humanas e sociais. Tendo em vista que esse tipo de violência, de base sexista, pode resultar em danos físicos, sexuais e/ou psíquicos para a vítima, considera-se importante investigar esse processo. Nesse sentido, pesquisas recentes (ANDRADE; AGGIO 2014; CAMACARO, 2009; POLJAK, 2009) têm chamado a atenção para a violência obstétrica, que ocorre num momento especialmente importante da vida da mulher, durante a vivência de sua gravidez, parto e puerpério.

O termo violência pode ser definido como “conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão” (CHAUÍ, 1985, apud AGUIAR, 2010, p. 18 - 19). Em segundo lugar, Chauí (1985, apud AGUIAR, 2010) também define que toda ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como objeto e se caracteriza pela passividade, silêncio e inércia, de modo que suas falas e atividades são anuladas e impedidas, caracteriza-se como violência. Desse modo, quando uma diferença, seja ela ética, social, sexual, cultural, econômica e etc. acaba por ser transformada numa desigualdade que perpetua atos de exploração, humilhação e opressão dentro de serviços públicos, trata-se de uma violência institucional.

O Ministério da Saúde (2002) define a violência institucional como aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. A violência institucional vai desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Ela também abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional.

A consolidação da medicina enquanto campo de saber científico no século XIX, somada à necessidade capitalista de construção de uma sociedade apta para o trabalho, possibilitou o controle da medicina sobre os corpos, a vida, os costumes e regras morais de todos os componentes da sociedade (AGUIAR, 2010). No que diz respeito às mulheres, as intervenções médicas ampliaram-se para todos os ciclos vitais, desde a primeira menarca até a menopausa, passando pela gravidez e parto, patologizando esses processos e destituindo as mulheres do controle sobre seus corpos.

De acordo com Camacaro (2009) a institucionalização dos processos reprodutivos não contempla o momento importante das mulheres durante a vivência de sua gravidez, parto e puerpério. Desse modo, a vivência da gravidez e do parto, que antes era tido como algo natural, passou a ser alvo de inúmeras intervenções médicas em ambientes hospitalares, marcando profunda institucionalização sobre esse processo. Belli (2013) afirma que a legitimação da medicina rechaça todos os saberes que não puderam ser incluídos dentro desse paradigma e, portanto, fica delegado ao médico modificar comportamentos e hábitos de mulheres grávidas considerados perigosos ou incorretos à saúde e à higiene. Nesse contexto, a saúde reprodutiva da mulher está sujeita ao poder do médico, o que trouxe como consequência a perda de sua autonomia e independência, tornando-a dependente de intervenções técnico-médicas para enfrentar sua vida sexual, reprodutiva, psíquica e até cotidiana (CAMACARO, 2009). A objetificação do corpo feminino tem como consequência a perda da subjetividade (AGUIAR, 2010; GOMES, 2008). Desprovida do seu "eu", a mulher passa a ser alvo de qualquer tipo de violência.

Podemos entender a violência obstétrica como:

qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al., 2012, apud ANDRADE; AGGIO, 2014, p.1).

Desse modo, além de ser uma forma de violência institucional, devido à institucionalização da gestação e do parto, a violência obstétrica também é uma forma de violência de gênero, pois se trata de atos que visam causar danos físicos ou psíquicos motivados por diferenças nas condições de sexo.

Estudos realizados com foco na violência obstétrica mostram que esta ocorre cotidianamente nas maternidades e demais serviços de saúde brasileiros, expressa pela atenção desumanizada, patologização de processos naturais, abusos de medicalização, entre outras práticas que violam os direitos das mulheres (GOMES, 2008; AGUIAR, 2010). Desse modo, considera-se importante que as mulheres estejam cientes dos seus direitos e saibam identificar práticas abusivas que violem sua integridade física, psíquica, sexual e reprodutiva.

De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), as principais formas de violência obstétrica são: impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram ou causem dano físico ou dor, como uso de ocitocina por conveniência médica, exames de toque excessivos, raspagem dos pelos

pubianos, episiotomia, privação de alimentos, imobilização de membros; toda ação comportamental que cause sentimentos de inferioridade, abandono, insegurança, instabilidade emocional, medo, dissuasão, ludibriamento, perda da integridade, dignidade e prestígio; cesariana sem indicação clínica e sem consentimento; impedir ou dificultar o aleitamento materno logo na primeira hora de vida do bebê; impedir ou dificultar o contato da mãe com o bebê logo após o nascimento.

