

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO QUESTÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ORIGENS, DEFINIÇÕES, TIPOLOGIA, IMPACTOS SOBRE A SAÚDE MATERNA, E PROPOSTAS PARA SUA PREVENÇÃO

ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION

**Simone Grilo Diniz¹, Heloisa de Oliveira Salgado¹, Halana Faria de Aguiar Andrezzo¹,
Paula Galdino Cardin de Carvalho¹, Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho¹,
Cláudia de Azevedo Aguiar¹, Denise Yoshie Niy¹**

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

Resumo

A violência obstétrica, descrita por diferentes termos, cada vez mais é utilizada no ativismo social, em pesquisas acadêmicas e na formulação de políticas públicas, sendo recentemente reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde. Como tema inovador, requer um mapeamento de suas origens, definições, tipologia, impactos na saúde materna e propostas de prevenção e superação. Apresentamos esta revisão crítico-narrativa sobre o tema, abarcando literatura acadêmica, produções dos movimentos sociais e documentos institucionais, do Brasil e exterior. Após breve recuperação histórica do tema, mapeiam-se as definições e as tipologias de violência identificadas. Discute-se a complexa causalidade destas formas de violência, incluindo o papel da formação dos profissionais e da organização dos serviços de saúde e as implicações na morbimortalidade materna. Finaliza-se com intervenções em Saúde Pública que têm sido utilizadas ou propostas para prevenir e mitigar a violência obstétrica, e uma agenda de pesquisa de inovação nesta área.

Palavras-chave: humanização do nascimento, abuso e desrespeito, violência contra a mulher, gênero e saúde, direitos humanos, direitos dos pacientes, segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

Na segunda década do século XXI, a violência obstétrica ganhou visibilidade, sendo tema de numerosos estudos, mostras artísticas,^{1,2} documentários,³⁻⁵ ação no judiciário,⁶ investigação parlamentar,⁷ atuações de diversas instâncias do Ministério Público,⁸⁻¹² assim como de um novo conjunto de intervenções de saúde pública. Sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública foi corroborada pela recente declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde",¹³ e a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança.¹⁴ Estas ações inovadoras são voltadas para visibilizar, prevenir e remediar esta forma de violência nas práticas de saúde, nos âmbitos público e privado e na formação de recursos humanos, bem como para incentivar os governos e as instituições para pesquisas e intervenções.

Como tema inovador e recente no campo, ainda encontra-se cercado de imprecisões. Neces-

sita-se, assim, de um mapeamento provisório de suas origens, magnitude, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas de prevenção e superação, de forma a melhor fazer justiça à sua importância em termos de Saúde Pública.

Nesta revisão crítico-narrativa, abordam-se diversas fontes sobre o tema, como a literatura acadêmica, produções dos movimentos sociais, documentos de políticas públicas e do judiciário, do Brasil e do exterior, com o intuito de evidenciar diferentes dimensões da violência na assistência ao parto, algumas de suas origens, consequências e propostas para superação. O objetivo é introduzir o leitor no debate de forma a auxiliá-lo na busca sobre aspectos específicos que podem ser abordados como temas de pesquisa e intervenção.

Breve histórico: origens do tema violência obstétrica

Violência obstétrica no mundo

Apesar de ser considerado um tema "recente" ou um "novo" campo de estudo, o sofrimento

1 Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Corresponding author: Simone Grilo Diniz. E-mail: sidiniz@usp.br

Suggested citation: Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. 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*. 25(3): 377-384. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
Manuscript submitted Oct 22 2014, accepted for publication Dec 19 2014.

das mulheres com a assistência ao parto é registrada em diferentes momentos históricos, ainda que sob denominações diversas, encontrando respostas em distintos contextos, e frequentemente tendo um impacto importante na mudança das práticas de cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

Por exemplo, no final da década de 1950, narrativas de violência no parto romperam a barreira do silêncio nos EUA, quando a *Ladies Home Journal*, uma revista para donas de casa, publicou a matéria "Crueldade nas Maternidades". O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (*twilight sleep*, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas. Ela teve grande repercussão, com uma inundação de cartas à revista e a outros meios, com depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia.¹⁵

