Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo

Denise Yoshie Niy

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Saúde Pública

Área de concentração:
Saúde, ciclos de vida e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2018

Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo

Denise Yoshie Niy

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Saúde Pública

Área de concentração:

Saúde, ciclos de vida e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo
Diniz

Versão Revisada

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Niy, Denise Yoshie

Desafios para a implementação de uma assistência "amiga da mulher" : A presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo / Denise Yoshie Niy; orientadora Carmen Simone Grilo Diniz. -- São Paulo, 2018.
148 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança. 2. Violência obstétrica. 3. Acompanhante no parto. 4. Mobilidade no trabalho de parto e parto. 5. Assistência ao parto. I. Diniz, Carmen Simone Grilo, orient. II. Título.

**Para Dona Julia, minha mãe,
mulher de garra e delicadeza que me ensinou a ler o mundo.**

AGRADECIMENTOS

Por quase quatro anos sonhei com o grande momento de redigir esta seção de agradecimentos. Mas eis que agora me apavoro: como evitar injustiças? Sei que alguém importante ficará de fora da lista, desde já peço desculpas por isso e me justifico: é madrugada, a memória já falha. Isso dito, começo os agradecimentos pela minha orientadora: Professora Simone, muito obrigada por sua orientação generosa e sempre brilhante. Sua vivacidade e paixão pelo conhecimento são inspiradoras, espero fazer jus a sua dedicação a mim e a meu trabalho de doutorado.

Agradeço a todos os professores e professoras com quem tive contato nesses quatro anos, em especial a Cristiane Cabral, Sonia Hotimsky, Camila Pimentel, Elizabete Franco Cruz, Ana Flávia Lucas Pires D'Oliveira, Janaína Marques Aguiar e Camilla Alexsandra Schneck, pela leitura do meu material e pelas contribuições preciosas.

Devo agradecimentos também ao pessoal administrativo da Faculdade de Saúde Pública, principalmente a Carmen de Almeida Castelani, do departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade. Sempre fui muito bem atendida por todos, obrigada.

A todas as amigas e amigos de pós-graduação, que estão vinculados ao programa ou já cumpriram seu ciclo, agradeço todos os momentos partilhados. As angústias, as dicas sobre os trâmites burocráticos, as fofocas de corredor, as risadas, vou sentir falta de tudo. Helô, Cláudia, Marcel, Jéssica, Paula, Bruna, Marina, Bia, Halana, que bênção tê-los conhecido.

Moças da graduação que compuseram nossa equipe de apoio no Projeto Hamabe: muito obrigada pelos aprendizados. Julia, Valéria, Bruna, Luma, Jacque, Ana, Suellen, Ellen, agradeço muito pela paciência que tiveram comigo.

Aos colegas Elaine e Caio, daquela terra onde as árvores não farfalham, obrigada por me mostrarem outras perspectivas na gestão de um serviço de maternidade.

Cabe ainda agradecer a toda a minha família, que me apoia incondicionalmente para que eu possa perseguir meus sonhos e levar meus projetos adiante. Dona Julia, minha mãe, Hamilton, Hugo, Fátima, Enzo, Renan, podemos ter nossas diferenças, mas amo todos vocês. E um obrigado mais do que especial ao Luciano, meu namorado, que há quatro anos também tem ouvido a minha ladainha de doutorado.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Murilo, meu filho, meu guri, companheiro de tantas reuniões, aulas, palestras, seminários, congressos... Obrigada, Mu, sem você nada disso teria existido.

NIY, D. Y. **Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”**: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. 2018. Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

Introdução: Em muitos países, em especial naqueles pobres e de renda média, há dificuldades para melhorar os indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, mesmo com a universalização do acesso à assistência, como no Brasil. Muitas vezes são as concepções de gênero que orientam a prática dos profissionais e a organização dos sistemas e serviços de saúde típicos, o que resulta em sobrevalorização da tecnologia e minimização ou mesmo invisibilidade de seus efeitos adversos. As narrativas sobre desrespeitos, abusos, e maus-tratos às mulheres evidenciam a ocorrência de uma modalidade específica de violência institucional, recentemente nomeada como violência obstétrica. Neste trabalho, o termo é entendido como o desrespeito aos direitos da mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, tendo em vista seus direitos humanos básicos e inalienáveis. A Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC) foi proposta em 2015 para superar esse quadro. **Objetivos:** Mapear os facilitadores e obstáculos de um piloto de implementação da IHAMC para a superação da violência obstétrica, em especial nos critérios “liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto” e “presença de acompanhante de escolha da mulher”. **Métodos:** Este trabalho integra um piloto de implementação da IHAMC em duas maternidades do SUS, com análise dos dados produzidos na etapa inicial no campo paulistano da pesquisa (2016-17). Foram realizadas entrevistas individuais e atividades em grupo com gestores, profissionais de saúde e usuárias do serviço; observação do serviço e análise dos dados do Sinasc da maternidade. Foi criado um grupo de trabalho com gestores, profissionais da assistência, pesquisadores e usuárias para analisar os problemas identificados e atuar sobre eles. **Resultados:** As visões de gestores e profissionais de saúde contrastam com a observação e os relatos das mulheres, com verificação de interdições ao exercício do direito a acompanhante e à liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto. Também foram recorrentes as falas no sentido de responsabilizar as mulheres pelas dificuldades que elas enfrentam na internação para o parto. Os atores envolvidos mostram disposição para aprimorar a qualidade da assistência, e propuseram mudanças nesta direção, algumas já em andamento. **Conclusão:** A IHAMC pode ser uma boa estratégia para superar a violência obstétrica em contextos como o brasileiro, uma vez que coloca em debate a qualidade da assistência tendo em vista os direitos das mulheres e propicia a incorporação dos atores envolvidos na solução dos problemas, contribuindo para sua solidez e sustentabilidade.

Descritores: Violência obstétrica; Parto; Humanização do nascimento; Humanização da assistência; Violação dos direitos humanos; Violência contra a mulher; Estudos de implementação; Abuso; Desrespeito; Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança.

NIY, D. Y. [**Challenges to the implementation of a “woman-friendly” care: the companionship and woman’s mobility in childbirth in a SUS maternity hospital in São Paulo, Brazil.**] 2018. Thesis – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

Introduction: In many countries, especially in poor and middle-income ones, there are difficulties in improving maternal and neonatal morbidity and mortality, even with universal access to care, as in Brazil. Often it is the gender conceptions that guide professionals’ practices and the organization of typical health systems and services, which results in overvaluation of technology and minimization or even invisibility of its adverse effects. The narratives about disrespect, abuses, and mistreatment of women show the occurrence of a specific modality of institutional violence, recently named as obstetric violence. In this thesis, the term is understood as the disregard for women's rights while caring for their sexual and reproductive health, in view of their basic and inalienable human rights. The Mother-Baby Friendly Birthing Facilities Initiative (MBFBF) was proposed in 2015 to overcome this situation. **Objectives:** To map out the facilitators and obstacles of a MBFBF implementation pilot to overcoming obstetric violence, particularly with respect to the criteria “freedom of movement in labor and birth” and “presence of women's companion of choice”. **Methods:** This study is part of a MBFBF implementation pilot in two SUS maternity hospitals, with an analysis of the data produced at the initial stage in the São Paulo site of research (2016-17). Individual interviews and group activities were conducted with managers, health professionals and users of the service; observation of the service and analysis of Sinasc maternity data. A working group was created with managers, health professionals, researchers and consumers to analyze and act on the problems identified. **Results:** The visions of managers and health professionals contrast with the observation and women’s reports. It was verified that right to presence of a support person and freedom of movement in labor and birth were denied to women. There were recurrent statements blaming women for the difficulties they face during hospitalization. However, all actors involved showed a willingness to improve quality of care, and proposed changes in this direction, some already in progress. **Conclusion:** The MBFBF can be a good strategy to overcome obstetric violence in contexts such as Brazil, since it raises the issue of quality of care with regard to women’s rights and allows the incorporation of the actors involved in the solution of the problems, contributing for its solidity and sustainability.

Descriptors: Obstetric violence; Childbirth; Childbirth humanization; Healthcare humanization; Human rights violation; Violence against women; Implementation studies; Abuse; Disrespect; Mother-Baby Friendly Birthing Facilities.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	9
1.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO: INDICADORES E EVIDÊNCIAS	9
1.2 UMA QUESTÃO DE GÊNERO?	13
1.3 UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA?	16
1.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ORIGENS DO TERMO E DEFINIÇÕES	21
1.5 INICIATIVAS PARA SUPERAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	26
1.6 INICIATIVAS AMIGAS DA MULHER	31
1.6.1 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	31
1.6.2 Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI)	35
1.6.3 International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI)	36
1.6.4 Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)	36
1.6.5 Afinidades e diferenças	42
2 OBJETIVOS	49
2.1 OBJETIVO GERAL	49
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
3 MÉTODOS	50
3.1 O PROJETO HAMABE	50
3.1.1 Diagnóstico inicial	52
3.1.2 Outras atividades do projeto Hamabe	56
3.2 CONECTANDO PONTOS NESTA TESE	58
3.3 A MATERNIDADE ESTUDADA	59
4 RESULTADOS	66
4.1 ARTIGO: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	66
4.2 ARTIGO: LIBERDADE DE MOVIMENTAÇÃO	91
4.4 ARTIGO: ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER	108
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXO 1: PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA	139
ANEXO 2: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA INTERFACE	144
ANEXO 3: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	145

ANEXO 4: CURRÍCULO LATTES DA AUTORA	146
ANEXO 5: CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	147

APRESENTAÇÃO

O que faz uma editora na Faculdade de Saúde Pública? Essa pergunta merece ser respondida antes de qualquer introdução a esta tese, de modo a esclarecer o contexto em que se deu sua produção, pois o caminho que me levou aos estudos sobre saúde materno-infantil não foi o estritamente acadêmico, mas especialmente o da vivência.

Em 2005, grávida, descobri-me totalmente ignorante sobre o que acontecia em meu corpo e por isso, editora que sou, recorri aos livros. Devorei alguns títulos para gestantes que encontrei nas grandes lojas, mas foi uma obra “quase de bolso” que transformou definitivamente minha experiência com o parto e, na sequência, com a academia. Tratava-se do **Parto normal ou cesárea: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)**, de Carmen Simone Grilo Diniz e Ana Cristina Duarte. Esta última, depois de muitas buscas, veio a se tornar minha doula, e me acompanhou em um parto normal hospitalar transformador. A primeira, enfim, orienta agora minha pesquisa de doutorado, mas já há muito tempo ilumina meus pensamentos a respeito da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Dos livros sobre gestação e parto até o doutorado percorri uma estrada de mais de 12 anos, período em que eventos pessoais me levaram a questionar cada vez mais a inserção da mulher na nossa sociedade e como isso se reflete no cuidado a sua saúde. Tive a felicidade de encontrar outras mulheres com inquietações similares no que se refere à assistência ao parto, e vi nascer assim a Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa. Esse grupo de mulheres realizava suas primeiras ações em 2006, tendo como foco principal a humanização da assistência ao parto e nascimento. Entre elas, cito a denúncia ao Ministério Público Federal sobre o abuso de cesarianas no setor suplementar de saúde, com desdobramentos e repercussões como a edição de duas resoluções normativas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a fim de reduzir a proporção de partos cirúrgicos no setor privado, além de um projeto para “indução da qualidade do parto”, em parceria com um instituto norte-americano.

A partir de leituras sobre gênero, desigualdade e violência doméstica, das experiências no ABC Paulista e das ações na Parto do Princípio, paulatinamente me fortaleci como mulher, como mãe e como militante. Devo salientar nessa história o papel relevante de uma grande amiga que se tornou uma quase irmã. Deborah Delage e eu nos encontramos virtualmente na Parto do Princípio e logo começamos a sonhar juntas com uma assistência mais digna e baseada em evidências na região onde então residíamos, o ABC Paulista. Não fosse por isso, eu dificilmente teria ultrapassado a barreira que separa a busca por soluções

individuais daquelas que se estendem ao coletivo. Há dez anos, tudo o que me movia era o pavor de sofrer uma episiotomia; hoje me inquieto diante de uma assistência potencialmente violadora dos direitos humanos das mulheres, modulada por questões ligadas às desigualdades de gênero, raça e classe social.

Entendo que numerosos fatores socioculturais, além de minha biografia e inclinação de pensamento, podem interferir no andamento da pesquisa e, ciente dessas dificuldades, relato nesta tese uma parcela dos estudos que realizei desde fevereiro de 2014, quando oficialmente me matriculei no curso de doutorado. Naquela ocasião, não tinha muita clareza sobre o que desejava pesquisar, e por isso flertei com diversos temas, entre eles a satisfação sexual de mulheres que tiveram uma episiotomia, de certo modo aprofundando os estudos do mestrado. Mas não me sentia *suficientemente* seduzida ou, como a amiga de pós-graduação Paula Galdino bem explicou, não sentia o objeto de pesquisa como um saco de batata a cair sobre minha cabeça.

Considerando minha formação de base como editora e ainda com bastante medo de explorar caminhos novos, delineei um projeto que envolvia desenvolver um material educativo voltado a gestores de serviços de maternidade e a profissionais de saúde para combater violência obstétrica. Estava satisfeita com a empreitada, mas muito perto do exame de qualificação (que na Faculdade da Saúde Pública é realizado 13 meses após o ingresso) senti-me abalroada por um artigo que “por acaso” caiu em minhas mãos. O saco de batata que me atingiu foi a *Mother-baby friendly birthing facilities initiative* (‘Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e Criança’, IHAMC), publicado em 2015 pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e por outras entidades internacionais.

Abriu-se então uma longa estrada com muitos estudos sobre essa iniciativa e outras semelhantes, com um desejo enorme de interferir na realidade a minha volta: relatos de dor, sofrimento, angústia, humilhação, maus tratos e sequelas decorrentes de uma assistência à saúde da mulher nem sempre centrada no seu bem-estar e quase nunca preocupada com seus direitos. A ambição era grande, como se pudesse, de uma vez só, cozinhar todas as batatas do saco que me atingira e fazer disso um bom purê para alimentar cada parturiente do país.

Minha orientadora sentiu-se desafiada a empreender um piloto de implementação da IHAMC e assim conquistou o financiamento da Fapesp para o projeto de pesquisa de que esta tese se origina. Envolvi-me visceralmente nesse projeto, o que tem sido uma experiência intensa de aprendizado e crescimento, em especial pela possibilidade de trabalhar temas que me são caros. As observações no campo, as reuniões de pesquisa, as trocas com as colegas da equipe, as leituras solitárias, os contatos com as trabalhadoras da maternidade (em sua

maioria mulheres), todas essas experiências também me tocaram e de algum modo me tiraram do lugar.

O projeto de pesquisa prossegue pelo menos até fins de 2018, mas enfim chegou o momento de eu concluir o doutorado, apresentando um produto chamado tese. De início, foi um trabalho extremamente frustrante, pois me senti incapaz de sintetizar textualmente um pouco do muito que aprendi. Diante do computador e da tela branca, nem de longe parecia a editora formada pela ECA/USP. Apesar das dificuldades, consegui finalizar este documento, organizando algumas das reflexões que desenvolvi ao longo dos últimos anos. Esta tese estrutura-se no formato de artigos e compõe-se de seis partes, além desta apresentação. Na introdução delinheio o contexto da assistência ao parto no Brasil e conceituo brevemente gênero. A violência obstétrica e as iniciativas para sua superação dão sequência a esse capítulo, com a abordagem da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança. Seguem-se os objetivos e os métodos, em que se explicita a relação deste trabalho com o projeto de pesquisa coordenado pela minha orientadora e em que realizo um panorama da instituição estudada. Os resultados incluem três manuscritos: uma revisão sistemática sobre violência obstétrica, a ser submetida em breve a um periódico científico, um artigo sobre a liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto na instituição estudada e outro sobre a presença de acompanhante. As considerações finais encerram a parte textual da tese, seguindo-se as referências bibliográficas e os anexos.

Entre o ativismo, o trabalho recente no Ministério da Saúde, os compromissos familiares, a maternagem e as amizades, tenho certeza de que ainda terei oportunidade para aprimorar minha faceta acadêmica, que está apenas desabrochando. Peço, então, muita paciência à leitora e ao leitor.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO: INDICADORES E EVIDÊNCIAS

No Brasil, registram-se cerca de 3 milhões de nascidos vivos ao ano e praticamente todos os nascimentos ocorrem em hospital ou outro estabelecimento de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). A proporção de mulheres que realizam sete ou mais consultas de pré-natal eleva-se de 22,2%, em 1995, para 66,5%, em 2015, ano em que apenas 8,5% das mulheres realizam menos de quatro consultas pré-natais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Ainda assim, desde o século passado a taxa de mortalidade materna mantém-se estagnada em patamares elevados, com 69 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013 (VICTORA et al., 2016). VICTORA et al. (2011) apontam as mortes decorrentes de aborto inseguro, a medicalização abusiva e a alta frequência de nascimentos pré-termos como importantes desafios a superar no país, que não alcançou as metas do milênio relativas à melhoria da saúde materna (SOUZA, 2013).

De acordo com inquérito nacional realizado entre 2011 e 2012, a qualidade do atendimento ainda se mostra baixa, com pouca adesão a boas práticas e elevada medicalização (LEAL et al., 2014). Assim, menos da metade das parturientes tem acesso a boas práticas, expressas por alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e uso do partograma. Adicionalmente, poucas mulheres têm a chance de dar à luz em posição não litotômica, e 40% das parturientes passam por amniotomia e recebem ocitocina. Chama a atenção, ainda, a elevada ocorrência de intervenções como episiotomia (56%) e manobra de Kristeller (37%) (LEAL et al., 2014).

Práticas sabidamente benéficas, como o apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto (BOHREN et al., 2017), também não são adotadas na assistência brasileira, ou o são de modo ainda tímido. Aproximadamente um quarto das mulheres não tem acompanhante em momento algum durante o processo de parto (DINIZ et al., 2014), apesar de uma lei federal garantir esse direito às mulheres desde 2005 (BRASIL, 2005). Tal achado ganha ainda mais relevância quando se considera que a presença de acompanhante reduz episódios de violência física, verbal e psicológica (D'ORSI et al., 2014).

O abuso de cesarianas constitui outro importante problema de saúde pública, em especial no Brasil. Apesar das recomendações internacionais de que as cesáreas permaneçam em torno de 10% a 15% (YE et al., 2014; OMS, 2015), em 2014, 56,9% dos

nascimentos ocorreram por via cirúrgica no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). O uso indiscriminado da cesariana acarreta maior morbidade e mortalidade maternas e fetais (DENEUX-THARAUX et al., 2006; SOUZA et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e, na comparação com o parto vaginal planejado, as mulheres submetidas à cesariana planejada permanecem internadas por mais tempo (GELLER et al., 2010) e exibem maior risco de histerectomia e de trombose venosa profunda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os recém-nascidos de cesariana programada têm maior risco de admissão em UTI neonatal, sem diferença significativa para incidência de hipóxia e morbidade respiratória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Além disso, pesquisas recentes indicam que nascidos por via abdominal têm riscos aumentados de obesidade, elevação de pressão arterial, diabetes do tipo 1 e asma (CARDWELL et al., 2008; THAVAGNANAM et al., 2008; GOLDANI et al., 2011; HORTA et al., 2013). Estudo mostra também associação da cesariana com alguns tipos de alergia nos primeiros dois anos de vida (NEGELE et al., 2004).

Atualmente sabe-se que os primeiros contatos do ser humano com bactérias ocorrem dentro do útero e que a composição da microbiota é influenciada por fatores pré-natais, pela via de nascimento e pelo pós-parto imediato. No parto vaginal, o bebê tem contato com as bactérias vaginais e intestinais da mãe e adquire as bactérias da pele materna caso se proporcione o contato imediato, o que se mostra benéfico para o desenvolvimento da criança (AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION, 2017). NIMWEGEN et al. (2011) indicam que o nascimento por via cirúrgica afeta a composição da flora intestinal e, por consequência, amplia os riscos de alergias. Para CHO e NORMAN (2013), a microbiota intestinal se relaciona fortemente com o desenvolvimento do sistema imune, e o fato de os recém-nascidos apresentarem flora intestinal distinta conforme a via de nascimento pode influenciar o aparecimento de desordens imunes ao longo da vida daqueles que nasceram por cesariana.

Assim, não é admissível que as mulheres sejam submetidas de forma eletiva a essa cirurgia sem que sejam devidamente informadas a respeito dos riscos agregados tanto à sua saúde como à de seus filhos, no contexto imediato do procedimento hospitalar e no futuro. Essa recomendação consta das diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde a respeito da cesariana, assim como a recomendação de obter termo de consentimento livre e esclarecido da mulher quando se programa o nascimento cirúrgico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A existência de um setor privado de saúde adiciona complexidade ao contexto brasileiro, uma vez que esse tipo de assistência visa os maiores lucros possíveis e tem sido

pouco ou mal regulado no país. Dessa maneira, no que se refere à assistência ao parto e nascimento, o setor suplementar, representado pelos planos e seguros de saúde, organiza-se basicamente em torno da previsibilidade e do custo da cesariana para que o atendimento se torne lucrativo, sem crítica aos resultados de saúde física e emocional da mulher e do bebê (DELAGUE SILVA, 2014). Assim, não surpreende o fato de que no setor privado 89,9% dos nascimentos correspondem a cirurgias cesarianas, ainda que no início da gestação apenas 36,1% das mulheres desse setor expressem preferência pela via cirúrgica (DOMINGUES et al., 2014).

Além dos riscos aumentados às mulheres e aos recém-nascidos e das repercussões de longo prazo proporcionadas pela cesariana, conforme enunciado anteriormente, o excesso dessa cirurgia no setor suplementar tem levado à redução do tempo de gestação dos bebês, com concentração de nascimentos no período denominado “termo precoce” (com idade gestacional entre 37 e 38 semanas). Dados da Região Sudeste do país corroboram o deslocamento para a esquerda da curva da idade gestacional ao nascer no setor privado, o que se acentua com o excesso de cesarianas (Figuras 1 e 2) (DINIZ et al., 2016a).

Figura 1: Proporção de nascidos vivos, segundo idade gestacional ao nascer, por tipo de financiamento da assistência. Região Sudeste do Brasil, 2011-2012. (DINIZ et al., 2016a).

Figura 2: Proporção de nascidos vivos, segundo idade gestacional ao nascer, por tipo de financiamento da assistência e via de nascimento. Região Sudeste do Brasil, 2011-2012. (DINIZ et al., 2016a).

Esses dados delineiam com mais precisão o paradoxo perinatal brasileiro, em um contexto em que mais acesso aos serviços e à tecnologia e melhores condições socioeconômicas das mulheres não significam melhores resultados em saúde (DINIZ, 2009), nem mesmo para aquelas que usufruem planos ou convênios médicos (DINIZ et al., 2016a). O termo paradoxo perinatal nomeia inicialmente a situação em que se investem atenção e recursos – tanto financeiros como tecnológicos – à assistência aos recém-nascidos prematuros, em detrimento da prevenção à prematuridade, com ações dirigidas às gestantes, em especial aquelas menos favorecidas do ponto de vista socioeconômico (DINIZ, 2009). Para o caso brasileiro, o termo expande-se para nomear todo o contexto de assistência à gestação e ao parto em que a mulher se defronta com “o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada” (DINIZ, 2009, p. 316). Para melhor compreender esse contexto, torna-se necessário olhar para o gênero como categoria analítica, conforme abordado a seguir.

1.2 UMA QUESTÃO DE GÊNERO?

Neste trabalho entende-se gênero como o sexo socialmente construído, portanto relacionado às dimensões histórica e cultural (BARBIERI, 1993; DINIZ, 2001), e que acaba por orientar a percepção e organização da vida social, inclusive da assistência à saúde da mulher (DINIZ; CHACHAM, 2006; DINIZ, 2009). Destaca-se que as diferenças percebidas entre os sexos, além de orientarem as relações sociais, constituem a forma primitiva de significar as relações de poder (SCOTT, 1990). Para melhor compreender essa categoria analítica e seu surgimento histórico, recorre-se a dois estudos principais (SCOTT, 1990; BARBIERI, 1993), mas sem qualquer pretensão de se esgotar o tema.

SCOTT (1990) resgata os diferentes usos do termo gênero efetivados até fins da década de 1980, com especial atenção ao modo como as feministas se apropriaram dessa categoria, de forma a problematizar como se dá na sociedade a relação entre os sexos. O resgate histórico dos estudos de gênero também constitui foco de BARBIERI (1993), que aborda a reprodução e o controle do corpo da mulher e as consequências teórico-metodológicas para as ciências sociais, assim como a necessidade de expandir o uso dessa categoria de análise para outras áreas do conhecimento. Ao estabelecer a desigualdade

na perspectiva de gênero, Barbieri reforça a necessidade de articulação dessa categoria com outras formas de desigualdade, como de raça/etnia, de classe e de geração. Isso porque abordagens mais complexas permitem vislumbrar como práticas, símbolos e representações sociais a respeito de homens e mulheres mudaram “como resolução de conflitos em outras esferas sociais que pouco têm a ver com sexualidade e reprodução” (BARBIERI, 1993, p. 14). Todavia, SCOTT (1990) salienta que não há paridade entre gênero, raça e classe, principalmente porque esta última categoria ancora-se em teorias sociais bem estabelecidas, em especial o marxismo. Neste caso, classe está estreitamente relacionada com a dimensão econômica da sociedade, o que não se pode afirmar sobre as categorias raça e gênero, que possuem outras dimensões complexas e específicas.

Os primeiros estudos sobre mulheres pretendiam valorizar sua experiência pessoal e sua atividade pública, trazendo uma crítica à ciência e ao modo como é realizada. A despeito de sua relevância por iluminar questões até então pouco conhecidas, não foram suficientes para trazer para o primeiro plano essas personagens da sociedade, tampouco para valorizar sua produção, devido à ausência de um marco teórico que permitisse problematizar a forma com que gênero (como categoria analítica) dá sentido à organização e à percepção do conhecimento histórico (SCOTT, 1990). Nesse contexto, gênero coloca-se como um novo campo do conhecimento, mas ainda sem força suficiente para questionar os paradigmas históricos vigentes.

SCOTT (1990) resume as diferentes abordagens de gênero já empregadas em três principais posições: a que estabelece a reprodução como chave do patriarcado; a crítica feminista fundada na tradição marxista; a que se inspira em diversas vertentes da psicanálise para pensar a produção e reprodução da identidade de gênero do sujeito. Para a autora, estudar gênero implica considerar quatro elementos, que se inter-relacionam: os símbolos culturais sobre o “ser mulher”; os conceitos normativos, como doutrinas religiosas, científicas ou políticas; a noção do político, abarcando as instituições e organizações sociais; a identidade subjetiva, que influencia o controle ou acesso a recursos materiais e simbólicos.

BARBIERI (1993) enfatiza a necessidade de reconhecer o patriarcado como forma de dominação histórica e socialmente construída e cita alguns temas que merecem ser considerados nos estudos de gênero: os sistemas de parentesco; a divisão social do trabalho (como consequência do conflito de poder e portanto do controle que os homens exercem sobre a capacidade reprodutiva da mulher e sobre o acesso sexual a elas); e as maneiras como se estruturam os espaços de poder e como este é exercido.

Os elementos apontados por SCOTT (1990) e BARBIERI (1993), ainda que não explorados exaustivamente aqui, permitem pensar a assistência ao parto para além das dimensões técnicas indicadas anteriormente. Nesse sentido, considera-se que o nascimento de uma criança constitui também um evento social, além de biológico, e que envolve valores e crenças tanto da parte da mulher que gesta (e de seu contexto familiar) como da parte das pessoas e instituições envolvidas na assistência a essa mulher. Há a tendência de se subentender que profissionais de saúde e instituições que prestam assistência à mulher são neutros ou desprovidos de valores ou crenças, o que, antes de constituir um equívoco, explicita o viés ou a cegueira de gênero a orientar o entendimento do campo. Dessa maneira, preconceitos de gênero, raça, classe, geração e religião comumente são aceitos como explicações científicas sobre o processo de gestação e parto, sobre o corpo e também sobre a sexualidade (DINIZ, 2009).

Como coloca VIEIRA (2002, p. 25), o corpo da mulher tem sido tratado como potencialmente ameaçador ao equilíbrio social, de forma que “Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas”. Assim, na assistência ao parto típica, os profissionais de saúde (e as instituições) concentram-se em tutelar o corpo da mulher e corrigir sua fisiologia, tomados como imprevisíveis e disfuncionais (DINIZ, 2009). Uma das consequências disso compreende a “superestimação dos benefícios da tecnologia e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções” (DINIZ, 2009, p. 318). Nessa perspectiva, os direitos das mulheres e sua condição de pessoa podem ser violados em diferentes graus quando elas buscam assistência à saúde, sem que isso seja entendido como uma violação.

O debate sobre gênero na assistência ao parto nos últimos anos tem se enriquecido por autoras como Claudia Malacrida, que destaca as contradições entre a experiência concreta do parto – a de um evento descontrolado, sujo e vexatório – e o papel dos discursos normativos da feminilidade, baseados em conceitos de decência, dignidade e manutenção de aspectos estéticos valorizados culturalmente. Esta contradição é especialmente marcante em culturas como a brasileira, na qual a predominância da cesárea como via de nascimento responde a este apelo de preservação da decência, prevenindo o parto vaginal, tido como evento indecente e indigno (MALACRIDA; BOULTON, 2012).

A discussão sobre relações de gênero também traz o foco da análise para a presença dos homens na cena do parto. Nesta pesquisa, a presença de acompanhantes é um dos indicadores da iniciativa estudada, o que se dá de forma ainda mais complexa dado o contexto

do trabalho em hospitais públicos, que atendem mulheres vivendo maternidades mais subalternas (MATTAR; DINIZ, 2012), por serem mais pobres, menos empoderadas, e menos frequentemente casadas. Suas parcerias sexuais masculinas são chamadas à cena do parto, trazendo um conjunto novo de contradições, nas quais se sinergizam preconceitos de gênero, raciais e de classe (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002), como será abordado mais adiante. Se a presença dos homens na cena do parto causa desconforto em um espaço “feminino” e onde os conceitos de humanização ainda não estão consolidados, ao mesmo tempo há políticas de incentivo para a inclusão dos homens como acompanhantes, o que traz novos desafios e oportunidades.

1.3 UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA?

Os abusos e desrespeitos na assistência ao parto tiveram repercussão na mídia popular brasileira recentemente com a divulgação de uma pesquisa de opinião nacional, segundo a qual uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência no momento de dar à luz (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013). Parece pouco aceitável que as mulheres sejam submetidas a situações de abuso, desrespeito e maus-tratos em um momento de especial vulnerabilidade – e, de fato, a violência na atenção à gestação, ao parto, aborto e puerpério tem sido tema de debate acadêmico e social há muitas décadas, ainda que por meio de diferentes abordagens.

Conforme descreve DINIZ (2005), o modelo hospitalar de assistência ao parto predominante mostra-se potencialmente causador de sofrimento físico e emocional. Esse contexto suscitou um movimento internacional pela melhoria da assistência pautado pelo uso adequado de tecnologia e pela melhoria da qualidade da interação entre a mulher e os profissionais de saúde. Esse movimento, nascido há cerca de 35 anos, adquiriu diferentes contornos nas diversas regiões do mundo e, no Brasil, foi chamado de “humanização do parto” ou “humanização do nascimento”.

Todavia, deve-se salientar que já na década de 1950 as mulheres tornavam públicas as péssimas condições com que eram tratadas nas maternidades, indicando a assistência como uma forma de crueldade e mesmo tortura. Nos Estados Unidos, denunciavam-se as lesões decorrentes do fórceps, usado rotineiramente à época, e o fato de que, sedadas, muitas dessas mulheres eram imobilizadas com amarras e algemas para que não caíssem do leito, uma vez

que a combinação de morfina e escopolamina (chamada de ‘sono crepuscular’, *twilight sleep*) resultava em intensa agitação psicomotora. Na mesma época, a grande mídia inglesa também repercutiu denúncias sobre a falta de acolhimento e empatia dos serviços e sobre as rotinas incoerentes impostas às parturientes e puérperas. A tutela sobre o corpo feminino dentro das maternidades também era apontada como um problema por teóricas feministas como Adrienne Rich (DINIZ et al., 2015). Em 1979, RICH (1979) denunciava que “a tecnologia médica se converteu [...] em um meio de alienar as mulheres do ato de dar à luz, portanto de seus próprios corpos, de sua capacidade procriativa, e de manter o nascimento, tanto quanto possível, sob o controle masculino como mais uma grande indústria” (p. 312-313, tradução nossa).

Assim, as reivindicações para modificar a assistência ao parto de modo a torná-la mais amigável para a mulher não constituem uma novidade propriamente. No Brasil, a demanda pela humanização da assistência tem forte apelo entre as usuárias do sistema de saúde e a grande mídia, ainda que haja diferentes nuances em sua compreensão (DINIZ, 2001). A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), fundada em 1993, tem papel central na difusão desse ideário no país, congregando profissionais de saúde, gestores e representantes de entidades que já vinham estabelecendo em seu cotidiano práticas consideradas contra-hegemônicas, tais como partos verticalizados, com participação de acompanhante e assistência de enfermeiras obstétricas (RATTNER et al., 2010). Com os objetivos de problematizar a assistência típica e valorizar o parto e nascimento como eventos que extrapolam o corpo biológico da mulher, a Rehuna convoca a sociedade a refletir sobre “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (RATTNER et al., 2010, p. 216).

De acordo com DINIZ (2005), o termo “humanização” seria uma maneira de indicar a existência de violência nas instituições de saúde sem, contudo, identificar os profissionais como agressores, uma estratégia que em tese favoreceria o diálogo com trabalhadores dos serviços e com gestores. No Brasil, o discurso do parto como sofrimento é muito recorrente e confirmado por muitas mulheres em sua experiência nas instituições de saúde, repleta de dor iatrogênica (HOTIMSKY et al., 2002; DINIZ, 2005; MCCALLUM; REIS, 2006; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). O uso de fármacos ou instrumentos para sedar a mulher ou abreviar o parto constituiriam, nesse contexto, uma forma de humanizar o nascimento, um ato de humanidade com a parturiente. Em décadas mais

recentes, o uso da medicina baseada em evidências e o respeito aos direitos reprodutivos também têm sido considerados como iniciativas que visam humanizar o nascimento. Outra vertente compreende a qualidade da interação entre profissionais de saúde e pacientes, de modo que o tratamento acolhedor e respeitoso seja valorizado (DINIZ, 2005). O termo “humanização do nascimento” é amplamente empregado no contexto nacional e, como se nota, não há uma definição que abarque a totalidade dos sentidos atribuídos a ele.

Há pelo menos três décadas os movimentos populares em saúde e o movimento de mulheres reivindicam melhorias na assistência à saúde sexual e reprodutiva e, em 1984, foi lançado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Entre outros avanços, esse programa procurava superar o paradigma materno-infantilista na assistência à saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984). Pretendia envolver as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – para proporcionar à população feminina de todas as idades acesso universal e integral aos serviços de saúde, de certo modo adiantando preceitos que viriam a ser estabelecidos na Constituição de 1988.

Com o PAISM, o foco da assistência à saúde da mulher expandiu-se do ciclo gravídico-puerperal para todas as fases da vida, abrangendo a saúde sexual como dimensão mais ampla de que a reprodução faria parte. Os principais problemas de saúde da mulher à época, segundo o programa, eram: a baixa qualidade no atendimento pré-natal e ao parto, a elevada medicalização da assistência, com excesso de cesarianas, o câncer de colo uterino e de mama, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), o aborto e o planejamento familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

O referido programa brasileiro adiantou em uma década algumas das preocupações expressas na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, cujo relatório final é conhecido como Plataforma de Cairo (ONU, 1994). No documento, a saúde reprodutiva é definida não apenas em termos de ausência de doença, mas como estado de completo bem-estar físico, mental e social em tudo o que se refere ao sistema reprodutivo e a suas funções. A saúde reprodutiva abarca, assim, a saúde sexual, de modo que esta última possa ser experimentada de modo seguro e satisfatório. Ressalta-se a importância de não se restringir a saúde sexual ao aconselhamento e à assistência no âmbito da reprodução e das doenças sexualmente transmissíveis (ONU, 1994).