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar as experiências sobre o parto e o grau de conhecimento acerca da violência obstétrica em mulheres que tiveram filhos no período entre 2012 a 2015 a fim de levantar questionamentos e provocar uma discussão crítica acerca do tema. Os objetivos específicos foram: levantar características sociodemográficas das participantes da pesquisa; avaliar, por meio de questionários, as informações que as mulheres têm sobre a violência obstétrica; levantar informações sobre as principais formas de violência obstétrica realizadas na rede pública e na rede privada de saúde.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra foi composta por vinte mulheres que deram a luz entre 2012 a 2015 a fim de obter um relato mais detalhado. Os pesquisadores coletaram os dados na casa das participantes após um contato prévio, sendo que a amostra foi composta por conveniência. As participantes receberam um termo de consentimento que foi assinado por elas ao concordarem em participar da pesquisa.

- Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado do tipo dicotômico (sim e não).

- Instrumento

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário fechado. Este foi composto por 32 questões, sendo que nove questões eram sociodemográficas e as demais relativas ao pré-natal, parto e pós-parto. As questões relativas ao pré-natal visavam colher informações sobre a percepção da mulher acerca do atendimento prestado pela equipe de saúde, práticas que podem ter acontecido durante esse período e o quanto a mulher se sentiu acolhida pela equipe de saúde. Sobre o parto, buscamos levantar dados sobre: as práticas médicas consideradas como violência obstétrica durante o parto, a relação da paciente com a equipe de saúde que realizou o parto, a presença ou ausência de acompanhante durante o parto. Com relação ao pós-parto, as questões foram direcionadas ao tempo que a mãe levou para amamentar o bebê, a presença ou ausência de ajuda prestada pela equipe de saúde nos cuidados iniciais com o bebê. Por fim, a última parte do

questionário objetivava levantar dados acerca da percepção das mulheres sobre a violência obstétrica no seu próprio parto.

- Análise de dados

As respostas dadas pelas participantes foram analisadas mediante análise estatística por se tratar de um instrumento quantitativo.

RESULTADOS

Descrição estatística dos dados quantitativos

O questionário foi respondido por vinte mulheres com idade variando entre vinte e um e quarenta e um anos, sendo que 60% das participantes tinham idade entre 21 a 30 anos, 35% entre trinta e um e quarenta anos e 5% tinham mais de quarenta anos. Em relação à cor, 65% das participantes se declararam como pardas, 20% como brancas, 10% como negras.

No quesito escolaridade, 35% das participantes concluíram o ensino médio, 30% possuem ensino superior completo, 15% não concluíram o ensino superior, 10% não concluíram o ensino médio, 5% concluíram o ensino fundamental e 5% não chegaram a concluir o ensino fundamental.

Em relação ao estado civil, 85% das participantes são casadas, enquanto que o restante se declarou solteira (15%). Setenta por cento das mulheres entrevistadas declararam ter apenas um filho, enquanto que vinte e cinco por cento declararam ter dois filhos e apenas cinco por cento da amostra afirmou ter três filhos ou mais.

Com relação à renda mensal, trinta por cento das participantes declararam receber menos de um salário mínimo, trinta e cinco por cento afirmaram receber entre dois e três salários mínimos, enquanto que vinte e cinco por cento da amostra declarou receber quatro salários mínimos ou mais. Apenas dez por cento das participantes declararam receber menos de um salário mínimo. Em relação à cidade onde o último filho nasceu, 75% das entrevistas deram à luz em Aracaju e 25% no interior do Estado.

No que diz respeito ao pré-natal, 65% da amostra o realizou na rede privada, enquanto que 35% das mulheres foram atendidas na rede pública. Já quando perguntadas sobre o tipo de atendimento no momento do parto, 50% delas disseram ter sido atendidas na rede pública e 50% na rede privada. O tipo de parto mais predominante foi o normal (55%) seguido da cesárea (45%). Com relação ao tipo de parto por rede de atendimento, 82% das mulheres que tiveram filhos por parto normal foram atendidas na rede pública, enquanto que 89% das mulheres que tiveram filhos por cesárea foram atendidas na rede privada.