No Reino Unido, houve um movimento em 1958, quando foi criada uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas.¹⁶ A carta que convoca a fundação dessa sociedade, publicada originalmente no jornal *Guardian*, afirma:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes. (1960 apud Beech e Willington, p. 2)¹⁶

Teóricas feministas como Adrienne Rich¹⁷ elaboraram sua revolta com a experiência vivida pelas mulheres de alta renda e educação na década de 1950: "Parimos em hospitais [...] negligentemente drogadas e amarradas contra nossa vontade, [...] nossos filhos retirados de nós até que outros especialistas nos digam quando podemos abraçar nosso recém-nascido" (p. 269). As edições do clássico *Our Bodies, Ourselves*,^{18,19} assim como outros livros feministas das décadas de 1960 a 1980, reforçaram estas críticas com extensas narrativas, contribuindo para a sensibilização e inspiração de gerações de profissionais e ativistas no campo, denunciando a irracionalidade das práticas.

Em 1998, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher²⁰ publicou o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud no Peru*, com extensa documentação das violações dos direitos humanos

da mulher durante o parto, que se aplica a todo o continente.

Violência obstétrica no Brasil

No Brasil, o tema já vinha sendo abordado em trabalhos feministas, na academia e fora dela. O pioneiro *Espelho de Vênus*, do Grupo Ceres²¹ (1981), na década de 1980, fazia uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta. Esse grupo de pesquisadoras ativistas publicou depoimentos demonstrando que:

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto. (p. 349)²¹

A pesquisa-ação coordenada pela Prefeitura de São Paulo, chamada "Violência – Um Olhar sobre a Cidade",²² mostrava que o atendimento aos partos era descrito como violento e usuárias relatavam que muitas vezes funcionários tinham posturas agressivas e intimidadoras, frequentemente humilhavam as pacientes e não respeitavam sua dor.

A violência obstétrica já era tema também das políticas de saúde ao final da década de 1980: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento pessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. Porém, ainda que o tema estivesse na pauta feminista e mesmo na de políticas públicas, foi relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, e do problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais. Mesmo assim, a violência obstétrica esteve presente em iniciativas como as capacitações para o atendimento a mulheres vítimas de violência, como nos cursos promovidos a partir de 1993 pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP. A partir deste projeto, foi publicado um pequeno manual sobre o tema.²³

Já neste século, numerosos estudos no país documentam como são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, nos setores privado e público.²⁴⁻²⁹ O interesse acadêmico se ampliou e a produção dos últimos anos inclui pesquisas sobre a formação dos profissionais e, mais recentemente, dados de base populacional, como a pesquisa de Venturi e colaboradores.²⁴ Este último trabalho, a segunda rodada da pesquisa nacional "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema da violência obstétrica, despertando surpreendente interesse da grande mídia. Segundo o estudo, cerca

de um quarto das mulheres que haviam passado pelo parto relatou alguma forma de violência na assistência, o que também foi referido por cerca da metade daquelas que passaram por um aborto.

São evidências mais do que eloquentes quanto à magnitude e importância do tema na saúde materna e na saúde pública brasileira.

Definições e termos acerca da violência obstétrica

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto,³⁰ desrespeito e abuso,³¹ crueldade no parto,¹⁵ assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto,^{20,32,33} abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto,¹³ entre outros.

Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em sua carta de fundação, parte do reconhecimento das "circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência".³² No entanto, a organização deliberadamente decidiu não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como "humanização do parto", "a promoção dos direitos

humanos das mulheres", temendo uma reação hostil dos profissionais sob a acusação de violência.³²

Um conjunto de definições de violência obstétrica tem sido proposto, sendo a da Venezuela,³⁴ pioneira em tipificar esta forma de violência:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.³⁵ (p. 30).

Nos últimos anos, diversos autores propuseram tipificações e classificações sobre a violência obstétrica, inclusive a OMS,¹³ mais recentemente. Entre diversas tipificações da violência obstétrica, a síntese de Bowser e Hill³¹ sobre as formas de abuso e desrespeito tem se mostrado bastante explicativa, enumerando as principais categorias verificáveis nas instituições de saúde.

Tesser et al.,³⁶ em 2015, sintetizaram as categorias de desrespeito associando-as aos direitos correspondentes, com base em um ponto de vista jurídico e social, e com exemplos concretos da realidade brasileira, conforme o Quadro.