O documento das Nações Unidas salienta o planejamento familiar como um direito de homens e mulheres, que deveriam ter acesso a métodos eficientes e seguros de controle de fecundidade. Explicita-se a necessidade de promover a saúde sexual e reprodutiva de tal modo

que todos possam decidir livremente sobre quando e quantas vezes desejam ter filhos (ONU, 1994).

O Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem) e o Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) publicaram em 1998 um relatório intitulado **Silencio y Complicidad** (COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER – CLADEM; CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS – CRLP, 1998), em que denunciam violações aos direitos humanos das mulheres no atendimento à saúde no Peru, em especial no que se refere a sua saúde sexual e reprodutiva. O documento evidencia as relações hierárquicas estabelecidas entre profissionais e usuárias, de modo que os primeiros controlam ou tutelam a sexualidade e as decisões reprodutivas destas últimas. Em casos extremos, essas condutas, que são institucionalizadas nos serviços de saúde, expressam-se por meio de coerção, desinformação e violência. Ainda de acordo com o documento, as mulheres que procuram os serviços públicos de saúde reprodutiva e planejamento familiar sofrem violência física e psicológica, com tratamento coercitivo, humilhante e discriminatório, tolerados e até mesmo acobertados pelas instituições (COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER – CLADEM; CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS – CRLP, 1998).

No que se refere à violência institucional nos serviços de saúde peruanos, prevalece um contexto de “silencios, temores y complicidades”, de modo que os profissionais, os serviços e os gestores de saúde não são responsabilizados pelas violações aos direitos da mulher no âmbito da assistência à saúde reprodutiva. O direito das usuárias, ainda que parcialmente garantido por lei, não encontra respaldo jurídico quanto à escolha livre e informada. Desse modo, as intervenções sobre o corpo da mulher continuam sendo decididas e realizadas pelo profissional de saúde, sem qualquer tipo de negociação ou informação à mulher. Adicionalmente, como no Brasil, há dificuldades para a obtenção de assistência à saúde por complicações decorrentes de aborto (COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER – CLADEM; CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS – CRLP, 1998).

D’OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER (2002) descreveram a violência contra a mulher nos serviços de saúde em termos de negligência e de violência verbal, física e sexual. Essas categorias se aproximam daquelas comumente empregadas no estudo da violência

contra a mulher por parceiro íntimo, contudo, não dão conta da totalidade de situações de violência vivenciadas no serviço de saúde, uma vez que não incluem fatores importantes como o uso inadequado ou excessivo de intervenções na assistência ao parto. As autoras também salientam que há formas de violência estruturais ao sistema de saúde, que muitas vezes não está acessível a todas as pessoas de modo equitativo.

A experiência de dar à luz um filho pode ser especialmente sofrida, solitária e dolorosa para jovens e adolescentes brasileiras (MCCALLUM; REIS, 2006). Essas relatam muitos medos, inclusive o de sofrerem maus-tratos por parte dos profissionais de saúde, o que por vezes acontece. No ambiente hospitalar, direitos expressos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são desrespeitados e as jovens e adolescentes muitas vezes sofrem agressões verbais e psicológicas, além de serem submetidas a procedimentos invasivos e dolorosos desnecessariamente e sem seu prévio consentimento (MCCALLUM; REIS, 2006).

AGUIAR e D'OLIVEIRA (2011) descrevem a objetificação da mulher quando ela está sob os cuidados dos serviços de saúde para dar à luz, o que ocorre paralelamente à banalização da dor que ela por ventura sinta. Segundo as autoras, isso reflete a situação de banalização da violência institucional e da deterioração da relação profissional-paciente, situação que está presente desde a formação e treinamento médico (HOTIMSKY, 2007). TORNQUIST (2003) aponta situação semelhante e refere que no hospital as manifestações de dor são tacitamente proibidas e a relação com a equipe de assistência ocorre “sem explicações, sem margem de negociação, com desqualificações e infantilização das parturientes” (TORNQUIST, 2003, p. S424).

Estudo realizado em hospital de ensino evidenciou a falta de privacidade e o excesso de intervenções como características da atenção prestada na unidade, onde, por exemplo, toques vaginais eram repetidos por diferentes profissionais em curtos períodos de tempo, sob a observação de outros profissionais do próprio serviço, de docentes e de acadêmicos (HOTIMSKY, 2007; WOLFF; WALDOW, 2008). A realização de procedimentos muitas vezes desnecessários e sem o consentimento da mulher parece ser recorrente, mesmo nas unidades de ensino, como no caso de Mary Dias, recentemente tornado público. Em audiência promovida pelo Ministério Público Federal,¹ a jovem relatou a violência sofrida em um hospital universitário quando ela dava à luz seu filho: mesmo diante de seu pedido para que

¹ Audiência pública “Episiotomia e Humanização do Nascimento”, promovida Ministério Público Federal em São Paulo. 23 out. 2014.

não a cortassem, dois residentes realizaram as episiotomias, uma para cada lado (DINIZ et al., 2016b).

Há quase três décadas há evidências fortes o suficiente para recomendar o abandono da episiotomia de rotina (VISWANATHAN et al., 2005; AMORIM; KATZ, 2008; CARROLI; MIGNINI, 2011). Contudo, de acordo com o inquérito Nascer no Brasil, 56% das mulheres sofrem essa intervenção no parto (LEAL et al., 2014), que já foi inclusive descrita como “uma forma de mutilação genital” (WAGNER, 1999). Como a episiotomia, outras intervenções são praticadas sem justificativa clínica e muitas vezes sem o consentimento da mulher, que raramente recebe informações claras e suficientes sobre sua própria saúde e a de seu bebê (HOTIMSKY et al., 2002).

Outras intervenções realizadas com frequência no contexto brasileiro são manobra de kristeller, ocitocina e amniotomia, de modo que apenas uma pequena parcela de mulheres que adentra o serviço de saúde para dar à luz consegue deixá-lo sem ter passado por algum tipo de procedimento. Considerando as mulheres de risco habitual, apenas 5,0% dão à luz de forma natural, em contraste ao que ocorre no Reino Unido, onde 41,8% dos nascimentos ocorrem sem qualquer tipo de intervenção (LEAL et al., 2014). Como agravante ao dado nacional, deve-se mencionar que as mulheres de risco habitual passam por mais intervenções do que aquelas que exibem algum tipo de risco aumentado; as únicas intervenções que são realizadas em menor proporção nas mulheres de risco habitual são cateter venoso, analgesia e cesariana. Segundo LEAL et al. (2014, p. S22), essas intervenções “em grande parte, foram desnecessárias e cumpriram o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo”.

1.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ORIGENS DO TERMO E DEFINIÇÕES

Ainda que há muitas décadas se denunciem a baixa qualidade da assistência prestada à mulher e as situações de desrespeito por ela vivenciadas na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, o emprego do termo violência para designar tais situações constitui uma ressignificação recente, quando então muito daquilo que se chamava de “sofrimento” pôde ser (re)descrito como “violência”. O sofrimento é referido como “dor moral; amargura, ansiedade, angústia” (HOUAISS, 2009) e compreende uma situação de âmbito particular, sem a implicação necessária de um agente causador. A violência, por sua vez, envolve o uso de

força ou poder de uma parte sobre outra, e na maioria das vezes se identifica com o cerceamento de direitos ou com o constrangimento físico ou moral (HOUAISS, 2009). Essa ressignificação foi ampliada recentemente e reforçada pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013), que destacaram no plano nacional a percepção de que o nascimento pode envolver violência, seja ela explícita, seja velada.

Se em momentos anteriores evitou-se nomear as situações vividas pelas mulheres nas maternidades como de violência, na última década o movimento de mulheres tem contribuído para ampliar a compreensão da violência obstétrica e o debate com a sociedade. Em 2012, por ocasião da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher, a Parto do Princípio elaborou o documento **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”** (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Esse dossiê reúne relatos de mulheres das mais diversas regiões do país sobre os maus tratos e as violações de direitos que sofreram na assistência ao pré-natal, aborto, parto e puerpério, além de evidências científicas e legislação de outros países a respeito do tema. O documento apresentado pela rede foi incorporado ao relatório final da CPMI (BRASIL, 2013), o que ratifica o reconhecimento da violência obstétrica como um problema nacional.

A violência obstétrica tem origem em fatores socioculturais diversos, que passam pelo modelo de assistência adotado nos serviços, pela legislação vigente e sua fiscalização, pela forma de financiamento da assistência, pela formação dos profissionais de saúde, pelos preconceitos de raça e classe que perpassam todas essas dimensões, assim como as questões de gênero. Conforme propõe DINIZ (2009), as questões de gênero importam ao estudo da assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher uma vez que nesse campo, de modo corrente, valores da cultura são aceitos como dados científicos a respeito do corpo da mulher. Procura-se compreender, portanto, o universo feminino social e historicamente construído, por meio de “experiências históricas marcadas por valores, sistemas de pensamento, crenças e simbolizações diferenciadas também sexualmente” (RAGO, 1998, p. 92). Assim, é na dimensão relacional, e não na biológica, que se estabelecem as desigualdades de gênero, raça e classe onde se ancoram as origens da violência obstétrica.

Muitos termos e descritores são utilizados para identificar a violência obstétrica, entre eles violência institucional (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013; DINIZ et al., 2015) e *disrespect* e *abuse*, ‘abuso e desrespeito’ (WINDAU-MELMER, 2013; FREEDMAN; KRUK, 2014; WHO, 2014; BOHREN et al., 2015). Há questionamentos sobre qual termo é mais adequado para promover o diálogo com

profissionais de saúde e gestores e ao mesmo tempo contemplar a perspectiva de gênero (SEXUAL VIOLENCE RESEARCH INITIATIVE, 2017). WINDAU-MELMER (2013) afirma que a noção de maternidade segura deve ir além da prevenção da morbimortalidade materna e infantil, uma vez que se trata de um momento repleto de significado, em que estão em jogo os valores pessoais e familiares da mulher. Nesse sentido, além da segurança física, o cuidado prestado à maternidade deve envolver o respeito aos direitos humanos da mulher, incluindo o respeito a sua autonomia, sua dignidade, seus sentimentos, suas escolhas e preferências, tendo como questão de base a equidade de gênero. Segundo a autora, a existência de desrespeito e abuso na assistência materno-infantil constitui uma realidade “perturbadora”, constatável mesmo nos países mais ricos. Essa situação torna-se ainda mais espantosa quando se consideram o alto valor social atribuído à maternidade e a intensa vulnerabilidade das mulheres no período gravídico-puerperal.

FREEDMAN e KRUK (2014) reconhecem que o desrespeito e o abuso na assistência ao parto constituem problemas altamente disseminados no mundo inteiro, mas que carecem de melhor definição. As autoras argumentam que muitas vezes as práticas desrespeitosas são naturalizadas por pacientes e profissionais e que refletem as dinâmicas de poder e iniquidades que moldam a sociedade. Nessa perspectiva, as pesquisadoras desenvolveram um diagrama em formato de alvo, em que o plano individual – da ocorrência de tratamento abusivo e desrespeitoso – ocupa a posição mais interna e central (Figura 1) e é envolvido pelos planos estrutural e de política. Segundo FREEDMAN e KRUK (2014), um sistema de saúde que tolera a ocorrência de desrespeito e abuso na assistência ao parto constitui um sistema que desvaloriza as mulheres e que falha em sua responsabilidade, tanto com usuárias como com os profissionais que emprega, estes últimos por serem submetidos a altas cargas de trabalho em ambientes inadequados ou mal estruturados. As autoras colocam, assim, os trabalhadores da saúde como vítimas do sistema e no mesmo plano que as mulheres que buscam atendimento, ignorando as hierarquias existentes entre esses sujeitos dentro dos ambientes institucionais.

Figure: Definition of disrespectful and abusive treatment (D&A) of women in childbirth

Figura 3: Definição de FREEDMAN e KRUK de tratamento desrespeitoso e abusivo à mulher no parto (FREEDMAN; KRUK, 2014).

O desrespeito e o abuso, de acordo com FREEDMAN e KRUK (2014), são a expressão de sistemas de saúde fraturados e de dinâmicas de poder locais que conspiram contra as pacientes e os prestadores. Assim, para colocar a mulher e suas necessidades no centro da assistência, segundo as autoras, as iniciativas para ampliar a qualidade no cuidado devem se dar localmente. Tais afirmativas são parcialmente consideradas na presente pesquisa, pois acredita-se que as desigualdades de gênero são transversais no problema da violência obstétrica e, mesmo que se manifestem com diferentes nuances de região a região, fazem-se notar no mundo inteiro. Além disso, as questões de gênero permeiam as relações dos profissionais de saúde e orientam a organização do serviço e do conjunto do sistema.

Assim, a partir de conceitos da humanização do nascimento, da violência institucional, do desrespeito e abuso no cuidado em saúde e da violência obstétrica, entende-se que há muitas décadas a mulher vivencia situações de desrespeito a seus direitos e a sua integridade física e emocional quando procura atenção à saúde sexual e reprodutiva. O presente trabalho se insere nesse contexto e entende a violência obstétrica como o desrespeito aos direitos da mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, tendo em vista seus direitos humanos básicos e inalienáveis, conforme proposto por WINDAU-MELMER (2013).

São identificadas sete categorias de desrespeito e abuso, as quais muitas vezes se sobrepõem, conforme o Quadro 1. Nesse quadro explicitam-se os direitos implicados no processo gravídico-puerperal, apoiados em instrumentos internacionais de direitos humanos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, entre outros.

Quadro 1: Categorias de desrespeito e abuso na assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher e direitos correspondentes.

Categoria de desrespeito e abuso	Direito correspondente
Abuso físico	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa informada, e respeito às escolhas, incluindo acompanhantes durante a assistência
Cuidado não confidencial ou privativo	Confidencialidade e privacidade
Cuidado indigno e abuso verbal	Dignidade e respeito
Discriminação baseada em certos atributos	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde
Detenção nos serviços	Liberdade, autonomia

Fonte: (TESSER et al., 2015).

Estudo em quatro centros de saúde de áreas rurais da Etiópia (BANKS et al., 2017) explorou a ocorrência dessas categorias de desrespeito e abuso e os fatores associados, utilizando técnicas distintas para capturar a experiência das mulheres: a observação do cuidado, com apoio de um instrumento desenhado para a pesquisa, e entrevista com as mulheres antes de sua alta hospitalar. A frequência de situações identificadas como de desrespeito e abuso foi elevada, ainda que com variações entre os serviços estudados. Nas entrevistas, 21,1% das mulheres relataram ao menos uma das situações de desrespeito e abuso, sendo a categoria de cuidado não consentido a mais frequente. Assim, sem que fossem

previamente consultadas, 10,8% das mulheres passaram por apalpação abdominal e 15,2%, por exame vaginal. Nas observações, a frequência de situações consideradas abusivas foi ainda mais elevada: em dois serviços, os exames vaginais sem consentimento da mulher ocorreram em praticamente todos os nascimentos. De acordo com os autores, essa discrepância entre as entrevistas e as observações também é encontrada em outros estudos, provavelmente porque nas observações do serviço os pesquisadores são capazes de identificar com mais clareza as situações classificadas como abusivas, as quais são, por vezes, naturalizadas pelas mulheres como “parte da assistência”.

De acordo com esse estudo, ainda, os relatos de abuso e desrespeito associaram-se de forma significativa com complicações no parto. As mulheres que tiveram algum tipo de intercorrência ou cujos bebês sofreram alguma complicação tiveram 15,5 vezes mais chance de relatar algum tipo de desrespeito e abuso em comparação com aquelas que não sofreram qualquer tipo de problema (BANKS et al., 2017).

1.5 INICIATIVAS PARA SUPERAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Diante do que foi exposto, coloca-se a relevância e a urgência de iniciativas que visem à eliminação da violência institucional na assistência à saúde sexual e reprodutiva da mulher. WARREN et al. (2013) reconhecem a complexidade do tema, que envolve fatores de diversas naturezas e exibe variações regionais ligadas à cultura, mas que parece ocorrer de modo generalizado no planeta. Tal afirmação é reforçada por FREEDMAN e KRUK (2014), que apontam ainda que a comunidade global, assim como autoridades nacionais e locais de todos os países – pobres e ricos –, tem negligenciado a ocorrência de desrespeito e abuso na atenção ao parto. Contudo, pouco se sabe sobre intervenções apropriadas que possam reduzir esse tipo de violência (WARREN et al., 2013). SOUZA e PILEGGI-CASTRO (2014, p. S12) colocam que “O enfrentamento da violência obstétrica deve ser encarado como uma questão prioritária para o setor de saúde, pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde”. Para NARCHI et al. (2013), trata-se de uma situação de restrição da cidadania, em que as mulheres ficam impedidas de exercer seus direitos por se submeterem ao sistema de saúde e aos profissionais que nele trabalham.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem empenhado esforços para modificar o

panorama da assistência. Em 2011, instituiu uma estratégia para proporcionar atendimento de qualidade, seguro e humanizado às mulheres no pré-natal, parto, puerpério e no planejamento reprodutivo. Essa rede de cuidados foi chamada de Rede Cegonha e, em sua portaria de criação, tem como primeiro princípio “o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Os recursos oferecidos pelo Ministério da Saúde no âmbito desse programa referem-se principalmente à reforma e construção de unidades, de UTIs inclusive, e à ampliação de oferta de exames pré-natais. Não há qualquer referência ao treinamento ou à educação continuada dos profissionais envolvidos na assistência.

Deve-se salientar que a Rede Cegonha foi gestada ao longo da campanha eleitoral de Dilma Rousseff e acabou por consubstanciar as alianças políticas com grupos religiosos e de certas vertentes profissionais e empresariais que a levaram à Presidência da República, malgrado os eventos subsequentes que resultaram em seu impedimento. Em certa medida, a Rede Cegonha retrocedeu a um modelo materno-infantilista (DINIZ, 2012) e desarticulou a assistência ao parto da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (AQUINO, 2014). A previsão da participação social parece ser a boa notícia a sustentar a estratégia, ainda que haja grandes dificuldades para que esses fóruns sejam implantados em algumas regiões.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da área técnica da saúde da mulher e em parceria com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, reuniu representantes de diversos setores da sociedade para formular novas diretrizes para assistência ao parto normal e à cesariana. Ancorados em metodologia científica selecionada para esse fim, os documentos agregam vozes diversas como universidade, entidades de classes profissionais, associações de prestadores de serviços privados e representantes de usuárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, 2017b). Sua efetividade na mudança das práticas, contudo, ainda não pode ser divisada.

No que se refere à mudança de práticas assistenciais, em particular em países de renda média, a mera distribuição de material impresso aos profissionais de saúde não se mostra uma estratégia eficaz (SIDDIQI; NEWELL; ROBINSON, 2005), o que em certa medida pode ser confirmado pela iniciativa do Ministério da Saúde, que em 2000 enviou a publicação **Assistência ao Parto Normal – Um guia prático** a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetrizes do país (DINIZ, 2005), sem que qualquer impacto tenha sido constatado. Segundo DINIZ (2005), a cultura institucional, técnica, corporativa e reprodutiva se estabelece em patamar superior ao da racionalidade científica

quando se trata da assistência à saúde da mulher.

TORNQUIST (2003) enfatiza a necessidade de contextualizar (a trabalhadores e usuárias) as mudanças na atenção obstétrica, sem perder de vista que as mulheres são pessoas portadoras de subjetividade, cada qual com sua cultura, emoção, desejo. A autora acrescenta, ainda, que a adoção descuidada de normatizações pode “resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater” (TORNQUIST, 2003, p. S426).

É desejável, ainda, que as intervenções propostas estabeleçam conexões com políticas e diretrizes pertinentes, como as do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para o caso brasileiro. Conforme propõem NETA et al. (2015), é preciso ter em conta o contexto de implementação das intervenções. Sem considerar as condições, os recursos e as políticas “do mundo real”, é improvável que elas venham a ser adotadas ou que tenham sustentabilidade. Isso também tem relevância na abordagem à violência obstétrica. BANKS et al. (2017) notaram que as categorias de desrespeito e abuso mais observadas variam conforme o serviço estudado, e sugerem a necessidade de intervenções adaptadas às realidades locais.

BROWN et al. (2007) desenvolveram uma intervenção para estimular a presença do acompanhante no parto em hospitais públicos da África do Sul. O ensaio clínico randomizado envolveu dez instituições, metade das quais foi selecionada aleatoriamente para receber a intervenção relativa ao acompanhante e a outra metade, uma intervenção ligada a versão cefálica externa, de modo que todas as instituições receberam um número similar de visitas dos pesquisadores. A intervenção para estimular a presença do acompanhante compreendeu:

- uma oficina de 3 horas com médicos e parteiras (midwives) utilizando material interativo desenvolvido especialmente para esse fim;
- material gráfico colorido para afixação na maternidade incentivando a mulher a levar um acompanhante para o parto;
- folhetos ilustrados para a equipe da instituição e para as gestantes informando sobre como a maternidade pode promover a presença do acompanhante;
- programa de vídeo sobre acompanhante no parto.

Antes da intervenção, cerca de 200 puérperas foram entrevistadas em cada um dos serviços para constituir a linha de base da pesquisa. O mesmo questionário foi utilizado oito meses após a intervenção para verificar seu impacto (BROWN et al., 2007).

As instituições que receberam a intervenção mostraram diferentes soluções para a

questão do acompanhante pouco tempo depois. Um dos serviços alegou que não teria como proporcionar privacidade às parturientes, o que impossibilitaria que elas escolhessem livremente seus acompanhantes. Diante disso, optou por treinar voluntárias. De início, a solução funcionou bem, mas com o tempo as acompanhantes voluntárias deixaram de comparecer ao serviço por falta de dinheiro para o deslocamento, de modo que o programa de acompanhantes cessou. Em outro serviço, já era permitido acompanhante em alguns casos, como para mães adolescentes, e o benefício foi estendido a todas as parturientes. Nesse caso alegou-se que não havia necessidade de treinar voluntárias, pois havia a percepção de que as mulheres eram capazes de levar seus próprios acompanhantes e havia privacidade para todas elas. Outros dois hospitais passaram a permitir a presença de acompanhante, mas com restrições ligadas à lotação e à falta de privacidade. Um dos hospitais não implementou o acompanhante no parto porque a maternidade seria transferida para outra unidade de saúde (BROWN et al., 2007).

Pouco mais de um ano após a entrevista de linha de base e oito meses após a intervenção, as instituições foram visitadas novamente para outra tomada de entrevistas com puérperas. De modo surpreendente, não houve qualquer efeito em relação ao número de mulheres que teve acompanhante no parto. Além disso, indicadores relativos a violência obstétrica permaneceram inalterados, como ficar sozinha, não receber alimentos ou bebidas, sofrer maus tratos físicos e ser verbalmente agredida. Ainda assim, as episiotomias reduziram-se de modo estatisticamente significativo (BROWN et al., 2007). Os autores concluem que falharam por não terem avaliado a necessidade de reorganização dos serviços para que adotassem o acompanhante no parto. Assim, a vontade de alguns trabalhadores de implementar o programa não foi suficiente para vencer barreiras como condições adversas dos serviços, transferência para outras unidades dos profissionais que estavam encarregados da implementação, além de restrições de ordem prática (BROWN et al., 2007).

Outro estudo sul-africano (SMITH et al., 2004) implementou um programa para modificar a prática obstétrica, tendo como base o acesso a evidências e seu uso. Chamado de Better Births Initiative, o programa abrangeu dez hospitais na província de Gauteng e compreendeu uma modelagem antes e depois. Nas observações pré e pós-implementação, foram identificadas as práticas correntes de médicos e parteiras em relação a mobilidade, ingestão de fluidos orais, acompanhante, enema, tricotomia, episiotomia e posição supina para o parto. A intervenção consistiu em uma oficina, com sessão única de aproximadamente três horas de duração e o emprego de estratégias pedagógicas variadas, para abordar o uso de evidências em relação às intervenções e boas práticas na assistência ao parto. Os

pesquisadores realizaram grupos focais com os profissionais após a intervenção para captar suas percepções, além de entrevistas em profundidade com alguns profissionais-chave.

De acordo com os autores, alguns indicadores de boas práticas, como ingestão de fluidos orais pela parturiente e presença de acompanhante, melhoraram após a intervenção, ao mesmo tempo em que se reduziram as práticas de enema e tricotomia. Todavia, as mulheres continuaram dando à luz em posição litotômica, prática que não sofreu qualquer alteração significativa após a intervenção (SMITH et al., 2004). Alguns profissionais sentiram-se motivados a testar novas maneiras de proceder e avaliaram de modo positivo a intervenção, com materiais visualmente atrativos e de fácil consulta. Em outros hospitais, houve resistências e alguns profissionais entenderam que as mudanças propostas estavam sendo impostas “de fora para dentro” e que eram desnecessárias.

Os resultados de SMITH et al. (2004) indicam que um programa focalizado como o Better Births Initiative – que foi adotado por outras províncias sul-africanas – pode influenciar as práticas dos profissionais, ainda que muitos fatores interajam nos planos individual, social e organizacional. Tais fatores são fundamentais para a efetividade da mudança e recomenda-se que se identifiquem profissionais que sejam líderes em cada serviço, além de observar as relações já estabelecidas entre os trabalhadores. Isso porque o ambiente social e organizacional parece ser motivador ou impeditivo para a mudança. Nesse sentido, o apoio e o incentivo de gestores e demais líderes se mostram importantes, com o estabelecimento de metas realistas e que considerem os obstáculos às mudanças presentes nos serviços. Os autores colocam que, dessa maneira, a mudança de práticas tende a ser vista como um processo, em vez de algo radical e repentino. Recomendam, ainda, empregar métodos qualitativos para identificar fatores de sucesso antes de realizar ensaios pragmáticos maiores.

GROL e GRIMSHAW (2003) reforçam que os contextos institucional, social e profissional podem determinar importantes barreiras à implementação de mudanças no cuidado. BROWN et al. (2007) concorda com esses autores e cita obstáculos organizacionais, protocolos institucionais sem base científica, desatualização dos profissionais em relação às evidências, medo de litígio, entre outros, como fatores que dificultariam a modificação das práticas médicas. Os autores sugerem que intervenções dessa natureza devem ser adaptadas conforme as características dos grupos e das instituições a serem abordados, uma vez que não haveria um modelo com resultados superiores em todos os contextos (GROL; GRIMSHAW, 2003; BROWN et al., 2007).

Pesquisa de 2005 sobre a efetividade de intervenções para a mudança de prática profissional apontou que há poucos trabalhos relativos aos países em desenvolvimento (SIDDIQI; NEWELL; ROBINSON, 2005). Os autores indicam que essa deve ser uma área prioritária de pesquisa, fundamental para melhorar a qualidade do cuidado ofertado à população.

1.6 INICIATIVAS AMIGAS DA MULHER

Nos planos nacional e internacional já foram propostas diversas iniciativas com a finalidade de aprimorar a qualidade da assistência à gestação e ao parto nos serviços de maternidade, com diferentes metodologias. Aqui destacam-se a proposta da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) do Ministério da Saúde, a Mother-Friendly Childbirth Initiative (MFCI) e a International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI), que mostram sinergia com a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), considerada central neste estudo. A seguir cada uma delas é abordada brevemente e, na sequência, realiza-se um rápido exercício de comparação entre os critérios propostos por essas iniciativas.

1.6.1 A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi lançada no início da década de 1990 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund – Unicef) como uma resposta à Declaração de Innocenti sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno (UNICEF, 1990; UNICEF BRASIL, 2010). Com base nas evidências científicas disponíveis à época, representantes de organizações governamentais e não governamentais estabeleceram nesse documento metas envolvendo a regulação dos substitutos do leite materno, além de iniciativas legais e no âmbito de políticas públicas para a promoção e proteção do aleitamento materno, incluindo a formação dos profissionais de saúde. No plano nacional, desde a década de 1980 há diversas iniciativas normativas para atender à necessidade de aprimorar a alimentação de lactentes, como a instituição da obrigatoriedade do

alojamento conjunto, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) e o acordo mundial para cessar o fornecimento gratuito ou a baixo custo de leite artificial a maternidades e hospitais (UNICEF BRASIL, 2017). Destaca-se o importante papel da NBCAL, que compreende um conjunto de normas reguladoras da promoção e rotulagem de substitutos de leite materno, alimentos e outros produtos de puericultura correlatos, como bicos e chupetas (ANVISA, 2006). Essa norma foi utilizada como base para a lei 11.265, que entre outras medidas prevê punição a estabelecimentos de saúde e empresas que descumpram a norma (BRASIL, 2006).

A Declaração de Innocenti foi atualizada em 2005 (UNICEF, 2005), com o reconhecimento de que muitos desafios permanecem em relação às práticas alimentares de bebês e crianças pequenas. Entre outras questões, a declaração emite um chamado para que os governos revitalizem a IHAC, estendendo seu alcance aos serviços de atenção básica e aos setores de neonatologia e pediatria.

No Brasil, a IHAC tem sido muito bem-sucedida no incentivo à amamentação, com mais de 300 maternidades credenciadas e significativa mudança na cultura do aleitamento materno (VICTORA et al., 2011; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012). Todavia, aponta-se que decresceu o interesse pela acreditação nos últimos anos, o que poderia estar relacionado à reformulação dos critérios pelo Ministério da Saúde (com o acréscimo de itens relacionados à assistência ao parto) ou ao arrefecimento de ações nas áreas da saúde da mulher e da criança (LAMOUNIER et al., 2008; TOMA; VENÂNCIO; REA, 2009).

Atualmente, no Brasil, o credenciamento (e descredenciamento) de um estabelecimento de saúde como amigo da criança cabe ao Ministério da Saúde e é regulado pela Portaria 1.153 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), que estabelece não só os critérios para acreditação, como também os valores diferenciados a que essas instituições fazem jus e seus compromissos dentro da rede assistencial, como ações educativas em conjunto com a atenção básica, garantia de vinculação da gestante e alta hospitalar responsável, com contrarreferência na atenção básica e encaminhamento da puérpera a grupos de apoio à amamentação após a alta. Nesse contexto, o Ministério da Saúde e as secretarias da saúde de estados e municípios possuem distintos papéis na implementação da IHAC, desde a proposição das diretrizes para credenciamento até a organização da solenidade para entrega da placa da IHAC. De acordo com as instruções da portaria, os serviços de saúde que queiram se credenciar devem seguir um fluxo que envolve manifestar tal intenção por meio de um formulário eletrônico e realizar uma autoavaliação com um instrumento específico – para só

então receberem a visita de avaliadores local e nacional. Estes observam *in loco* o cumprimento dos seguintes critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

I - cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos:

- a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
- b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;
- c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
- d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
- e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
- f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;
- g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;
- h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
- i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e
- j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas:

- a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;
- b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;
- c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;
- d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;

- e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;
- f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e
- g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 4–5)

Essa edição da IHAC mantém a centralidade do componente relacionado à amamentação e traz um importante acréscimo quanto à assistência ao parto, conformado no critério Cuidado Amigo da Mulher. Em grande medida, isso reflete evidências mais recentes sobre a relação entre o cuidado recebido pela parturiente e os desfechos do recém-nascido e da amamentação. Em comparação à iniciativa internacional (UNICEF; WHO, 2009), os itens “d”, “e” e “g” (sobre ambiente privativo, alívio não farmacológico da dor e presença de doula) compreendem acréscimos da proposta brasileira, em consonância a normas e diretrizes atualmente vigentes no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2005, 2011, 2015, 2017b). Todavia, há rumores de que no Brasil muitos serviços têm desistido da acreditação diante da dificuldade de implementar o Cuidado Amigo da Mulher.² Críticos da IHAC alegam que seu escopo se ampliou demasiadamente, exigindo a atuação conjunta de muitas áreas assistenciais, o que seria praticamente impossível na realidade do SUS.³ De outra perspectiva, porém, a IHAC poderia constituir o motor para a mudança na organização dos serviços de maternidade, orientando a ação conjunta dos setores de obstetrícia e neonatologia. A questão que se coloca é se os instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio da IHAC têm sido insuficientes para que as instituições de saúde realizem esse movimento, dada a complexidade do cenário. Seria interessante explicar esta última frase.

² Informações obtidas por meio de conversas informais da pesquisadora com pessoas ligadas à IHAC no estado de São Paulo.

³ Informações obtidas por meio de conversas informais da pesquisadora com pessoas ligadas à IHAC no estado de São Paulo.

1.6.2 Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI)

A Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) é uma organização não governamental que congrega pessoas e instituições para promover a assistência à maternidade baseada em evidências científicas e amiga da mulher e do bebê. Com base nos Estados Unidos, lançou em 1996 sua primeira versão da Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI), com os princípios e dez passos orientadores de sua ação. Em documento de 2015, a CIMS reconhece a complexidade do sistema de saúde estadunidense e convoca hospitais, casas de parto e serviços de atendimento a parto domiciliar a implementar tantos passos quanto possível de sua iniciativa, reconhecendo que alguns critérios extrapolam a governabilidade de gestores e administradores (THE COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES, 2015).

Os princípios estabelecidos na declaração da MFCI incluem a consideração do parto como um evento natural, normal e saudável, que pode ocorrer de forma segura em hospitais, casas de parto e no domicílio. O texto salienta que mulheres e bebês detêm a sabedoria necessária para o processo de parto e nascimento, e que sua autoconfiança pode ser reforçada (ou diminuída) pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, a autonomia feminina atrela-se à oportunidade para dar à luz de acordo com suas preferências, com direito a receber informações precisas e atualizadas sobre os profissionais de saúde, bem como sobre as condutas, os fármacos e os exames propostos. Inclui-se nesse rol o direito ao consentimento informado e à recusa informada (THE COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES, 2015).

O princípio bioético de não causar dano também é considerado pela referida iniciativa, que propõe não realizar intervenções apenas por rotina do serviço e, ainda, empregar evidências científicas para a definição de condutas diante do surgimento de algum tipo de complicação ao longo da assistência à gestação, ao parto e puerpério. Nesse contexto, estabelece-se que profissionais de saúde, instituições e governos são responsáveis por ofertar um cuidado de qualidade, baseado nas necessidades da mulher e nas evidências disponíveis. Coloca-se, ainda, que a mulher é responsável por fazer escolhas informadas sobre o cuidado dispensado a ela e a seu bebê (THE COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES, 2015).

1.6.3 International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI)

A International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI) foi criada em 2008 pela International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO), uma organização não governamental que cresceu a partir da CIMS com o objetivo de aprimorar a assistência ao ciclo gravídico-puerperal no plano internacional, promovendo a saúde de mulheres e bebês e prevenindo danos e doenças resultantes do abuso de tecnologias obstétricas (DAVIS-FLOYD et al., 2010).

Traduzida para o português como Iniciativa Internacional para o Parto Mãe-Bebê, ela procura enfrentar o problema de falta de serviços qualificados de assistência ao parto e aborto e, ao mesmo tempo, combater o excesso de intervenções em determinados contextos, onde se observam altas taxas de cesarianas (entre outras intervenções), como no Brasil. Assim, centra-se no cuidado da díade mãe-bebê e valoriza a experiência da mulher no parto como forma de favorecer a fisiologia normal da gravidez, do nascimento e da amamentação. Nessa perspectiva, a iniciativa propõe dez passos para que um serviço de maternidade ofereça uma assistência segura e eficaz, paradigma em que se entende “segurança” como cuidados baseados em evidências científicas que reduzam danos e, ao mesmo tempo, promovam a fisiologia do parto e nascimento. Nesse mesmo contexto, “eficácia” se traduz em uma assistência adequada à mãe e ao bebê, com a produção dos benefícios esperados (IMBCO, 2008).

Entre os princípios da iniciativa, destaca-se o cuidado adequado durante a gestação e o parto como um direito da mulher, que deve ser atendida em suas necessidades e individualidades e tratada com respeito e dignidade. Refuta, assim, o modelo médico-centrado, segundo o qual o médico é o principal personagem e especialista na assistência ao parto, relegando enfermeiras e parteiras a papéis secundários e entendendo a mulher como uma paciente inexperiente (DAVIS-FLOYD et al., 2010).

1.6.4 Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)

A Mother-Baby Friendly Birthing Facilities, aqui chamada de Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), foi lançada em 2015 e assinada pelas seguintes

instituições: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), Confederação Internacional de Obstetizes, White Ribbon Alliance, Associação Internacional de Pediatria e Organização Mundial da Saúde (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al., 2015). Parte-se da constatação de que a mortalidade materna distribui-se de forma desigual pelo planeta e que os países de renda baixa e média exibem dificuldades para reduzir esse indicador a patamares aceitáveis, como no caso do Brasil. Assim, trata-se de um problema de equidade, para o qual as soluções desenvolvidas até o momento não têm se mostrado eficazes. A maioria delas propõe a institucionalização do parto com atendimento por profissionais treinados, mas evidências de países pobres mostram que as mulheres têm evitado recorrer a maternidades por terem receio da baixa qualidade da assistência ou mesmo de sofrerem maus-tratos (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al., 2015). No caso brasileiro, quase todos os nascimentos ocorrem em instituições de saúde e com auxílio de um profissional treinado, como já mencionado, mas não se deve ignorar o crescente movimento de mulheres de classes mais abastadas que pleiteiam o direito de escolher o domicílio como local para dar à luz (SILVA; NIY, 2012).

No texto fundante da IHAMC, reconhece-se que toda mulher tem direito a uma experiência de parto positiva, com respeito a seus direitos e suas individualidades, aliada ao emprego das melhores evidências disponíveis para o cuidado de sua saúde e a de seu bebê. Assim, desenvolveram-se critérios para certificar uma maternidade como “amiga da mulher”, como na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, conforme quadro a seguir, que traz também a descrição e os indicadores de cada critério.

Quadro 2: Resumo dos critérios e indicadores para qualificar um hospital como amigo da mãe e da criança segundo a IHAMC.

Crítérios	Descrição	Indicadores
Liberdade de movimentação para as mulheres durante o trabalho de parto e de ingestão de alimentos leves e bebidas	A instituição tem uma política escrita que permita a liberdade de movimentação e a ingestão de alimentos e bebidas no primeiro estágio do trabalho de parto e permite a escolha e mudança de posição. As mulheres e seus familiares são informados a respeito dessa política por pôsteres, materiais informativos, engajamento da comunidade, etc. Os materiais permanecem visíveis.	Política escrita e implementada e disponível Pôsteres, materiais informativos, engajamento da comunidade para informar sobre a política Observação do serviço Entrevista puérperas, gestores, profissionais
Política não discriminatória para mulheres HIV-positivas, planejamento familiar, adolescentes, minorias étnicas, etc.	A instituição segue as diretrizes nacionais de prevenção e tratamento do HIV na gestação, inclusive prevenção da transmissão vertical e tratamento precoce de recém-nascidos HIV-positivos. A instituição tem políticas escritas claras e disponíveis que asseguram tratamento respeitoso a todas as mulheres, independentemente de sua condição de saúde. Todos os testes de mulheres e RNs para HIV devem ser voluntários. Essas políticas estão disponíveis e são informadas a mulheres e suas famílias por meio de pôsteres, os quais devem usar de linguagem gráfica acessível afixados em locais de trânsito das mulheres e suas famílias. Há políticas escritas sobre oferta de planejamento familiar e atenção respeitos a adolescentes.	Adoção de protocolos nacionais sobre prevenção e tratamento de HIV na gravidez, inclusive prevenção de transmissão vertical e tratamento precoce de RNs HIV-positivos Políticas escritas claras para assegurar tratamento respeitoso a todas as mulheres, independentemente de sua condição Testes para mulheres e RNs devem ser voluntários Políticas disponíveis para consulta Pôsteres com informações gráficas que mostrem essas políticas, afixados em locais de trânsito das mulheres e suas famílias Políticas escritas sobre planejamento familiar pós-parto e serviços amigáveis a adolescentes Implementação de diretrizes para mulheres HIV-positivas, planejamento familiar e adolescentes, entre outros Observação do serviço Entrevista puérperas, gestores, profissionais
Privacidade durante o trabalho de parto e o parto	A instituição proporciona privacidade durante o trabalho de parto e o parto, com leitos separados por cortinas ou paredes ou mesmo em quartos individuais. Todos os esforços são feitos para que o recém-nascido permaneça com a mãe durante toda a internação.	Política escrita e implementada Observação da infraestrutura – cortinas, paredes de alvenaria, etc. Observação do cuidado Entrevista puérperas

Acompanhante de escolha da mulher	A instituição tem uma política escrita que encoraja as mulheres a terem pelo menos uma pessoa de sua escolha como acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As mulheres são informadas sobre essa política por pôsteres, materiais informativos e engajamento da comunidade, entre outras formas. Há informação escrita e divulgada que parteiras tradicionais são bem-vindas à instituição como acompanhantes de mulheres em trabalho de parto.	No trabalho de parto, no parto e no pós-parto: Política escrita e implementada e disponível Pôsteres, materiais informativos, engajamento da comunidade para informar sobre a política Observação da infraestrutura – acomodação para o acompanhante, inclusive parteira tradicional Observação do cuidado Entrevista com gestores, profissionais, puérperas
Cuidado culturalmente competente	A instituição tem uma política escrita para assegurar a incorporação de valores sociais e culturais e uma abordagem baseada em direitos, prevenindo a exclusão de populações marginalizadas e desfavorecidas, inclusive mulheres HIV-positivas e que experimentaram perdas perinatais. As mulheres são informadas da política por meio de pôsteres materiais informativos, engajamento da comunidade, entre outros. Esses materiais são linguisticamente e visualmente adequados e acessíveis.	Treinamentos, pôsteres e outros materiais de comunicação que promovam uma abordagem baseada em direitos, com incorporação de valores sociais e culturais das mulheres Política escrita e implementada e disponível Entrevista com gestores, profissionais, puérperas
Sem abusos físicos, verbais, emocionais ou financeiros	A instituição tem uma política escrita que garanta que todas as mulheres serão tratadas com dignidade e respeito, sem abuso físico, verbal, emocional ou financeiro. As mulheres são informadas da política por meio de pôsteres, materiais informativos e engajamento da comunidade e há canal para reclamações e denúncias, como uma ouvidoria. O quadro dos direitos universais das mulheres grávidas está disponível e exposto e há informações visíveis sobre como registrar reclamações.	Política escrita e implementada Pôsteres, materiais informativos, engajamento da comunidade para informar sobre a política, como o Quadro dos Direitos Humanos Canal para reclamações e denúncias, inclusive ouvidoria Observação do cuidado Entrevista com puérperas

Cuidado acessível ou mesmo gratuito	Os custos do parto e cuidado com o recém-nascido seguem as diretrizes nacionais e são transparentes, e incluem o risco de complicações, ou seja, sem cobranças adicionais por necessidade de cesariana ou outras complicações. Pagamentos por fora são proibidos. Há pôsteres ou folhetos informativos, com linguagem acessível, a respeito da gratuidade do atendimento (ou de seus custos, para instituições não conveniadas ao SUS) e há informações sobre como denunciar a não aderência às políticas nacionais ou a cobrança de propinas ou pagamentos adicionais.	Custos claramente colocados e de acordo com diretrizes nacionais Política escrita e implementada Entrevista com puérperas
Sem práticas de rotina	São realizadas apenas as intervenções obstétricas e com o recém-nascido consideradas essenciais e baseadas em evidências científicas. Há políticas escritas e elas estão de acordo com recomendações do Ministério da Saúde e com organismos internacionais como FIGO, ICM, WRA e IPA. As políticas para cuidado com o recém-nascido incluem a presença de um profissional treinado em ressuscitação neonatal, com capacidade, equipe e equipamentos para estabilizar bebês doentes ou prematuros. As taxas de intervenções adequam-se aos padrões nacionais e internacionais considerados aceitáveis. As taxas de intervenções da instituição devem estar disponíveis para consulta.	Apenas intervenções essenciais e baseadas em evidências, conforme protocolos, diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde e de organismos internacionais (FIGO, ICM, WRA, IPA, OMS) e constatadas em observação direta Presença constante de pelo menos um profissional treinado em ressuscitação neonatal, com capacidade, equipe e equipamentos para estabilizar RNs Protocolos e políticas escritos e implementados Taxas de procedimentos publicizadas e dentro de padrões internacionalmente aceitos Entrevista com gestores, profissionais, puérperas Termômetro de segurança Indicadores do serviço a monitorar continuamente: cesarianas, indução, episiotomia, ocitocina Indicadores adicionais do serviço pactuados no programa de intervenção
Alívio farmacológico e não farmacológico da dor	A equipe recebe regularmente treinamentos sobre alívio farmacológico e não farmacológico da dor. Há protocolos escritos sobre alívio da dor, inclusive sobre a necessidade de maior monitoramento de mulheres e recém-nascidos para o caso de uso de alívio farmacológico da dor.	Protocolos escritos e disponíveis, inclusive sobre a necessidade de maior monitoramento da mulher e do RN para o caso de alívio farmacológico da dor Treinamentos regulares em alívio da dor Observação da infraestrutura – espaço para deambulação, chuveiro acessível, banheira, bola, cavalinho, entre outros Observação do cuidado – liberdade para uso dos espaços e equipamentos Presença de anestesiista 24 horas por dia, todos os dias Entrevista com gestores, profissionais, puérperas Auditoria de prontuário

<p>Contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo à amamentação</p>	<p>A equipe encoraja o contato pele a pele, mães também podem segurar seus bebês imediatamente após o nascimento e amamentar seus bebês tão logo quanto possível. A instituição oferta cuidado combinado para mãe e bebê e a ambiência deve acomodar a díade mãe-bebê após o nascimento. Toda a equipe é treinada regularmente em ressuscitação neonatal. Há pôsteres com informações acessíveis sobre o contato pele a pele e o incentivo à amamentação.</p>	<p>Protocolos e políticas sobre cuidado combinado de mãe e bebê, amamentação imediata Pôsteres com informações gráficas que mostrem essas políticas Treinamentos regulares Observação do cuidado Entrevista com gestores, profissionais, puérperas</p>
---	---	--

Fonte: INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al. (2015).

Esses critérios e indicadores foram estabelecidos tendo como base as evidências científicas e os instrumentos internacionais sobre direitos das mulheres, inclusive as declarações sobre direitos humanos, sobre prevenção e eliminação de todas as formas de violência contra a mulher e sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Foi especialmente importante nesse processo o quadro de direitos universais das mulheres grávidas, adaptado para o Brasil por TESSER et al. (2015), que evidencia como o cuidado negligente, abusivo ou não embasado em evidências constitui uma violação aos direitos humanos das mulheres, além de explicitar as iniquidades de gênero presentes na sociedade (ver Quadro 1). Assim, além de propor melhorias na qualidade da assistência por meio de treinamento dos profissionais e de adequação da ambiência, a IHAMC propõe sensibilizar os movimentos sociais ligados à saúde e às mulheres para a assistência ao parto digna e de qualidade como uma questão de direitos humanos. Prevê ainda criar um sistema que possibilite à comunidade acompanhar o respeito a esses direitos nos estabelecimentos de saúde certificados (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al., 2015).

1.6.5 Afinidades e diferenças

Em todas as iniciativas abordadas anteriormente evidencia-se a busca por um modelo de qualificação dos estabelecimentos de saúde que resulte em mães e bebês mais saudáveis, tanto do ponto de vista físico como emocional. A configuração como um sistema de acreditação fortemente inspirado na bem-sucedida Iniciativa Hospital Amigo da Criança configura características tais como o estabelecimento de critérios objetivos, passíveis de mensuração ou de avaliação pela observação da prática e da ambiência, com importantes afinidades entre as iniciativas “amigas da mulher”, conforme o quadro a seguir, que permite visualizar também as diferenças entre as propostas.

Quadro 3: Critérios para classificação como “Hospital Amigo da Mulher”, por iniciativa.

Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)	Cuidado amigo da mulher da IHAC	Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI)	International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI)
Figo e outros	Ministério da Saúde	Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)	International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO)
Liberdade de movimentação para as mulheres durante o trabalho de parto e de ingestão de alimentos leves e bebidas	Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;	Proporcionar à parturiente liberdade para andar, movimentar-se e permanecer na posição de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto, a não ser que haja restrições devido a complicações, e desencorajar a posição de litotomia para o parto (deitada de costas com as pernas elevadas).	
	Ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;		
Política não discriminatória para mulheres HIV-positivas, planejamento familiar, adolescentes, minorias étnicas, etc.			
Privacidade durante o trabalho de parto e o parto	Garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;		
Acompanhante de escolha da mulher	Garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;	Ofertar a todas as mulheres: - acesso irrestrito a acompanhantes de sua escolha no parto, inclusive pais, parceiros, crianças, membros da família e amigos; - acesso irrestrito a apoio emocional e físico de uma pessoa treinada, como uma doula; - acesso a cuidado por profissional treinado.	Informar a mãe dos benefícios de apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto e afirmar seu direito a ter esse apoio de um ou uma acompanhante de sua escolha, como pai, parceiro, parceira, familiar, doula ou outros.
	Caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.		

Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)	Cuidado amigo da mulher da IHAC	Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI)	International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI)
Cuidado culturalmente competente.		Proporcionar cuidado culturalmente competente: cuidado que é sensível e receptivo a crenças, valores e costumes específicos à etnia e religião de cada parturiente.	
Sem abusos físicos, verbais, emocionais ou financeiros.			Tratar todas as mulheres com respeito e dignidade, fornecer informações e envolvê-la no processo de decisão sobre o cuidado com ela mesma e com o bebê em linguagem compreensível, além de proporcionar o direito de consentimento e recusa informados.
Cuidado acessível ou mesmo gratuito.			
Sem práticas de rotina.	Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias (detalhar desfechos perineais), aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher.	Não possuir políticas nem práticas rotineiras que não são embasadas por evidências científicas, incluindo, mas não se limitando a: - infusão intravenosa; - proibição de consumo de alimentos e líquidos; - ruptura artificial de membranas; - monitoramento eletrônico fetal.	Evitar procedimentos potencialmente danosos e práticas sem recomendação científica para uso rotineiro ou frequente no trabalho de parto e parto.
		Desencorajar a circuncisão do recém-nascido.	
			Possuir e rotineiramente aplicar conhecimentos e práticas de midwifery que promovam a fisiologia da gestação, do trabalho de parto, do parto, da amamentação e do período pós-parto.
			Ofertar práticas baseadas em evidências que sejam comprovadamente benéficas para promover a fisiologia normal do trabalho de parto, parto e pós-parto.

Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)	Cuidado amigo da mulher da IHAC	Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI)	International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI)
			Proporcionar acesso a tratamento de emergência qualificado e baseado em evidências para complicações que ameacem a vida. Garantir que todos os profissionais de saúde materno-infantil tenham treinamento adequado e regular sobre emergências para proporcionar tratamento adequado e oportuno às mulheres e seus bebês.
		Ofertar informações descritivas precisas e dados estatísticos ao público sobre suas práticas e procedimentos na atenção ao parto, inclusive indicadores de intervenções e resultados.	
Alívio farmacológico e não farmacológico da dor.	Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal.	Treinar equipe para emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor e não promover o uso de analgésicos ou anestésicos, a não ser que estes sejam necessários devido a uma complicação.	Ofertar métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, com explicação sobre seus benefícios para facilitar o parto normal e evitar danos desnecessários. Ensinar a mulheres e acompanhantes como usar esses métodos, inclusive toque, massagem, água e técnicas de relaxamento. Respeitar as preferências e escolhas da mulher.
Contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo à amamentação.		Cumprir os dez passos para o sucesso da amamentação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	Cumprir os dez passos para o sucesso da amamentação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
		Encorajar todas as mães e familiares, inclusive para os casos de bebês prematuros, doentes ou com problemas congênitos, a tocar, segurar, amamentar e cuidar de seus bebês tanto quanto suas condições permitam.	

Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)	Cuidado amigo da mulher da IHAC	Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI)	International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI)
		<p>Possuir políticas e procedimentos claramente definidos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estabelecer colaboração com outros serviços de maternidade ao longo de todo o período pré-natal, inclusive comunicação com o profissional que prestou cuidado anteriormente à mulher, quando há necessidade de transferência; - referência da mulher e do bebê à unidade básica de saúde, inclusive apoio pré-natal, seguimento após a alta e apoio à amamentação. 	<p>Proporcionar continuidade do cuidado materno-infantil de forma colaborativa, envolvendo todos os profissionais de saúde necessários, além de instituições e organizações. Incluir parteiras tradicionais e outras pessoas que assistam parto fora de instituições de saúde nesse <i>continuum</i> de cuidado.</p>
			<p>Implementar medidas que melhorem o bem-estar da mãe e do bebê, de modo a prevenir emergências, adoecimentos e mortes.</p>

Nota: O quadro obedece à ordem dos critérios propostos pela IHAMC.

Como é possível notar no quadro, três critérios aparecem em todas as iniciativas: direito da mulher a acompanhante de sua escolha, oferta e uso de alívio não farmacológico da dor e contato pele a pele e incentivo à amamentação. Com relação ao direito a acompanhante, é pertinente refletir sobre as dificuldades ainda enfrentadas nos mais variados contextos para que a mulher conte com o apoio de uma pessoa de sua confiança no trabalho de parto e parto. A participação de doula não é contemplada pela IHAMC, mas aparece em todas as demais iniciativas, o que reforça essa percepção de que, em geral, o parto tem sido uma experiência solitária para a mulher. Nem mesmo as evidências de que o apoio contínuo no parto proporciona benefícios em saúde física e mental para a mulher e para o bebê (BOHREN et al., 2017) têm sido suficientes para a implementação da presença do acompanhante. É fato que, no Brasil, houve avanços desde a promulgação da Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), mas ainda hoje apenas 18,8% das mulheres têm suporte contínuo, ou seja, na internação, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto (DINIZ et al., 2014). Esse tipo de apoio relaciona-se também com a maior satisfação da mulher com a experiência de parturição (DOMINGUES, 2002, DOMINGUES et al., 2004) e está entre as recomendações da OMS como prática benéfica (WHO, 1996) e que aumenta a qualidade do cuidado (WHO, 2016). Por vezes, o ou a acompanhante é quem retém as informações passadas pela equipe de saúde, pelo fato de a mulher estar sedada ou meio “grogue” (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013). Em outras tantas vezes, a simples presença dessa pessoa pode inibir situações de abusos ou maus tratos contra a parturiente ou puerpera (WHO, 2014, 2016; BOHREN et al., 2015).

Uma diferença que pode ser apontada entre as iniciativas diz respeito à presença ou não de critérios relacionados ao sistema de saúde. O “cuidado amigo da mulher” da IHAC volta-se totalmente à avaliação de um hospital ou maternidade, em conformidade ao processo de acreditação da iniciativa. Assim, todos os seus critérios são mensuráveis ou observáveis dentro do estabelecimento de saúde, sem qualquer questionamento sobre sua inserção em um sistema de saúde ou adesão a políticas e programas públicos. Da mesma maneira, todos os critérios da IHAMC são observáveis dentro da própria instituição, mas o item “cuidado acessível ou mesmo gratuito” permite questionar a forma de financiamento da assistência, o que é especialmente importante em alguns países onde as mulheres são detidas nos hospitais até que paguem a conta da internação (BOHREN et al., 2015). No caso brasileiro, esse item não é dos mais relevantes atualmente, uma vez que todas as mulheres podem ser atendidas pelo SUS, mesmo que não sejam brasileiras ou não possuam documentação. Ainda assim, tendo em vista a conjuntura política, com o congelamento de gastos na saúde por pelo menos 20 anos, pode-se antever o ressurgimento de problemas de acesso aos serviços públicos e a

maior dependência do sistema suplementar de saúde, o que pode ser especialmente preocupante diante das dificuldades de regulação desse setor no país.

Já a Mother-friendly Childbirth Initiative (MFCI), que surgiu em 1996 nos Estados Unidos, agrega dimensões relevantes à realidade desse país, como desencorajar a circuncisão do recém-nascido e estabelecer políticas e procedimentos para garantir assistência institucional à mulher que dá à luz em casa, com a possibilidade de transferência e seguimento pós-alta. O local de parto é tema que divide opiniões a ponto de uma colunista brasileira chamá-lo de “Fla x Flu do parto” (LISAUSKAS, 2015), em referência à rivalidade entre as torcidas dos times Flamengo e Fluminense, do Rio de Janeiro. No Brasil, o parto domiciliar não integra as políticas públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), mas cada vez mais mulheres reivindicam o direito de parir em suas casas (SILVA; NIY, 2012), inclusive como estratégia para fugir de cesáreas desnecessárias e de maus-tratos (SOUZA, 2015).

A IMBCI, por sua vez, posiciona o critério “tratar todas as mulheres com respeito e dignidade” em primeiro lugar, destacando o direito a receber informações e a consentimento e recusa informados. Ao mesmo tempo, a iniciativa promove o uso de evidências científicas, tanto no sentido de recomendar procedimentos como no de evitá-los, conforme as recomendações estabelecidas pelos estudos. Ainda que em seu documento fundante a iniciativa coloque que a maternidade segura não se restringe à dimensão física da mulher, e mesmo declarando como sua base os Direitos Universais das Mulheres Grávidas, a IMBCI não expressa em seus critérios e indicadores esse foco nos direitos fundamentais da mulher, e não faz qualquer menção ao cuidado culturalmente competente nem a políticas não discriminatórias.

Apenas a IHAMC se preocupa com a presença de políticas não discriminatórias, ressaltando a importância de olhar para grupos de mulheres HIV-positivas, para adolescentes e minorias étnicas, entre outros. No Brasil, entre outras iniciativas, a Política Nacional de DST/Aids inclui em suas estratégias a prevenção e o controle da sífilis congênita e a redução da transmissão vertical e a portaria relativa à organização da atenção à gestação de alto risco prevê que o serviço de pré-natal faça o encaminhamento da gestante portadora de HIV/Aids a um centro de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, 2015). A cobertura da testagem é maior que 80% e a prevalência da infecção por HIV é menor que 1% entre as gestantes no país, todavia, há iniquidades no acesso aos serviços de saúde (DOMINGUES et al., 2015). Dessa maneira, mesmo diante de iniciativas governamentais focadas nessa questão, parece relevante observar a assistência às mulheres HIV-positivas nos serviços de maternidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Mapear os facilitadores e obstáculos de um projeto piloto de redução da violência obstétrica (Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança), com foco em dois componentes: liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto e parto, e presença de acompanhantes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar sistematicamente a literatura sobre violência obstétrica na assistência ao parto no Brasil.
2. Descrever os facilitadores e obstáculos para a implementação da liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto em uma maternidade SUS do município de São Paulo.
3. Descrever os facilitadores e obstáculos para a implementação do acompanhante em uma maternidade SUS do município de São Paulo.

3 MÉTODOS

Este trabalho analisa parte dos dados produzidos na capital paulista no projeto de pesquisa intitulado “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)”, coordenado pela Professora Carmen Simone Grilo Diniz, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).⁴ Esse projeto recebeu o nome fantasia Hamabe, acrônimo de Hospital Amigo da Mãe e do Bebê, que será utilizado deste ponto em diante. A autora integra a equipe principal do projeto de pesquisa, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) (CAAE 56958716.0.1001.5421).

O projeto de pesquisa Hamabe compreende um piloto de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), iniciativa internacional que tem como objetivo central promover a mudança de práticas na assistência perinatal, a fim de torná-la mais segura para a mulher e o bebê, considerando os direitos humanos das mulheres, como já mencionado anteriormente (INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS et al., 2015). A IHAMC propõe dez critérios e respectivos indicadores para qualificação de um serviço de assistência ao parto e nascimento como “amigo da mãe e da criança”. Por ser ainda muito recente, a IHAMC ainda não tem um processo sistematizado para sua implementação e acreditação e não se tem conhecimento de iniciativa nesse sentido até o momento, inclusive no Brasil.

3.1 O PROJETO HAMABE

Iniciado em novembro de 2016 e com duração prevista de dois anos, o projeto de pesquisa Hamabe objetiva desenvolver metodologia para a implementação da IHAMC, inclusive de material educativo e questionário de autoavaliação para os serviços de assistência ao parto. Contempla dois campos de pesquisa, um na capital paulista e outro em Ribeirão Preto (SP), que prestam assistência ao parto por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de melhor localizar este trabalho, descrevem-se a seguir as etapas do Hamabe.

⁴ Contemplado por edital conjunto entre Fapesp e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, processo nº 2015/50498-0.

O Hamabe adota desenho quase-experimental sem aleatorização dos sujeitos, com estrutura “antes e depois”, em dois serviços de maternidade que prestam assistência às mulheres por meio do SUS (um no município de São Paulo e outro no interior do estado, em Ribeirão Preto). Três etapas principais conformam o projeto: o diagnóstico pré-intervenção, a intervenção para implementação e o levantamento de dados pós-intervenção para avaliação e acompanhamento.

- Diagnóstico inicial: diagnóstico da assistência prestada nas duas maternidades estudadas, a partir dos indicadores propostos para a IHAMC e indicadores adicionais definidos no processo. Inclui abordagem qualitativa, com estudo do que os profissionais e gestores entendem por inadequações técnicas, abusos e desrespeitos na assistência, e sua relação com as precariedades das condições de trabalho e da formação profissional.
- Intervenção: intervenção piloto de implementação incluindo (1) constituição de um grupo de trabalho institucional para examinar o diagnóstico e gerir a mudança institucional; (2) revisão do estado da arte e da incorporação de evidências científicas e direitos de mães e bebês, para gestores e profissionais; (3) disseminação dos dez passos da IHAMC através de plataforma eletrônica, material escrito, cartazes e folhetos.
- Avaliação e acompanhamento: avaliação da mudança dos indicadores e observação dos serviços para analisar a sustentabilidade da intervenção, tanto qualitativa quanto quantitativa (indicadores do serviço e termômetro de segurança). A aplicabilidade e aceitabilidade das atividades empreendidas serão analisadas na perspectiva de pacientes, profissionais de saúde e gestores.

Devido a dificuldades para a tramitação do projeto pelo comitê de ética do campo de Ribeirão Preto, houve atraso no início da pesquisa nessa localidade. Assim, os serviços encontram-se em etapas distintas do projeto Hamabe. Em São Paulo, foram realizadas todas as atividades do diagnóstico inicial e a intervenção está em andamento, ao passo que em Ribeirão Preto ainda serão realizadas as entrevistas individuais e atividades em grupo. Nesta tese, são considerados apenas os dados do serviço paulistano produzidos entre novembro de 2016 e novembro de 2017.

3.1.1 Diagnóstico inicial

Para essa etapa, utilizaram-se diversas estratégias para compor uma visão do serviço estudado, contemplando a história institucional e seus documentos, os indicadores assistenciais e a perspectiva de trabalhadores, gestores e usuárias da maternidade.

- **Documentos da instituição**

Como primeira aproximação à maternidade e àquilo que ela institucionalmente propõe como padrão para atendimento às gestantes, parturientes e puérperas, solicitou-se que a gestão fornecesse os impressos utilizados pelas equipes assistenciais, assim como o protocolos de atendimento.

Nas primeiras visitas à maternidade, a equipe de pesquisa foi orientada a observar atentamente e registrar em diário de campo a exposição de cartazes e faixas, bem como seu conteúdo textual. Ao longo da pesquisa foi possível observar que outros materiais de comunicação foram afixados pelos corredores do serviço, o que também foi registrado em diário de campo.

O website da instituição e sua página no Facebook também foram visitados por integrantes da equipe de pesquisa, que navegaram pelas páginas da instituição e acessaram os principais comentários avaliativos na rede social mencionada. Esse material não foi avaliado diretamente nesta tese, mas forneceu algumas indicações importantes sobre a perspectiva das usuárias a respeito da maternidade e sobre a imagem projetada pela gestão para o público externo.

Para complementar essa etapa de levantamento sobre a instituição, foram lidos artigos científicos a seu respeito, assim como um livro produzido por ocasião de um de seus aniversários.

- **Observação participante**

A observação foi realizada em novembro e dezembro de 2016 e incluiu as “estações” por onde passa a mulher durante a assistência: admissão, Centro de Parto Normal, ambiente de indução do parto, quartos compartilhados e aqueles no modelo PPP (pré-parto, parto e pós-parto no mesmo ambiente), centro cirúrgico, alojamento conjunto e UTI neonatal. Também foram observadas as visitas das gestantes para conhecer a maternidade, outras atividades da rotina do serviço e dois eventos promovidos pela instituição no período.

Três estudantes de pós-graduação em saúde pública e cinco estudantes de graduação das áreas de nutrição e obstetrícia receberam treinamento para a observação do serviço e o seu registro. O roteiro de observação proposto inicialmente contemplava, além de data, horário de início e término da observação e o setor observado, dimensões de ambiência, inclusive aquelas relacionadas à decoração e à presença de imagens religiosas; existência de materiais de comunicação com informações sobre gestação, parto e puerpério; e as vestimentas e adereços de trabalhadores do serviço e de usuárias e familiares. Outros aspectos observados incluíram as interações entre profissionais, gestores, usuárias e acompanhantes, com orientação para que a equipe registrasse relatos espontâneos sobre qualidades e desafios do serviço, assim como situações de violência obstétrica presenciadas.

Foram cerca de 300 horas de observação, distribuídas em diferentes períodos e dias da semana, com escala por estação de trabalho e plantão. Todas as observações foram registradas em diário de campo, verificado semanalmente pela coordenação para esclarecimento de dúvidas a respeito dos relatos, totalizando mais de 300 páginas.

- **Análise de indicadores**

A análise de indicadores, por sua vez, contemplou os dados obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e outras informações eventualmente coletadas pelos próprios serviços. Especificamente na capital paulista, o Sinasc Municipal permite desagregar diversos dados por estabelecimento de saúde onde ocorreu o nascimento, o que proporcionou uma visão mais precisa do serviço estudado.

- **Termômetro de Segurança em Saúde Materna**

Utilizou-se um instrumento adaptado do National Health Service (NHS), do Reino Unido, chamado Termômetro de Segurança (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012; BUCKLEY et al., 2014). Em sua versão clássica, o termômetro monitora os quatro danos mais custosos dos serviços de saúde do Reino Unido, permitindo que com um dia de coleta por mês os estabelecimentos “meçam a temperatura” da assistência prestada em termos de segurança do paciente, favorecendo ajustes rápidos e o acompanhamento temporal de seus resultados. Esse instrumento tem como paradigma o cuidado livre de danos e possui versões focadas em medicação, saúde mental, saúde de crianças e adolescentes e, mais recentemente, maternidade. Existe uma versão traduzida para o português brasileiro (MELO, 2015), e estudos adicionais sobre o instrumento já foram efetivados no país (ALONSO, 2017;

SALGADO, 2017). Para o Hamabe, elaborou-se uma versão estendida do instrumento de segurança na maternidade, provisoriamente chamado de Termômetro de Segurança em Saúde Materna, que constitui objeto de estudo de doutorado de uma das integrantes do projeto de pesquisa (ALONSO, 2017). O instrumento foi aplicado em maio de 2017 no serviço paulistano e incluiu questões sobre tipo de parto, trabalho de parto, trauma perineal e incisão cirúrgica abdominal, hemorragia pós-parto e infecção, além de perguntas sobre o recém-nascido e a percepção da mulher sobre segurança, abuso e desrespeito. Os dados foram coletados durante uma semana, a partir dos prontuários, de entrevistas face a face com a mulher durante a internação. Duas semanas depois dessa coleta, realizaram-se entrevistas telefônicas com essas mulheres para obter informações sobre ocorrência de infecções puerperais e para repetir as questões ligadas a segurança, abuso e desrespeito. Todavia, nessa etapa houve muitas perdas e por esse motivo esses dados não serão considerados nesta tese.

- **Entrevistas com informantes-chave**

As entrevistas com informantes-chave (com um gestor, uma assessora do gestor e uma usuária do serviço que integra o comitê assessor da pesquisa no serviço) foram realizadas entre dezembro de 2016 e julho de 2017 com o auxílio de um roteiro baseado nos dez itens propostos pela IHAMC como critérios de avaliação do serviço. Entre outras questões, os entrevistados foram convidados a indicar os principais facilitadores e obstáculos à implementação de cada um dos itens, de acordo com sua perspectiva.

De forma a complementar esses dados, entrevistou-se ainda uma participante do curso de formação de doulas oferecido pela instituição paulistana no primeiro semestre de 2017. A partir do roteiro do curso, solicitou-se à entrevistada que comentasse a respeito das principais orientações institucionais às futuras doulas. Essa entrevista também foi gravada e transcrita. Salienta-se que há muito tempo a instituição costumava formar doulas para atuação voluntária em seu serviço, por meio de um curso de curta duração e com taxa de inscrição simbólica. Já o curso mencionado compreendeu dois dias inteiros de atividades, totalizando cerca de 16 horas de formação, e com taxa de inscrição de R\$ 500. Embora outras edições do curso tenham sido programadas, elas não foram mais realizadas desde então.

Quadro 4: Entrevistas individuais.

Data da entrevista	Entrevistado	Profissão	Caracterização
Dezembro de 2016	Gestor	Médico obstetra	Cerca de 60 anos, já foi diretor de outros serviços de maternidade com atendimento SUS. No momento da entrevista, era diretor técnico do serviço há pouco mais de um ano
Janeiro de 2017	Assessora	Enfermeira obstétrica	Cerca de 40 anos, com experiência na assistência ao parto. No momento da entrevista, era assessora do diretor técnico há pouco mais de um ano
Abril de 2017	Doula	Estudante	Cerca de 20 anos, estudante universitária e doula já formada por outro curso privado em São Paulo
Julho de 2017	Usuária	Cientista social	Cerca de 30 anos, teve um bebê no serviço e o processou por violação do direito a acompanhante. A convite da gestão, passou a integrar o comitê assessor da pesquisa

- **Atividades em grupo**

As atividades em grupo foram realizadas com trabalhadores e gestores (duas vezes) apenas com técnicas de enfermagem (duas vezes) e com cinco mulheres que tiveram bebê no serviço pesquisado, convidadas pela representante de usuárias e por pesquisadores do projeto. Essas atividades seguiram um roteiro baseado nos dez critérios da IHAMC, com a solicitação para que mapeassem os facilitadores e obstáculos para a implementação de cada um dos itens no serviço estudado. As atividades em grupo foram gravadas e transcritas, totalizando cerca de dez horas de duração e mais de 250 páginas de transcrição.

Quadro 5: Atividades em grupo realizadas e número de participantes.

Data	Participantes	Perfil
Julho de 2017	4	Gestora do serviço, médica anesthesiologista, recepcionista, freira (representante da Organização Social que gere o serviço), com idade entre 30 e 60 anos aproximadamente
Julho de 2017	4	Gestora, enfermeira obstétrica, responsável pela qualidade (mulher), representante da Organização Social que gere o serviço (enfermeiro), com idade entre 30 e 60 anos aproximadamente
Julho de 2017	5	Mulheres que tiveram filho no serviço entre 2014 e 2017, com idade entre 18 e 30 anos aproximadamente
Outubro de 2017	6	Enfermeira e técnicas de enfermagem, todas mulheres, com idade entre 25 e 50 anos aproximadamente
Novembro de 2017	8	Técnicas de enfermagem, todas mulheres, com idade entre 25 e 50 anos aproximadamente

3.1.2 Outras atividades do projeto Hamabe

Como parte do projeto Hamabe, criou-se um comitê assessor (*steering committee*) no serviço, no decorrer da etapa qualitativa. Este comitê é formado por representantes das gerências técnicas, profissionais “da ponta” (obstetrícia, neonatologia, anestesia, enfermagem obstétrica, serviço social, recepção), representantes do corporativo do hospital, encarregados da segurança dos pacientes e da comunicação social, usuárias e voluntárias, além da coordenação da pesquisa e sua equipe. A criação deste comitê teve como finalidade não apenas a participação dos interessados no refinamento da metodologia e na análise, mas também a promoção da sustentabilidade e do senso de propriedade (*ownership*) do processo de mudança institucional.

Em geral, o comitê assessor tem se reunido quinzenalmente por cerca de duas horas para discutir a condução da pesquisa, envolvendo temas como os resultados parciais da etapa qualitativa, os resultados do Termômetro de Segurança em Saúde Materna, os indicadores do serviço apurados por meio de consulta ao Sinasc, em complementação aos dados apresentados

pela instituição, o levantamento da história institucional, além de debates sobre evidências e direitos relacionados a cada um dos critérios propostos pela IHAMC, com a identificação de dificuldades e propostas para superação.

A partir dessas reuniões do comitê assessor, alguns profissionais de saúde (entre médicos e enfermeiros) expressaram o desejo de visitar a maternidade Sofia Feldiman, em Belo Horizonte (MG), tida como um modelo de gestão e assistência ao parto e nascimento no SUS. Com incentivo da coordenação da pesquisa, o grupo viajou a Minas Gerais para conhecer o serviço, e depois disseminou a experiência entre os colegas de assistência e o próprio comitê assessor. Outras atividades do projeto também foram realizadas a partir de sugestões do comitê assessor, como duas reuniões com técnicas de enfermagem para discutir os critérios da IHAMC na perspectiva dessas profissionais.

Ainda no âmbito do projeto Hamabe, foi proposto um curso de verão de 30 horas de duração como experiência piloto do aspecto teórico da intervenção, realizado em fevereiro de 2017, com participação do então diretor técnico da instituição estudada na capital paulista. Na primeira parte do curso, introduziram-se as bases de evidências científicas da IHAMC; a neuroendocrinologia do trabalho de parto e parto, e suas consequências para a reorganização da assistência; aspectos epigenéticos do trabalho de parto e parto, a constituição do microbioma no período perinatal com suas repercussões para a formatação imunológica e metabólica dos nascidos, e o conceito de “cuidados livre de danos” (*harm-free care*). Na segunda parte, abordaram-se as bases éticas, jurídicas e logísticas da IHAMC; os passos da IHAMC; os obstáculos logísticos, institucionais e de formação para a melhoria da assistência ao parto, e os descompassos entre a legislação, o código de ética médica e a assistência ao parto, de modo a buscar as raízes dos casos de abuso e desrespeito.

Em setembro de 2017, a coordenadora do projeto Hamabe ministrou a disciplina de pós-graduação Innovation in Maternal Health: Evidence, rights and public policies (Inovação em saúde materna: evidências, direitos e políticas públicas), dentro do Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, com carga horária total de 30 horas. Nessa ocasião, profissionais de saúde identificados como lideranças do serviço pesquisado foram convidados para o curso e participaram como ouvintes. Os temas abordados incluíram a IHAMC e seus critérios, o Termômetro de Segurança em Saúde Materna, o microbioma e os aspectos epigenéticos relacionados ao trabalho de parto e parto e as dimensões de comunicação e informação no pré-natal e no parto. Outras dimensões abordadas no curso e que geraram intenso debate foram a classificação de Robson como estratégia para prevenção

de cesáreas desnecessárias e os “tempos no parto”, com a participação da Profa. Christine McCourt,⁵ da City University London.

3.2 CONECTANDO PONTOS NESTA TESE

Como mencionado anteriormente, este trabalho considerou os dados produzidos no projeto Hamabe entre novembro de 2016 e novembro de 2017, o que compreendeu levantamentos quantitativos e qualitativos em um serviço de assistência ao parto no município de São Paulo. Assim, de acordo com a metodologia do projeto de pesquisa, os dados aqui considerados foram produzidos por meio de:

- leitura de protocolos, formulários, cartazes, folhetos informativos, website, mídias sociais e até mesmo um livro da instituição;
- observação participante da assistência;
- análise de indicadores;
- aplicação do Termômetro de Segurança em Saúde Materna;
- entrevistas individuais com informantes-chave;
- atividades em grupo com gestores, trabalhadores do serviço e usuárias.

Buscaram-se fontes adicionais de informação que iluminassem a história da instituição, como artigos e livros. A coordenação da pesquisa solicitou ao serviço que disponibilizasse indicadores coletados rotineiramente, bem como documentos, fotos ou outros materiais que pudessem auxiliar na contextualização histórica da maternidade. Dessa maneira, foi possível caracterizar o serviço de saúde para além de seus números, o que se mostrou especialmente importante para a análise de alguns dos desafios identificados.

Diante da riqueza de todo o material produzido e da impossibilidade de analisá-lo em sua totalidade no prazo de um doutorado, optou-se por focalizar dois critérios propostos pela IHAMC: a liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto e a presença de acompanhante. A escolha deveu-se primordialmente à recorrência dos temas nas entrevistas e nas atividades em grupo, o que reforça sua importância dentro da maternidade estudada. Além

⁵ A Profa. Christine McCourt tem como principal área de trabalho a saúde da mulher, com pesquisas relacionadas a cultura e mudança institucional, organização da assistência ao parto e nascimento e as experiências das mulheres no parto e no aleitamento.

disso, os dados da pesquisa Nacer no Brasil, já mencionados, delineiam um contexto nacional em que menos da metade das mulheres deambula no trabalho de parto, quase todas dão à luz em posição litotômica e menos de um quinto tem acompanhante contínuo, isto é, da internação ao pós-parto (DINIZ et al., 2014; LEAL et al., 2014).

Todos os dados produzidos, incluindo os diários de campo, foram lidos e os trechos correspondentes aos critérios focalizados neste trabalho foram destacados para a análise. . Esse material foi então lido exaustivamente para a identificação de padrões e contradições, os quais foram problematizados nos artigos que compõem esta tese.

3.3 A MATERNIDADE ESTUDADA

As peculiaridades que permeiam a história da instituição estudada são tantas e tão conhecidas em São Paulo que é praticamente impossível abordá-las sem que se identifique a maternidade de que se fala. Sua origem remonta à primeira metade do século XX, quando uma madre se compadeceu de uma puérpera de 15 anos que não tinha para onde ir com seu recém-nascido e decidiu abrigar a adolescente e o bebê em sua moradia (MAGINI, 2011). A partir desse evento, a religiosa, que aqui será chamada de Madre Marguerite (nome fictício), passou a buscar opções para acolher essas mulheres desamparadas, fosse o desamparo devido à pobreza, fosse devido ao caráter ilegítimo da maternidade. Em um ano, havia abrigado cerca de 400 mulheres em 11 casas alugadas para esse fim. De início, imaginava-se apenas albergar as mulheres carentes, mas aquelas que não dispunham de previdência social – as carentes, as adolescentes e as que engravidaram fora de um casamento – não eram atendidas pelos hospitais da cidade e acabavam dando à luz em casa.

Essa realidade levou Madre Marguerite a pleitear a construção de uma maternidade, para o que logo obteve o apoio de um docente de importante universidade paulista, que aqui será tratado como João Campos (nome fictício). Juntos, conseguiram aval oficial para a construção do edifício que abrigaria a instituição, aqui chamada de Maternidade São Geraldo (nome fictício).⁶ A inauguração do estabelecimento, todavia, só aconteceria quase duas décadas mais tarde, atrasada por problemas das mais diversas ordens, como falta de verba e até mesmo um incêndio.

⁶ O nome foi escolhido em homenagem a São Geraldo Magella, protetor das grávidas.

A clemência como marca fundadora da instituição acabou por se transformar em um estigma. Por atender mulheres desvalidas ou cuja maternidade era considerada inferior (MATTAR; DINIZ, 2012), a Maternidade São Geraldo ficou conhecida como “casa da mãe solteira”. Nesse contexto, alguns casos polêmicos marcaram a história institucional, uma delas envolvendo a denúncia midiática sobre a existência de um necrotério de bebês. Esse necrotério de fato existia, para abrigar os natimortos não enterrados pelas famílias e que aguardavam a remoção pela polícia. De acordo com o relato de profissional de saúde que trabalhava na Maternidade São Geraldo à época, a repercussão nos jornais foi expressiva, com acusações sobre a prática de aborto (ilegal) no local. Todavia, esse mesmo profissional afirma que o elevado número de natimortos (da ordem de seis a sete ao dia) se devia ao perfil das mulheres atendidas na instituição, predominantemente pobres e sem pré-natal adequado (MAGINI, 2011).

Paralelamente a essas histórias de dificuldades, há também muitas narrativas de superação e acolhimento. Superação da escassez de recursos e infraestrutura e acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade, com assistência a sua saúde independentemente de sua condição financeira, de seu estado marital ou mesmo de drogadição. O trabalho social da instituição, inclusive com o encaminhamento de muitas mulheres a vagas de emprego, por exemplo, é bastante valorizado.

A história da Maternidade São Geraldo relaciona-se ainda com a de uma importante universidade, uma vez que a assistência obstétrica da instituição ficou sob a chefia do professor João Campos. Ele teve o apoio abnegado de Madre Marguerite, ela mesma enfermeira, visitadora sanitária, e articuladora da categoria profissional, com papel relevante nas associações de classe e no funcionamento do curso de enfermagem na referida instituição de ensino (GOMES; FILHO; BAPTISTA, 2005). Assim, a maternidade logo se constituiu como campo de práticas dos estudantes de medicina e enfermagem (CARVALHO, 1974). Na década de 1970, outra universidade de renome passou a utilizar o estabelecimento de saúde como campo de ensino de enfermagem obstétrica (BONADIO, 1998).

Ao se aposentar, o professor João Campos orientou a religiosa então na gestão da Maternidade São Geraldo a “não entregar” o serviço à universidade onde ele mesmo lecionara por anos.⁷ A necessidade de aporte financeiro, porém, fez com que a religiosa, aqui chamada de Irmã Vicentina (nome fictício), aceitasse a proposta de convênio com a universidade, o que não se mostrou uma boa escolha. Além de o repasse de verba não acontecer como esperado, a

⁷ Depoimento da Irmã Vicentina fornecido pela área de comunicação da instituição.

universidade desejava conformar a assistência às necessidades de aprendizado dos estudantes. Estes permaneciam no serviço sem qualquer tipo de supervisão e por vezes se desentendiam com as mulheres ou mesmo com trabalhadoras do local. Oito anos mais tarde o convênio foi rompido e, segundo a Irmã Vicentina, a taxa de cesariana reduziu-se imediatamente de 39,9% para 18,0%, segundo seu relato. Além de respirar aliviada pela melhoria nos indicadores de saúde, a religiosa pôde comemorar a redução dos gastos na unidade.⁶

No fim dos anos 1990, a instituição integrou um projeto do Ministério da Saúde voltado à implantação de centros de partos normais. Passou por reformas que visavam melhorar sua ambiência e adequá-la a um modelo de atendimento mais centrado na fisiologia do parto normal, conforme depoimento de profissional que lá trabalhou nesse período.⁸ Outras questões importantes eram o cuidado compartilhado entre médicos e enfermeiros e a atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual, aspecto que hoje é motivo de controvérsia, com a categoria de enfermagem aparentemente perdendo autonomia e protagonismo de atuação na atenção ao parto, quando comparado com o modelo de assistência que prevaleceu até meados dos anos 2000.

Em 2008, uma organização social católica assumiu a gestão da maternidade. Essa organização filia-se a uma ordem de origem alemã datada do século XVI, cujas irmãs chegaram ao Brasil no fim do século XIX, envolvendo-se na formação das filhas dos colonos alemães. Desde então ocuparam-se de manter escolas e de cuidar de enfermos, por meio de entidades filantrópicas inicialmente dirigidas pelas irmãs e, mais recentemente, assumidas por profissionais e orientadas por princípios de governança corporativa. Atualmente são 26 unidades distribuídas em sete estados (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Goiás, Espírito Santo, Santa Catarina e Mato Grosso), com atuação nas áreas de saúde, educação e assistência social. No estado de São Paulo localizam-se sete unidades da área da saúde, incluindo-se o estabelecimento estudado. De acordo com informações do site da organização, as unidades superavitárias transferem recursos para manter aquelas que são deficitárias, de modo a garantir a sustentabilidade da entidade em sua missão.

A Maternidade São Geraldo permanece nas instalações erigidas entre as décadas de 1950 e 1960, na zona sul do município de São Paulo, e presta atendimento a parturientes de risco habitual pelo Sistema Único de Saúde. Na tabela a seguir apresentam-se os dados relativos a 2003 e 2016, os mais antigos e os mais recentes consolidados no Sinasc Municipal para o serviço de saúde estudado (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2017).

⁸ Depoimento da profissional de saúde à equipe de pesquisa.

Em média ocorreram 450 nascimentos por mês em 2016, cerca de 30% por cesariana. Entre as mulheres que deram à luz nesse estabelecimento nesse ano, 16,6% tinham até 19 anos e 30,6% tinham entre 20 e 24 anos. A maioria das mães era preta ou parda (64,2%) e tinha entre 8 e 11 anos de estudo (74,4%), além de 15,4% terem o ensino médio completo (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2017). Chama a atenção o fato de 74,5% delas se declararem solteiras em 2016, enquanto no conjunto do município apenas 41,0% das mulheres que tiveram bebê indicaram essa situação conjugal (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2017), proporção semelhante à registrada para o Brasil em 2015 (41,2%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a). Cerca de 0,5% dos nascidos na Maternidade São Geraldo era resultado de gestação múltipla – apesar de não ser uma proporção expressiva, o dado chama a atenção pelo fato de a instituição ser voltada para o atendimento de mulheres de risco habitual e a gravidez de gemelares dificilmente passaria despercebida em uma avaliação clínica na admissão.

Em 2003, mais de um quarto das mães tinha até 19 anos de idade. A proporção de mães solteiras era menor (62,2%), ao passo que havia mais mulheres em união estável: 16,2%, em comparação a 2,8% em 2016. A proporção de mães casadas não se alterou substancialmente, equivalendo a 20,8% em 2003 e a 21,4% em 2016. A distribuição das mulheres atendidas segundo anos de estudo modificou-se de modo significativo, com a elevação geral da escolaridade: em 2003, um terço das mulheres tinha entre 4 e 7 anos de estudo, 60,3%, de 7 a 11 anos, e menos de 1,0% possuía 12 anos ou mais de estudo; já em 2016 esta última categoria contava com 15,5% das mulheres, como já mencionado. Outra diferença digna de nota entre os anos analisados refere-se ao número de consultas de pré-natal: se em 2003 apenas 40,1% das mães realizavam sete ou mais consultas, em 2016 essa proporção elevou-se para 79,0%.

Tabela 1: Nascidos vivos, segundo características da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido. Maternidade São Geraldo, 2003-2016.

	2003		2016	
	N. Abs.	%	N. Abs.	%
Faixa etária da mãe				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
< 15 anos	107	0,9	20	0,4
15 a 19 anos	3.058	24,4	872	16,3
20 a 24 anos	4.506	36,0	1.642	30,6
25 a 29 anos	2.714	21,7	1.354	25,3
30 a 34 anos	1.411	11,3	939	17,5
35 a 39 anos	610	4,9	446	8,3
40 a 44 anos	110	0,9	83	1,5
45 anos e +	4	0,0	3	0,1
Ignorada	2	0,0	0	0,0
Escolaridade da mãe				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
Nenhuma	105	0,8	4	0,1
1 a 3 anos	537	4,3	40	0,7
4 a 7 anos	4.213	33,6	499	9,3
8 a 11 anos	7.551	60,3	3.988	74,4
12 anos e mais	84	0,7	828	15,5
Ignorado	32	0,3	0	0,0
Raça/cor da mãe				
TOTAL	-	-	5.359	100,0
Branca	-	-	1.640	30,6
Preta	-	-	501	9,3
Amarela	-	-	264	4,9
Parda	-	-	2.942	54,9
Indígena	-	-	12	0,2
Situação conjugal				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
Solteira	7.790	62,2	3.995	74,5
Casada	2.604	20,8	1.146	21,4
Viúva	23	0,2	5	0,1
Separada judic/divorciada	58	0,5	60	1,1
União estável	2.025	16,2	151	2,8
Ignorado	22	0,2	2	0,0
Consultas de pré-natal				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
Nenhuma	144	1,1	4	0,1
1 a 3 consultas	802	6,4	234	4,4
4 a 6 consultas	6.494	51,9	886	16,5
7 consultas e +	5.020	40,1	4.235	79,0
Ignorado	62	0,5	0	0,0

(continua)

	2003		2016	
	N. Abs.	%	N. Abs.	%
Duração da gestação				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
22-27 semanas	4	0,0	4	0,1
28-31 semanas	14	0,1	7	0,1
32-36 semanas	412	3,3	252	4,7
37-41 semanas	12.050	96,2	5.016	93,6
42 semanas e +	6	0,0	80	1,5
Ignorado	36	0,3	0	0,0
Tipo de gravidez				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
Única	12.454	99,5	5.336	99,6
Dupla	66	0,5	20	0,4
Tripla e mais	0	0,0	3	0,1
Ignorado	2	0,0	0	0,0
Tipo de parto				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
Vaginal	10.504	83,9	3.711	69,2
Cesáreo	2.018	16,1	1.648	30,8
Peso ao nascer				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
500g a 999g	7	0,1	7	0,1
1000g a 1499g	19	0,2	6	0,1
1500g a 1999g	55	0,4	19	0,4
2000g a 2499g	604	4,8	181	3,4
2500g a 2999g	3.394	27,1	1.111	20,7
3000g a 3499g	5.535	44,2	2.350	43,9
3500g a 3999g	2.445	19,5	1.375	25,7
4000g e +	462	3,7	310	5,8
Ignorado	1	0,0	0	0,0
Faixa de Apgar no 5º minuto				
TOTAL	12.522	100,0	5.359	100,0
0 a 3	14	0,1	11	0,2
4 a 7	141	1,1	55	1,0
8 a 10	12.346	98,6	5.293	98,8
Não Informado	21	0,2	0	0,0

Fonte: Sinasc (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2017).

Nota: Nome da maternidade é fictício.

O gráfico a seguir permite visualizar a grande variação na taxa de cesarianas da Maternidade São Geraldo ao longo dos 14 anos analisados, com elevação acentuada desde 2013. De um extremo ao outro do período considerado, os nascimentos por via abdominal quase dobraram, o que não parece ser justificável pelo perfil das mulheres atendidas, nem pelos dados dos recém-nascidos. Visto que a proporção de mulheres que comparecem a pelo menos sete consultas de pré-natal aumentou consideravelmente, esse também não pode ser

um fator a justificar a maior ocorrência de cesarianas. Ainda assim, a taxa de cesariana na Maternidade São Geraldo se manteve significativamente abaixo do patamar municipal ao longo de todo o período. É preciso considerar, porém, que a taxa municipal é fortemente influenciada pelos nascimentos em hospitais privados, em que muitas vezes a proporção de nascimentos cirúrgicos ultrapassa 90%.

Gráfico 1: Taxa de cesariana. Maternidade São Geraldo e Município de São Paulo, 2003-2016.

Fonte: Sinasc (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2017).

Nota: Nome da maternidade é fictício.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA⁹

Violência obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção

Denise Yoshie Niy*

Bruna Dias Alonso*

Bruna Silveira Moreno**

Carmen Simone Grilo Diniz***

* Estudantes de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP

** Estudante de graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP

*** Professora titular da Faculdade de Saúde Pública da USP

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência contra a mulher. Abuso, desrespeito e maus-tratos. Assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao abortamento. Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, praticamente todas as crianças nascem em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde e em 66,4% dos casos as mães realizam pelo menos sete consultas pré-natais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Todavia, a melhoria no acesso aos serviços de saúde e o atendimento por profissional treinado não têm se refletido em melhores indicadores de saúde. Ao contrário, a mortalidade materna permanece como importante problema: segundo os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB), a taxa elevou-se de 45,8 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, em 2000, para 68,2 por 100 mil, em 2010 (RIPSA, 2012). Dessa maneira, o país não alcançou a meta de reduzir em três quartos a razão

⁹ Manuscrito a ser submetido a periódico científico.

de morte materna, conforme proposto pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (SOUZA, 2015).

Fatores relacionados ao perfil da população (taxa de fecundidade, envelhecimento, doenças crônico-degenerativas, entre outros) e a excessiva medicalização conformam um cenário em que se exige ir além do combate à mortalidade em si (SOUZA, 2015), o que suscita debates sobre a segurança e a qualidade da assistência prestada às mulheres, em especial em contextos onde predominam as causas diretas de morte materna, como no Brasil (SOUZA, 2013; SOUZA et al., 2014). Em termos de condutas adotadas na atenção ao trabalho de parto e parto, as boas práticas são usufruídas por uma parcela reduzida de mulheres no país, ao mesmo tempo em que abundam as intervenções desnecessárias ou potencialmente danosas (LEAL et al., 2014), de modo que a cesariana, muitas vezes, corresponde a uma opção para minimizar o sofrimento do parto vaginal (LEAL; GAMA, 2014).

A ideia de que o parto é necessariamente uma experiência de sofrimento para a mulher está tão disseminada em nossa sociedade que, para alguns profissionais de saúde, quando ela chora ou expressa dor e insatisfação, “esse sofrimento deve ser interpretado como prazeroso”, como o dia mais feliz da sua vida (LINO, 2010, p. 39). Todavia, há muitas décadas as mulheres tentam romper com essa ideia, denunciando as práticas assistenciais como formas de tortura, crueldade, maus-tratos e violações aos direitos humanos (DINIZ et al., 2015a). Rich, por exemplo, narra o ato de dar à luz como um evento de indignidade: “parimos nos hospitais, rodeadas de especialistas homens, negligentemente drogadas e fodidas contra nossa vontade, tendo nossos bebês arrancados de nós no momento de nascer” (RICH, 1979, p. 314).

No Brasil, estima-se que 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência oriunda da assistência ao parto (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013). No entanto, o uso do termo violência tem gerado polêmicas no país, sobretudo, entre a categoria médica, que propõe ainda a categoria “violência contra o obstetra” (SILVEIRA, 2017). Dessa forma, recorre-se a outras denominações, como: desumanização, abuso, desrespeito, maus-tratos, entre outros (DINIZ et al., 2015b), como maneira de possibilitar o diálogo com os diferentes atores envolvidos na assistência à gestação e ao parto.

O termo violência obstétrica ganhou relevância em especial na América Latina, a partir das iniciativas de Argentina e Venezuela, onde é considerada uma forma de violência contra a mulher. Nesses países, a violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, o abuso da medicalização e a patologização dos processos naturais,

causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade (ARGENTINA, 2004; ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2014).

Diante da inexistência de um consenso sobre a definição de violência obstétrica e considerando a relevância do tema, esta revisão¹⁰ analisa os estudos sobre violência obstétrica na assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério no Brasil, os conceitos associados a esse fenômeno e os indicadores propostos para sua mensuração, a fim contribuir para o desenvolvimento de uma definição de violência obstétrica que seja significativa à realidade nacional.¹¹

MÉTODOS

Nesta revisão, os termos de busca foram “violência obstétrica” e “Brasil”, em português, inglês e espanhol, nas bases de dados PubMed, JBI Library, Scielo e Google Scholar. As buscas foram realizadas em 24 de junho de 2017, sem limitação temporal.

Formulou-se uma planilha eletrônica com dados sobre os estudos identificados, incluindo título do estudo, autores, resumo e base de dados em que foi recuperado. Essa mesma planilha foi usada para a avaliação do título e resumo por duas revisoras, que trabalharam independentemente e selecionaram os estudos que potencialmente atendiam aos critérios de inclusão: relacionar-se à experiência com violência obstétrica na perspectiva das mulheres, dos gestores ou dos profissionais de saúde na assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao abortamento no Brasil. Foram considerados estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos, sem restrições de tempo nem quanto à metodologia usada para a análise de dados.

10 Esta revisão integra um projeto de pesquisa sobre a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (Fapesp), processo número 2015/50498-0, e também é parte dos estudos de doutorado da autora principal.

11 O protocolo da revisão foi registrado na base de dados do Centre for Reviews and Dissemination (CRD), da Universidade de York (Reino Unido), sob o número CRD42017068223, em junho de 2017. Nesse mesmo mês não se localizaram nessa base de dados registros de outras revisões concluídas sobre o mesmo tema, apenas o protocolo de uma revisão semelhante em andamento, mas compreendendo o território da América Latina e Caribe e com foco ampliado para abuso, desrespeito e maus-tratos.

O texto completo desses estudos foi recuperado para avaliação e para decisão sobre sua inclusão ou não na revisão. As divergências foram solucionadas por uma terceira revisora.

Foram excluídos os estudos que:

- não se referiam ao Brasil;
- não definiam a violência obstétrica;
- não discutiam a assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério ou ao abortamento;
- não tinham texto completo disponível em inglês, português ou espanhol.

Para os estudos incluídos, os dados foram extraídos com uso de um formulário eletrônico padronizado elaborado para esse fim. As informações extraídas incluíram: ano de publicação, local do estudo, população estudada, metodologia de produção e de análise dos dados, conceito de violência obstétrica, experiências das mulheres ou dos profissionais de saúde e gestores com violência obstétrica e indicadores e variáveis utilizados para mensurar violência obstétrica, quando o caso.

Os estudos incluídos foram lidos para identificar a definição de violência obstétrica operacionalizada, assim como autores ou textos referenciados como fontes dessa informação. Essas definições foram reunidas em quadros para sua leitura exaustiva e identificação de termos relevantes e aspectos em comum, além de textos que tenham influenciado na sua construção, mesmo que de forma não declarada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 930 estudos a partir das buscas nas bases de dados e 223 foram excluídos por estarem duplicados. Assim, consideraram-se 707 estudos e, a partir da análise do seu título e resumo, 147 foram selecionados para a leitura integral. Excluíram-se 105 deles, porque não se referiam ao tema estudado, não tinham o Brasil como local de estudo ou seu texto completo não foi localizado (Figura 1). Entre os estudos deste último grupo, 17 eram trabalhos apresentados em congressos, apenas com resumo disponível.

Figura 1: Diagrama de estudos identificados, excluídos e incluídos.

Publicados a partir de 2013, os estudos incluídos foram realizados nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Alguns analisavam especificamente o documentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras” (PULHEZ, 2013a, 2013b; CARNEIRO, 2015; SENA; TESSER, 2017), ao passo que outros referiam-se aos blogs Cientista que Virou Mãe (LUZ; GICO, 2015) e Mamíferas (PULHEZ, 2015) ou a uma comunidade virtual (CARVALHO, 2015). A maioria deles tinha caráter qualitativo, com emprego de técnicas como entrevista, observação participante e grupo focal para a produção de dados, com posterior emprego de análise temática, de conteúdo ou de discurso, entre outras. Apenas um estudo (AGUIAR, 2016) utilizou metodologia de história oral, a partir de entrevista face a face com questões norteadoras a respeito do *near miss* materno. Embora a violência obstétrica não estivesse no centro desse estudo, a categoria mostrou-se relevante no curso da pesquisa, por ser referida pelas participantes.

Entre os estudos quantitativos (seis no total), dois foram realizados a partir de dados de pesquisa telefônica da Ouvidoria do SUS, mas com abordagens distintas. Um deles (LIMA, 2016) agrupou as respostas em violência física (manobra de Kristeller, episiotomia com e sem anestesia, toques vaginais constantes); violência psicológica (debocharam do comportamento da mulher, mandaram parar de gritar, criticaram seus sentimentos ou emoções); negligências praticadas pelos serviços de saúde (o serviço não permitiu acompanhante, demorou a ser atendida, não teve leito para internação, considerou o ambiente sujo ou inadequado, não recebeu atenção quando solicitou) e não sofreu violência. O outro estudo (ARRUDA, 2015) adaptou as respostas obtidas pela Ouvidoria do SUS para compor os seguintes indicadores: indicador da violência institucional na relação da parturiente com o Sistema de saúde – VSis; indicador da violência institucional na relação da parturiente com o Serviço de saúde – VSer; e indicador da violência institucional na relação da parturiente com os profissionais de saúde – VP, separado em três tipos: relacionados à violência física – VPF, relacionados à violência verbal – VPV e outros relacionados à violência por negligência – VPN. Esses indicadores foram propostos por trabalho também incluído nesta revisão (SOUZA, 2014), baseado em banco de dados de um estudo transversal realizado em Brasília (DF) em 2001, com questionário elaborado para esse fim.

Um estudo (ANDRADE et al., 2016) considerou como ocorrência de violência obstétrica a utilização de pelo menos uma das práticas consideradas pela OMS como claramente desnecessárias, prejudiciais, ineficazes ou sem evidências científicas de apoio (WHO, 1996). Estudo realizado no Ceará com mais de 3 mil puérperas (CUNHA RODRIGUES et al., 2017) agrupou os dados em necessidades humanas básicas durante o

trabalho de parto e parto (liberdade de movimentação e ingestão de líquidos e alimentos); ações de suporte emocional (acompanhante, visita, presença de profissional que proporcione conforto físico e emocional, esclarecimentos sobre procedimentos e sobre trabalho de parto e parto); ações que caracterizam o não cumprimento das orientações das boas práticas (episiotomia, manobra de Kristeller, exame de toque por pessoas diferentes, aminotomia precoce, curagem sem analgesia farmacológica, contato pele a pele, amamentação na primeira hora, manobra de Valsalva, uso de soro, de sonda, de ocitocina, tricotomia e enema); e ações que ocasionam medo e insegurança (segurança, medo, ameaçada, críticas, ironia, recebeu apelidos, parar de gritar, gritos com a parturiente, ouviu piadas).

Quadro 1: Características dos estudos incluídos.

Estudo	Local do estudo	População estudada	Observações sobre métodos
(VALLE, 2015)	Rio de Janeiro (RJ)	Parturientes atendidas no serviço	Observação participante e entrevistas com médicos, residentes e internos
(AGUIAR, 2016)	Brasil	12 mulheres que vivenciaram o near-miss materno	Entrevista face a face com questões norteadoras e história oral
(AMORIM, 2015)	Goiânia (GO)	33 mulheres, mães de crianças usuárias de uma creche pública	Entrevista face a face, análise de discurso segundo Foucault e Fairclough
(ANDRADE, BRIENA PADILHA; AGGIO, 2014)	Guarapuava (PR)	Quatro puérperas que residiam na área de abrangência do Centro Integrado de Atendimento	Entrevista semiestruturada e análise de conteúdo segundo Bardin
(ANDRADE et al., 2016)	Recife (PE)	Amostra de 603 puérperas de um hospital-escola de alta complexidade	Dados obtidos do prontuário e de entrevista com a mulher; análise dos fatores associados à violência obstétrica por meio de regressão multivariada de Poisson, estimando-se as razões de prevalência brutas e ajustadas e os respectivos intervalos de confiança de 95%
(ARRUDA, 2015)	Brasil	103.905 mulheres que tiveram bebê e aceitaram responder pesquisa telefônica da Ouvidoria Geral do SUS	Análise descritiva de dados secundários disponibilizados pela Ouvidoria Geral do SUS
(CARNEIRO, 2015)	Redes sociais; documentário	Participantes de dois grupos de gestantes e puérperas e do documentário “Violência obstétrica - a voz das brasileiras”	Etnografia e análise do documentário e de discussões sobre parto e violência obstétrica recentemente divulgadas em grupos abertos das redes sociais
(CARVALHO, 2015)	Comunidade do Facebook	Mulheres que postaram seus relatos na comunidade virtual estudada	Pesquisa etnográfica
(DANELUCI, 2016)	Município não declarado	Gestantes e puérperas atendidas pela instituição	Observação participante, entrevistas individuais e grupos focais
(DINIZ et al., 2016)	São Paulo (SP)	Audiências públicas realizadas em São Paulo e palestrantes de seminário sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde	Análise do vídeo dos relatos das mulheres e os discursos dos palestrantes
(DINIZ et al., 2015a)	Revisão	Literatura acadêmica, produções dos movimentos sociais e documentos institucionais, do Brasil e do exterior	Revisão crítico-narrativa sobre violência obstétrica
(GUIMARÃES, 2014)	TO	56 puérperas	Entrevistas guiadas por um roteiro e categorização segundo percepção das mulheres
(FAREIRA, 2016)	Ilhéus (BA)	13 mulheres da etnia Tupinambá que tinham pelo menos um filho e uma midwife de Serra Negra	Entrevistas semiestruturadas e análise crítica
(FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015)	Maternidade pública no Sul do Brasil	Enfermeiras obstetras recém-inseridas na maternidade	Observação participante

Estudo	Local do estudo	População estudada	Observações sobre métodos
(LIMA, 2016)	Recife (PE)	Mulheres atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS em todo o Brasil	Estudo transversal de base populacional realizado com dados secundários provenientes da pesquisa da Rede Cegonha realizada pela Ouvidoria Geral do SUS
(LUZ; GICO, 2015)	Blog “A cientista que virou mãe”	Blog “A cientista que virou mãe”	Análise qualitativa de 131 textos publicados no blog, com elaboração de fichas catalográficas individuais, a partir de categorização proposta por Davis-Floyd
(LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015)	Jataí (GO)	11 puérperas com idade entre 12 e 19 anos, primíparas de parto vaginal de feto único a termo e que estavam no pós-parto imediato	Entrevista a partir das questões: “Fale sobre o atendimento que você recebeu dos profissionais de saúde durante o seu pré-natal” e “Fale sobre a assistência que você recebeu durante o trabalho de parto”, com análise de conteúdo segundo Minayo
(FABBRO; MACHADO, 2017)	São Carlos (SP)	Nove puérperas que deram à luz no SUS	Entrevistas; metodologia comunicativa crítica
(MANFRINI; CIMA, 2016)	Florianópolis (SC)	Mulheres participantes do Ato Público ‘Somos Todxs Adelir’, contra a violência obstétrica, em Florianópolis em 2014	Pesquisa encarnada e o ‘partir de si’ como propostas feministas que pressupõem que o corpo é o lugar principal de se fazer pesquisa
(COSTA et al., 2016)	Patos (PB)	38 puérperas que vivenciaram o parto normal	Entrevista com um roteiro semiestruturado; análise descritiva dos dados
(MOURA, 2014)	Niterói (RJ)	14 puérperas assistidas na maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima	Entrevista semiestruturada; para a análise, consideraram-se unidades temáticas, agrupadas em categorias, para os tipos mais relatados de violência obstétrica
(NOGUEIRA, 2016)	Uberlândia (MG)	Oito casais residentes em Uberlândia (MG)	Entrevistas antes do parto (entre a 36ª e a 39ª semana de gestação) e após o mesmo (cerca de 45 dias após o parto); a análise dos dados foi qualitativa, influenciada pela perspectiva construcionista social de Rasera e Japur e Spink
(OLIVEIRA et al., 2017)	Teresina (PI)	20 mulheres que buscaram atendimento na referida maternidade em processo parturitivo	Grupos focais e entrevistas complementares; análise de conteúdo temático
(PULHEZ, 2013a)	Documentário	Documentário “Violência Obstétrica – A voz das brasileiras”	Transcrição de alguns trechos do documentário e análise das estratégias discursivas em jogo
(PULHEZ, 2015)	Blog Mamíferas	Blog Mamíferas e suas leitoras	Etnografia do blog Mamíferas
(PULHEZ, 2013b)	Campinas (SP)	Participantes da “Marcha do Parto em Casa”, ocorrida em Campinas em 2012 e o vídeo “Violência obstétrica - a voz das brasileiras”	Observação e entrevista
(REGIS; RESENDE,	Carta a uma obstetra	Carta de uma mulher à obstetra que a atendeu no nascimento de	Carta cedida voluntariamente pela autora à pesquisadora;

Estudo	Local do estudo	População estudada	Observações sobre métodos
2015)		seu primeiro filho	análise discursiva crítica segundo Fairclough e Magalhães, Resende e Ramalho
(REGIS, 2016)	Brasília (DF)	Relatos de parto e cartas	Relatos de parto e cartas à/ao obstetra; análise de discurso crítica
(RODRIGUES, 2014)	Niterói (RJ)	56 puérperas que tiveram parto vaginal nas maternidades públicas estudadas	Entrevista semiestruturada individual; análise estatística e análise de conteúdo na modalidade temática
(CUNHA RODRIGUES et al., 2017)	Fortaleza e Cascavel (CE)	3.765 puérperas de parto transpelviano que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto das referidas instituições	Questionário respondido pela participante da pesquisa e complementado por dados do prontuário; análise estatística
(SENA, 2016)	Brasil	30 mulheres que responderam entrevista via Internet	Entrevistas via Internet com questionário semiestruturado; análise de conteúdo temática segundo Bardin
(SENA; TESSER, 2017)	Brasil; documentário	Usuárias de internet que se voluntariaram a responder ao Teste da Violência Obstétrica e documentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”	Coleta via formulário eletrônico autopreenchido, no caso do teste, e videodocumentário
(SILVA et al., 2014)	São Paulo (SP)	5 enfermeiras obstetras	“Tempestade de ideias” para exposição de opiniões, reflexões e experiências vivenciadas por cada uma a respeito da temática em discussão; análise de conteúdo temático
(SILVA, 2017)	Brasília (DF)	102 estudantes da área de saúde	Questionário disponibilizado por meio eletrônico; análise estatística; questões abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo
(SIQUEIRA, 2016)	Campina Grande (PB)	11 mulheres com idades de 18 a 28 anos, primigestas e primíparas	Entrevista com roteiro semiestruturado
(TESSER et al., 2015)	Brasil	Literatura científica, literatura cinza e documentos de domínio público	Revisão crítico-narrativa sobre violência obstétrica e propostas para prevenção quaternária
(COSTA, 2014)	Campina Grande (PB)	Gestantes participantes das atividades de educação pré-natal da unidade	Análise de rodas de conversa para discussão de temas ligados à gestação e ao parto e para confecção de artesanato
(DAMASCENO, 2016)	Ceilândia (DF)	50 puérperas	Entrevista semiestruturada
(RENNÓ, 2016)	Itajubá (MG)	25 puérperas	Formulário sobre a caracterização socioeconômica, obstétrica, intervenções ocorridas no parto, entrevista; análise de conteúdo segundo Bardin
(SOUZA, 2014)	Brasília (DF)	Participantes de um estudo transversal denominado “Chamada Neonatal”, de 2011, no DF	Instrumento para coleta aplicado à mãe; análise estatística descritiva e a análise bivariada, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson
(SILVA et al., 2015b)	Município baiano (BA)	Trabalhadores dos setores de pré-parto e centro obstétrico de um hospital público estadual do	Relato de experiência de estágio curricular de estudantes de enfermagem de 10º semestre

Estudo	Local do estudo	População estudada	Observações sobre métodos
		sudoeste baiano e mulheres aí atendidas	
(SILVA et al., 2016)	João Pessoa (PB)	Oito mulheres que deram à luz na maternidade de estudo	Entrevista semiestruturada; análise por meio de identificação de temas segundo Fiorin

Apenas estudos que traziam a definição de violência obstétrica foram incluídos na análise, conforme Quadro 2. Alguns restringiam a violência obstétrica à realização de condutas não baseadas em evidências científicas ou não recomendadas por representantes da comunidade científica internacional, especialmente a Organização Mundial da Saúde. Nessa acepção, práticas como manobra de Kristeller e episiotomia de rotina, por exemplo, foram consideradas formas de violência obstétrica, assim como a cesariana desnecessária e não desejada pela mulher.

Em outros estudos, procurou-se relacionar a assistência baseada em evidências com os direitos da mulher, tanto aqueles assegurados por legislação nacional, como o direito a acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, como aqueles assegurados por instrumentos internacionais de que o Brasil é signatário, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Os termos mais recorrentemente empregados nas definições de violência obstétrica mostram a existência de alguns consensos quanto ao que constitua esse fenômeno, com importantes conexões com a legislação venezuelana relativa à erradicação da violência contra a mulher. Assim, a atenção desumanizada aparece como principal qualificador da violência obstétrica, seguida de negligência, patologização, medicalização e desrespeito à autonomia da mulher. As intervenções desnecessárias, o excesso de intervenções, a violência física e as intervenções não consentidas conformam outro bloco importante, referindo-se às condutas realizadas nos serviços de saúde e sua relação com as evidências e com o consentimento da mulher.

Quadro 2. Definição de violência obstétrica nos estudos incluídos.

Estudo e definição de violência obstétrica
(VALLE, 2015) Questões éticas relacionadas ao abuso de intervenções e maus tratos por parte dos médicos para com as parturientes e definição da legislação venezuelana.
(AGUIAR, 2016) Tratamento desumano, maus-tratos verbais, psicológicos e físicos; o excesso de intervenções e o uso desnecessário destas para aceleração do processo de nascimento; tratamento indigno e não consentido; discriminação de gênero no contexto hospitalar.
(AMORIM, 2015) Tratamentos prestados por profissionais de saúde que não atendam às emergências obstétricas de forma oportuna e eficaz; que forcem a mulher a dar à luz em decúbito dorsal, com as pernas levantadas, havendo meios para o parto vertical; que impeçam o contato entre a mulher e seu bebê sem justificativa médica ou que impeçam a mulher de segurar e amamentar imediatamente após o nascimento. Interpreta a lei venezuelana e concebe como violência obstétrica as técnicas de aceleração do parto sem consentimento expresso e informado e a realização de cesariana sem consentimento quando as condições forem favoráveis a um parto natural.
(ANDRADE, BRIENA PADILHA; AGGIO, 2014) Entendido a partir de Juárez et al. (2012) 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
(ANDRADE et al., 2016) Considerou-se como desfecho, a violência obstétrica, definida como a utilização de pelo menos uma das práticas consideradas claramente desnecessárias, prejudiciais, ineficazes e/ou sem evidências científicas de acordo com a OMS: uso da posição supina ou litômica no momento do parto, infusão venosa de rotina, exame retal, administração de ocitocina sem indicação precisa, incentivo ao puxo prolongado, amniotomia precoce, manobra de Kristeller, toque vaginais repetitivos, restrição hídrica e alimentar, episiotomia e clampeamento precoce do cordão.
(ARRUDA, 2015) Entendido a partir de Juárez et al. (2012) como violência exercida por qualquer ato dos profissionais da saúde nos processos reprodutivos da mulher que possam interferir no domínio do seu corpo, demonstrado através de uma atenção desumanizada, com abuso de utilização de ações intervencionistas, com alta medicalização e transformação patológica dos processos naturais fisiológicos do parto.
(CARNEIRO, 2015) Violência obstétrica como violência no parto, considerando que, no Brasil de hoje, a maioria dos partos acontece nos hospitais.
(CARVALHO, 2015) A partir de Juárez et al. (2012), entende como violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais de saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, expresso através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos, bem como a negação do direito de ser informada e de opinar em relação aos procedimentos a serem exercidos em seu corpo.
(DANELUCI, 2016) Reproduz definição da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, por sua vez fortemente inspirada na legislação venezuelana, mencionando a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.
(DINIZ et al., 2016) Interpreta diversos estudos e propõe abordar a violência obstétrica como abuso, desrespeito, forma de indignidade na assistência ao parto e uma forma de violação de direitos.
(DINIZ et al., 2015a) Reconhecimento de que há diversas formas de nomear e conceituar o fenômeno, que abarca diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento, como violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros. Utiliza as categorias de desrespeito e abuso construídas por Tesser et al. (2015), por sua vez baseada na síntese de Bowser e Hill (2010).

Estudo e definição de violência obstétrica
(GUIMARÃES, 2014) Interpretou-se como a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia.
(FAREIRA, 2016) Abuso físico; imposição de intervenções por parte de um profissional médico, sem consentimento informado da mulher; negação do direito à privacidade ou falta de privacidade; cuidado indigno, o que inclui abuso verbal; discriminação por profissionais médicos com base em atributos da paciente; abandono, negligência ou recusa a prover assistência; detenção nos serviços; despreparo institucional.
(FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015) Tipo de violência contra a mulher e sua família cometido em serviços de saúde durante a assistência pré-natal, parto e pós-parto, na cesárea e no abortamento. Pode ser psicológica, física ou mesmo sexual
(LIMA, 2016) Consideraram-se situações de violência obstétrica: a manobra de Kristeller; a episiotomia; toques vaginais repetitivos e/ou realizados com brutalidade; agressões verbais como gritos, críticas e deboches à mulher pelo seu comportamento; situações consideradas como de negligência pelos serviços de saúde, como impedimento à presença de acompanhante; demora no atendimento; falta de leito para internação; ambiente sujo e inadequado; falta de atenção quando solicitada pela mulher.
(LUZ; GICO, 2015) Definida a partir de D'Gregorio (2010) como qualquer ato – ou intervenção – direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, e aos seus sentimentos, opções e preferências. Engloba a violência física, moral e emocional, incluindo abuso verbal e realização de procedimentos dolorosos, exposição física, contenção e impedimento de ser acompanhada
(LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015) A partir da definição de Juárez (2012), violência obstétrica é 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.
(FABBRO; MACHADO, 2017) Assistência à saúde da mulher em processo reprodutivo prestada de forma desumana por profissionais de saúde, que se baseiam no uso excessivo de medicalização, instrumentalização e intervenções iatrogênicas; as quais desencadeiam uma cascata de eventos negativos sobre o corpo das mulheres durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação
(MANFRINI; CIMA, 2016) Diversas formas de imposições no período gestacional e puerperal ou ausência de protagonismo da mulher no parto. Concorde com a interpretação de Luz (2014), de que compreende ‘qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito a sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências’.
(COSTA et al., 2016) Uma forma de violência contra a mulher, atos realizados por profissionais da saúde em relação ao corpo e os processos reprodutivos das mulheres, ocorrendo ao longo do processo de parto. Esse tipo de violência ocorre através do excesso de intervenções e onde os processos naturais sejam medicalizados e patologizados
(MOURA, 2014) Desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, com falta de atenção qualificada e humanizada à mulher nas unidades hospitalares no processo parturitivo
(NOGUEIRA, 2016) Forma de violência que pode estar constituída de atos de negligência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual
(OLIVEIRA et al., 2017) Adota-se conceito de Sadler et al. (2016), segundo o qual a violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida.
(PULHEZ, 2013a) De acordo com a definição de Debert & Gregori, reflete-se sobre a noção de violência contraposta à de crime: “Crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência [...] implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos

Estudo e definição de violência obstétrica
constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos”.
(PULHEZ, 2015) A proposta é explorar os significados mobilizados em torno da categoria violência obstétrica operada por mulheres que vivenciaram partos onde teriam sofrido algum tipo de mau-trato. Entende-se que a apropriação do discurso dos direitos humanos seria constitutiva da formação de sujeitos políticos e do modo pelo qual seria operada a vocalização de suas experiências, de maneira a dar visibilidade a suas demandas, através da construção de subjetividades e da produção de discursos sobre a violência
(PULHEZ, 2013b) Violência obstétrica é uma categoria acionada por certos grupos de mulheres, entre outros para "denunciar a violação de direitos humanos quando da adoção de certos procedimentos que escapam às políticas públicas já direcionadas à saúde reprodutiva e sexual da mulher (políticas referentes à cesariana, ao aborto, à morte materna, ao câncer de colo uterino, de mama, etc.), como, por exemplo, os casos de negligência médica, violência física, violência verbal e violência sexual que parecem ocorrer dentro dos hospitais durante os partos
(REGIS; RESENDE, 2015) Adota definição de D’Gregorio (2010), segundo a qual violência obstétrica é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde de maneira expressa por tratamento desumano, pelo uso abusivo de medicação, pela conversão de processos fisiológicos em processos patológicos, acarretando com isso perda de autonomia e da habilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres
(REGIS, 2016) Adota a definição da legislação venezuelana, segundo a qual violência obstétrica é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa por um tratamento desumanizador, pelo abuso de medicalização e pela patologização dos processos naturais, resultando numa perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres
((RODRIGUES, 2014) A violência obstétrica, caracterizada pela falta de respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, que vem sendo objeto de estudo, em especial na perspectiva dos direitos das mulheres durante o parto e nascimento e, sobretudo, nas maternidades públicas, desvelando o (des)cuidado com as mulheres durante a parturição, submetidas que são a frequentes intervenções e procedimentos, muitas vezes intercorrências desnecessárias ao mecanismo fisiológico do parto em face das atuais evidências científicas (AGUIAR, 2010). Essas práticas do (des)cuidado decorrem da utilização de protocolos, regras, normas e rotinas institucionais na assistência obstétrica durante o processo de parturição.
(CUNHA RODRIGUES et al., 2017) O termo violência obstétrica agrupa atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência
(SENA, 2016) Violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, podem ser considerados como práticas violentas
(SENA; TESSER, 2017) Violência obstétrica é uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional
(SILVA et al., 2014) Qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.
(SILVA, 2017) Baseia-se na declaração da OMS sobre desrespeito e abuso na assistência ao parto para definir violência obstétrica como toda violência praticada no contexto da assistência à gestação, parto, pós-parto e abortamento, caracterizada por agressão física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, assim como pela negligência na assistência e pela discriminação
(SIQUEIRA, 2016) Interpreta o estudo de Tesser et al. (2014) e entende a violência obstétrica como danos físicos e emocionais cometidos contra a mulher no cuidado obstétrico profissional, dentre os quais destaca-se a prática rotineira de

Estudo e definição de violência obstétrica
procedimentos desnecessários e danosos para mulher, como: episiotomias (corte perineal lateral), restrição ao leito no pré-parto, enema (lavagem intestinal), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), ocitocina de rotina (uso do hormônio sintético), ausência de acompanhante e o excesso do número de cesarianas. Além disso, considera a definição da OMS (2014) e afirma que violência obstétrica é toda e qualquer intervenção desnecessária, negligência por omissão de informação, agressão física e psicológica realizada no período gravídico (no parto e no pós-parto) por parte dos profissionais que acompanham a mulher
(TESSER et al., 2015) A expressão “violência obstétrica” é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito
(COSTA, 2014) Interpreta o estudo de D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) e entende que a violência obstétrica é manifestada pela negligência na assistência, discriminação, violência verbal (reprimendas, gritos, tratamento grosseiro, uso de jargões, humilhação), violência sexual ou abuso e preconceito com certos grupos populacionais
(DAMASCENO, 2016) Entende que a violência obstétrica é um conceito em construção, usado para caracterizar as mais diversas violências físicas, psíquicas e patrimoniais sofridas pelas mulheres na hora do parto, inclusive com a violação de diversas normativas legais e de políticas já estruturadas pelo Ministério da Saúde. Caracteriza-se como uma violência de gênero, por ser cometida contra a mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento, considerando-a como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero, massacrada pelo machismo, tanto institucional quanto pessoal nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade
(RENNÓ, 2016) A violência nas maternidades tem sido denominada violência obstétrica, expressão utilizada para todas as formas de violência e danos que ocorrem durante a assistência obstétrica e se caracteriza por desrespeito aos direitos da mulher. Apresenta várias formas como: a omissão, a negligência, a violência física, a psicológica, abusos sexuais, uso de intervenções e medicamentos sem evidências científicas e outras situações que geram sofrimento para as mulheres e podem prejudicar o seu filho.
(SOUZA, 2014) A partir de D’Gregorio (2010), coloca que todo ato ou omissão do profissional de saúde que leve à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres e que se expressem no tratamento desumano, no abuso da medicalização e no tornar patológico os processos naturais, fazendo com que a mulher perca a sua capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida tem sido definido como violência obstétrica
(SILVA et al., 2015b) Adota conceitos de Aguiar e D’Oliveira (2011) para definir violência obstétrica como uma agressão contra a saúde sexual, mental e reprodutiva da mulher, podendo ser causada por profissionais de saúde que atuam em setores públicos e privados. Essas ações provocam sentimentos de inferioridade, humilhação e abandono no momento da necessidade
(SILVA et al., 2016) Baseia-se na definição de Dias et al.. Compreende imposições de intervenções que causem danos, ou comprometam a integridade física e psicológica da mulher, extraindo assim sua autonomia e respeito

Muitos estudos não mencionaram qualquer fonte para a definição de violência obstétrica operacionalizada, ainda que para alguns casos fosse possível reconhecer textualmente as legislações argentina e venezuelana, por exemplo. Esta última foi citada literalmente por D’Gregorio (2010), cujo artigo publicado em periódico internacional foi referido numerosas vezes entre os estudos incluídos.

O Quadro 3 traz os textos explicitamente referenciados pelos estudos incluídos quando da definição de violência obstétrica. Alguns deles não abordaram a saúde sexual e reprodutiva

da mulher, outros não trataram especificamente da violência obstétrica, contudo, todos referiam-se de forma mais ampla à violência contra a mulher.

Quadro 3: Textos referenciados pelos estudos incluídos e contribuições para a definição de violência obstétrica.

Texto referenciado por estudos incluídos e contribuições
<p>(D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002)</p> <p>O estudo discute que as mortes maternas e os adoecimentos relacionados à gestação e ao parto se devem em parte à violência contra a mulher cometida por profissionais de saúde. Reconhece que não há consenso sobre a definição a ser empregada e, à semelhança do que propõem os estudos sobre violência interpessoal, considera quatro formas de violência: negligência, violência verbal (incluindo tratamento grosseiro, ameaças, repreensões, gritos e humilhações), violência física (incluindo recusa a empregar métodos de alívio da dor) e violência sexual. Coloca que há outras formas de violência contra a mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, como condutas excessivas ou inadequadas na assistência ao parto, o impedimento à presença de acompanhante, a participação de médicos em cirurgias de ablação do clitóris ou de esterilização não consentida, entre outros. Entende que diferentes formas de violência estão interconectadas.</p>
<p>(VENEZUELA, 2007)</p> <p>Em sua lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, a Venezuela define como violência contra a mulher todo ato sexista ou conduta inadequada que possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, econômico ou patrimonial; a coação ou privação arbitrária da liberdade, assim como a ameaça de executar tais atos. Reconhece que a violência pode se dar em âmbito público ou privado e engloba, entre suas formas, a violência obstétrica. Esta é entendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, em um abuso de medicalização ou patologização dos processos naturais, tendo como consequência a perda de autonomia e de capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida as mulheres. A lei define ainda a violência institucional como ações ou omissões que autoridades, funcionários e qualquer agente do poder público que, contrariamente ao devido exercício de suas atribuições, retardem, obstaculizem ou impeçam que as mulheres tenham acesso a políticas públicas ou exerçam seus direitos previstos na lei que lhes garante o direito a uma vida sem violência. Outro aspecto definido pela legislação diz respeito à violência simbólica, entendida como valores, ícones, signos que transmitem e reproduzem as relações de dominação, desigualdade e discriminação nas relações sociais que se estabelecem entre as pessoas e naturalizam a subordinação da mulher na sociedade.</p> <p>Entre os atos considerados como de violência obstétrica citam-se aqueles executados por profissionais de saúde, como não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas elevadas, existindo meios necessários para a realização do parto em posição verticalizada; impor obstáculos ao contato precoce entre mãe e bebê sem causa médica justificada, negando à mulher a possibilidade de segurar a criança e amamentá-la imediatamente após o nascimento; alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário e expresso e informado da mulher; praticar a cesariana, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário expresso e informado da mulher. A legislação define uma multa aos responsáveis por tais atos, além de determinar que a sentença condenatória seja encaminhada ao respectivo conselho profissional para que se realizem os procedimentos disciplinares correspondentes.</p>
<p>(DEBERT; GREGORI, 2008)</p> <p>O estudo aborda as relações entre as concepções de gênero e violência a partir do entendimento de que são significados construídos historicamente que permitem atribuir sentidos de danos, abusos e lesões a determinados atos. Analisam-se o surgimento e funcionamento das Delegacias de Defesa da Mulher, evidenciando que por vezes a mulher como sujeito de direitos não estava no centro da discussão e atuação do órgão, de modo que as assimetrias de gênero não eram colocadas em xeque. Nesse contexto, o Judiciário também não foi capaz de instituir parâmetros, procedimentos e práticas que pudessem impedir a ocorrência dos crimes contra a mulher. O texto não aborda a violência obstétrica nem a saúde sexual e reprodutiva da mulher.</p>
<p>(BOWSER; HILL, 2010)</p> <p>Trata-se de uma extensa revisão da literatura (científica e cinza) sobre desrespeito e abuso na assistência ao parto em estabelecimentos de saúde, a partir do reconhecimento de que esse constitui um problema multifatorial e que pode ser percebido de formas diferentes, ou mesmo naturalizado, a depender dos contextos de sua ocorrência. Define sete categorias de desrespeito e abuso: abuso físico, cuidado não consentido, cuidado não confidencial, cuidado indigno, discriminação com base em atributos específicos da paciente, abandono do cuidado e detenção</p>

Texto referenciado por estudos incluídos e contribuições
na instituição.
(D'GREGORIO, 2010) O editorial da International Journal of Gynecology and Obstetrics, assinado por um membro da Sociedade Venezuelana de Ginecologia e Obstetrícia, traz citações literais dos principais pontos da legislação venezuelana acerca da violência obstétrica. Faz críticas pontuais sobre a incompatibilidade da legislação com a realidade da assistência na Venezuela, pois na opinião do autor, a lei leva à responsabilização do médico por uma situação que seria de encargo institucional.
(AGUIAR, 2010) Trata da violência institucional na assistência ao parto, entendendo que violência é a "transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas" (p. 8), sob as óticas de gênero e das relações de poder entre profissionais de saúde e pacientes.
(ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD et al., 2012) O manual do Ministério da Saúde da Argentina sobre violência contra a mulher é voltado para os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica. Com base na lei argentina nº 25.929, também chamada de Lei do Parto Humanizado (ARGENTINA, 2004), define a violência obstétrica como aquela que o profissional de saúde exerce sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais. A legislação argentina mencionada não se refere a violência, mas estabelece os direitos das parturientes, dos recém-nascidos e de mães e pais.
(LUZ, 2014) A partir de D'Gregorio (2010), define violência obstétrica como qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito a sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.
(TESSER et al., 2015) "A expressão 'violência obstétrica' (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito." (p. 2).
(SADLER et al., 2016) Refere-se à fundação da Rehuna, aos marcos legais da Venezuela e Argentina e coloca que a violência obstétrica "além de focalizar o tratamento desumanizado, destaca sua dimensão obstétrica, das raízes da especialidade médica à educação contemporânea e estruturas de poder. Emoldura a discussão do abuso e desrespeito dentro do campo mais amplo das desigualdades estruturais e da violência contra a mulher" (p. 4).
(SILVA et al., 2015a) Entende a violência obstétrica como um evento relacionado à assistência ao parto, com a "imposição de intervenções danosas à integridade física e emocional das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia, como quando o profissional obstetra transformar o processo fisiológico do parto em um evento medicalizado" (p. 1-2).

(1) A lei venezuelana foi reformada em 2014 para incluir o delito de feminicídio e de indução ou ajuda ao suicídio.

Os 11 textos que embasam as definições sobre violência obstétrica operacionalizadas nos estudos incluídos nesta revisão foram publicados neste século e referem-se principalmente ao Brasil, mas também a outros países da América Latina e do mundo. Um deles é a legislação venezuelana sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, três outros textos referem-se diretamente a essa lei, ao passo que um outro menciona uma lei argentina sobre humanização da assistência ao parto (VENEZUELA, 2007; D'GREGORIO, 2010; ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD et al., 2012; LUZ, 2014; SADLER et al.,

2016). A referência a marcos legais reforça a legitimidade do tema e permite levar o debate para outras instâncias além das práticas clínicas. Assim, a liberalidade do profissional de saúde e sua capacidade e autoridade para julgar sobre a necessidade de determinadas condutas perdem a ênfase, que passa a recair sobre a relação estabelecida com a mulher e sobre seus direitos. Esse enfoque é privilegiado por três estudos (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; AGUIAR, 2010; SADLER et al., 2016), que propõem diferentes tipologias da violência contra a mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, mas sem empregar especificamente o termo “violência obstétrica”. Não menos importante é a referência a estudo de Debert e Gregori (2008) sobre gênero e violência, que não aborda questões relativas à saúde, conforme já mencionado, mas permite problematizar como os conceitos podem ser transformados ou deslocados conforme o entendimento do problema em cada local ou momento histórico. Assim, não é de espantar que por vezes as situações de violência no parto não sejam entendidas como tal ou mesmo sejam tidas como naturais ou inerentes ao ato de ter uma criança, conforme propõem Bowser e Hill (2010).

CONCLUSÃO

Os abusos, desrespeitos e maus-tratos sofridos pela mulher na assistência à gestação, ao parto e ao aborto não constituem um problema recente, contudo, nomear tal problema como uma forma de violência é um fenômeno relativamente novo (DINIZ et al., 2015a). Nesta revisão, os estudos científicos que empregam o termo “violência obstétrica” foram publicados a partir de 2013, o que confirma sua emergência como campo de estudo no país.

As agressões físicas e verbais e a negligência são situações de violência que a mulher enfrenta nos serviços de saúde sobre as quais não pairam muitas dúvidas: devem ser combatidas. Todavia, uma definição de violência obstétrica que seja significativa à realidade nacional e que contribua para o aprimoramento da assistência e das políticas públicas precisa ir além disso.

Entre outras maneiras, a violência obstétrica pode ser definida a partir das condutas consideradas inadequadas na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aborto, como episiotomia de rotina e manobra de Kristeller. Assim, o apontamento de tais condutas como atos de violência (uma vez que desnecessárias do ponto de vista clínico e impostas à mulher sem possibilidade de negociação) torna-se instrumental para visibilizá-las como danosas à integridade física (e por vezes emocional) da mulher. Individualmente, tais intervenções poderiam ser classificadas simplesmente como má prática ou imperícia. Todavia, quando se considera o contexto brasileiro, nota-se que o modelo hegemônico compreende uma

assistência excessivamente medicalizada (OSIS, 1998; LEAL et al., 2014; LEAL; GAMA, 2014), apesar das políticas e programas que propõem uma assistência humanizada e centrada na mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2001, 2002, 2004). Não menos importante, a dimensão legal não pode escapar à definição de violência obstétrica, por implicar as noções de justiça e cidadania, em um contexto em que normas e leis há muito estabelecidas no país são violadas diariamente, como a que garante à mulher o direito a um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Muitos estudos aqui analisados recorreram ainda a entrevistas e outras metodologias qualitativas para evidenciar situações de abusos, negligências, opressões e outras formas de violência contra a mulher que colocam em cena as desigualdades de poder nos serviços de saúde. Pareceu especialmente importante, nesses casos, considerar os direitos humanos da mulher em primeiro plano, o que inclui o direito a uma assistência segura e que respeite sua integridade física e emocional.

A partir do que foi exposto, e de forma tentativa, propõe-se compreender a violência obstétrica como situações ou condutas vivenciadas pela mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva e que possam resultar em dano ou sofrimento físico ou emocional ou impedimento ao exercício de seu direito de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e emocional, incluindo-se aí o seu direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde e seu direito a decidir autonomamente sobre seu corpo e seus processos reprodutivos, com garantia de atendimento livre de discriminação e coerção. Entendida dessa maneira, a violência obstétrica pode ser operacionalizada não apenas como forma de avaliar a relação entre profissionais de saúde e as mulheres atendidas, mas também como medida de qualidade e segurança dos serviços e do sistema de saúde, de modo mais amplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C. de A. **“Por um fio”: memórias e representações de mulheres que vivenciaram o near-miss materno.** 2016. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2016.

AGUIAR, J. M. de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** 2010. Faculdade de Medicina da USP, 2010. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf>.

AMORIM, M. da C. Experiências de parto e violações aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica. **Universidade Federal de Goiás**, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4943>>.

ANDRADE, BRIENA PADILHA; AGGIO, C. de M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, p. 1–7, 2014.

ANDRADE, P. de O. N.; SILVA, J. Q. P. da; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M. de F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 29–37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

ARGENTINA. Ley de Parto Humanizado N° 25.929. . 2004, p. 1–2.

ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD; JUÁREZ, D. P.; BAGNASCO, M. E.; CANAL, W.; GYGLI, M. S.; QUIROGA, M.; SANTANDREA, C. Violencia sobre las mujeres. p. 134, 2012.

ARRUDA, K. G. M. **Violência contra a mulher no parto: Um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha do SUS**. 2015. Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, 2015.

ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. . 2014, p. 46.

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis**. [s.l: s.n.].

CARNEIRO, R. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 20, p. 91–112, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000200091&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

CARVALHO, C. S. de. Violência obstétrica: etnografia de uma comunidade no Facebook. **Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015**, v. 1, n. 2006, p. 1–20, 2015.

COSTA, E. M. F. **Humanização do pré-natal através da vivência em grupos de gestantes: um relato de experiência**. 2014. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPB, 2014.

COSTA, N.; MEDEIROS, M. De; ELIDIVÂNIA, F.; CAMBOIM, D. F. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal Páginas 503 a 528 503. v. 16, p. 503–528, 2016.

CUNHA RODRIGUES, F. A.; GAMA LIRA, S. V.; MAGALHÃES, P. H.; FREITAS, A. L. e. V.; SILVA MITROS, V. M. da; ALMEIDA, P. C. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reproducao e Climaterio**, v. 32, n. 2, p. 78–84, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>>.

D’GREGORIO, R. P. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela.

International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 111, n. 3, p. 201–202, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>>.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681–1685, 2002.

DAMASCENO, T. de M. **Um olhar sobre o nascer: vozes e vivências de parto e puerpério no Hospital Regional de Ceilândia**. 2016. Faculdade de Ceilândia da UNB, 2016.

DANELUCI, R. de C. **Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im)possibilidades de escolhas?** 2016. Instituto de Psicologia da USP, 2016.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 66, p. 165–185, 2008.

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZZO, H. F. de A.; CARVALHO, P. C. A.; SALGADO, H. de O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253–259, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 4 abr. 2016.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. de O.; ANDREZZO, H. F. de A.; DE CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. de A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377–382, 2015a.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; DE CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, 2015b.

FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. dos R. A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. In: Atas CIAIQ2017, Salamanca. **Anais...** Salamanca: CIAIQ, 2017.

FAREIRA, C. Obstetric Violence within the Brazilian Healthcare System: A Critical Analysis of the Childbirth Narratives of Tupinambá Indigenous Women from the Olivença, Ilhéus Community. 2016.

FUJITA, J. A. L. da M.; NASCIMENTO, P. de L.; SHIMO, A. K. K. Coping the Obstetrical Violence and Its Repercussions on the Practice of Nurses Obstetricians. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 12, p. 1360–1369, 2015. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=111749870&site=ehost-live>>.

GUIMARÃES, L. B. E. Violência Institucional em maternidades públicas do Estado do Tocantins. p. 125, 2014.

HOTIMSKY, S. N.; AGUIAR, J. M. de; VENTURI, G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado - Uma década de mudanças da opinião pública**. São Paulo: Perseu Abramo/Sesc-SP, 2013. p. 217–229.

LEAL, M. D. C.; GAMA, S. G. N. Da. Nascer no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 30, n. Sup., p. S5–S7, 2014.

LEAL, M. do C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. miranda T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, v. Suplemento, p. S17–S32, 2014.

LIMA, K. D. de. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. 2016. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

LINO, H. da C. **O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica**. 2010. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

LUZ, L. H. **O renascimento do parto e a reinvenção da emancipação social na blogosfera brasileira: contra o desperdício das experiências**. 2014. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFRN, 2014.

LUZ, L. H.; GICO, V. de V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 23, n. 3, p. 475–484, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0622>>.

LUZ, N. F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **Abcs Health Sciences Cs**, v. 40, n. 2, p. 80–84, 2015.

MANFRINI, D. B.; CIMA, R. Pesquisa encarnada e “partir de si”: a articulação teóricometodológica na narrativa de mulheres sobre o Ato Público “Somos Todxs Adelir” (Florianópolis, 2014). **Revista de Historia Regional**, v. 21, n. 2, p. 459–484, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, p. Seção 1, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto , Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MOURA, G. do N. **A percepção das mulheres puérperas acerca da violência da assistência obstétrica**. 2014. Escola de Enfermagem da UFF, 2014.

NOGUEIRA, N. S. A. **Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos**. 2016. Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2016.

OLIVEIRA, T. R. de; COSTA, R. E. O. L.; MONTE, N. L.; VERAS, J. M. de M. F.; SÁ, M. Í. M. da R. Percepção de mulheres sobre violência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 40–6, 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097>.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. Supl. 1, p. 25–32, 1998.

PULHEZ, M. M. A “Violência Obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: Fazendo Gênero 10 - desafios Atuais do Feminismo, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: 2013a.

PULHEZ, M. M. “Parem a violência obstétrica!” **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 1, p. 522–537, 2013b. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSEv12n35Ago2013completo.pdf#page=69>>.

PULHEZ, M. M. **Mulheres mamíferas: práticas da maternidade ativa**. 2015. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 2015.

REGIS, J. F. da S. **Violência e resistência: representação discursiva da assistência obstétrica no Brasil em relatos de parto e cartas à / ao obstetra**. 2016. Instituto de Letras da UNB, 2016.

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

RENNÓ, G. M. **Percepção das mulheres sobre a violência no trabalho de parto e parto**. 2016. Universidade Federal de Alfenas, 2016.

RICH, A. **On Lies, Secrets and Silence. Selected Prose 1966-1978**. New York: WW Norton, 1979.

RIPSA. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 1 out. 2017.

RODRIGUES, D. P. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas**. 2014. Escola de Enfermagem da UFF, 2014.

SADLER, M.; SANTOS, M. J. D. S.; RUIZ-BERDÚN, D.; ROJAS, L.; SKOKO, E.; GILLEN, P.; CLAUSEN, A. Moving beyond disrespect and abuse : addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive health matters**, p. 1–9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>>.

SENA, L. M. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. 2016. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 60, p. 209–220, 2017.

SILVA, A. A.; PEREIRA, B. B.; PEREIRA, J. dos S. C.; AZEVEDO, M. B. de; DIAS, R. L.; GOMES, S. K. da C. Violência Obstétrica: Perspectiva da Enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, p. 6–9, 2015a.

SILVA, R. A. **Violência obstétrica à luz da declaração universal sobre bioética e direitos humanos: percepção dos estudantes da área da saúde**. 2017. Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, 2017.

SILVA, R. L. V. da S.; LUCENA, K. D. T. de; DEININGER, L. de S. C.; MARTINS, V.-D.-M. da S.; MONTEIRO, A. C. C.; MOURA, R. de M. A. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 12, p. 4474–4480, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9982/pdf_1791>.

SILVA, J. K. da; MERCÊS, M. C. das; MESSIAS, J. M. A.; GUIMARÃES, K. P.; JESUS, L. M. S. B. de. Violência obstétrica no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre incoerências e controvérsias. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 12, p. 1345–1351 7p, 2015b. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=111749884&site=ehost-live>>.

SILVA, M. G. da; MARCELINO, M. C.; RODRIGUES, L. S. P.; TORO, R. C.; SHIMO, A. K. K. Obstetric violence according to obstetric nurses. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 720–728, 2014. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514/pdf_1>.

SILVEIRA, M. M. da. Violência contra o obstetra. **Revista da Sociedade Goiana de**

Ginecologia e Obstetrícia, v. 10, n. 66, p. 3, 2017.

SIQUEIRA, L. C. C. Violência Obstétrica Na Assistência Ao Parto. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2016.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

SOUZA, J.; TUNÇALP, Ö.; VOGEL, J.; BOHREN, M.; WIDMER, M.; OLADAPO, O.; SAY, L.; GÜLMEZOĞLU, A.; TEMMERMAN, M. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, p. 1–4, 2014. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12735>>.

SOUZA, J. P. de. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 2, p. 533–536, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/01.pdf>>.

SOUZA, K. J. de. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. 2014. Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/17225>>.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015.

VALLE, A. S. de M. **Uma análise psicossocial da prática obstétrica em uma Maternidade de ensino no Rio de Janeiro**. 2015. Instituto de Psicologia da UFRJ, 2015.

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. . 2007, p. 1–41.

WHO. **Care in normal birth: a practical guide**. [s.l: s.n.].

4.2 ARTIGO: LIBERDADE DE MOVIMENTAÇÃO

Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil¹²

Denise Yoshie Niy*

Carmen Simone Grilo Diniz**

Valéria Clarisse de Oliveira***

Luma Rodrigues de Oliveira***

Bruna Dias Alonso*

* Estudantes de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP

** Professora titular da Faculdade de Saúde Pública da USP

*** Estudantes de graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP

RESUMO: Este trabalho identificou facilitadores e obstáculos para a implementação da liberdade de movimentação e posição durante o trabalho de parto e parto, na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuárias. Observações participantes e atividades em grupo foram analisadas conforme a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança. A percepção de gestores e profissionais de saúde estava distante do que se observou no serviço, assim como das opiniões das usuárias. A liberdade de movimentação pareceu ser mais respeitada durante o trabalho de parto do que no parto. Com frequência, as parturientes eram “posicionadas” em litotomia pelos profissionais, que consideravam a posição como “instinto” ou “preferência” feminina. Já as mulheres deixavam de tomar iniciativas, como deambular ou adotar uma posição diferente da litotômica, por temerem repreensões dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde coletiva. Saúde da mulher. Humanização. Assistência ao parto. Violência obstétrica.

¹² Manuscrito submetido ao periódico **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**.

INTRODUÇÃO

A assistência à gestação, ao parto, aborto e puerpério constitui tema privilegiado quando se trata da saúde da mulher. Enquanto nos países mais pobres os desafios relacionados ao acesso aos serviços permanecem, em nações de renda média e com universalização da assistência, como o Brasil, a qualidade da atenção passa a entrar no foco.¹ Isso porque a despeito de quase todos os nascimentos acontecerem em instituições de saúde e com assistência de um profissional de saúde treinado, a mortalidade materna brasileira está estagnada desde o século passado em um patamar elevado, com predomínio das causas diretas de mortalidade.² Além disso, os indicadores mostram excessiva medicalização, com altas taxas de intervenções como cesarianas e amniotomia, e baixa adesão a boas práticas, como alimentação durante o trabalho de parto e parto e alívio não farmacológico da dor.³ De forma surpreendente, apenas 5,6% das mulheres de risco habitual que dão à luz nos hospitais ficam livres de sofrer algum tipo de intervenção.³

Nas últimas duas décadas, diversas iniciativas foram propostas para a melhoria da qualidade assistencial, envolvendo desde a elaboração e divulgação de diretrizes orientadoras das práticas obstétricas^{4,5} até políticas e programas mais amplos voltados à saúde da mulher.⁶⁻⁹ Não é recente, portanto, o reconhecimento de que a assistência deve ser aprimorada para que as mulheres tenham garantido seu direito ao mais alto padrão de saúde, conforme estabelecido pela Constituição e por documentos internacionais assinados pelo Brasil.¹⁰⁻¹⁴

Entre as diversas mudanças na assistência propostas pelo Ministério da Saúde e outros organismos internacionais, está a recomendação de que as mulheres tenham liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto e parto, pois evidências científicas mostram que esta movimentação está associada a melhores desfechos e maior satisfação materna.¹⁵⁻¹⁷ Quando a mulher permanece em posições verticalizadas e se movimenta durante o trabalho de parto, há benefícios físicos e psicológicos: aumenta o senso de controle pela mulher e as contrações são mais efetivas, além de não haver os efeitos adversos fisiológicos sobre a mulher e o bebê advindos da posição supina. Como resultado, reduz-se o tempo necessário para que a dilatação ocorra, diminuem a necessidade de analgesia, as chances de cesariana e de os bebês serem admitidos em UTI neonatal.^{18,19} Adicionalmente, quando se oferecem diferentes possibilidades de posição de parto para as parturientes, elas sentem-se fortalecidas em sua autonomia.²⁰ Contudo, ainda há obstáculos para a implementação dessa medida, inclusive no Brasil.^{3,21,22}

Iniciativas que visam à mudança de práticas nos serviços, de forma a tornar o parto uma experiência mais segura e prazerosa para as mulheres, também reconhecem a

importância desse aspecto e o incluem entre seus critérios para acreditação. É o caso, por exemplo, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio do seu anexo “Cuidado Amigo da Mulher”, cujo cumprimento tornou-se obrigatório para que as maternidades sejam credenciadas na IHAC.²³ Do mesmo modo, a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC) inclui a movimentação durante o trabalho de parto e parto como indicador.²⁴ Todavia, se a IHAC já possui uma história bem-sucedida no país, com um sistema de acreditação já consolidado, a IHAMC encontra-se ainda em fase experimental no Brasil e em outros países.

A IHAMC foi proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO), Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições de relevo em 2015 e procura responder às elevadas taxas de mortalidade materna que persistem em países de renda baixa e média, diante da constatação de que a garantia de acesso a serviços de saúde por si só não produz melhores resultados para mulheres e bebês. Propõe, assim, dez critérios⁽¹³⁾ para qualificar uma maternidade como “amiga da mulher e da criança”.²⁴ Essa iniciativa ancora-se na percepção de que o cuidado nas maternidades deve se pautar pelos direitos das mulheres, e se relaciona diretamente com a promoção da equidade, como já apontado por entidades e iniciativas anteriores.^{25–28}

Nos países da América Latina, e no Brasil em especial, tem se construído o entendimento de que a restrição ao leito durante o trabalho de parto e a obrigatoriedade de dar à luz em posição supina podem configurar formas de violência institucional contra a mulher, uma vez que ferem a autonomia da parturiente, prejudicam o desenrolar fisiológico do parto e impedem que ela decida livremente sobre seu corpo. Essa apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos também tem sido denominada violência obstétrica, ou abuso, desrespeito e maus-tratos, e a cada dia crescem as evidências de que esse fenômeno está intimamente ligado com a baixa qualidade da assistência e com piores desfechos inclusive em serviços especializados.^{13,26,27,29–35}

As adaptações necessárias aos serviços para que a mulher tenha liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto envolvem baixos custos, em especial quando se consideram os benefícios para a saúde e o bem-estar da mulher e do bebê. Contudo, no Brasil, menos de metade das mulheres se movimenta durante o trabalho de parto, e essa

⁽¹³⁾ Liberdade de movimentação no trabalho de parto e ingestão de alimentos leves e bebidas; política não discriminatória para mulheres HIV-positivas, adolescentes, minorias étnicas, etc.; privacidade durante o trabalho de parto e o parto; acompanhante de escolha da mulher; cuidado culturalmente competente; sem abusos físicos, verbais, emocionais ou financeiros; cuidado acessível ou mesmo gratuito; sem práticas de rotina; alívio farmacológico e não farmacológico da dor; contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo à amamentação.

proporção é significativamente mais baixa no setor privado.³ Em relação à posição para o parto, mais de 90% das mulheres dão à luz em litotomia (deitada de costas, com as pernas abertas e imobilizadas, uma posição considerada anti-fisiológica, dolorosa e potencialmente danosa), com poucas variações dessa proporção segundo região e características da parturiente.³

As evidências e recomendações apoiam a liberdade da mulher para se movimentar no trabalho de parto e parto, conforme seus desejos e necessidades. Entretanto, os indicadores brasileiros delineiam uma realidade com obstáculos à implementação de mudanças, e modificar esta realidade é uma importante lacuna do conhecimento, conforme apontado por Priddis et al.¹⁹ após revisão da literatura a respeito do tema. Assim, este texto discute os resultados parciais de uma intervenção para a implementação da IHAMC em uma maternidade SUS da capital paulista e tem como foco os facilitadores e obstáculos para a implementação da liberdade de movimentação e posição durante o trabalho de parto e parto, na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuárias.

MÉTODOS

Este estudo integra o projeto de pesquisa “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)”, iniciado em novembro de 2016 e ainda em curso. O projeto tem como objetivo desenvolver e avaliar um piloto de implementação da IHAMC em duas maternidades do SUS, em São Paulo e em Ribeirão Preto. Os resultados aqui relatados referem-se à liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto e parto, um dos critérios propostos pela IHAMC para qualificar um serviço de maternidade como amigo da mulher.

Os dados foram produzidos na capital paulista entre novembro de 2016 e novembro de 2017. Nesse período, procurou-se compreender o que profissionais e gestores entendiam por inadequações técnicas, abusos e desrespeitos na assistência, e sua relação com as precariedades das condições de trabalho e da formação profissional, conforme estratégias descritas a seguir.

Observação participante: três estudantes de pós-graduação e cinco de foram treinadas para a observação do serviço com base um roteiro preestabelecido conforme os critérios da IHAMC. Foram cerca de 300 horas de observação em novembro e dezembro de 2016, distribuídas em diferentes períodos e dias da semana, com escala por estação de trabalho, abrangendo desde o pré-natal pós-data, o setor de admissão, o centro de parto

normal, o centro cirúrgico, o alojamento conjunto, até a UTI neonatal. Todas as observações foram registradas em diário de campo, verificado semanalmente pela coordenação para esclarecimento de dúvidas a respeito dos relatos, totalizando mais de 300 páginas.

Atividades em grupo: com trabalhadores e gestores (duas vezes) apenas com técnicas de enfermagem (duas vezes) e com usuárias (uma vez, com mulheres que tiveram bebê no serviço pesquisado). Essas atividades seguiram um roteiro baseado nos dez critérios da IHAMC, foram gravadas e transcritas, totalizando cerca de dez horas de duração e mais de 250 páginas de transcrição.

Grupo de trabalho: com participação de gestores, profissionais, usuária e pesquisadores, para discutir os dados das observações, entrevistas e indicadores de assistência do serviço, com sessões igualmente gravadas e transcritas.

Levantamento histórico: documentos institucionais, livro e artigos científicos discutidos no grupo operativo, com a participação de profissionais que trabalharam no serviço em décadas passadas.

Todos os dados foram lidos e submetidos a análise temática, inicialmente organizados nas categorias definidas *a priori* conforme os critérios da IHAMC. Para cada um dos critérios, os resultados foram lidos exaustivamente e os padrões e contradições foram identificados em subcategorias. Os critérios da IHAMC partem de instrumentos internacionais de direitos humanos que de alguma maneira se relacionam aos direitos das mulheres no parto.⁽¹⁴⁾ Tais documentos fundamentam a compreensão de que a assistência ao parto não embasada em evidências científicas, a negligência e o abuso e desrespeito constituem violações dos direitos humanos das mulheres, bem como sinalizam a existência de iniquidades de gênero, em especial quando se trata da saúde sexual. Aqui entende-se gênero como o sexo socialmente construído, portanto relacionado às dimensões histórica e cultural,^{11,36} e que acaba por orientar a percepção e organização da vida social, inclusive da assistência à saúde da mulher e ao parto.^{37,38} São as concepções de gênero que sustentam a medicalização do corpo feminino, ou seja, a apropriação pela medicina dos processos reprodutivos da mulher, com o intuito de conformá-los a determinados padrões.³⁹

⁽¹⁴⁾ Os autores citam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, o relatório do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre mortalidade materna evitável, morbidade e direitos humanos, e a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Pequim²⁴. Ressalta-se ainda a importância da Conferência sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada no Cairo em 1994, pelo reconhecimento da saúde reprodutiva como direito fundamental e elemento central para a promoção da igualdade de gênero.

Estudos mostram que nas maternidades, em geral, práticas discriminatórias e desrespeitosas são entendidas pelos profissionais de saúde como um supostamente necessário exercício da autoridade.^{40,41} Mattar e Diniz⁴² explicitam que a relação entre o profissional de saúde e a mulher é assimétrica e que existe uma hierarquia reprodutiva, em que o estatuto da mulher como mãe se dá de acordo com suas características de raça, classe, geração (ou idade) e parceria sexual. Assim, pode-se dizer que mulheres negras, pobres, adolescentes (ou mais velhas), solteiras, lésbicas ou transgêneros exercem maternidades consideradas subalternas. Outros atributos da mulher podem significar ainda menor aceitabilidade social de sua condição de mãe, como é o caso da HIV-positiva, deficiente física, sem-teto, usuária de drogas, profissional do sexo e da encarcerada.⁴² Cada uma destas formas de desigualdade social pode aumentar a vulnerabilidade da mulher às várias formas de violência, entre elas a imobilização durante o trabalho de parto e parto, sendo o caso extremo o das mulheres encarceradas, que dão à luz algemadas.

A instituição estudada surgiu na primeira metade do século passado, por iniciativa de religiosas católicas, como um abrigo para puérperas que não tinham para onde ir, seja por pobreza, seja pelo caráter “clandestino” de sua gestação, como no caso de filhos concebidos fora do casamento.⁴⁴ Nas últimas duas décadas, tem tentado mudar sua reputação, investindo em humanizar a assistência ao parto, através de treinamentos, creditações, reformas e mudanças na ambiência. É gerida por uma entidade filantrópica religiosa desde 2008 e localiza-se na zona sul do município de São Paulo e presta atendimento a parturientes de risco habitual pelo Sistema Único de Saúde.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE 56958716.0.1001.5421).

RESULTADOS

A maternidade atende, em média, 450 nascimentos por mês, cerca de 30% por cesariana, de acordo com dados do Sinasc municipal para 2016.⁴³ Entre as mulheres que deram à luz nesse estabelecimento em 2016, 16,6% tinham até 19 anos e 30,6% tinham entre 20 e 24 anos. A maioria das mães era preta ou parda (64,2%) e tinha entre 8 e 11 anos de estudo (74,4%), além de 15,4% terem o ensino médio completo.⁴³ Chama a atenção o fato de 74,5% delas se declararem solteiras em 2016; no conjunto do município, apenas 41,0% das mulheres que deram à luz indicaram essa situação conjugal,⁴³ proporção semelhante à registrada para o Brasil em 2015 (41,2%).²

A perspectiva dos profissionais: há recursos, mas as pacientes “acham estranho”

As percepções sobre a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto distinguiram-se conforme os atores consultados. Na visão de gestores e profissionais de saúde, todas as mulheres atendidas tinham liberdade para se movimentar. Como facilitadores, citaram a existência de espaço físico, o incentivo da equipe assistencial, a orientação ao acompanhante e a permissão para a presença de doula, além de equipamentos que auxiliam no alívio não farmacológico da dor, como a bola, e na adoção de posições verticalizadas para o nascimento, como a banqueta.

Todavia, a liberdade da mulher foi condicionada a algum tipo de prescrição para que ela saísse do leito, ou seja, ela poderia deambular “se tivesse recomendação”. Essa condicionalidade era reforçada por um cartaz do setor de admissão intitulado “Não à violência obstétrica! Entenda seus direitos”, onde se lia que “As posições serão discutidas e orientadas pela equipe médica”.

Sobre a posição de parto, gestores e profissionais de saúde afirmaram, de um lado, que as parturientes podiam escolher a posição que quisessem e, de outro, que a maioria delas preferia a litotomia.

Culturalmente elas já têm aquela posição tradicional, mas a equipe tenta estimular e oferece outras posições, aí vai da aceitação dela [...] muitas vezes não aceitam porque não conhecem, acham estranho o parto na banqueta ou no chão. (Enfermeira, grupo focal).

No curso de formação de doulas também se reforçou que a posição litotômica era a mais comum e que essa constituía uma preferência das mulheres:

Ele [profissional de saúde que palestrava no curso] ainda falou assim: ‘não tô falando dos índios, os índios eles parem de cócoras porque eles vêm isso, é cultural deles. Mas essas mulheres parem litotomicamente porque é instintivo’. (Participante de curso de doulas, entrevista).

Considerada culturalmente mais difundida e até mesmo instintiva pelos profissionais de saúde, a posição litotômica foi reforçada no cotidiano da assistência. Relatos da observação mostraram o uso dos termos “vamos posicionar a paciente”, por referência à posição de litotomia. Em uma das atividades em grupo, quando questionados sobre quantas pessoas davam à luz na posição de litotomia, profissionais de saúde e gestores ficaram em silêncio e só depois de estimulados a “chutar” um número disseram que “mais da metade” tinha o parto nessa posição. Nas observações em campo, foram poucas as oportunidades em

que os nascimentos ocorreram em posição não horizontalizada, todavia, não há registros institucionais a respeito.

A perspectiva das usuárias: há iniciativas, mas os profissionais reprimem

Contrastando com a percepção de profissionais de saúde e gestores, as usuárias alegaram não terem entendido que havia liberdade para que elas adotassem a posição em que se sentissem mais confortáveis:

Não tinha essa liberdade de posição. Não, pelo contrário, quando elas [outras mulheres com quem dividiu espaços] tentavam se movimentar ou se colocar de uma outra forma, elas foram reprimidas e chamadas a atenção, dizendo que tinha que ser daquele jeito. (Usuária, atividade em grupo).

Em geral, as usuárias se mostraram inseguras com relação ao que podiam ou não fazer: “É um ambiente hospitalar, você fica com medo, né. Não é seu ambiente. Você precisa saber se pode ou se não pode andar.” (Usuária, atividade em grupo).

Muitos profissionais sequer cogitavam lidar com posições não litotômicas, conforme algumas situações observadas no campo.

Quando o trabalho de parto avançou, essa mulher preferia ficar no chão, a equipe ficava chocada e todos diziam “Aí é sujo!”. [...] colocaram-na na cama, em posição litotômica, e disseram “Agora seu bebê já pode nascer porque está no limpinho!”. (Diário de campo).

Nesse caso, parecia haver uma falta de flexibilidade para propiciar um ambiente limpo no chão, como existe em alguns serviços, da oferta de colchonetes ou panos limpos.

De fato, o parto fora do local ou da posição prescrita termina deslocando não apenas a mulher, mas por contiguidade, toda a equipe tem que “mudar de posição”, fazendo com que os profissionais saiam da zona de conforto das posições habituais em que foram treinados a prestar assistência para experimentar a assistência em posturas como de joelhos ou deitados no chão. Diante da estranheza e repulsa dos colegas às novas posturas, um grupo de profissionais mais flexíveis (médicos, enfermeiros obstetras e obstetrizes) chegou a fazer uma campanha usando a hashtag #sentandoparaopartonormal com fotografias em posições “heterodoxas” para inspirar os colegas à mudança.⁴⁵

O que facilita ou dificulta a flexibilidade de posições?

Nos relatos das usuárias, nos grupos focais e nas discussões do grupo operativo, foi apontada a variação de práticas segundo categoria profissional: “O gestor comentou que as enfermeiras da instituição eram mais flexíveis, mas os médicos nem tanto” (Diário de campo); “É raro um médico que sabe acompanhar parto que não seja com a mulher ‘posicionada’. É mais comum entre as enfermeiras, mas só algumas delas” (Técnica de enfermagem, atividade em grupo).

Outro fator que foi associado à variação de práticas compreendeu as características da parturiente. As mulheres chamadas de “PI” (jargão local para “paciente informada”) são aquelas que buscam informações, por meio de suas redes de relações ou de mídias sociais, como a blogosfera materna,^{46,47} que estimula a participação ativa das mulheres nas decisões sobre o parto, e a elaboração de planos de parto:⁴⁸

Sobre o plano de parto, [...] eu achei que levaram muito em consideração [...] achei que fui bem tratada, não sei se levaram em conta isso [...] depois eu solicitei meu prontuário, [...] Aí eu vi que escreveram “paciente bem informada”, tá bem em cima assim, então eu não sei se teve um preconceito ao contrário, entendeu? (Usuária, atividade em grupo).

No trabalho de parto havia mais flexibilidade de posições que no parto. Várias mulheres que no trabalho de parto estavam sentadas na banqueta, em quatro apoios ou em outras posições acabaram por dar à luz em litotomia: “A mulher estava na bola; quando perceberam que estava no expulsivo, ela foi prontamente encaminhada para a cama” (Diário de campo).

A ausência de informações, em muitas circunstâncias, foi referida nas observações, no grupo de trabalho e nas atividades coletivas, assim como nas entrevistas. Em vários relatos, os profissionais limitavam-se a expressar interdições, sem a preocupação de esclarecer suas motivações, como um residente de enfermagem obstétrica que, ao espiar pela porta, disse “Não pode ficar muito tempo no vaso, não, viu!”, e saiu na sequência (Diário de campo). E como a doula da instituição, que ao ver uma mulher no cavalete falou “olha, esse ainda não é o momento de usar” (Usuária, atividade em grupo).

Para as mulheres, *esta ausência de informações, explicações para interdições e oportunidades para o uso dos recursos pode levar à sua imobilização no leito*. Mesmo aquelas que desejavam deambular sentiram-se receosas de represálias.

As mulheres que estavam comigo ficavam deitadas o tempo todo e eu ficava naquela insegurança, porque eu não via ninguém se movimentar. [...] eu fiquei receosa de andar e eu não sabia se eu podia, se eu não podia, tanto que eu só comecei a andar quando eles me falaram, olha, se você quiser andar... e eu fui a única que fiquei andando. (Usuária, atividade em grupo).

Algumas usuárias elogiaram a disponibilidade de recursos como a bola, e ainda que sem estímulo ao uso, tiveram a iniciativa de usá-la: “Vi também que tinha uma bola grandona lá no final da sala, daí eu fui lá, peguei a bola, não perguntei pra ninguém, aí sentei na bola, fiquei fazendo movimento circular o tempo todo.” (Usuária, atividade em grupo).

Por vezes, quem tinha a iniciativa de utilizar os recursos disponíveis sem a prescrição ou autorização prévia de um profissional de saúde era intimidada: “Eu sabia que tinha [a bola], então eu pedi. Primeiro eu ouvi assim ‘você acabou de chegar e já quer a bola?’, eu escutei isso. Aí depois de um tempo trouxeram.” (Usuária, atividade em grupo).

Limitações da ambiência

A ambiência não era muito favorável para que as mulheres se movimentassem, pela falta de sinalização e informação sobre o que era permitido:

Eu também fiquei dentro do quarto, o tempo todo, mas ninguém me falou “não pode sair”, mas eu não... nem senti vontade de sair, porque lá é também um ambiente que não me deixou confortável, então ali dentro do quarto era onde eu me sentia melhor (Usuária, atividade em grupo).

As usuárias listaram um conjunto de sugestões para melhorar a ambiência e propiciar mais liberdade de movimentos e de posição:

Se tivesse até um ambiente mais colorido, alguma coisa mais... se tivesse algum aparelho para a gente se apoiar em pé, algo no corredor ou no caminho que mostrasse que a gente pode usar o espaço. Nem que tivesse uma bola num canto, mas para a gente saber que é uma sala aberta e que a gente ia poder usar o espaço. Não sei se a bola pode ser usada no momento... em qualquer momento... de deixar algum material que possa ser usado. (Usuária, atividade em grupo).

DISCUSSÃO

A partir dos dados produzidos sobre movimentação no trabalho de parto e parto, notou-se que a percepção de gestores e profissionais de saúde estava distante do que se observou no serviço, assim como das opiniões emitidas pelas usuárias.

A liberdade de movimentação pareceu ser mais respeitada durante o trabalho de parto do que no parto. Seria relevante proporcionar aos profissionais de saúde treinamento sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto e sobre como favorecê-la, de modo a desconstruir o entendimento atual de que os profissionais de saúde detêm o controle sobre o corpo da mulher e, por extensão, de seu funcionamento.³⁵

Já para a segunda fase do parto, com frequência as parturientes eram encaminhadas para a cama e colocadas em posição litotômica pelos profissionais assistentes: tratava-se de “posicionar” a mulher para o parto, ou seja, colocá-la em decúbito dorsal, com pernas elevadas e apoiadas em estribos, tarefa em geral atribuída às técnicas de enfermagem. Salienta-se que o serviço estudado não dispunha de protocolos sobre a necessidade ou oportunidade para se conversar com a mulher sobre diferentes posições de parto. Idealmente, ela deveria ser esclarecida sobre vantagens e desvantagens de adotar uma determinada posição e, principalmente, sobre a possibilidade de dar à luz em posições diferentes daquela em que estava “posicionada”.^{4,20,49}

O fato de muitas darem à luz em posição litotômica era interpretado pelos profissionais e gestores como algo ligado ao “instinto” ou à “preferência” feminina. Entrevistas e observação mostram que *segundo os profissionais, a posição de litotomia estaria arraigada à cultura da mulher urbana, contudo, sem considerar que essa cultura é criada e alimentada pela assistência obstétrica nacional*, com a quase totalidade dos nascimentos em ambiente hospitalar e em posição litotômica.³

Não se pode ignorar, ainda, a fala de gestores e profissionais no sentido de que *os médicos seriam menos propensos que enfermeiros a atender mulheres em posições verticalizadas*. Nesse contexto, seria relevante proporcionar treinamento a toda a equipe, com simulações da assistência ao parto em posições não supinas e com a consideração das dimensões relacionais, uma vez que evidências sugerem que mais importante do que a posição em si é a participação da mulher na escolha da posição, o que aumenta seu senso de controle e, por conseguinte, sua satisfação com a experiência.⁵⁰

A falta de informação permeou a assistência ao trabalho de parto e parto, o que se expressou na carência de orientações às usuárias. *Estas muitas vezes deixavam de tomar iniciativas (como deambular ou adotar uma posição diferente da litotômica) por temerem repreensões*. Isso é especialmente relevante quando se consideram os conhecimentos sobre a atuação dos hormônios nos processos do parto.⁵¹ Sabe-se que a ansiedade e o estresse maternos influenciam a complexa orquestração hormonal necessária ao progresso do trabalho de parto e parto, podendo até mesmo interromper as contrações uterinas.⁵¹ Contudo, as

mulheres permaneciam longas horas no centro de parto normal (por vezes mais de dias) sem serem informadas sobre o que podiam ou não fazer para lidar com as diferentes fases da parturição.

Um informativo impresso bem ilustrado também poderia contribuir para reduzir essa lacuna de informações. Além das vantagens já mencionadas e de reduzir internações precoces, um material desse tipo poderia ser confeccionado em diferentes idiomas, de modo a minimizar problemas de comunicação com estrangeiras que têm procurado o serviço nos últimos anos, como as oriundas do continente africano, da Síria e da Bolívia.

A parceria que as mulheres estabelecem entre si durante o trabalho de parto e o acesso prévio a informações relevantes sobre a organização do serviço, a fisiologia do parto e em especial sobre os direitos da mulher parecem ser as arenas mais promissoras para que as parturientes tenham liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto. Isso se confirmou pela categoria de “paciente informada”, ou PI, conforme referido pelos profissionais de saúde nos corredores da maternidade: trata-se das mulheres que conhecem seus direitos, entendem sobre evidências científicas e muitas vezes elaboram um plano de parto e o apresentam à equipe no momento da internação. Ficou evidente que as mulheres que chegam ao serviço com um plano de parto escrito, conhecendo aquilo que desejam para si e para seu bebê, recebem tratamento diferenciado. Se por um lado isso denota preocupação institucional em respeitar o plano de parto das mulheres (uma vez que há anotação em prontuário a respeito), por outro lado fomenta questionamentos a respeito da equidade. Nessa perspectiva, De Jonge et al.⁵² indicam que mulheres mais escolarizadas têm maiores chances de parir em posição não supina, ao passo que mulheres menos escolarizadas e menos informadas recebem atendimento de pior qualidade, conforme Bohren et al.³⁵ mostram em ampla revisão sistemática sobre abuso e desrespeito na assistência ao parto. Nesse contexto, mostra-se vital fortalecer as ações na atenção primária para que as mulheres recebam informações claras e suficientes sobre o que as aguarda na maternidade, inclusive com incentivo para que confeccionem seu plano de parto.⁴⁸

As falas das usuárias reforçaram que *não basta o serviço não proibir que as mulheres se movimentem, é preciso que incentive direta e indiretamente essa movimentação*, tornando o ambiente mais convidativo e com equipamentos como barras de apoio e bolas à disposição de todas as parturientes. Além disso, o grupo de usuárias questionou por que as mulheres não poderiam deambular na área externa do serviço, bastante ampla e arejada, o que poderia ser especialmente interessante nos dias mais quentes, já que o centro de parto normal não possuía climatização e via de regra tornava-se quente e abafado.

CONCLUSÃO

A divulgação dos benefícios da deambulação e das posições verticalizadas de parto para a saúde e o bem-estar de mulheres e bebês não tem sido suficiente para que as instituições promovam modificações em sua ambiência, em seus protocolos e em suas práticas, mesmo quando se preconiza uma assistência mais humanizada e centrada na mulher. Adequações simples do espaço físico, utilização dos espaços do jardim, reciclagem dos profissionais de saúde para atender partos em posições não supinas, adoção de protocolos de estímulo à liberdade de movimentos e a escuta de usuárias podem ser bons recursos para fomentar mudanças.

De acordo com os resultados deste estudo, o apoio mútuo entre as parturientes, as informações que elas assim obtêm (através de suas redes de relação ou de mídias sociais), a elaboração prévia de um plano de parto como forma de demonstrar conhecimento sobre as práticas assistenciais, e sobre seus direitos, constituem importantes estratégias para que as mulheres usufruam relativa liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza JP de. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2013;35(2):533–536. doi:10.1590/S0100-72032013001200001.
2. Ministério da Saúde. Datasus. 2017. <http://datasus.saude.gov.br>. Acessado julho 10, 2017.
3. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;Suplemento:S17–S32.
4. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
5. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
6. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Supl. 1):25–32.
7. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011;Seção 1.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de

Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 2000:Seção 1.

10. Diniz CSG. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(39):125–132. doi:10.1016/S0968-8080(12)39616-X.
11. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001.
12. Diniz CSG. *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. Vol 1º ed. São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas questões para o campo da Saúde/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2002.
13. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681–1685. doi:10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
14. Diniz CSG, d'Oliveira AFPL. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;63 Suppl 1:S33-42. doi:10.1016/S0020-7292(98)00182-9.
15. Ministério da Saúde, CONITEC. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Intrapartum care for healthy women and babies*. London; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg55>.
17. ACOG. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. Committee Opinion n. 687. *Obs Gynecol*. 2017;129:e20–e28. doi:10.1097/AOG.0000000000001905.
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10). doi:10.1002/14651858.CD003934.pub2. Copyright.
19. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. 2012;25(3):100–106. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001.
20. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2013;26(4):e99-104. doi:10.1016/j.wombi.2013.06.004.
21. Pasche DF, Vilela ME de A, Giovanni M Di, Almeida PVB, Netto T de LF. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais Redes de atenção à saúde. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;52:58–71.
22. Ministério da Saúde. *Manual Prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília, DF; 2011.
23. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de*

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Brasília, DF; 2014.

24. International Federation of Gynecology and Obstetrics, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;128(2):95–99. doi:10.1016/j.ijgo.2014.10.013.
25. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity care: The universal rights of childbearing women. 2011. http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf. Acessado julho 11, 2015.
26. WHO. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. Geneva; 2014. doi:WHO/RHR/14.23.
27. Bowser D, Hill K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Boston; 2010.
28. IMBCO. The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services. *Int MotherBaby Childbirth Organ*. 2008;1–7. http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbc_i_english_final_04-05-08.pdf.
29. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015;10(35):1–12.
30. Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(3):377–382. doi:10.7322/jhgd.106080.
31. Aguiar JM de, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2011;15(36):79–92. doi:10.1590/S1414-32832010005000035.
32. Venturi G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc; 2013.
33. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care. *Surv Rep*. 2012;(November):1–42. https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC_Survey_Report_0.pdf.
34. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – Cladem, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas – CRLP. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: Cladem/CRLP; 1998.
35. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):1–32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.

36. Barbieri T de. Sobre la categoría del género: Una introducción teórico-metodológica. *Debates en Sociol.* 1993;18:2–19.
37. Diniz CSG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva.* 2006;1(1):80–91.
38. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2009;19(2):313–326.
39. Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
40. Aguiar JM de, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2013;29(11):2287–2296. doi:10.1590/0102-311x00074912.
41. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007.
42. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2012;16(40):107–120.
43. Município de São Paulo. Nascidos vivos no município de São Paulo. 2017. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/nascidos_vivos/index.php?p=159923. Acessado outubro 10, 2017.
44. Magini R. *Nunca recusar ninguém: as muitas vidas da maior maternidade de assistência pública do país.* São Paulo: 3MB Propaganda; 2011.
45. Balogh G. Ativistas fazem campanha para médico sentar no chão durante o parto. *Folha de S.Paulo.* março 23, 2015:1.
46. Zorzam BA de O. Informação e escolhas no parto : perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013.
47. Carneiro RG. Cenas do parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000838379&fd=y>.
48. Andrezzo HF de A. Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS. 2016.
49. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
50. Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen TLM. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery.* 2013;29(11):107–114. doi:10.1016/j.midw.2012.12.007.
51. Buckley SJ. *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity care.* Washington, DC; 2015.

52. de Jonge A, Rijnders MEB, van Diem MT, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Are there inequalities in choice of birthing position?. Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*. 2009;25(4):439–448. doi:10.1016/j.midw.2007.07.013.

4.4 ARTIGO: ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER

“Abusados”: acompanhantes no parto e dificuldades de implementação em uma maternidade SUS de São Paulo¹⁵

Denise Yoshie Niy*

Carmen Simone Grilo Diniz**

Julia Leis Vilela Baggio***

Bruna Dias Alonso*

* Estudantes de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP

** Professora titular da Faculdade de Saúde Pública da USP

*** Estudante de graduação em Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP

RESUMO: No Brasil, toda mulher tem direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, à luz dos benefícios descritos pela literatura científica e de lei federal de 2005. Entretanto, persistem desafios para que isso seja cumprido em muitas maternidades. Este artigo discute os principais facilitadores e obstáculos para a implementação da presença de acompanhantes no SUS, segundo gestores, profissionais de saúde, usuárias e acompanhantes. Observações participantes, entrevistas e grupos focais foram analisados a partir de um piloto de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança. Pareceu unânime a ideia de que a presença do acompanhante é benéfica à mulher. Todavia, permanecem obstáculos como restrições de trocas de acompanhantes (resultando em parturientes desacompanhadas ou com acompanhantes que não são de sua escolha), ausência de acomodações para descanso ou para pernoite, ou lugar para banho e troca de roupa. Faltam ainda regras sobre o que é esperado ou permitido aos acompanhantes, contribuindo para frequentes queixas de que são “abusados”. Também foi evidenciado que tanto parturientes como acompanhantes possuem expectativa baixa em relação ao atendimento e os acompanhantes sentem-se especialmente gratos pelo fato de poderem permanecer ao lado das mulheres, mesmo que sem a devida infraestrutura.

¹⁵ Manuscrito submetido ao periódico **Ciência & Saúde Coletiva**.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde coletiva, saúde da mulher, acompanhante, direitos da mulher, humanização do parto.

No Brasil, toda mulher tem direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, o que é garantido pela lei federal. No entanto, a incorporação dos acompanhantes encontra obstáculos em muitos serviços.

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, quase todas as mulheres dão à luz em estabelecimentos de saúde e com auxílio de profissional de saúde treinado¹. Isso significa que elas necessariamente se submetem às rotinas institucionais, com maior ou menor acolhimento às necessidades emocionais, sociais e fisiológicas de cada mulher e cada família². Entre as diferentes características dos estabelecimentos de saúde, seu grau de abertura à presença e participação de acompanhantes no trabalho de parto, parto e pós-parto pode traduzir sua aderência a práticas baseadas em evidências científicas bem como o respeito institucional à mulher como sujeito de direitos e subjetividades.

O direito da mulher a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto é garantido pela lei federal 11.108, de 2005³, e no estado de São Paulo, desde 1999, com a lei dos Direitos dos Usuários do SUS, reafirmado pela portaria federal dos direitos e deveres dos usuários da saúde, segundo o princípio de que toda pessoa tem direito a atendimento humanizado e acolhedor,

livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência⁴.

Apesar de o marco legal ter quase duas décadas, persistem dificuldades para que seja cumprido na maior parte dos serviços de atenção ao parto no país. Dados de 2011-2012 mostram que um quarto das mulheres não teve acompanhante em momento algum quando foi dar à luz. A maioria dessas mulheres (52,0%) não pode usufruir seu direito devido à política institucional de proibir qualquer tipo de acompanhamento no parto, enquanto poucas foram aquelas que permaneceram sozinhas por opção (5,7% das desacompanhadas, ou 1,4% do total). Entre as mulheres que usufruíram algum tipo de suporte, a maioria (92,8%) teve um acompanhante de sua escolha, sendo 35,4% o parceiro ou pai da criança, 26,3% a mãe, 9,2% a

irmã ou irmão, 4,4% a amiga ou amigo. As acompanhantes de parto treinadas para ofertar suporte às mulheres, chamadas de doulas, correspondiam naquele inquérito a apenas 0,1%; e 19,1% foram acompanhadas por “outra pessoa”⁵.

O momento em que as mulheres mais dispunham de acompanhamento era o da admissão (70,1%), seguido do pós-parto no alojamento conjunto (61,3%). Menos de um terço dos acompanhantes (32,7%) participou do nascimento da criança e uma proporção um pouco maior (36,9%) permaneceu com a mulher na recuperação pós-cirúrgica, nos casos de cesariana⁵. Na realidade brasileira, dar à luz uma criança (por via vaginal ou por cesariana) constitui um evento muito solitário para as mulheres, que se sentem “largadas num cantinho” e reportam elevados níveis de insatisfação por serem separadas do acompanhante⁶⁻⁹.

Há muitas décadas estudos mostram a importância de a mulher receber suporte físico e emocional de uma pessoa que está na cena do parto especificamente para isso¹⁰⁻¹². Ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas atestam os benefícios desse apoio, que se traduzem em melhores resultados físicos e emocionais, com maior proporção de partos vaginais espontâneos, menor duração do trabalho de parto e redução de cesarianas e partos instrumentais, redução do uso de analgesia, de baixos escores de Apgar aos 5 minutos e de sentimentos negativos sobre a experiência do parto^{13,14}. Além disso, as mulheres relatam que a presença de acompanhante reduz o medo e a ansiedade, permitindo que se sintam mais confiantes em sua capacidade de parir^{9,15}.

Entre as mulheres que têm acompanhante, a maioria avalia que isso ajuda muito a ter um parto melhor ou mais calmo (84,5%) e apenas 2,7% indicam que isso não ajuda⁵. Além disso, a presença de uma pessoa conhecida da mulher garante a ela mais privacidade nos exames e no parto e tratamento mais respeitoso por parte da equipe assistencial, com menos relatos de violência¹⁶. Desde a década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o acompanhante de escolha da mulher no trabalho de parto e parto como prática comprovadamente útil e que deve ser incentivada¹⁷.

A OMS também reforça a importância do acompanhante em diretrizes específicas sobre condução/intensificação do trabalho de parto¹⁸ e sobre intervenções para promover a saúde materna e do recém-nascido¹⁹. Segundo a entidade, a presença contínua de acompanhante melhora os desfechos do trabalho de parto e a satisfação da mulher relacionada aos serviços²⁰. O Ministério da Saúde expressa o mesmo em diversos documentos e políticas^{21,22} e também nos critérios para acreditação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)²³. Esta última, embora destinada a incentivar a amamentação, incorpora o “cuidado amigo da mulher” como requisito para que uma instituição seja considerada “amiga da

criança”. Dessa forma, promove o entendimento de que a assistência ao trabalho de parto e parto e o bem-estar da mulher se refletem nos resultados de saúde do recém-nascido.

À semelhança da IHAC, algumas iniciativas internacionais visam promover o aprimoramento da assistência ao parto por meio do credenciamento de estabelecimentos de saúde que atendem a determinados requisitos. É o caso da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), lançada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e outras organizações internacionais²⁴. A IHAMC propõe dez critérios¹⁶ para qualificar um serviço de assistência ao parto como “amigo da mulher e da criança”, entre os quais citam-se a presença de acompanhante de escolha da mulher, o cuidado culturalmente competente, o alívio farmacológico e não farmacológico da dor, entre outros.

Apesar de as evidências científicas, o ativismo dos grupos de mulheres, os organismos internacionais e as políticas públicas colocarem o acompanhante no parto como um direito da mulher e uma questão relevante para a sua saúde física e emocional dela e do bebê, muitos desafios para sua implementação persistem no Brasil. Uma vez que mulheres mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico enfrentam mais interdições ao exercício desse direito^{5,16}, trata-se também de uma questão de equidade. Nesse contexto, esta pesquisa busca descrever e analisar os principais facilitadores e obstáculos para a implementação da presença de acompanhantes no SUS, e gerar propostas para a ação.

MÉTODOS

Este estudo integra o projeto de pesquisa “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)”, que compreende um piloto de implementação da IHAMC em duas maternidades, uma em São Paulo e outra em Ribeirão Preto (SP). As atividades iniciaram-se em novembro de 2016 e ainda estão em curso, com financiamento da Fapesp (Processo 2015/50498-0). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (CAAE 56958716.0.1001.5421).

Aqui focalizam-se os dados produzidos na maternidade paulistana entre novembro de 2016 e novembro de 2017, com recorte do critério da IHAMC relacionado a acompanhante de escolha da mulher. Assim, buscou-se compreender as inadequações técnicas e de ambiência,

¹⁶ Liberdade de movimentação no trabalho de parto e ingestão de alimentos leves e bebidas; política não discriminatória para mulheres HIV-positivas, adolescentes, minorias étnicas, etc.; privacidade durante o trabalho de parto e o parto; acompanhante de escolha da mulher; cuidado culturalmente competente; sem abusos físicos, verbais, emocionais ou financeiros; cuidado acessível ou mesmo gratuito; sem práticas de rotina; alívio farmacológico e não farmacológico da dor; contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo à amamentação.

os abusos e os desrespeitos na assistência na perspectiva de profissionais de saúde, gestores, usuárias e acompanhantes, e sua relação com as precariedades das condições de trabalho e da formação profissional. Para tanto, foram utilizadas diversas estratégias para produção de dados:

Observação participante: três estudantes de pós-graduação e cinco de graduação foram treinadas para a observação do serviço com base um roteiro preestabelecido conforme os critérios da IHAMC. Foram cerca de 300 horas de observação em novembro e dezembro de 2016, distribuídas em diferentes períodos e dias da semana, com escala por estação de trabalho, abrangendo desde o pré-natal pós-data, o setor de admissão, o centro de parto normal, o centro cirúrgico, o alojamento conjunto, até a UTI neonatal. Todas as observações foram registradas em diário de campo, verificado semanalmente pela coordenação para esclarecimento de dúvidas a respeito dos relatos.

Atividades em grupo: com trabalhadores e gestores (duas vezes) apenas com técnicas de enfermagem (duas vezes) e com usuárias (uma vez, com mulheres que tiveram bebê no serviço pesquisado). Essas atividades seguiram um roteiro baseado nos dez critérios da IHAMC, foram gravadas e transcritas, totalizando cerca de dez horas de duração e mais de 250 páginas de transcrição.

Grupo de trabalho: com participação de profissionais, gestores, usuária e pesquisadores, para discutir os dados das observações, entrevistas e indicadores de assistência do serviço, com sessões igualmente gravadas e transcritas.

Termômetro de Segurança em Saúde Materna (TSSM)²⁵⁻²⁷: versão adaptada por Alonso²⁸ do Maternity Safety Thermometer^{29,30}, dentro do projeto de pesquisa mencionado. A metodologia referente à construção do instrumento, à coleta de dados e a sua análise pode ser obtida em outra publicação²⁸. Esse instrumento compreende questões sobre a mulher, sobre o trabalho de parto e o parto, a partir de dados do prontuário, do cartão de pré-natal e de duas entrevistas com a mulher, uma ainda no serviço de saúde (antes da alta pós-parto) e outra por telefone, duas semanas após o parto. Neste trabalho, consideraram-se apenas os dados da entrevista face a face com a mulher, dentro da maternidade.

Levantamento histórico: documentos institucionais, livro e artigos científicos discutidos no grupo operativo, com a participação de profissionais que trabalharam no serviço em décadas passadas, de forma a analisar as mudanças nas políticas institucionais.

Para análise dos dados produzidos, consideraram-se as evidências e normativas apresentadas e os critérios da IHAMC, com proposições surgidas a partir de documentos

internacionais relacionados aos direitos das mulheres.¹⁷ Levou-se em conta também uma abordagem de gênero, que compreende as rotinas institucionais de assistência à maternidade como construtos sociais³¹. Entendemos que estes construtos, em grande medida, orientam a organização e a prática dos serviços de assistência ao parto no Brasil através da adoção de crenças como se fossem “explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade”³¹ (p. 318), direcionando a constituição de rotinas da assistência pouco “amigas da mulher”, frequentemente entrando em contradição com os direitos, as necessidades e a promoção do bem-estar materno.

A presença de acompanhantes também expõe novas contradições, entre elas aspectos da experiência concreta do parto – a de um evento descontrolado, sujo e vexatório – e o papel dos discursos normativos da feminilidade, baseados em conceitos de decência, dignidade e manutenção de aspectos estéticos valorizados culturalmente. Esta contradição é especialmente marcante em culturas como a brasileira, na qual a predominância da cesárea como via de nascimento responde a este apelo de preservação da decência, prevenindo o parto vaginal, tido como evento indecente e indigno³².

RESULTADOS

A instituição pesquisada localiza-se na zona sul da capital paulista e atende cerca de 500 partos por mês de mulheres residentes tanto no município de São Paulo como em outras localidades. Dados de 2016 mostram que essas mulheres eram predominantemente jovens (16,6% tinham até 19 anos e 30,6%, entre 20 e 24 anos) e pretas ou pardas (64,2%). A maioria tinha entre 8 e 11 anos de estudo (74,4%) e 15,4% concluíram o ensino médio³³. Quanto ao estado conjugal, destaca-se o fato de 74,5% delas se declararem solteiras em 2016, enquanto no conjunto do município 41,0% das puérperas declararam o mesmo³³, proporção semelhante à registrada para o Brasil em 2015 (41,2%)³⁴.

Gerida desde 2008 por uma entidade filantrópica religiosa, a maternidade é popularmente conhecida por ser “humanizada”, em especial por admitir a entrada de

¹⁷ Os autores citam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, o relatório do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre mortalidade materna evitável, morbidade e direitos humanos, e a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Pequim²⁴. Ressalta-se ainda a importância da Conferência sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada no Cairo em 1994, pelo reconhecimento da saúde reprodutiva como direito fundamental e elemento central para a promoção da igualdade de gênero.

acompanhante. De fato, apenas 14,9% das mulheres declararam que permaneceram sozinhas durante a internação para o parto, proporção inferior aos 24,5% registrados para o conjunto do país⁵. A entrada de acompanhante no trabalho de parto e parto era totalmente proibida até o final dos anos 1990, como em outras maternidades brasileiras à época. Ainda assim, no estabelecimento pesquisado, as parturientes contavam com o suporte de mulheres voluntárias que atuavam no serviço e ofereciam acolhimento emocional e apoio físico – mas se no início do século as doulas voluntárias se revezavam em plantões, conforme os depoimentos e documentos institucionais, nas observações de campo notou-se pouca participação dessas mulheres, que permaneciam por pouco tempo no centro de parto normal. De acordo com profissionais de saúde com mais tempo de casa, antes mesmo de a lei federal 11.108 ser aprovada o serviço já admitia a presença de acompanhantes em seus corredores, como uma forma de “ajudar” as mulheres, e mesmo os profissionais de saúde.

A presença de acompanhante: ambivalências

Apesar do apoio institucional pioneiro à presença de acompanhantes, durante a pesquisa não pareceu ser unanimidade a ideia de que essas pessoas proporcionavam ajuda. De um lado, houve quem dissesse que “acompanhante melhora o trabalho” e, de outro, houve quem os denominasse como “terríveis” e “folgados”.

Notou-se que a maternidade permitia a entrada de uma pessoa como acompanhante e a parturiente também podia levar uma doula para lhe proporcionar apoio físico e emocional, desde que essa doula realizasse cadastro previamente e participasse de atividade de integração.¹⁸ Não se permitia a troca de acompanhante, o que era comunicado à mulher na sua admissão. Essas eram as regras institucionais relativas ao tema.

Na observação do serviço, constatou-se que a presença do acompanhante na maternidade era permeada por interdições, fossem elas claramente estabelecidas ou não. A interdição relativa à proibição de troca de acompanhante gerava situações complexas cuja resolução invariavelmente passava pela negação – ainda que parcial – do direito da mulher:

18 Desde a promulgação da lei municipal 380/2014, em dezembro de 2016, todas as maternidades públicas devem admitir a presença de doula, sem prejuízo de acompanhante de escolha da parturiente.

A gestante em indução estava acompanhada pela sogra, enquanto o marido estava do lado de fora. Como a sogra entrou como acompanhante, não poderia mais trocar. O marido estava do lado de fora, aflito, e a mulher, aflita, do lado de dentro, buscando as janelas das salas PPP para que pudesse vê-lo. (Diário de campo).

As técnicas de enfermagem¹⁹ informaram que em casos especiais a enfermeira responsável pelo plantão autorizava a troca de acompanhante, mas só após o nascimento da criança, no momento de transferência da mulher para o setor de alojamento conjunto. Contudo, não estava claro quais eram essas situações especiais. Segundo a gestão da unidade, era proibido trocar de acompanhante por inadequações do sistema de segurança, o que seria solucionado com a reforma das instalações, que estava em curso.

A falta de infraestrutura para acomodar o acompanhante também pode ser entendida como uma interdição a sua permanência na cena do parto e do pós-parto. Nos setores onde a mulher permanecia durante o trabalho de parto e parto não havia poltronas ou sofás onde essas pessoas pudessem descansar e mesmo no alojamento conjunto havia apenas uma cadeira de plástico por pessoa, inclusive para o pernoite. Os banheiros para acompanhantes eram precários e não dispunham de vestiário nem chuveiro, tampouco havia armários para que acompanhantes guardassem seus pertences.

Um acompanhante estava dormindo, sentado na cadeira de plástico e debruçado no leito. Minutos depois acordou e caminhou até o posto de enfermagem e pediu um travesseiro. Reclamou que estava desconfortável por dias, visto que sua companheira havia sido admitida para uma indução. Mas as funcionárias comunicaram que não era possível ajudá-lo. (Diário de campo).

“Contanto que eu fique junto”: estratégias de resistência

A maioria das mulheres avaliou o serviço prestado na maternidade como seguro (88,1%) e muito bom (55,2%) na entrevista face a face do TSSM. Tanto mulheres como acompanhantes possuíam expectativas muito baixas em relação ao atendimento que receberiam, e os acompanhantes sentiam-se especialmente gratos pelo fato de poderem permanecer ao lado das mulheres, mesmo que sem a devida infraestrutura: “Pra mim, a cadeirinha, o chão, qualquer coisa, contanto que eu fique junto” (Diário de campo, fala de acompanhante).

¹⁹ Todas as técnicas de enfermagem que participaram das atividades em grupo eram mulheres.

Muitas vezes, os acompanhantes desenvolviam estratégias criativas para tornar sua estadia na maternidade menos penosa. Para dormir, alguns sentavam-se na cadeira e apoiavam os pés na escada da cama, cobrindo o rosto com alguma roupa para reduzir a claridade. Alguns se deitavam junto à parceira na cama (a exemplo do que ocorre em muitos serviços)²⁰. Muitos outros pegavam do carrinho de rouparia alguns lençóis e cobertores, que usavam para forrar o chão sob o leito da puérpera e lá adormeciam. Essas atitudes chocavam algumas profissionais de saúde:

Não é fácil lidar com eles [acompanhantes] também não. Eles são abusados, você tira da cama da paciente, eles deitam outra vez na cama da paciente... Você fala “não pode, a paciente está assim, você tem a cadeira”. Mas a gente vira as costas, dali a pouco eles estão sentados outra vez na cama. (Enfermeira, atividade em grupo).

O banho, por sua vez, era menos complicado para as acompanhantes do sexo feminino, que usavam o banheiro das puérperas, mesmo sem autorização. Já os homens ou ficavam sem banho ou tinham de voltar para suas casas, o que nem sempre era possível por morarem longe ou não possuírem recursos para o deslocamento, além de deixarem as pacientes desacompanhadas. Nessa instituição são bastante frequentes as induções, de modo que muitas mulheres permaneciam vários dias internadas no centro de parto normal. Nessas situações, segundo as profissionais de saúde, os acompanhantes utilizavam a infraestrutura disponível no local para obter um mínimo de conforto, mesmo que orientados a não fazê-lo: “Eu estou careca de tirar eles do banho pelados, porque eles entram no chuveiro com a mãe, mesmo no quarto com três [parturientes]. Eles entram pra tomar banho com a mãe, aí você vai controlar um foco e pega o pai pelado lá!” (Enfermeira, atividade em grupo).

Seria plausível supor, ainda, que o acompanhante estivesse no chuveiro não só para fazer sua higiene, mas também para apoiar a parturiente, oferecendo suporte físico durante as contrações. Todavia, quando questionados a esse respeito, os profissionais de saúde foram unânimes em dizer que a nudez do acompanhante era inadequada e que, nesse contexto, ele deveria permanecer vestido, mesmo que não tivesse outra roupa para colocar em seguida. Nos grupos operativos, foram sugeridas soluções para estes problemas (uso de trajes de banho, orientação para trazer trocas de roupa), com intensa controvérsia. Emergiram, ainda, algumas formas de preconceitos de classe: “Eu tive dois partos normais em um hospital privado e meu

²⁰ Há serviços que oferecem camas de casal.

marido ficou comigo na banheira. Mas aqui nesta maternidade, com essas mulheres, não dá!” (Médica, atividade em grupo).

A gente não quer só comida: ajustando a hotelaria aos acompanhantes

Tanto as parturientes como os profissionais de saúde indicaram a oferta de refeições a acompanhantes como algo positivo na maternidade. Todavia, o acompanhante precisa se dirigir ao refeitório da instituição nos horários determinados e esses períodos de separação podem ser especialmente aflitivos para a mulher e mesmo para o acompanhante, que por vezes deixa de se alimentar para não se afastar da parturiente.

Todas as refeições são produzidas na instituição, mas ainda há dificuldades para adaptar a dieta quando a mulher ou seu acompanhante tem algum tipo de hábito alimentar distinto, por exemplo, no caso de imigrantes (algumas das quais têm dietas de resguardo, com restrições alimentares)³⁵, vegetarianos e veganos. Nos casos em que o alimento que o serviço oferece seja considerado inadequado, o razoável seria permitir que trouxessem sua comida. No entanto é proibido levar qualquer tipo de alimento para dentro da instituição, regra que as profissionais de saúde fazem cumprir à risca, confiscando alimentos externos quando os veem, mesmo que precisem da ajuda dos seguranças para isso.

Salienta-se ainda a resistência de alguns profissionais para compreender a alimentação como um direito das mulheres e de seus acompanhantes:

Antigamente, você falava assim: “tem que comer o que tem aqui”. Mas os chineses [acompanhantes] trazem comida e elas comem lá dentro, aí você fala “não pode”. [...] É uma coisa assim, terrível. A gente já dá a dieta pra eles, deixa entrar, eles ficam em período integral com a mulher... entendeu? (Enfermeira, atividade em grupo).

Diante de uma regra estrita que as pacientes tentam subverter, o acompanhante aparece como o agente que viabiliza a quebra da regra causando tensão na equipe.

Quem ajuda e quem atrapalha?

Os profissionais de saúde e gestores afirmaram que há necessidade de orientar acompanhantes sobre o que se espera deles (ou delas) no período de internação da mulher para o parto. Ainda que o serviço ofereça uma visita guiada no pré-natal às usuárias interessadas, apenas uma minoria a realiza, e nenhum material impresso é distribuído no pré-natal ou na internação. A falta dessas informações aumenta a ansiedade dos

acompanhantes e, como consequência, eleva-se a carga de trabalho dos profissionais de saúde, em especial das técnicas.

A gente vai lá, orienta, que trabalho de parto dói. Só que eles acham que a gente tem que ficar lá, que se a gente ficar lá a dor dela vai passar. Mas não é assim. [...] A própria gestante deixa eles tão nervosos, que eles acabam descontando na gente. [...] Teve um que chegou para mim e falou, “conversa com a minha mulher ou então vou ficar louco”. [...] [A parturiente dizia] “Eu vou morrer, eu vou me matar, eu estou com dor”, não adiantava a gente explicar que era daquele jeito. Ele já tinha entendido, só que ela não conseguia entender. [...] Então quando a gente ia conversar com ela, ficava tudo bem, mas quando a gente saía ela começava a falar na orelha dele. Teve uma hora que deu até dó dele. Ele veio, “moça, pelo amor de Deus, não dá nem pra conversar com ela, eu vou ficar louco”. (Técnica de enfermagem, atividade em grupo).

Alguns profissionais afirmaram que “homem mais atrapalha que ajuda”, enquanto outros disseram que “alguns estão interessados em aprender de verdade [a cuidar do bebê]”. No alojamento conjunto, havia dificuldades para examinar as mulheres e auxiliar na amamentação, por causa da presença de acompanhantes homens (em quartos compartilhados por duas ou três puérperas) e também por causa das crenças e práticas familiares, expressas por meio de aconselhamentos inadequados de avós e tias que acompanhavam as puérperas.

Foram recorrentes os relatos sobre a necessidade de regular o uso do celular, permitido em alguns setores e proibido em outros, como no centro cirúrgico, na UTI neonatal e no centro de parto normal, sob a alegação de interferir no funcionamento dos equipamentos. Todavia, não foram raras as vezes em que se observaram profissionais de saúde utilizando seus aparelhos nesses mesmos setores. Na perspectiva das técnicas de enfermagem, o problema principal do celular era tirar a atenção de acompanhantes do cuidado com a mulher e com o recém-nascido.

Apesar disso, todos concordaram que tanto as mulheres como os acompanhantes precisavam de algum mecanismo para fazer o tempo passar, como uma TV ou uma sala de descanso com revistas – o que de fato existia na instituição no final da década de 2000, mas foi desativada nos anos recentes.

DISCUSSÃO

A OMS reconhece que há barreiras à implantação de políticas de garantia do direito a acompanhante de escolha da mulher, e as classifica em quatro tipos: (1) ausência de

normativa que permita à mulher usufruir esse direito; (2) inadequações do espaço físico; (3) desconhecimento dos benefícios da presença do acompanhante por parte dos profissionais de saúde; (4) atitudes negativas dos profissionais no que se refere à presença de acompanhante²⁰. Neste estudo, foi possível observar obstáculos desses quatro tipos, em maior ou menor grau.

As instituições de saúde devem ter políticas internas que apoiem e encorajem a mulher a exercer o direito a acompanhante²⁰. A instituição estudada tende a se aproximar dessa recomendação, por possuir uma política já formalizada há muitos anos, de modo pioneiro na cidade. Este não é um feito menor, considerando o que ocorre em muitas maternidades do país, onde essa é uma “questão de polícia”.²¹ Ainda assim, algumas situações observadas evidenciam a existência de paradoxos na implementação do acompanhante nesta maternidade paulistana, como a falta de clareza quanto a algumas regras sobre se é possível trocar de acompanhante, e em que situações.

As inadequações do espaço e do mobiliário para acomodar o acompanhante compreendem outro obstáculo, por prejudicarem a privacidade e confidencialidade, conforme entendimento da OMS²⁰, e por expressarem a incompletude do processo de mudança institucional no sentido da garantia do direito da mulher. A privacidade, que é um direito humano básico, é rotineiramente desconsiderado na assistência ao parto no Brasil – no entanto, a presença do acompanhante torna este problema visível. Assim, o estabelecimento permite a entrada de uma pessoa para dar suporte à parturiente, mas tem dificuldade em oferecer condições materiais para que esse suporte se dê de maneira digna e efetiva. As cenas descritas dos pais dormindo nas cadeiras, ou flagrados nus no banheiro, exemplificam esta inadequação.

A alimentação, inclusive para os acompanhantes, é uma questão valorizada dentro do serviço. No entanto, ofertam-se as refeições sem que se admitam adaptações de horário, de local ou de cardápio, de acordo com as necessidades de usuárias e usuários. Permanece ainda não plenamente reconhecida a alimentação como direito da mulher e de seu acompanhante.

Em relação à demanda de oferecer orientação a acompanhantes, estudos mostram que escolher e contar com acompanhante no parto afeta positivamente a experiência materna e alguns desfechos perinatais, independentemente de esse acompanhante ter recebido ou não orientações a respeito do apoio no trabalho de parto e parto³⁶. A OMS entende que esse tipo

²¹ Algumas vezes, quando impedidos de entrar na maternidade, acompanhantes denunciam a situação à polícia. Em um caso recente em Santarém (PA), um homem foi impedido de acompanhar sua esposa em trabalho de parto e registrou com o celular o momento em que um funcionário da maternidade o agrediu fisicamente.

de ação visa beneficiar também a instituição, e não só a mulher ou mesmo o acompanhante²⁰ (p. 3). De acordo com Davis-Floyd³⁷, o acompanhante pode ser levado a se alinhar com os valores institucionais, de certa forma sendo cooptado para utilizar sua influência sobre a mulher para que ela também se alinhe aos valores ou modelos da instituição de saúde.

Tais colocações parecem fazer sentido, em especial ao se considerar que os profissionais de saúde pareceram valorizar a presença de acompanhante principalmente para auxiliar no cuidado com a parturiente/puérpera e com o recém-nascido, reduzindo assim as solicitações de atendimento. Nessa perspectiva, que tem se confirmado em outros contextos, a presença de acompanhantes é usada para reduzir a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, além de diminuir custos e, ao mesmo tempo, aumentar a segurança e a satisfação das pacientes^{38,39}.

A discussão sobre relações de gênero contribui para a compreensão das dificuldades relativas à presença dos homens na cena do parto. Nesta pesquisa, esta presença, sendo um dos indicadores da iniciativa estudada, se dá de forma ainda mais complexa dado o contexto do trabalho em instituições públicas que atendem mulheres vivendo maternidades mais subalternas⁴¹, por serem mais pobres, menos empoderadas, e menos frequentemente casadas. Suas parcerias sexuais masculinas são chamadas à cena do parto, trazendo um conjunto novo de contradições, nas quais se sinergizam preconceitos de gênero, raciais e de classe^{41,42}. Se a presença dos homens na cena do parto causa desconforto ao adentrar em um espaço “feminino” e onde os conceitos de humanização ainda não estão consolidados, ao mesmo tempo estas políticas de incentivo para a inclusão dos homens como acompanhantes trazem novos desafios e oportunidades para a mudança e a inovação institucional.

CONCLUSÃO

A introdução do acompanhante no parto institucionalizado desvelou alguns nós críticos do modelo de assistência hegemônico no país, expondo a predominância das conveniências profissionais e institucionais sobre as mudanças que favorecem as pacientes, além de visibilizar o problema crônico da falta de privacidade. Os serviços de saúde estão sendo desafiados a serem organizados e gerenciados de maneira a promoverem o respeito, a proteção e o provimento da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres. Considerando este princípio, maiores esforços serão necessários para garantir privacidade e confidencialidade, bem como respeitar a decisão da mulher sobre ter ou não um acompanhante e sobre quem escolher. É urgente que todos os profissionais de saúde envolvidos entendam suas obrigações

e padrões de conduta decorrentes deste princípio²⁰, o que demanda a educação permanente voltada a estes temas.

Diante do questionamento sobre como a maternidade pode se tornar mais “amiga da mulher” no que se refere ao item “acompanhante” da IHAMC, os profissionais de saúde e gestores formularam algumas propostas de ação, cuja viabilidade será estudada:

- elaborar material informativo para as mulheres com os seus direitos e também com um código de conduta para acompanhantes, preferencialmente em diversos idiomas para contemplar as mulheres imigrantes;
- incluir nesse código de conduta para acompanhantes a necessidade de levar para a maternidade objetos de uso pessoal, como cobertores e travesseiros, e talvez uma roupa de banho para o caso de a pessoa desejar apoiar a parturiente no banho terapêutico;
- implementar pequenas mudanças no mobiliário para proporcionar mais conforto ao acompanhante, por exemplo, com a aquisição de poltronas para substituir as cadeiras plásticas, ou com a instalação de ganchos para que acompanhantes possam levar e pendurar redes para pernoitar;
- implementar melhorias no sistema de segurança de forma que seja possível a troca de acompanhantes;
- recuperar o espaço de estar com poltronas, leituras e televisão, que permita alguma alternativa de ambiência durante o trabalho de parto.

Essas propostas são factíveis em um prazo relativamente curto e conciliam aquilo que os profissionais de saúde e gestores apontaram como aceitável, com um mínimo de dignidade e respeito aos direitos e às necessidades da mulher em trabalho de parto e parto, acolhendo o acompanhante de sua escolha, e possivelmente, contribuindo para criar um ambiente mais eficiente e acolhedor para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). 2015. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defetohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
2. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Brasil. *Lei 11.108. 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; 2005.

4. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Brasília, DF; 2009.
5. Diniz CSG, d’Orsi E, Domingues RMSM, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30:S140–S153. doi:10.1590/0102-311X00127013.
6. Lino H da C. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. 2010.
7. Salgado HDO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted c-section. *J Hum Growth Dev*. 2013;23(2):190–197.
8. Parto do Princípio. *Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. Vitória, São Paulo; 2012.
9. Niy DY, Silva DRAD. Acompanhante da parturiente: mais de uma década de violação de uma lei federal. In: *Direitos Humanos no Brasil 2017*. Vol São Paulo: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos; 2017.
10. Sosa R, Kennel J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med*. 1980;303(11):597–600.
11. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J*. 1986;293(September):585–587.
12. Chalmers B, Wolman W. Social support in labor - a selective review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1993;14(1):1–15. doi:10.3109/01674829309084426.
13. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):1–8. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6.www.cochranelibrary.com.
14. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous Support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.
15. Davis-Floyd RE. *Birth as an American rite of passage*. Vol 2º ed. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 2003.
16. d’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S154–S168. doi:10.1590/0102-311X00087813.
17. WHO. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva; 1996.
18. WHO. *WHO recommendations for induction of labour: Evidence base*. Geneva; 2014. <http://www.popline.org/taxonomy/term/55686?page=1476>.
19. WHO. *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and*

- newborn health*. Geneva; 2015. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
20. WHO. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. *Publ World Heal Organ*. 2016;(4).
 21. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
 22. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011;Seção 1.
 23. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS*. Brasília, DF; 2014.
 24. International Federation of Gynecology and Obstetrics, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;128(2):95–99. doi:10.1016/j.ijgo.2014.10.013.
 25. Salgado H de O. Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito “Nascer no Brasil”, Região Sudeste, 2011 e 2012. 2017.
 26. Salgado HO, Souza JP, Sandall J, Diniz CSG. Patient safety in maternity care in Brazil: The maternity safety thermometer as a tool to improve the quality of care. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2017;39(5). doi:10.1055/s-0037-1602704.
 27. Melo CR de. Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil. 2015.
 28. Alonso BD. Impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança sobre a segurança da mulher e do bebê na maternidade. 2017.
 29. Power M, Stewart K, Brotherton A. What is the NHS Safety Thermometer? *Clin Risk*. 2012;18(5):163–169. doi:10.1258/cr.2012.012038.
 30. Buckley C, Cooney K, Sills E, Sullivan E. Implementing the Safety Thermometer tool in one NHS trust. *Br J Nurs*. 2014;23(5):268–272. doi:10.12968/bjon.2014.23.5.268.
 31. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2009;19(2):313–326.
 32. Malacrida C, Boulton T. Women’s Perceptions of Childbirth “Choices”: Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. *Gend Soc*. 2012;26(5):748–772. doi:10.1177/0891243212452630.
 33. Município de São Paulo. Nascidos vivos no município de São Paulo. 2017. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/nascidos_vivos/index.php?p=159923. Acessado outubro 10, 2017.
 34. Ministério da Saúde. Datasus. 2017. <http://datasus.saude.gov.br>. Acessado julho 10,

2017.

35. Yajahuanca R del SA. A experiência de gravidez , parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo – Brasil. 2015.
36. Senanayake H, Somawardana U, Samarasinghe M. Effect of a female labour companion and of educating her regarding support during labour on perinatal and labour outcomes. *Sri Lanka J Obstet Gynaecol.* 2013;(December):112–115. doi:10.4038/sljug.v35i4.6584.
37. Davis-Floyd RE, Sargent CF. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Vol (Davis-Floyd RE, Sargent CF, orgs.). Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1997.
38. Kabakian-Khasholian T, Portela A. Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):265. doi:10.1186/s12884-017-1447-9.
39. Royal College of Midwives. *Evidence Based Guidelines fo Midwifery-Led Care in Labour - Supporting and involving women's birth companions*. London; 2012.
40. Lyra J, Castro R. O homem na cena do parto: vivências, direitos e humanização em saúde. *Cad Humaniz.* 2015;4–Humani:216–231.
41. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2012;16(40):107–120.
42. Hotimsky SN, Alvarenga AT de. A definição de acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev Estud Fem.* 2002;10(2. semestre):461–481.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de práticas mais amigas da mulher, especialmente a liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto e o acompanhante de escolha da parturiente, encontra obstáculos na maternidade estudada, assim como verificado na pesquisa Nacer no Brasil, que mostra que a maioria das mulheres dá à luz em posição supina (LEAL et al., 2014) e não conta com um acompanhante ao longo da internação para o parto (DINIZ et al., 2014).

Os obstáculos verificados podem ser de ordem técnica ou relacional. Entre as dimensões técnicas, chamam a atenção as inadequações do espaço físico e a falta de clareza das normas institucionais para que as mulheres tenham liberdade para se movimentar e escolher sua posição de parto, assim como para ter acompanhante de sua escolha. Todas essas são práticas que comprovadamente beneficiam a saúde física e emocional da mulher e do bebê, mas as modificações na ambiência necessárias para promover tais práticas não têm acontecido ou têm sido demasiadamente lentas. No que se refere à gestão do serviço, a vontade de proporcionar uma boa assistência não tem se traduzido em normas ou protocolos efetivos, de forma que as práticas têm se sujeitado às concepções dos profissionais de saúde, que atuam conforme seu entendimento sobre o que é aceitável ou não na maternidade estudada.

Quanto às dimensões relacionais, os obstáculos de implementação podem ser traduzidos em “atitudes negativas dos profissionais de saúde”, conforme propõe a OMS (WHO, 2016). Alternativamente, é possível afirmar que há dificuldades – tanto dos profissionais de saúde como do conjunto da instituição – para reconhecer a mulher como sujeito de direitos e subjetividades. Assim, rompe-se com os protocolos, as normas, as evidências e mesmo as leis para conformar a prática ao interesse do profissional ou à organização do trabalho, mesmo que com prejuízo dos interesses da mulher (que, em tese, deveriam estar no centro da atenção).

Neste estudo, foram recorrentes as situações em que a mulher era responsabilizada por não adotar as medidas que poderiam favorecer seu bem-estar, independentemente de seu conhecimento a respeito do assunto, como nas falas dos profissionais de saúde que alegavam que a posição supina era uma escolha cultural ou instintiva das pacientes ou que elas não utilizavam os recursos disponíveis por acharem “estranho”. A contradição desse discurso emerge quando se verifica que não há incentivo para que as mulheres experimentem deambular, usar a bola e o cavalinho para aliviar a dor, e quando as usuárias afirmam não

terem saído do leito por temerem retaliação, por exemplo. Além disso, nas observações foram frequentes as orientações para “posicionar” a mulher em talha litotômica no momento expulsivo, sem qualquer consulta à parturiente sobre seu desejo ou conforto naquele momento.

As interdições, colocadas claramente ou não, também permearam o estudo, explicitando contradições na implementação tanto do acompanhante de escolha da mulher quanto da liberdade de movimentação no trabalho de parto e parto. No primeiro caso, a instituição foi pioneira no município de São Paulo em permitir a presença de acompanhante – mas atualmente não é permitido trocar de acompanhante, ou as regras para essa troca não são claras. Mais ainda, apesar de a presença de acompanhante constituir uma realidade cotidiana do serviço há muitos anos, não há infraestrutura para acolher essa pessoa, tampouco recursos para preservar a privacidade das parturientes diante da necessidade de compartilhar espaços.

Quanto à movimentação, segue-se um modelo prescritivo, segundo o qual nada é permitido até que seja “liberado” por algum profissional de saúde. Foram recorrentes as situações em que profissionais de saúde alegavam que havia hora certa para o banho terapêutico, para a deambulação e o uso de quaisquer outros recursos não farmacológicos para alívio da dor. De forma semelhante, como já mencionado, à mulher não era conferida a oportunidade para experimentar diferentes posições no parto. Uma vez “posicionada” em decúbito dorsal, com as pernas elevadas, ela assim permanecia até que a criança nascesse e se concluíssem os procedimentos no pós-parto imediato.

Pode-se afirmar que as normas institucionais, a organização do trabalho dos profissionais de saúde e mesmo as suas práticas se orientam por concepções de gênero calcadas na necessidade de tutelar o corpo da mulher e corrigir sua fisiologia – que seria, por definição, tão imprevisível quanto disfuncional. É assim, pois, que se origina e se mantém esse contexto de interdições e de responsabilização da mulher pelo seu bem-estar (ou, em outras palavras, de culpabilização da mulher pelo seu mal-estar).

Uma vez que são as crenças da cultura, e não as evidências científicas, que orientam a prática profissional e os conceitos normativos da instituição, passa a ser corriqueiro, por exemplo, minimizar, desconsiderar e deslegitimar as queixas de dor da parturiente. Em vez de ofertar medidas que comprovadamente auxiliam a lidar com a dor das contrações – como a presença de acompanhante que possa apoiá-la física e emocionalmente –, tacha-se a paciente de ignorante (por não compreender que “parto dói” e “é assim mesmo”) e o acompanhante, de imprestável (por “não servir para nada”) ou abusado (para o caso de ele contrariar algo que foi prescrito).

Diante do que foi exposto, a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança pode ser uma boa estratégia para superar esse cenário em que a violência obstétrica está amalgamada ao cotidiano do serviço, por propor uma abordagem baseada nos direitos das mulheres, considerando as evidências científicas, mas privilegiando as dimensões relacionais. Assim, os indicadores propostos pela iniciativa para a qualificação da liberdade de movimentação e da presença do acompanhante incluem, entre outros, a existência de políticas escritas e implementadas, a oferta de informação para a mulher e para a comunidade, além da observação da ambiência e das práticas assistenciais.

Os resultados deste estudo mostram que a oferta de informação pode ser especialmente mobilizadora, com potencial para transformar culturalmente as instituições de saúde. A paciente bem informada (chamada de “PI”), que entende a fisiologia do parto e conhece os seus direitos, de certa forma desestabiliza o serviço e o obriga a uma rápida reorganização, com a prestação de um atendimento mais cuidadoso a essa mulher. Nesse sentido, pode ser valioso convidar as gestantes para pensar em seu plano de parto, entendendo-o como um instrumento para a negociação do cuidado com a equipe da maternidade (MÜLLER et al., 2012; ANDREZZO, 2016). Igualmente importante é constituir estratégias para sensibilização das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, principalmente no atual contexto político, em que se tende restringir os direitos das mulheres.

Promover conversas entre os gestores da unidade e os profissionais diretamente envolvidos na assistência também parece uma estratégia promissora. As discussões sobre a IHAMC e seus critérios permitiram o questionamento de normas e práticas há muito estabelecidas, que sequer eram enxergadas como parte do protocolo informal da instituição – informal porque jamais determinadas por escrito. Dessas discussões também emergiram sugestões para a mudança, que podem ou não ser implementadas, como a confecção de folhetos informativos sobre o papel do acompanhante.

Vale destacar, ainda, a grande contribuição que as usuárias do serviço podem ofertar para a melhoria da qualidade da assistência. Para além de avaliações na alta do serviço que contemplem a hotelaria e a assistência clínica, mostra-se fundamental promover uma escuta atenciosa de suas queixas, reivindicações e sugestões. Também partiram das usuárias algumas das sugestões para ação incluídas nos artigos que integram esta tese.

Estudar a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança e sua contribuição para superar a violência obstétrica constituiu um duplo desafio, em grande medida porque tanto a IHAMC como a violência obstétrica são “novidades” no campo acadêmico, ao menos como objetos de estudos assim nomeados. Embora a IHAMC tenha sido precedida de diversos

trabalhos no sentido de qualificar a assistência ao parto e nascimento, na conformação aqui considerada ainda não teve sua implementação testada no Brasil, pelo que se conhece até o momento. Todavia, há a expectativa de que algumas das iniciativas aqui mencionadas sejam incorporadas à IHAMC para que se tornem uma estratégia única de acreditação de estabelecimentos de saúde como “amigos da mulher”, o que pode ser positivo, mas ainda está por ser feito.

Por fim, mas não menos importante, estudar violência obstétrica constituiu um desafio, entre outros motivos, pelo elevado número de trabalhos publicados recentemente, com textos novos e incríveis a cada semana. Nesse sentido, a tese sequer dá conta daquilo que foi tornado público no curto período entre o início de sua redação e a colocação do ponto final – por angustiante que seja a constatação, entende-se que isso faz parte processo de pesquisa e seria humanamente impossível conhecer *tudo* sobre o tema. Ainda assim, com o reconhecimento de que há necessariamente incompletudes e falhas neste trabalho, permanece a expectativa de que contribua de alguma maneira para a solidificação do campo de pesquisa sobre violência obstétrica e para a mudança das práticas assistenciais.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 79–92, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 out. 2014.

ALONSO, B. D. **Impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança sobre a segurança da mulher e do bebê na maternidade**. 2017. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2017.

AMORIM, M. M. R. de; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47–54, 2008.

ANDREZZO, H. F. de A. **Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS**. 2016. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2016.

ANVISA. **Promoção comercial dos produtos abrangidos pela NBCAL**. Brasília, DF: Anvisa, 2006.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S8–S10, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 out. 2014.

AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION. **Breastfeeding , bacteria and your baby's gut**. Disponível em: <<https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-bacteria-and-your-babys-gut>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BANKS, K. P.; KARIM, A. M.; RATCLIFFE, H. L.; BETEMARIAM, W.; LANGER, A. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. **Health Policy and Planning**, 2017. doi: 10.1093/heapol/czx180.

BARBIERI, T. de. Sobre la categoría del género: Una introducción teórico-metodológica. **Debates en Sociología**, v. 18, p. 2–19, 1993.

BOHREN, M. A.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K.; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, p. 1–8, 2017. Disponível em: <[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00089-4/abstract%0Ahttp://www.ncbi.n](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00089-4/abstract%0Ahttp://www.ncbi.n)>

lm.nih.gov/pubmed/22070769%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3582576&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%250Ahttp://dx.doi.org/10.1038/nutd.2017.>.

BOHREN, M. A.; VOGEL, J. P.; HUNTER, E. C.; LUTSIV, O.; MAKH, S. K.; SOUZA, J. P.; AGUIAR, C.; SARAIVA CONEGLIAN, F.; DINIZ, A. L. A.; TUNÇALP, Ö.; JAVADI, D.; OLADAPO, O. T.; KHOSLA, R.; HINDIN, M. J.; GÜLMEZOĞLU, A. M. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLoS Medicine**, v. 12, n. 6, p. 1–32, 2015.

BONADIO, I. C. “Ser tratada como gente”: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 1, p. 9–15, 1998.

BRASIL. Lei 11.108. 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, 2005.

BRASIL. Lei 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher no Brasil (Relatório Final) Senado Federal**. Brasília, DF: Senado Federal, 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>>.

BROWN, H.; HOFMEYR, G. J.; NIKODEM, V. C.; SMITH, H.; GARNER, P. Promoting childbirth companions in South Africa: a randomised pilot study. **BMC Medicine**, v. 5, n. 1, p. 7, 2007. Disponível em: <<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-5-7>>.

BUCKLEY, C.; COONEY, K.; SILLS, E.; SULLIVAN, E. Implementing the Safety Thermometer tool in one NHS trust. **Br J Nurs**, v. 23, n. 5, p. 268–272, 2014.

CARDWELL, C. R.; STENE, L. C.; JONER, G.; CINEK, O.; SVENSSON, J.; GOLDACRE, M. J.; PARSLow, R. C.; POZZILLI, P.; BRIGIS, G.; STOYANOV, D.; URBONAITE, B.; ŠIPETIĆ, S.; SCHÖBER, E.; IONESCU-TIRGOVISTE, C.; DEVOTI, G.; DE BEAUFORT, C. E.; BUSCHARD, K.; PATTERSON, C. C. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: A meta-analysis of observational studies. **Diabetologia**, v. 51, n. 5, p. 726–735, 2008.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane Library**, n. 10, p. 13, 2011.

CARVALHO, A. C. de. Apresentação da enfermeira homenageada com o prêmio da Associação Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 277–279, 1974.

CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 208, n. 4, p. 249–254, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.009>>.

COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER – CLADEM; CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLITICAS PÚBLICAS – CRLP. **Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú.** Lima: Cladem/CRLP, 1998.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681–1685, 2002.

D’ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O. M.; DINIZ, C. S. G.; AGUIAR, J. M. de; GUSMAN, C. R.; TORRES, J. A.; ANGULO-TUESTA, A.; RATTNER, D.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S154–S168, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&tlng=pt>.

DAVIS-FLOYD, R.; PASCALI-BONARO, D.; DAVIES, R.; LEON, R. G. P. de. The International MotherBaby Childbirth Initiative: a human rights approach to optimal maternity care. **Midwifery Today**, v. Summer, 2010.

DELAGE SILVA, D. R. A. **Conflitos de interesses nas decisões por cesáreas : revisão sistemática.** 2014. Universidade de São Paulo, 2014.

DENEUX-THARAUX, C.; CARMONA, E.; BOUVIER-COLLE, M.-H.; BRÉART, G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 108, n. 3, Part 1, p. 541–548, 2006. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-200609000-00012>>.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos : possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** 2001. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil : os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DINIZ, C. S. G. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive health matters**, v. 20, n. 39, p. 125–32, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096880801239616X>>. Acesso em: 30 set. 2014.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80–91, 2006.

DINIZ, C. S. G.; D’ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B.; SCHNECK, C. A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; RANCE, S.; SANDALL, J.

Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S140–S153, ago. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 maio. 2015.

DINIZ, C. S. G.; MIRANDA, M. J. De; JÉSSICA REIS-QUEIROZ; QUEIROZ, M. R.; SALGADO, H. D. O. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. **J Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 33–40, 2016a.

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZZO, H. F. de A.; CARVALHO, P. C. A.; SALGADO, H. de O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253–259, mar. 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 4 abr. 2016.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. de O.; ANDREZZO, H. F. de A.; DE CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. de A.; NIY, D. Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377–382, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da maternidade Leila Diniz. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, Sup. 1, p. S52–S62, 2004.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; D’ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. do C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101–S116, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 7 mar. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JR, P. R. B.; LEAL, M. C. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. **BMC Infectious Diseases**, v. 15, p. 1–11, 2015.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. de V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança - uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 459–463, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a22.pdf>>.

FREEDMAN, L. P.; KRUK, M. E. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. **The Lancet**, v. 384, n. 9948, p. e42–e44, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)>.

GELLER, E. J.; WU, J. M.; JANNELLI, M. L.; NGUYEN, T. V.; VISCO, A. G. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. **American Journal of Perinatology**, v. 27, n. 9, p. 675–683, 2010.

GOLDANI, H. A.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A.; AGRANONIK, M.; MORAIS, M. B.; GOLDANI, M. Z. Cesarean delivery is associated with an increased risk of obesity in adulthood in a Brazilian birth cohort study. **The American journal of clinical nutrition**, v. 93, n. 6, p. 1344–7, 1 jun. 2011. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/93/6/1344.short>>. Acesso em: 10 set. 2014.

GOMES, T. de O.; FILHO, A. J. de A.; BAPTISTA, S. de S. Enfermeiras-religiosas na luta por espaço no campo da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 361–366, 2005.

GROL, R.; GRIMSHAW, J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. **Lancet**, v. 362, n. 9391, p. 1225–1230, 2003.

HORTA, B. L.; GIGANTE, D. P.; LIMA, R. C.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Birth by Caesarean Section and Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Young Adults: A Birth Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 9, p. 1–10, 2013.

HOTIMSKY, S. N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese (Doutorado em Ciências)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, S. N.; AGUIAR, J. M. de; VENTURI, G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado - Uma década de mudanças da opinião pública**. São Paulo: Perseu Abramo/Sesc-SP, 2013. p. 217–229.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. DE. A definição de acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Rev Estud Fem**, v. 10, 2º semestre, p. 461–481, 2002.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. Childbirth as I see it... or the way I wish it was?: expectations of pregnant women towards childbirth and obstetric care in the public health care system. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303–1311, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 out. 2014.

HOUAISS, A. **Grande dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.

IMBCO. The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services. **International MotherBaby Childbirth Organization**, p. 1–7, 2008. Disponível em: <http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_english_final_04-05-08.pdf>.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS; WHITE RIBBON ALLIANCE; INTERNATIONAL PEDIATRIC ASSOCIATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mother–baby friendly birthing facilities. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 128, n. 2, p. 95–99, 2015. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020729214005451>>.

LAMOUNIER, J. A.; BOUZADA, M. C. F.; JANNEU, A. M. D. S.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. D. F. M. De; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. D. O. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 2, p. 161–169, 2008.

LEAL, M. do C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. miranda T.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, v. Suplemento, p. S17–S32, 2014.

LISAUSKAS, R. O. Fla x Flu do parto. **Estadão**, São Paulo, 8 jan. 2015.

MAGINI, R. **Nunca recusar ninguém: as muitas vidas da maior maternidade de assistência pública do país**. São Paulo: 3MB Propaganda, 2011.

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. Women’s Perceptions of Childbirth “Choices”: Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. **Gend Soc.**, v. 26, n. 5, p. 748–772, 2012. doi:10.1177/0891243212452630.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107–120, 2012.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1483–1491, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 maio. 2016.

MELO, C. R. de. **Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil**. 2015. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, p. Seção 1, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1067, de 4 de julho de 2005. Insitui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, p. Seção 1, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2017a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

MÜLLER, E.; RODRIGUES, L.; PORTELLA, M.; PIMENTEL, C.; GAYOSO, D.; ONILARI, D.; PEREIRA, R.; SILVA, M. M. O relato de mulheres sobre partos e intervenções: reflexões sobre saúde, direitos humanos e cidadania. In: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero, Recife. **Anais...** Recife: UFPB, 2012.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Nascidos vivos no município de São Paulo**. São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/nascidos_vivos/index.php?p=159923>. Acesso em: 10 out. 2017.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059–1068, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=pt&tlng=pt>.

NEGELE, K.; HEINRICH, J.; BORTE, M.; VON BERG, A.; SCHAAF, B.; LEHMANN, I.; WICHMANN, H. E.; BOLTE, G. Mode of delivery and development of atopic disease during the first 2 years of life. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 15, n. 1, p. 48–54, 2004.

NETA, G.; GLASGOW, R. E.; CARPENTER, C. R.; GRIMSHAW, J. M.; RABIN, B. A.; FERNANDEZ, M. E.; BROWNSON, R. C. A framework for enhancing the value of research for dissemination and implementation. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 1, p. 49–57, 2015.

NIMWEGEN, F. A. VAN; PENDERS, J. P.; STOBBERINGH, E. E.; POSTMA, D. S.; KOPPELMAN, G. H.; KERKHOF, M. et al. Mode and place of delivery, gastrointestinal microbiota, and their influence on asthma and atopy. **J. Allergy clin immunol**, v. 128, n. 5, p. 948–955, 2011.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, p. 1–8, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html>.

ONU. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. Genebra: ONU, 1994.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. Vitória, São Paulo, 2012.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS Safety Thermometer? **Clinical risk**, v. 18, n. 5, p. 163–169, 2012. Disponível em: <<http://cri.sagepub.com/content/18/5/163.full>>.

RAGO, M. Descobrindo historicamente o gênero. **Cadernos Pagu**, n. 11, p. 89–98, 1998.

RATTNER, D.; LEITE DOS SANTOS, M.; LESSA, H.; GRILO DINIZ, S. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215–228, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>>.

RICH, A. **On Lies, Secrets and Silence. Selected Prose 1966-1978**. New York: WW Norton, 1979.

SALGADO, H. de O. **Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito “Nascer no Brasil”, Região Sudeste, 2011 e 2012**. 2017. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p. 5–22, 1990.

SEXUAL VIOLENCE RESEARCH INITIATIVE. **Disrespect and abuse in childbirth / Obstetric violence: a multi-stakeholder meeting**. Rio de Janeiro: SVRI, 2017.

SIDDIQI, K.; NEWELL, J.; ROBINSON, M. Getting evidence into practice in developing countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 17, n. 5, p. 447–453, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ebcm.2006.01.045>>.

SILVA, D. R. A. D.; NIY, D. Y. Marchando pelo direito a escolhas no parto: brasileiras, 30 anos depois das inglesas. In: Anais Saúde Coletiva, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012.

SMITH, H.; BROWN, H.; HOFMEYR, G. J.; GARNER, P. Evidence-based obstetric care in South Africa-influencing practice through the ‘Better Births Initiative’: original article. **South African Medical Journal**, v. 94, n. 2, p. p-117, 2004.

SOUZA, J.; GÜLMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLE, B.; RUYAN, P. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v. 8, n. 1, p. 71, 2010. Disponível em: <<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-71>>.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. S11, p. S11–S13, 2014.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 2, p. 533–536, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/01.pdf>>.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015.

THAVAGNANAM, S.; FLEMING, J.; BROMLEY, A.; SHIELDS, M. D.; CARDWELL, C. R. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. **Clinical and Experimental Allergy**, v. 38, n. 4, p. 629–633, 2008.

THE COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES. The Mother-Friendly Childbirth Initiative. CIMS, 2015.

TOMA, T. S.; VENÂNCIO, S. I.; REA, M. F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para a implantação de práticas apropriadas de atenção a mães e recém-nascidos em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 48, n. novembro, p. 55–60, 2009.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. Supl 2, p. S419–S427, 2003.

UNICEF. **Declaração de Innocenti**. Innocenti: Unicef, 1990.

UNICEF. **Declaração de Innocenti 2005**. Innocenti: Unicef, 2005.

UNICEF BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Unicef Brasil, 2010. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 20 jul. 2011.

UNICEF BRASIL. **Avanços na legislação**. Brasília, DF: Unicef Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9996.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

UNICEF; WHO. **Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care**. Geneva: WHO, 2009.

VAN NIMWEGEN, F. A.; PENDERS, J.; STOBBERINGH, E. E.; POSTMA, D. S.; KOPPELMAN, G. H.; KERKHOF, M.; REIJMERINK, N. E.; DOMPELING, E.; VAN DEN BRANDT, P. A.; FERREIRA, I.; MOMMERS, M.; THIJS, C. Mode and place of delivery, gastrointestinal microbiota, and their influence on asthma and atopy. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 128, n. 5, p. 948–955.e3, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2011.07.027>>.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2013.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; DO CARMO LEAL, M.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863–76, 28 maio 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>>. Acesso em: 9 jun. 2013.

VICTORA, C. G.; REQUEJO, J. H.; BARROS, A. J. D.; BERMAN, P.; BHUTTA, Z.; BOERMA, T.; CHOPRA, M.; DE FRANCISCO, A.; DAELMANS, B.; HAZEL, E.; LAWN, J.; MALIQI, B.; NEWBY, H.; BRYCE, J. Countdown to 2015: A decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. **The Lancet**, v. 387, n. 10032, p. 2049–2059, 2016.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VISWANATHAN, M.; HARTMANN, K.; PALMIERI, R.; LUX, L.; SWINSON, T.; LOHR, K. N.; GARTLEHNER, G.; THORP, J. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. **Evidence report/technology assessment (Summary)**, n. 112, p. 1–8, maio 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15910014>>.

WAGNER, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. **The Lancet**, v. 353, n. June 5, p. 1977–1978, 1999.

WARREN, C.; NJUKI, R.; ABUYA, T.; NDWIGA, C.; MAINGI, G.; SERWANGA, J.; MBEHERO, F.; MUTETI, L.; NJERU, A.; KARANJA, J.; OLENJA, J.; GITONGA, L.; RAKUOM, C.; BELLOWS, B. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 1, p. 21, 2013. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-21>>.

WHO. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1>.

WHO. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. **Publications of the World Health Organization**, n. 4, 2016.

WINDAU-MELMER, T. **A guide for advocating for respectful maternity care**. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2013.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 3, p. 138–151, 2008.

YE, J.; BETRÁN, A. P.; GUERRERO VELA, M.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 41, n. 3, p. 237–44, set. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24720614>>. Acesso em: 1 set. 2014.

ANEXO 1: PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA

UNIVERSITY of York
Centre for Reviews and Dissemination

NHS
National Institute for
Health Research

PROSPERO International prospective register of systematic reviews

Review title and timescale

- 1 Review title
Give the working title of the review. This must be in English. Ideally it should state succinctly the interventions or exposures being reviewed and the associated health or social problem being addressed in the review.
Systematic review protocol of obstetric violence in Brazil: women's experiences, concepts and opinions
- 2 Original language title
For reviews in languages other than English, this field should be used to enter the title in the language of the review. This will be displayed together with the English language title.
Protocolo de revisão sistemática sobre violência obstétrica no Brasil: experiências das mulheres, conceitos e opiniões
- 3 Anticipated or actual start date
Give the date when the systematic review commenced, or is expected to commence.
07/03/2017
- 4 Anticipated completion date
Give the date by which the review is expected to be completed.
30/11/2017
- 5 Stage of review at time of this submission
Indicate the stage of progress of the review by ticking the relevant boxes. Reviews that have progressed beyond the point of completing data extraction at the time of initial registration are not eligible for inclusion in PROSPERO. This field should be updated when any amendments are made to a published record.

The review has not yet started ☒

Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	No
Piloting of the study selection process	Yes	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

Review team details

- 6 Named contact
The named contact acts as the guarantor for the accuracy of the information presented in the register record.
Denise Yoshie Niy
- 7 Named contact email
Enter the electronic mail address of the named contact.
denise.niy@gmail.com
- 8 Named contact address
Enter the full postal address for the named contact.
- 9 Named contact phone number
Enter the telephone number for the named contact, including international dialing code.
5511993834429
- 10 Organisational affiliation of the review
Full title of the organisational affiliations for this review, and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Faculdade de Saude Publica da Universidade de Sao Paulo (FSP/USP)

Website address:
fsp.usp.br

- 11 Review team members and their organisational affiliations
Give the title, first name and last name of all members of the team working directly on the review. Give the organisational affiliations of each member of the review team.

Title	First name	Last name	Affiliation
Ms	Denise Yoshie	Nly	Faculdade de Saude Publica da Universidade de Sao Paulo (FSP/USP)
Ms	Bruna	Alonso	Faculdade de Saude Publica da Universidade de Sao Paulo (FSP/USP)
Ms	Carmen Simone	Diniz	Faculdade de Saude Publica da Universidade de Sao Paulo (FSP/USP)

- 12 Funding sources/sponsors
Give details of the individuals, organizations, groups or other legal entities who take responsibility for initiating, managing, sponsoring and/or financing the review. Any unique identification numbers assigned to the review by the individuals or bodies listed should be included.
This review is part of the research project "Strategies for incorporating innovations in childbirth and newborn care: a pilot intervention in SUS of the Mother-baby Friendly Birthing Facility (MBFBF) Initiative". Funding provided by Fapesp (nº 2015/50498-0).
- 13 Conflicts of interest
List any conditions that could lead to actual or perceived undue influence on judgements concerning the main topic investigated in the review.
Are there any actual or potential conflicts of interest?
None known
- 14 Collaborators
Give the name, affiliation and role of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members.

Title	First name	Last name	Organisation details
-------	------------	-----------	----------------------

Review methods

- 15 Review question(s)
State the question(s) to be addressed / review objectives. Please complete a separate box for each question.
What are the experiences of women with obstetric violence in Brazil?

What are the concepts of obstetric violence employed in studies on prenatal, childbirth and abortion care in Brazil?

What are the quantitative measures used to identify and measure obstetric violence in prenatal, childbirth and abortion care in Brazil?
- 16 Searches
Give details of the sources to be searched, and any restrictions (e.g. language or publication period). The full search strategy is not required, but may be supplied as a link or attachment.
The following databases will be searched: - PubMed - JBI Library - Scielo - Google Scholar The main keywords used to identify studies will be "obstetric violence" and "Brazil", in Portuguese, English and Spanish. There will be no time limitation for the search and only studies available in full text in Portuguese, English or Spanish will be selected for reading. The search strategy will include three steps: - identification of studies whose title or abstract contains the keywords "obstetric violence" and refers to Brazil; - analysis of words and descriptors used in studies identified in the first step and investigation of the main indexing terms employed in the databases in order to build a specific search strategy for each database; - revision of reference list of selected reports and articles to identify additional studies. Moreover, experts will be contacted to additional study identification.

- 17 URL to search strategy
If you have one, give the link to your search strategy here. Alternatively you can e-mail this to PROSPERO and we will store and link to it.
- I give permission for this file to be made publicly available
Yes
- 18 Condition or domain being studied
Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied. This could include health and wellbeing outcomes.
Obstetric violence during prenatal, childbirth and abortion care in Brazil. Abuse, disrespect and mistreatment during prenatal, childbirth and abortion care in Brazil.
- 19 Participants/population
Give summary criteria for the participants or populations being studied by the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.
Women of reproductive age who have sought prenatal, childbirth and abortion care.
- 20 Intervention(s), exposure(s)
Give full and clear descriptions of the nature of the interventions or the exposures to be reviewed
This review will analyze studies on obstetric violence, the experiences of women with obstetric violence, the concepts associated to this phenomenon and how they are operationalized in empirical research. The variables and indicators related to obstetric violence during prenatal, childbirth and abortion care in Brazil will be analyzed.
- 21 Comparator(s)/control
Where relevant, give details of the alternatives against which the main subject/topic of the review will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group).
Not applicable.
- 22 Types of study to be included
Give details of the study designs to be included in the review. If there are no restrictions on the types of study design eligible for inclusion, this should be stated.
This review will consider qualitative, quantitative and mixed methods studies, without restrictions on the methodology used to data analysis.
- 23 Context
Give summary details of the setting and other relevant characteristics which help define the inclusion or exclusion criteria.
This review will consider studies on obstetric violence in Brazil occurred during prenatal, childbirth and abortion care provided by trained professional, in health facilities or outside them (in the home, for example).
- 24 Primary outcome(s)
Give the most important outcomes.
This review aims to synthesize women's experiences with obstetric violence and how obstetric violence is conceptualized in studies related to prenatal, childbirth and abortion care in Brazil. We will consider studies on women's experiences, professionals' experiences, and opinions published in editorials.
- Give information on timing and effect measures, as appropriate.
Not applicable.
- 25 Secondary outcomes
List any additional outcomes that will be addressed. If there are no secondary outcomes enter None.
Not applicable.
- Give information on timing and effect measures, as appropriate.
Not applicable.
- 26 Data extraction (selection and coding)
Give the procedure for selecting studies for the review and extracting data, including the number of researchers involved and how discrepancies will be resolved. List the data to be extracted.

Studies on obstetric violence will be considered, including those related to the experiences and opinions of women, managers and health professionals in prenatal, childbirth and abortion care in Brazil. There will be no time limitation or restrictions on the design or methodology of the researches, as long as they mention how primary data was produced and analyzed. Two independent reviewers will assess title and abstracts of the studies identified in the search to select those who potentially meet inclusion criteria, as mentioned previously. Full texts will be retrieved and analyzed independently by the two reviewers, who will decide for their inclusion or exclusion. Disagreements will be resolved through discussion with a third reviewer. The following studies will be excluded: - studies that do not define the concept of obstetric violence; - studies that do not relate to prenatal, childbirth and abortion care; - studies that focus only on violence by intimate partner; - studies which full text is not available in English, Portuguese or Spanish. Data will be extracted with a standardized electronic form especially developed for the review. The following data will be extracted: keywords, study context, studied population, data analysis methodology, concept of obstetric violence and indicators and variables used to measure obstetric violence. Two reviewers will extract data independently and disagreements will be resolved through discussion with a third reviewer.

- 27 Risk of bias (quality) assessment
State whether and how risk of bias will be assessed, how the quality of individual studies will be assessed, and whether and how this will influence the planned synthesis.
The quality of included studies will be assessed with appropriate tools from the Critical Appraisal Skills Programme (Casp) and studies quality will be considered in the synthesis. The review will follow the guidelines Preferred Reported Items for Systematic Review and Meta-Analysis (Prisma).
- 28 Strategy for data synthesis
Give the planned general approach to be used, for example whether the data to be used will be aggregate or at the level of individual participants, and whether a quantitative or narrative (descriptive) synthesis is planned. Where appropriate a brief outline of analytic approach should be given.
Quantitative data will be presented in tables, according to definitions and categories adopted in each study. Women's and professionals' experiences on obstetric violence as well as the concepts and opinions on obstetric violence will be presented through narrative synthesis.
- 29 Analysis of subgroups or subsets
Give any planned exploration of subgroups or subsets within the review. 'None planned' is a valid response if no subgroup analyses are planned.
Not applicable.

Review general information

- 30 Type and method of review
Select the type of review and the review method from the drop down list.
Qualitative synthesis, Systematic review

Obstetrics and gynaecology, Pregnancy and childbirth, Public health (including social determinants of health)
- 31 Language
Select the language(s) in which the review is being written and will be made available, from the drop down list. Use the control key to select more than one language.
Portuguese-Brazil

Will a summary/abstract be made available in English?
Yes
- 32 Country
Select the country in which the review is being carried out from the drop down list. For multi-national collaborations select all the countries involved. Use the control key to select more than one country.
Brazil
- 33 Other registration details
Give the name of any organisation where the systematic review title or protocol is registered together with any unique identification number assigned. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here.
- 34 Reference and/or URL for published protocol

Give the citation for the published protocol, if there is one.
Give the link to the published protocol, if there is one. This may be to an external site or to a protocol deposited with CRD in pdf format.

I give permission for this file to be made publicly available

Yes

35 Dissemination plans

Give brief details of plans for communicating essential messages from the review to the appropriate audiences.

The review will inform an educational intervention for the incorporation of innovation in childbirth and newborn care. It is part of a research project funded by Fapesp. Moreover, results will be disseminated through journals, conferences and workshops.

Do you intend to publish the review on completion?

Yes

36 Keywords

Give words or phrases that best describe the review. (One word per box, create a new box for each term)

Obstetric violence

Violence against woman

Gender violence

Abuse, disrespect and maltreatment

Woman's sexual and reproductive health

Prenatal, childbirth and abortion care

Brazil

37 Details of any existing review of the same topic by the same authors

Give details of earlier versions of the systematic review if an update of an existing review is being registered, including full bibliographic reference if possible.

Not applicable.

38 Current review status

Review status should be updated when the review is completed and when it is published.

Ongoing

39 Any additional information

Provide any further information the review team consider relevant to the registration of the review.

This review is part of a research project concerning the incorporation of innovation in childbirth and newborn care. It is also part of the PhD studies of the main reviewer.

40 Details of final report/publication(s)

This field should be left empty until details of the completed review are available.

Give the full citation for the final report or publication of the systematic review.

Give the URL where available.

ANEXO 2: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA INTERFACE

ScholarOne Manuscripts

06/02/18 11:42

ScholarOne Manuscripts™

Denise Niy ▾

Instructions & Forms

Help

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Home

Author

Review

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to Interface - Comunicação, Saúde, Educação**Manuscript ID** ICSE-2018-0074**Title** Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil**Authors** Niy, Denise
Diniz, Simone
de Oliveira, Valéria
de Oliveira, Luma
Alonso, Bruna**Date Submitted** 06-Feb-2018

Author D

ANEXO 3: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

ScholarOne Manuscripts 06/02/18 21:12

ScholarOne Manuscripts™ Denise Niy ▾ Instructions & Forms Help

SciELO Ciência & Saúde Coletiva

Home Author

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2018-0321

Title "Abusados": acompanhantes no parto e dificuldades de implementação em uma maternidade SUS de São Paulo

Authors Niy, Denise
Diniz, Simone
Baggio, Julia
Alonso, Bruna

Date Submitted 06-Feb-2018

Author D

ANEXO 4: CURRÍCULO LATTES DA AUTORA

Denise Yoshie Niy

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1205274481369059>
Última atualização do currículo em 08/11/2017

Possui graduação em Comunicação Social com Habilitação em Editoração pela Escola de Comunicações e Artes da USP (1999) e mestrado em Mestrado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2012). Tem experiência na área de Comunicação, com ênfase em Jornalismo e Editoração, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde materno-infantil, gênero, gestação e parto, violência obstétrica e violência contra a mulher. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Denise Yoshie Niy
Nome em citações bibliográficas NIY, D. Y.; NIY, DENISE YOSHIE

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2014 Doutorado em andamento em Doutorado em Ciências.
Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
Orientador: Carmen Simone Grilo Diniz.

2010 - 2012 Mestrado em Mestrado em Ciências.
Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
Título: Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil, Ano de Obtenção: 2012.
Orientador: Profa. Dra. Angela Maria Belloni Cuenca.
Palavras-chave: episiotomia; parto; humanização; educação em saúde; bibliografia como assunto; análise de discurso.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Jornalismo e Editoração / Especialidade: Comunicação e saúde.
Setores de atividade: Informação e comunicação.

1995 - 1999 Graduação em Comunicação Social com Habilitação em Editoração.
Escola de Comunicações e Artes da USP, ECA/USP, Brasil.
Título: Livro didático em revista: edição de texto e imagem para site.
Orientador: Maria Otília Bocchini.

1992 - 1994 Curso técnico/profissionalizante em Processamento de Dados.
Escola Técnica Estadual Lauro Gomes, ETELG, Brasil.

Formação Complementar

2017 - 2017 Extensão universitária em Atenção Integral à Saúde das Mulheres. (Carga horária: 120h).
Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Brasil.

2017 - 2017 (Des)caminhos da política: o retorno à categoria ?política? em tempos de in. (Carga horária: 4h).
Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO, Brasil.

2016 - 2016 Determinantes sociais da saúde, intersetorialidade e política pública. (Carga horária: 32h).
Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.

2015 - 2015 Extensão universitária em Formação de tutores para educação a distância UAB. (Carga horária: 40h).
Universidade Federal do ABC, UFABC, Brasil.

2015 - 2015 Ciclo de Seminários PAE. (Carga horária: 15h).
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EEUSP, Brasil.

ANEXO 5: CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

Carmen Simone Grilo Diniz

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>

Última atualização do currículo em 08/11/2017

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984). Residência (1987), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). Pós-doutorado (visiting reader) no King's College London, Women's Health Division (2012). É professora titular do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. Foi coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Coordena o grupo do CNPq GEMAS (Gênero e evidências em maternidade e saúde). Foi chefe do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, da Faculdade de Saúde Pública da USP (2014-2017). Coordena o projeto de pesquisa Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), apoiado pela FAPESP (2016-2018) (**Texto informado pelo autor**)

Identificação

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.; Diniz, S.; Diniz, Simone; Diniz, Simone G.; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Carmen Simone Grilo; Carmem Simone Grilo Diniz; Diniz, CSG, Carmen SG Diniz; Diniz Carmem Simone Grilo; Diniz, Carmem Simone Grilo; DINIZ, CARMEM SIMONE; Simone Carmem Grilo Diniz; DINIZ, SIMONE CARMEM GRILO; DINIZ, CARMEN; DINIZ, CARMEN SIMONE; DINIZ, CS

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617124 Fax: (11) 30850240
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
1994 - 1996	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social, Ano de Obtenção: 1997. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
1985 - 1987	Especialização - Residência médica. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em: Número do registro: .
1979 - 1984	Graduação em Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.