O nível de satisfação das participantes em relação ao atendimento prestado pela equipe de saúde foi maior em relação ao pré-natal (90%) do que o parto (80%). 44% do total de mulheres que tiveram partos normais atendidos na rede pública alegaram insatisfação com o atendimento prestado pela equipe de saúde durante o parto.

Em relação ao acolhimento prestado pela equipe de saúde, tanto no pré-natal quanto no parto, 90% das mulheres afirmaram ter se sentido acolhidas pela equipe que realizou o pré-natal, mas apenas 80% da amostra se sentiu acolhida pela equipe que realizou o parto. As mulheres que não se sentiram acolhidas durante o parto (20%) tiveram filhos por parto normal na rede pública.

Quando questionadas sobre os procedimentos que se fizeram presentes durante o parto, as participantes identificaram os seguintes procedimentos: manobra Kristeller, episiotomia, tricotomia, privação de alimentos e água, repreensão por parte da equipe médica por reclamar da dor ou gritar frases do tipo "na hora de fazer não gritou". 55% das participantes passaram por um ou mais procedimentos, enquanto que 44% da amostra não passou por nenhum dos procedimentos apontados no questionário.

Com relação aos procedimentos realizados pela equipe de saúde durante o parto, doze mulheres (60%) responderam que todos os procedimentos realizados foram explicados para elas, enquanto que o restante das participantes (40%) relatou não ter recebido nenhuma explicação sobre os procedimentos realizados. A manobra Kristeller esteve presente em 36% dos partos normais, enquanto que a episiotomia foi realizada em 45% dos partos normais. Em aproximadamente 19% dos partos normais, tanto a episiotomia quanto a manobra Kristeller foram realizados conjuntamente. A tricotomia foi realizada em 15% do total da amostra. A privação de alimentos e água, a repreensão por reclamar da dor e uso de frase de cunho sexual estiveram presentes, respectivamente, em 27%, 18% e 9% dos partos normais.

De acordo com 64% das mulheres que tiveram filhos por parto normal, a equipe médica não pediu o consentimento delas para realizar determinados procedimentos médicos, como o exame de toque, episiotomia e kristeller. Já 80% das mulheres que fizeram cesáreas foram solicitadas a dar seu consentimento para a realização dos procedimentos médicos. Em relação ao tipo de atendimento, 55% das mulheres atendidas na rede pública não foram solicitadas a dar o seu consentimento durante o parto. Todas as mulheres (100%) atendidas na rede particular de saúde afirmaram terem sido solicitadas a dar seu consentimento para a realização dos procedimentos médicos necessários durante o parto.

No geral, 60% das participantes tiveram acompanhamento familiar durante o parto, contudo, no que diz respeito ao parto normal, 64% das mulheres não tiveram direito ao acompanhante. Em

relação ao parto cesáreo, 89% das participantes estiveram acompanhadas por algum familiar durante o parto. A porcentagem de acompanhantes em partos normais na rede pública foi de apenas 33%. Na rede privada, os resultados ficaram equilibrados (50%) para presença e ausência de acompanhante no parto normal. No que diz respeito ao parto cesáreo na rede particular, 100% das participantes foram acompanhadas por algum familiar durante o parto.

Os resultados apontam que 82% das participantes puderam se movimentar durante o trabalho de parto normal. Quando comparado ao tipo rede de atendimento, 78% das mulheres atendidas na rede pública e 100% das mulheres atendidas na rede privada afirmaram ter podido se movimentar durante o parto. Com relação à possibilidade de amamentar o bebê logo na primeira hora após o parto, apenas 20% da amostra respondeu ter amamentado, enquanto que, dos 80% que não puderam amamentar logo após o parto, o tempo médio de espera foi de 5 horas para partos normais e de 5 horas e 56 minutos para partos cesáreos.

Com relação à experiência de parto, 80% declararam ter sido uma boa experiência, 85% das mulheres disseram achar que não sofreram nenhum tipo de violência durante o parto e 95% das participantes afirmaram não ter se sentido humilhadas, desrespeitadas ou negligenciadas durante o parto. As mulheres que se sentiram vítimas de violência durante o parto citaram: o fato dos profissionais terem realizado determinados procedimentos sem a autorização delas, como a manobra kristeller; a necessidade de recorrer a uma liminar judicial para ter direito a acompanhante e ter sido deixada sozinha no momento do parto.