Quadro: Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica

Categorias de desrespeito e abuso	Direitos correspondentes	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo"
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando"
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, "descompensadas" ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: Adaptado de Tesser et al.³⁶(2015).

Causas da violência obstétrica: o papel da formação dos profissionais de saúde e da organização dos serviços

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança. Enquanto as melhores evidências são atualizadas e divulgadas rapidamente em publicações eletrônicas, disponíveis via Internet, a maioria dos cursos de medicina tem sua bibliografia baseada em livros desatualizados,³⁷ com raras orientações aos estudantes sobre como buscar, avaliar e revisar os estudos disponíveis a respeito de um determinado tema. Isso significa que os formandos têm limitado seu conhecimento sobre a prática baseada em evidência, muitas vezes tratando as melhores práticas, baseadas em evidências, como questões "de opinião", "de filosofia", e não como o padrão-ouro da assistência.

Hotimsky³⁷ afirma que a prática médica é, muitas vezes, apreendida de forma descolada do seu balizamento ético e com a priorização de competências em detrimento de valores como o cuidado. Descreve situações em que mulheres são objetificadas em prol do treinamento de internos, como em casos em que há negociação entre estudante e residente para a realização de uma episiotomia para fins de treino sem o consentimento da paciente. Tal compreensão está tão arraigada nos serviços que, ao comentar a prática dos residentes, uma profissional entrevistada no trabalho de Diniz³² declara: "Eles têm que aprender, as mulheres são o material didático deles" (p.102).

Estes estudos mostram que as mulheres são escolhidas para o treinamento de procedimentos como episiotomia, fórceps ou até mesmo cesarianas conforme o ordenamento hierárquico do valor social das pacientes^{32,36} evidenciando a existência de uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela.³⁸ Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento.³²

Segundo Rego et al., (2008) no ensino médico, os doentes tendem a ser desumanizados, anulados em sua identidade e transformados em um número da ficha hospitalar, em um caso a ser estudado, diagnosticado e tratado.³⁹ Estudos sobre o ensino das profissões de saúde mostram que essa crítica, no entanto, não se restringe à obstetrícia, nem mesmo apenas à medicina, aplicando-se, em variadas intensidades, a outras profissões de saúde. O conjunto da educação dos profissionais tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los com formação humanista. Assim, a relação deixa de ser entre humanos e passa a ser uma relação sujeito-objeto, do médico com a doença.³⁹

Implicações da violência obstétrica para a morbidade e mortalidade maternas

A mortalidade materna constitui um importante problema social e de saúde pública e reflete diretamente a qualidade assistencial. De acordo com a OMS/UNICEF,⁴⁰

A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico. (p. 481)

A violência obstétrica tem implicações sobre a morbimortalidade materna das seguintes formas:

(1) No risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto vaginal. Existem danos associados ao uso inapropriado e excessivo (muitas vezes também não informado e não consentido) de intervenções invasivas e potencialmente danosas no parto vaginal, como o recurso não regulado de ocitocina para indução ou aceleração do parto, manobra de Kristeller, fórceps, episiotomia, entre outras. Estas intervenções tem ocorrência muito acima da justificável por indicações clínicas, como amplamente documentado em estudos nacionais;^{41,42}

(2) No parto manejado agressivamente como constrangimento à cesárea, aumentando a sua ocorrência e riscos decorrentes. A violência no parto vaginal funciona como forma de constrangimento ou coerção à cesárea,⁴³ quando as opções disponíveis às mulheres se resumem a esta cirurgia ou a um parto vaginal manejado agressivamente,⁴⁴ não raramente com a negativa de qualquer forma de anestesia. Como dizem os movimentos sociais, "chega de parto violento para vender cesárea".⁴⁵ Conforme César Victora,⁴⁶ 23% das mortes maternas no Brasil podem ser atribuídas apenas ao aumento nas taxas de cesárea ocorrido desde o ano 2000;