Por último, perguntamos as participantes qual tipo de parto elas escolheriam caso tivessem outro filho, sendo que 82% das mulheres que tiveram filhos por parto normal responderam que prefeririam esse tipo de parto numa futura gestação, pois a recuperação é mais rápida, além de ser fisiologicamente natural. Já 68% das mulheres que tiveram filhos por cesáreo disseram preferir continuar com o parto cesáreo numa próxima gestação, em geral por medo da dor das contrações.

Discussão dos resultados

Através dos resultados obtidos foi possível levantar algumas características acerca do parto e pós-parto. Primeiramente, foi possível constatar o alto índice de cesáreas realizadas, principalmente na rede particular. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), a taxa máxima para partos cesáreos não deve ultrapassar 15%, pois parte-se do preceito de que apenas 15% dos partos apresentem indicação precisa, ou seja, existe uma indicação real de que a cirurgia é necessária para a sobrevivência da mãe e do bebê (OMS, 2015). No Brasil, de acordo com Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS, 2015, o índice de cesáreo situa-se em torno de 56%, com grande variação em relação aos serviços público (40%) e privado (85%).

Desse modo, o alto índice de cesáreas verificado nesta pesquisa corrobora com os índices nacionais, e sucinta reflexões sobre o tema, pois de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil (LEAL, 2012), a todo ano, estima-se que quase um milhão de mulheres são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada. A cesariana aumenta o risco de o bebê desenvolver problemas respiratórios, necessitar ser internado na UTI e vir a óbito (LEAL, 2012). Além disso, a cesariana dificulta a formação de vínculo entre a mãe e o bebê e expõe a mulher a riscos de morte e infecções que poderiam ser evitados por meio do parto vaginal (ANDRADE; LIMA, 2014; BRASIL, 2001).

O alto índice de episiotomias (45%) realizadas nas participantes da pesquisa evidencia o uso difundido dessa técnica entre os profissionais de saúde, mesmo que seus benefícios não tenham sido comprovados empiricamente. Apesar de ser amplamente utilizada no país como forma de evitar lacerações perineais, preservar a musculatura perineal e reduzir as chances de incontinência urinária e retal, a episiotomia pode levar a lesões de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos insatisfatórios, como pregas cutâneas, assimetria e estreitamento excessivo do introito vaginal, prolapso genital (perda da sustentação dos órgãos), dor, infecção e disfunção sexual (ANDRADE; LIMA, 2014). Tanto a OMS quanto o SUS enfatizam que, por falta de provas claras acerca dos benefícios da episiotomia, ela deve ser banida como técnica rotineira e utilizada apenas em casos específicos devidamente avaliados por um médico (ANDRADE; LIMA, 2014).

Cerca de 36% das participantes relatou o uso da manobra Kristeller durante o trabalho de parto. Essa técnica consiste em pressionar o fundo do útero durante o trabalho de parto a fim de forçar a saída do bebê. Segundo Carvalho (2014), essa técnica não possui evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, pois a não documentação dessa prática dificulta a identificação de riscos associados. Em geral, a autora destaca que a manobra kristeller não encurta o trabalho de parto, mas aumenta os índices de episiotomia, lacerações perineais severas e dor perineal no pós-parto. Os efeitos dessa técnica no feto também são pouco documentados, contudo há indícios de cefalohematomas, fratura de clavícula e de crânio (CARVALHO, 2014).

Scheepers, Essed e Brouns, 1998; Scrutton et al., 1999; Singata, Tranmer e Gyte, 2012 (apud ANDRADE; LIMA, 2014, p. 36) apontam que a privação de alimentos e água está associado ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia, contudo o risco está associado apenas a anestesia geral em mulheres de risco habitual. Desse modo, os autores ressaltam que é importante manter a hidratação e consumo de alimentos, a fim de fornecer um aporte calórico e proporcionar bem-estar as mulheres. O consumo de alimentos leves ou fluídos durante o parto não aumenta os riscos de complicações.

Esta pesquisa também apontou que algumas mulheres foram vítimas de repreensão pelos

profissionais de saúde por gritar ou reclamar da dor. Esse tipo de coação viola os direitos das mulheres e explicita uma banalização do sofrimento alheio (AGUIAR, 2010). O uso de frases como “na hora de fazer não gritou” representa uma cultura de banalização da discriminação social e repressão sexual da mulher como se o parto fosse uma forma de expiação pelo prazer que ela obteve durante o ato sexual (AGUIAR, 2010).

A Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, que determina que toda parturiente tem direito a um acompanhante, não foi respeitada em 67% dos partos normais realizados na rede pública. Só se observou um amplo seguimento da lei nos partos cesáreos realizados na rede particular de saúde. O impedimento de um acompanhante gera sentimentos de insegurança e desamparo nas mulheres, além de possibilitar a perpetuação de práticas violentas durante o parto, já que a mulher não tem quem a proteja nesse momento de vulnerabilidade.

A condição de passividade a qual a mulher foi colocada no processo de institucionalização do parto pode ser observada quando 64% das participantes relatou não ter sido consultada a dar seu consentimento para a realização de procedimentos no parto normal. Desse modo, de acordo com Wagner (2001, apud AGUIAR, 2010, p. 78), permanece subjacente à prática médica um modelo intervencionista semelhante a uma linha de montagem, onde o objetivo é otimizar o atendimento, sem levar em consideração a individualidade e os direitos de cada mulher sobre o próprio corpo. A não continuidade do atendimento pelos profissionais que realizaram o pré-natal para a realização do parto só contribui para que as mulheres em trabalho de parto sejam vistas como objetos, pois não há qualquer tipo de formação de vínculo afetivo (AGUIAR, 2010)

Com relação à percepção da violência obstétrica, somente três participantes se viram como vítimas devido aos seguintes motivos: 1- realização da manobra Kristeller e episiotomia sem consentimento; 2 - necessidade de uma liminar judicial para ter um acompanhante durante o parto; 3 - ter sido deixada sozinha no momento do parto. As demais participantes que foram submetidas a procedimentos já citados anteriormente não relataram terem se sentido vítimas desse tipo de violência, nem afirmaram terem se sentido desrespeitadas. Desse modo, podemos afirmar que determinados procedimentos, como a episiotomia e a manobra Kristeller, por serem cotidianamente empregados nas maternidades brasileiras, acabam sendo aceitos pelas usuárias como procedimentos inerentes ao parto normal.

No que diz respeito à amamentação na primeira hora de vida do bebê, pode-se observar que apenas uma pequena porcentagem das mães pôde amamentar seus filhos. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de que os hospitais e maternidades incentivem o aleitamento na primeira hora de vida, pois a amamentação nesse período de tempo favorece a construção do vínculo afetivo, além de reduzir o risco de hemorragia uterina no pós-parto (TOMA, 2007). Oddy

(2013), citando um estudo realizado em 67 países, aponta que o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê reduziu em 22% a taxa de mortalidade neonatal, principalmente devido ao efeito protetor do aleitamento sobre o sistema imunológico.

Com relação às boas práticas realizadas nas maternidades, observou-se que 78% das mulheres atendidas na rede pública puderam se movimentar durante o trabalho de parto. De acordo com Andrade e Lima (2014), a possibilidade de se movimentar durante o parto possibilita que o parto tenha uma duração menor e a necessidade de analgesia diminua devido à diminuição da dor.

CONCLUSÃO

Neste trabalho se pretendeu analisar as experiências das mulheres e também o grau de conhecimento a respeito das práticas consideradas como violência obstétrica. A fim de satisfazer estes objetivos, foram coletados dados por meio de um questionário contendo perguntas relativas ao pré-natal, parto e pós-parto e a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica.

Através dos resultados obtidos foi possível verificar um alto índice de procedimentos considerados como violência obstétrica. Observa-se que a maior parte destes procedimentos não possui evidências científicas suficientes para serem utilizados e apresentam uma gama de riscos associados. Além disso, pode-se constatar que a maioria das participantes não foi solicitada a dar seu consentimento para a realização deles. Com relação à percepção sobre a violência obstétrica, grande parte das participantes não se reconheceu como vítima, ainda que tivesse sido submetida a uma série de práticas tidas como violência obstétrica. Tais resultados corroboram com os dados encontrados na literatura (AGUIAR, 2010; LEAL, 2012).