(3) Na negligência em atender mulheres que expressam seu sofrimento (com choro, gritos, gemidos) ou que pedem ajuda de modo insistente. Existe uma cultura disseminada nos serviços de que a mulher que chora ou grita recebe pior assistência, sobretudo aquelas consideradas "descompensadas" ou malcomportadas, ou, ou ainda aquelas que expressam qualquer desagrado com a assistência, ou insistem em ser atendidas com urgência.⁴ A demora em responder a estas demandas é associada a riscos aumentados de morbimortalidade materna;⁴⁷

(4) Na hostilidade contra profissionais e mulheres considerados dissidentes do modelo hegemônico de assistência. Nos casos de transferência de uma casa de parto ou de um parto domiciliar, os abusos verbais e as demoras no atendimento tendem a ser maiores. Estes casos são exemplo do que tem sido chamado de "hostilidade

interprofissional” em estudos realizados em outros países,⁴⁸ e constitui uma ameaça importante à segurança das pacientes;

(5) Na hostilidade, negligência e retardo do atendimento às mulheres em situação de abortamento: quando as equipes identificam ou supõem que o aborto tenha sido provocado, muitas vezes negam atendimento ou demoram a realizá-lo. A indisponibilidade de serviços que realizam aborto nas situações em que é previsto por lei também tem grande impacto na morbimortalidade materna, pois pode levar muitas mulheres à prática de aborto inseguro;²⁴

(6) No impedimento à presença de um acompanhante: A maioria das mortes maternas ocorre durante o parto e no pós-parto (Kassebaum et al.⁴⁹ (2014) e, paradoxalmente, a mulher encontra-se dentro de uma instituição de saúde na quase totalidade dos casos. A negativa da presença de acompanhantes é uma ameaça à segurança das mulheres, pois eles poderiam sinalizar de forma enfática aos profissionais que o estado clínico da paciente se deteriorou.⁴⁷ Ainda que possa ser a diferença entre a vida e a morte e seja assegurado por lei, esse direito muitas vezes não é respeitado.

Síntese conclusiva: como identificar, prevenir e mitigar a violência obstétrica?

Com base no que foi exposto, apresentam-se a seguir propostas de superação deste quadro.

- Intervenções na formação dos recursos humanos durante a graduação e a especialização e na formação continuada

1. Incluir os direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos nas disciplinas de graduação em saúde (medicina, enfermagem, obstetrícia, psicologia, entre outros), desde aqueles previstos no código de ética médica, como a autonomia e a escolha informada, até os direitos recentes assegurados pelo SUS, como o direito a acompanhantes na internação. Os direitos dos profissionais e das pacientes, suas violações e como preveni-las devem ser contemplados nas provas de residência e no ensino de pós-graduação, nas várias formas de especialização.⁵⁰

2. Investir na formação de obstetras e enfermeiras obstetras, ou seja, em especialistas em parto fisiológico.⁵¹ Não é razoável esperar que a assistência ao parto deixe de ser eminentemente médico-cirúrgica, se mais de 90% dos nascimentos no Brasil são assistidos por um médico com formação em cirurgia. Esse profissional deve ser valorizado por sua capacidade de fazer diagnósticos e prescrições médicas ou cirúrgicas nos casos que deles necessitam (a minoria), de modo que a maioria dos casos seja conduzida por profissionais treinadas para a atenção ao parto fisiológico⁵². A experiência do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP pode ser um excelente ponto de partida para a replicação em todo o país⁵³.

3. Ensinar a assistência fisiológica e modificar as rotinas e as ambiências de ensino, com ênfase em Centros de Parto Normal-escola. Rever o conteúdo curricular de todas as profissões de saúde para que o ensino prático não seja, como hoje,

baseado na exposição dos alunos a intervenções sem base em evidências científicas de sua segurança e efetividade (por exemplo, mulheres com partos liberalmente acelerados com ocitocina, em posição de litotomia, com o uso desregulado de episiotomia e fórceps, muito frequentemente sem acompanhantes), e na ausência de reflexão crítica sobre as intervenções, em sala de aula. Promover o ensino da neuroendocrinologia do parto, do seu desenrolar fisiológico e sua facilitação, e da promoção do conforto materno, o que exige igualmente uma mudança da ambiência da assistência, combinada com o ensino teórico e prático, assim como o ensino de evidências em saúde.⁵⁴

- Intervenções voltadas a informar e a fortalecer a autonomia de usuárias e famílias

1. Fornecer informações sobre assistência ao parto para as usuárias como rotina do pré-natal, de modo que o conteúdo possa ser explorado com calma nos meses em que a gravidez se desenvolve. As atividades educativas devem fazer parte da rotina de pré-natal e não devem ser tratadas como algo secundário, mas sim essencial para a promoção da saúde. O uso de planos de parto deve ser estimulado como recurso educativo, conforme proposto por Tesser et al.³⁶

2. Garantir o direito a acompanhantes: todas as mulheres devem ser informadas, no decorrer do pré-natal, sobre o seu direito a acompanhantes durante toda a internação para o parto, da admissão até a alta, passando pelo trabalho de parto, parto e recuperação cirúrgica e/ou anestésica, bem como nos casos de aborto e de outras complicações, como gestação ectópica e gestação molar. Essa informação deve ser fornecida com antecedência e clareza suficientes para que a mulher e a família possam fazer os arranjos necessários para garantir a escolha e a participação do acompanhante.⁵⁵

- Visibilização e responsabilização

1. Visibilizar o problema e responsabilizar atores: várias instituições, como o Ministério Público, têm assumido a responsabilidade de enfrentar a cultura de desconhecimento dos direitos das mulheres nos serviços, compilando denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. Tais iniciativas, provocadas por movimentos de mulheres, foram decisivas para promover um clima de reconhecimento dos direitos, até então inédito na sociedade brasileira, repercutindo em políticas públicas, como na ação contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre regulação das taxas de cesárea a partir de 2015.^{6,56}

2. Fomentar pesquisas e o desenvolvimento de indicadores de violência obstétrica: nos últimos anos, pesquisas primárias e revisões desses estudos têm mostrado a relevância, a urgência e as lacunas no conhecimento de tema tão emergente. Um dos desafios atuais consiste em desenvolver indicadores para o estudo da incidência da violência obstétrica, assim como recursos para a mensuração do efeito de intervenções para a sua prevenção. Estas medidas devem incluir o

monitoramento da mudança das práticas, das rotinas e ambiências.¹⁴

3. Divulgar a Central de Atendimento à Mulher – Disque 180 e capacitá-la para receber denúncias de violência obstétrica: casos de violação dos direitos das mulheres na assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e abortamento devem ser encaminhados também à ouvidoria do serviço e do SUS, e mesmo ao Ministério Público.

4. Incluir a assistência ao abortamento e o acesso a aborto seguro na pauta de prioridades: o enfoque materno-infantil das atuais políticas voltadas para a saúde das mulheres invisibiliza a precariedade e violência da assistência nas situações de abortamento e também as dificuldades de acesso à interrupção da gravidez, mesmo nas situações em que ela está prevista por lei. A falta de serviços que funcionem efetivamente e o uso de técnicas agressivas como a curetagem – que deveria ser substituída pela aspiração manual intrauterina (Amiu) – constituem situações graves de violência obstétrica amplamente disseminadas pelo país e que necessitam de intervenção imediata.⁵⁷

5. Implementar o Fórum Perinatal, com regulação e controle social: essa estratégia tem como um de seus objetivos promover o diálogo entre os atores envolvidos na assistência perinatal, incluindo os gestores do SUS e do setor suplementar, os profissionais diretamente ligados à assis-

tência, usuárias e grupos organizados, representações do controle social, aparelho formador, universidade, pesquisadoras, Ministérios Públicos, Defensorias Públicas, conselhos profissionais, entre outros. A criação do Fórum Perinatal é uma vitória, diante da grande resistência ao diálogo e à mudança, e sua implementação e seu fortalecimento como arena de debate e de estabelecimento de pactos têm se mostrado muito potentes na produção de mudanças.⁵⁸

De acordo com o que foi exposto, verifica-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública complexo e multifatorial, de crescente importância e potencial explicativo, e de grande repercussão sobre a saúde de mães e nascidos. A prevenção e a superação desta forma de violência demanda o engajamento de todos os envolvidos com a assistência, por exigir a necessária coragem para a incorporação de abordagens inovadoras, tanto quanto à melhores evidências de segurança dos pacientes, quanto da promoção dos seus direitos nas ações de saúde.

Declaração de responsabilidades

Houve participação efetiva de todas as autoras relacionadas no trabalho. A versão final do manuscrito foi aprovada por todas as autoras. Não há qualquer conflito de interesse das autoras em relação a este manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Raiter C. Fotografia de famílias. [cited 2009 May 20] Available from: <http://carlaraiter.com/>.
2. Bienal de Artes de São Paulo. Espaço para Abortar. MujeresCreando. São Paulo: 31a Bienal de Artes; 2014.
3. Zorzam B, Sena LM, Franzone AC, Brum K, Rapchan A. Violência obstétrica: a voz das brasileiras. [cited 2009 May 20] Available from: <http://docverdade.blogspot.com.br/2014/05/violencia-obstetrica-voz-das.html>.
4. Fioretti B. Nascer no Brasil: parto, da violência obstétrica às boas práticas. DVD. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
5. Guedes LC, Rizério A, Couto NM, Cruz R. A dor além do parto. [cited 2009 May 20] Available from: <https://youtu.be/cIrIgx3TPWs>.
6. Ministério Público Federal (MPF). MPF-SP ajuiza ação civil pública para que ANS seja obrigada a regulamentar serviços obstétricos privados. [cited 2009 May 20] Available from: http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/24-08-10-2013-mpf-sp-ajuiza-acao-civil-publica-para-que-ans-seja-obrigada-a-regulamentar-servicos-obstetricos-privados
7. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". [cited 2009 May 20] Available from: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
8. Ministério Público Federal. Parto do Princípio e Ministério Público Federal debatem violência obstétrica com movimentos sociais de mulheres. [cited 2009 May 20] Available from: <http://www.prpa.mpf.mp.br/news/2014/parto-do-principio-e-ministerio-publico-federal-debtem-violencia-obstetrica-com-movimentos-sociais-de-mulheres>
9. Ministério Público de Pernambuco. Violência obstétrica: MPPE promove debate sobre atenção à saúde e mortalidade materna. [cited 2009 May 20] Available from: <http://www.mppe.mp.br/mppe/index.php/comunicacao/noticias/ultimas-noticias-noticias/4295-violencia-obstetrica-mppe-promove-debate-sobre-atencao-a-saude-e-mortalidade-materna>
10. Ministério Público do Estado de São Paulo. Violência Obstétrica é tema de audiência pública no MP-SP. [cited 2015 Sep 01] Available from: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias_noticia?id_noticia=12741378&id_grupo=118
11. Ministério Público Federal. MPF em São Paulo realiza audiência pública para debater episiotomia e humanização do nascimento. [cited 2015 Sep 01] Available from: http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/16-10-14-2013-mpf-em-sao-paulo-realiza-audiencia-publica-para-debater-episiotomia-e-humanizacao-do-nascimento
12. Ministério Público Federal. MPF/RS e MP/RS realizarão audiência pública sobre humanização da assistência ao parto. [cited 2015 Sep 01] Available from: http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_geral/mpf-rs-e-mp-rs-realizarao-audiencia-publica-sobre-humanizacao-da-assistencia-ao-parto
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e

- maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics. International Confederation of Midwives. White Ribbon Alliance. International Pediatric Association. World Health Organization. Mother/baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;128(2):95-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>
 15. Goer H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. *J Perinat Educ*. 2010;19(3):33-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1624/105812410X514413>
 16. Beech BL, Willington S. Listen W/Lith Mother. [cited 2015 Sep 01] Available from: <http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm>
 17. Rich A. *On Lies, Secrets and Silence. Selected Prose 1966-1978*. New York: Norton; 1979.
 18. Doress-Worters PB, Siegal DL, Perkis R. *The new ourselves, growing older*. New York: Boston Women's Health Collective; 1994.
 19. Boston Women's Health Book Collective. *The New Ourbodies, Ourselves: a book by and for Women*. New York: Touchstone Simon and Schuster; 1996.
 20. 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.
 21. Grupo Ceres. *Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher*. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.
 22. Souza EM, Michaliszyn PR, Cunha MFO. Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade, violência nas ações de saúde. *Cadernos Cefor*. 1992;209.
 23. Diniz CSG. *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. São Paulo: Fundação Ford e do CREMESP; 2002.
 24. Venturi G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo; 2013.
 25. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2010.
 26. Gomes AM de A, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: Experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. *Saúde Soc*. 2008;17(1):61-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100006>
 27. Diniz CSG, Chacham AS. *O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. *Questões Saúde Reprodutiva*. 2006;1(1):80-91.
 28. McCallum C, Reis AP. *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*. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(7): 1483-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>
 29. Teixeira NZF, Pereira WR. *Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Curitiba*. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(2):740-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>
 30. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. *Violence against women in health-care institutions: An emerging problem* *Lancet*. 2002;359(9318):1681-5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
 31. Bowser D, Hill K. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis*. Bethesda: Harvard School of Public Health; 2010.
 32. Diniz CSG, Ayres JRCM. *Entre a técnica e os direitos humanos/ : possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001.
 33. Mirsky J. *BirthRights: New Approaches to Safe Motherhood*. London: Panos; 2007.
 34. República Bolivariana de Venezuela. *Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: UNFPA; 2007.
 35. 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 Comunidade*. 2015;10(35):1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
 36. Hotimsky SN. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(24):215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100019>
 37. Mattar LD, Diniz CSG. *Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres*. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012;16(40):107-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
 38. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. *Bioética e humanização como temas transversais na formação médica*. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):482-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011>
 39. Organización Panamericana de la Salud. *Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF*. *Rev Panam Salud Pública*. 1997;1(6):481-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891997000600018>
 40. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. *Cad Saude Pública*. 2014;30(Supl 1):S17-S32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
 41. Diniz SG. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2009;19(2):313-26.
 42. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. *Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada*. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 23(2):190-7.
 43. Maia MB. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. Tese (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2008.

44. Diniz SG, d'Oliveira AFL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):94-101. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40657-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40657-7)
45. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saúde amanhã. A saúde dos brasileiros em tempos de crise: entre a mortalidade materna e o adoecimento coletivo. [cited 2015 Sep 01] Available from: <http://saudeamanha.fiocruz.br/sa%C3%BAde-dos-brasileiros-em-tempos-de-crise-entre-mortalidade-materna-e-o-adoecimento-coletivo>.
46. Rance S, McCourt C, Rayment J, Mackintosh N, Carter W, Watson K, *et al*. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? *BMJ Qual Saf*. 2013;22:348-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001295>
47. Fox D, Sheehan A, Homer C. Experiences of women planning a home birth who require intrapartum transfer to hospital: a metasynthesis of the qualitative literature. *Int J Childbirth*. 2014;4(2):103-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.4.2.103>
48. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton Kr, *et al*. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384 (9947): 980-1004. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)
49. Allotey PA, Diniz S, Dejong J, Delvaux T, Gruskin S, Fonn S. Sexual and reproductive health and rights in public health education. *Reprod Health Matters*. 2011;19(38):56-68. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38577-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38577-1)
50. ten Hoope-Bender P. a "midwife's midwife". *Lancet*. 2014;384:1129-45,1146-57. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61045-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61045-X)
51. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, *et al*. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
52. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(4):1059-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>
53. Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. Washington: Childbirth; 2015.
54. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, *et al*. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.1):S140-S153. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>
55. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar. [cited 2015 Sep 01] Available from: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar#sthash.NcJyu68Z.dpuf>.
56. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, *et al*. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(7):1765-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700015>
57. Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH/: a experiência da comissão perinatal. *Rev Tempus Actas Saude Coletiva*. 2010; 4(4): 191-9.

Abstract

Disrespect and abuse (in Brazil called obstetric violence), described by different terms, is increasingly used in social activism, in academic research and public policy formulation, and was recently recognized as a public health issue by the World Health Organization. As an innovative theme, it requires a mapping its origins, definitions, typology, impacts on maternal health and proposals for its preventing and remedy. We present a critical-narrative review about this issue, including academic literature, productions of social movements and institutional documents, in Brazil and internationally. After a short historical overview, we map the definitions and types of violence. The complex causation of these forms of violence is discussed, including the role of professional training, the organization of health services, and the implications for maternal morbidity and mortality. Finally we present interventions in public health that have been used or proposed to prevent and mitigate obstetric violence, and an agenda for innovation and research in this area.

Keywords: humanized birth, abuse and disrespect, violence against women, gender and health, human rights, patients rights, patient safety.