Portanto, pode-se constatar que as práticas que constituem violência obstétrica ainda são pouco reconhecidas pelas mulheres enquanto um ato violento, de forma que isso pode ser explicado pela incorporação de tais práticas aos partos, de modo que implica numa tendência a conceber a presença desses procedimentos como um padrão normal, comum ao parto. Além disso, no momento em que a violência ocorre, as mulheres estão experimentando fortes sensações, o que dificulta reações contrárias.

Considera-se importante abordar esse tema durante a gestação, parto e pós-parto, informando a mulher sobre seus direitos, com a finalidade de desenvolver autonomia para que ela possa desempenhar um papel mais ativo e participar das tomadas de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, bem como estar apta para identificar, argumentar e denunciar situações de violência e desrespeito. Também é necessário que a família esteja ciente sobre a existência da violência obstétrica, de modo que possa servir de suporte e ter respostas adequadas nessas situações. No entanto, sabe-se que não diz respeito somente à mulher, mas principalmente aos

dispositivos de saúde que as recebem, combaterem práticas violentas presentes no cotidiano de trabalho. Além disso, salienta-se a necessidade de criar uma legislação federal específica sobre esse tema, de modo que ela proteja e garanta os direitos das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto. Por fim, recomenda-se a realização de novos estudos nessa temática, a fim de levantar críticas e subsidiar intervenções.

Referências Bibliográficas AGUIAR, JANAÍNA M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ANDRADE, BRIENA P.; AGGIO, CRISTINA M. (2014). Violência Obstétrica: a dor que cala. IN: SIMPÓSIO DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2014, Londrina. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014. P. 1 - 7.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J.B. M.C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. IN: BRASIL, Ministério da Saúde. *Humanização do Parto e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, 2001. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>.

Acesso em 12 abr. 2016

BRASIL, Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviços*. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>.

Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos.. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 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 sistema único de saúde - SUS. Brasília/ DF, 7 de abril 2005. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

Acesso em 15 maio 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Comissão nacional de incorporação de tecnologia no SUS. *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, 2015. Disponível em < <http://>

conitec.gov.br

/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

>. Acesso em 12 abr. 2016. BELLI, LAURA F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, v.1, n.7, ene./jun. 2013. Disponível em < [http://www.](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

[unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

>.

Acesso em: 20 abr. 2015. CAMACARO, MARBELLA C. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, v. 14, n. 32, ene./jun. 2009. Disponível em < [http://](http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf)

[www.](http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf)

[scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf](http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf)

>.

Acesso em: 12 maio 2015. CARVALHO, L. Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto. 2014. Relatório de estágio - Universidade do Porto, Portugal. Disponível em <[http://](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[B3rio%20](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[Est%C3%](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[A1gio%20](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[Final%20](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[La%C3%](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[ABitia%20](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

[Carvalho.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABitia%20Carvalho.pdf)

>.

Acesso em: 02 maio 2016. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Violência Obstétrica: você sabe o que é?*

São Paulo: 2013. Disponível em <[http://](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf)

[www.](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf)

[defensoria.sp.gov.br](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf)

[/dpesp/repositorio/41/violencia%20](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf)

[obstetrica.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf)

>.

Acesso em: 25 abr. 2015. GOMES, ANNATÁLIA M. A. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2008. Disponível em <[http://](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf)

www.

scielo.br

/scielo.php

?

script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100006>. Acesso em 01 abr.2015. LEAL, M. C. (Coord.). *Nascer no Brasil: Sumário executivo da pesquisa*. Fundação Oswaldo Cruz, 2012. Disponível em <[http://](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf)

www.

ensp.fiocruz.br

/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf

>.

Acesso em: 08 abr. 2016. ODDY, WENDY H.. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal Mortality. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 89, n.2, p. 109 - 111, 2013. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre a taxa de cesáreas. *Human reproduction programme*. 2015. Disponível em <[http://](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)

apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

>. Acesso em 08 abr. 2016 POLJAK, ASIA VILLEGAS. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Caracas, v.14, ene./jun. 2009. Disponível em <[http://](http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf)

www.

scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf

>. Acesso em 12 maio 2015. TOMA, TERESA. Amamentação à luz da primeira hora de vida. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 42, p. 51 - 52, 2007.

Aluna de Graduação do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe

Recebido em: 02/07/2016

Aprovado em: 03/07/2016

Editor Responsável: Veleida Anahi / Bernard Charlort

Metodo de Avaliação: Double Blind Review

E-ISSN:1982-3657

Doi: