



Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras

Obstetric violence according to obstetric nurses

Violencia obstétrica en la visión de enfermeras obstetras

Michelle Gonçalves da Silva¹, Michelle Carreira Marcelino², Lívia Shélida Pinheiro Rodrigues¹, Rosário Carcaman Toro³, Antonieta Keiko Kakuda Shimo¹

Objetivou-se relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais. Este estudo baseia-se em um relato de experiência na atuação em diversas instituições de saúde, como unidade básica de saúde, hospitais privados e públicos, localizados no município de São Paulo/Brasil, em um período de 5 a 36 anos de formação técnica e atuação profissional de 1977 a 2013. A técnica para expor as experiências foi a de “tempestade de ideias”. Os resultados encontrados foram divididos em verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde e o despreparo institucional com ambientes desestruturados. Concluiu-se, por meio das falas das enfermeiras obstetras, inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho, havendo diferenças entre dois tipos de assistência ao parto: a obstetrícia baseada em evidências e o modelo assistencial tradicional.

Descritores: Violência contra a Mulher; Gênero e Saúde; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica.

The objective was to report the experience of obstetric nurses on the obstetric violence experienced, witnessed and observed during their professional careers. This study is based on an account of experience of working in several health institutions such as basic health units, private and public hospitals, located in São Paulo, Brazil, in a period 5-36 years of technical training and professional experience from 1977 to 2013. The technique to expose the professional experiences was brainstorming. The results were divided into violent utterances of health professionals to patients, unnecessary and/or iatrogenic experiences procedures performed by health professionals and the institutional unpreparedness with unstructured environment. It is concluded that through the speeches of the obstetric nurses there are several obstetric violence experienced and witnessed in their work routines, with differences between two types of delivery care: evidence-based obstetrics and traditional care model.

Descriptors: Violence Against Women; Gender and Health; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing.

El objetivo fue relatar la experiencia de enfermeras obstetras sobre la violencia obstétrica vivenciada, presenciada y observada durante sus carreras profesionales. Este estudio se basa en un relato de experiencia de trabajo en diversas instituciones de salud, como unidad básica de salud, hospitales privados y públicos, en São Paulo/Brasil, en un período de 5 a 36 años de formación técnica y actuación profesional de 1977-2013. La técnica para exponer las experiencias profesionales fue la “tempestad de ideas”. Los resultados se dividieron en expresiones violentas de profesionales de salud a las pacientes, procedimientos innecesarios e/o iatrogénicos por profesionales de salud y falta de preparación institucional con entornos no estructurados. En conclusión, a través de las hablas de las enfermeras obstetras, inúmeras violencias obstétricas vivenciadas y presenciadas en sus rutinas de trabajo, con diferencias entre dos tipos de atención al parto: la obstetricia basada en evidencias y el modelo de atención tradicional.

Descritores: Violencia contra la Mujer; Género y Salud; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica.

¹Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³Universidad de Concepción. São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, CEP: 13084-971. Campinas, SP, Brasil. E-mail: akkshimo@fcm.unicamp.br

Introdução

A maternidade é percebida por algumas mulheres como o início de um novo ciclo, um marco diferencial, que consagra a abrangência do papel feminino, embora a maioria das pacientes a associe com dor intensa e sofrimento, sendo um momento de grandes expectativas. Apesar de fisiológico, o trabalho de parto pode sofrer interferências do estado emocional, da cultura, dos valores, da história da parturiente e de fatores ambientais⁽¹⁾.

Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto segundo pesquisa realizada, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”. O conceito internacional de violência no parto define 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⁽²⁾.

A integridade corporal das mulheres e seu bem estar emocional parecem não ser desfechos relevantes para a saúde pública das mães; ainda são escassas as investigações nacionais sobre a satisfação da mulher com a experiência de dar à luz. Em outra medida e perspectiva, o desrespeito e abuso cometido por parte dos profissionais de saúde contra as mulheres na gestação e no parto, foi também comprovado pelo Teste da Violência Obstétrica, respondido por quase duas mil mulheres nos meses de março e abril de 2012, em que metade delas se disse insatisfeita com a qualidade do cuidado médico e hospitalar recebido para o nascimento de um filho⁽³⁾.

Como estratégia ao enfrentamento desta realidade brasileira, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Maternidade Segura que objetiva respeitar a dignidade humana, os sentimentos, as escolhas e preferências de todas as mulheres, portanto, é mais do que a prevenção de mortes e morbidades e sim o desenvolvimento de um olhar holístico sobre as mu-

lheres, abrangendo todo o biopsicossocial feminino⁽⁴⁾.

Ao direcionarmos nossos cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, devemos conhecer que toda mulher tem o direito legal a: receber tratamento livre de danos e maus-tratos, obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser tratada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, livre de discriminação e atenção equitativa, receber cuidados profissionais e ter acesso ao mais alto nível possível de saúde com liberdade, autonomia, autodeterminação e não-coerção⁽⁵⁾.

Praticar o desrespeito e abuso durante o pré-natal e parto são violações dos direitos humanos básicos das mulheres. Todos esses direitos são baseados em instrumentos de direitos humanos internacionalmente estabelecidos, incluindo: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, Pequim 1994⁽⁶⁾.

Para que a parturiente seja bem assistida neste momento peculiar de sua vida, cabe aos profissionais da saúde a criação e utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para a necessidade individual. Como exemplo, podemos citar os instrumentos legais e básicos que preparam o enfermeiro para o desenvolvimento de um cuidado holístico e respeitoso, tornando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal menos medicalizada como prega sua formação⁽⁷⁻⁸⁾.

A parturição pode ser percebida pela mulher como angustiante, uma vez que, a partir do momento em que é internada na maternidade, ela passa a não ter controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar. A mulher solicita a compreensão dos profissionais de saúde que estão ao seu redor, em geral a sua aproximação é com o enfermeiro⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco ou de risco habitual pode ser uma medida capaz de reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, oferecendo um cuidado mais integral à mulher e sua família⁽¹¹⁾. Por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2815/98, de 29 de maio de 1998, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento “parto sem distócia” ou parto normal, realizado pelo enfermeiro obstétrico, assegurando sua autonomia no cuidado obstétrico⁽¹²⁾.

Mediante os conceitos explicitados, as autoras despertaram para a necessidade de mudanças nesta realidade brasileira, ou seja, do modelo assistencial. Reuniram-se para discutirem esta temática importante e atual e compartilharem suas experiências sobre a violência obstétrica que presenciaram durante a trajetória profissional individual, levantando dados e identificando necessidades de mudanças.

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observadas durante suas trajetórias profissionais.

Método

Relato de experiências das autoras em suas trajetórias profissionais, no qual foram construídas em diferentes locais de trabalho, tipos e tempo de formação. Preocupadas com a temática e de acordo com situações experienciadas diariamente, as autoras decidiram desenvolver o presente estudo.

Os locais de trabalho que caracterizaram estas experiências profissionais estão inseridos no

município de São Paulo-SP, Brasil, sendo: Unidade Básica de Saúde, hospitais privados e/ou públicos (os hospitais públicos agregaram serviços estaduais e municipais) e Organizações Sociais de Saúde. Quanto aos setores hospitalares que foram palco destas experiências, destacam-se: Centro Obstétrico, Centro de Parto Normal, Maternidade e/ou Alojamento Conjunto e Berçário.

As enfermeiras participantes possuíam entre Especialização em Enfermagem Obstétrica, Residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Graduação em Obstetrícia.

O tempo de atuação destas enfermeiras obstétricas é ponto chave para reflexão da trajetória profissional na assistência prestada durante a gestação, parto e puerpério. Este tempo estendeu-se de 5 a 36 anos de atuação técnica em Obstetrícia, com a abrangência do período entre 1977 e 2013.

A técnica para expor as experiências foi a “tempestade de ideias”, sendo um momento de exposição de opiniões, reflexões e experiências vivenciadas por cada uma a respeito da temática em discussão. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Esta coleta ocorreu em um único encontro de aproximadamente seis horas em Setembro de 2013, porém a categorização e análise foram realizadas ao longo de cinco encontros entre o final do ano de 2013 e primeiro semestre de 2014, coordenados pela autora principal e orientadora.

Os dados foram tratados conforme a Técnica de Análise de Conteúdo Temático, a qual representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das falas, por meio das seguintes etapas: 1) Pré-análise: também chamada de “leitura flutuante”, momento no qual o material é organizado e as hipóteses e questões norteadoras são formuladas; 2) Exploração do material: é a codificação organizada dos dados brutos em unidades, por meio de três etapas, sendo elas: a) recorte: escolha das unidades de registro, b) enumeração: a seleção de regras de contagem e c) classificação e agregação:

escolha de categorias e 3) Tratamento dos resultados: é o momento de inferência e interpretação⁽¹³⁾.

Após o processo das etapas descritas e para melhor contextualização e interpretação dos dados levantados durante a reunião das autoras sobre a temática, os resultados estão apresentados em três temáticas: verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes; procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde; e o despreparo institucional para o parto humanizado.

Visando os preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, esclarecemos que nenhuma

informação contida neste estudo é proveniente da experiência de terceiros, portanto as próprias autoras são protagonistas do estudo.

Resultados

As verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes encontram-se expostas na Figura 1; os procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde, na Figura 2; e o despreparo institucional para o parto humanizado, na Figura 3.

Categoria profissional	Frases violentas
Médico e enfermeiro obstetra	<i>Na hora de fazer não gritou! Quem entrou agora vai ter que sair! É melhor seu marido não assistir o parto, senão ele ficará com nojo de você!</i>
Médico	<i>Na hora de fazer foi bom né... agora aguenta! Não grita... pois seu bebê não vai nascer pela boca! Você não pediu... agora aguenta! Por quê você não vai ter bebê na sua terra? Olha seu parto foi feito por uma enfermeira viu... eu sou médico... e não tenho nada a ver com isso.... então se complicar a culpa é da enfermeira e sua! Apagar a luz??? Isso é um parto ou um romance de novela mexicana? Agendando a cesárea... você pode escolher o dia e a hora do seu parto meu bem! É melhor fazermos cesariana... pois o parto normal esgarça a vagina e assim você pode preservar suas relações sexuais e dar mais prazer ao seu marido! Vamos fazer cesárea, pois o mundo evoluiu e você não precisa parir feito um animal com desconforto e muita dor... com a cesárea você não terá nenhum desconforto!</i>
Enfermeiro obstetra	<i>Abra as pernas, pois se não vai amassar a cabeça do bebê! Não grita se não o bebê sobe!</i>
Médico, enfermeiro obstetra e auxiliar de enfermagem	<i>Se não fizer força... seu bebê vai morrer e a culpa será sua! Tá internando uma pero que si pero que no! Mulher é um bicho sem vergonha mesmo.... sofre e grita e no próximo ano tá aqui de novo!</i>
Médico e auxiliar de enfermagem	<i>Fica quieta senão vai doer mais!</i>

Figura 1 - Verbalizações violentas dos diferentes profissionais de saúde que assistiram as pacientes

Categoria profissional	Procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos
Médico	<p>Abertura de episiotomia médio lateral direita após o desprendimento do recém-nascido para os residentes de Medicina aprenderem a fazer episiorrafia; Parto fórceps rotineiro para o aprendizado de estudantes de Medicina; Episiotomia rotineira e não seletiva; Mentir para a paciente quanto a sua dilatação ou vitalidade fetal para indicar cesariana devido a viagens e compromissos próprios; Indicação e realização de cesáreas eletivas com 36 semanas antes de feriados prolongados, Natal e Ano Novo; Decepação de um dedo do recém-nascido e cortes na cabeça realizados pelo bisturi durante a abertura da cavidade uterina na cesariana; Realização de parto cesárea em um feto de 5 meses por erro de cálculo na idade gestacional; Parturiente com planejamento familiar e autorização para laqueadura tubária, com cesárea agendada devido iteratividade e o profissional ciente de tudo esqueceu de realizar o procedimento de esterilização e a paciente somente foi informada na alta hospitalar; Parto cesárea eletivo forjando indicações que não são reais (macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita, entre outros); Realização de tricotomia perineal e fleet enema ante-parto; Manter a parturiente em jejum prolongado sem justificativas clínicas; Jejum para cesárea e curetagem uterina eletivas, superior à 12h; Amarrar as pernas na perneira da mesa ginecológica durante o parto normal; Consulta de pronto-atendimento obstétrico sem apresentação por parte do profissional e com impaciência de não permitir que a paciente verbalizasse suas queixas e logo ir "mandando" ela tirar a calcinha e deitar para ser examinada; Negar o fornecimento de cartão de pré-natal à gestante; Não permitir o contato pele a pele após o nascimento de bebês vigorosos e saudáveis por pressa em examiná-los; Realizar intubação oro-traqueal em recém-nascido vigoroso na sala de parto para rebaixar o índice de Apgar e promover a desacreditação do trabalho de enfermeiras obstetras na realização de partos normais; Anestesiologista impaciente, deu "tapinhas" na cintura da paciente e proferiu palavras de baixo escalão devido a movimentação dela nas contrações durante a raqui-anestesia.</p>
Médico e enfermeiro obstetra	<p>Tração excessiva do cordão umbilical para extrair a placenta; Não permitir o direito ao acompanhante no trabalho de parto e parto; Exame físico sem permissão e prévia apresentação do profissional e explicação do procedimento; Toques vaginais coletivos para a formação técnica; Redução digital de cólo; Manobra de Kristeller para apressar o nascimento; Amniotomia rotineira; Uso de hormônios sintéticos de forma rotineira e sem critérios para acelerar o parto, expondo o binômio a desconfortos, dores e riscos desnecessários; Proibição da escolha da paciente pela melhor posição para o parto; Exame físico sem privacidade e exposição da paciente para outras pacientes e acompanhantes.</p>
Médico, enfermeiro obstetra e auxiliar de enfermagem	<p>Referir-se à paciente pelo leito, patologia, centímetros de dilatação, paridade e não pelo seu nome; Discriminação quanto à etnia da parturiente; Atendimento grosseiro e profissionais irritados.</p>
Enfermeiro obstetra	<p>Exposição de nomes e diagnósticos das parturientes em painéis nos corredores; Organização deficiente na distribuição de leitos deixando as pacientes vítimas de abortos e óbito fetal junto com gestantes patológicas, parturientes ou puérperas em aleitamento materno.</p>
Médico, enfermeiro e enfermeiro obstetra	<p>Durante o pré-natal não preparar a gestante para o trabalho de parto e parto, assim como para a amamentação, não oferecendo nenhum tipo de informação, seja por orientações verbais, grupos de gestantes e oferta de materiais informativos; Não preencher corretamente o cartão de pré-natal.</p>
Médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem	<p>Oferta de leite artificial ou água com glicose à noite para o bebê acalmar e dormir melhor.</p>
Enfermeiro e auxiliar de enfermagem	<p>Confecção de chupeta com dedo de luva para acalmar o bebê e assim melhorar o conforto auditivo do profissional.</p>
Médico e enfermeiro	<p>Estipular horários restritos para que as mães visitem seus bebês na unidade de terapia intensiva neonatal.</p>

Figura 2 - Procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde

Estrutura hospitalar	Despreparo institucional
Estrutura física	Falta de espaço e conforto mínimo para acomodação dos acompanhantes.
Equipamentos	Mesas de parto ultrapassadas para uma assistência humanizada, nas quais somente promovem o parto na posição litotômica.
Ambiência	Ambientes pouco arejados; Intensa iluminação artificial; Inadequada iluminação natural; Falta de institucionalização do Alojamento Conjunto.
Administrativo	Falta ou não cumprimento de protocolos obstétricos, que visem a humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal; Falta de treinamento periódico de todos os colaboradores engajados na assistência.

Figura 3 - Despreparo institucional para o parto humanizado

Discussão

No momento do parto, a maior necessidade das mulheres é de apoio emocional⁽¹⁴⁾. O parto é um processo fisiológico que tem início e evolução por conta própria: o colo do útero começa a abrir, o útero começa a se contrair, o bebê começa a descer, e tudo vai ficando mais intenso, até que chega o momento do nascimento em si. Todo esse processo pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo⁽⁸⁾.

O cuidado obstétrico baseado em evidências é aquele que oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias⁽¹⁵⁾. Analisando as três temáticas de resultados, observamos despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da Obstetria, sejam médicos, enfermeiros, enfermeiros obstetras ou auxiliares de enfermagem. As violências praticadas por enfermeiros obstetras, cuja base de formação deveria ser holística e humanizada, surpreende⁽⁷⁾. Isso nos leva a refletir sobre como estão

sendo formados estes profissionais

Outra condição a favor da violência obstétrica constatada durante nossa discussão foi à falta de preparo institucional hospitalar, mesmo no Estado brasileiro considerado o mais desenvolvido que é São Paulo, nas mais diversas variações: estrutura física, estrutura com pessoal capacitado e estrutura de diretrizes assistenciais. Os hospitais brasileiros precisam se adequar aos direitos humanos das mulheres em seu ciclo gravídico puerperal, deixando estas estruturas tradicionais e ultrapassadas para trás e promovendo ambientes mais favoráveis à atuação holística dos profissionais, garantindo uma assistência mais digna à mulher e seu recém-nascido⁽¹⁶⁾. Uma boa alternativa para esta melhoria é a construção de Centros de Partos Normais, pois seus históricos de atuação têm os melhores resultados perinatais para partos normais, fisiológicos e de risco eventual⁽¹⁷⁾.

A assistência obstétrica sem respaldo científico, agressiva e que em muitas vezes viola os direitos humanos básicos das mulheres está atrelada ao modelo de parto vigente, como demonstram os resultados. Este modelo é alimentado por um sistema de formação e de saúde falhos, que não realiza adequada fiscalização das instituições de formação e de saúde, mesmo quando todos os indicadores de saúde materna e neonatal divergem dos recomendados pela ciência e órgãos de regulamentação.

A Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento elucida os mais recentes dados de nossa nação e aponta como o parto e nascimento em nosso país está cada vez mais violento, com números elevados e crescentes de uso de ocitocina sintética, episiotomias, manobras para acelerar o nascimento e cesarianas sem justificativa⁽¹⁸⁾.

Acreditamos que a Enfermagem Obstétrica pode fazer uma grande diferença nestas condutas posturais e violentas da assistência obstétrica atual que se perpetua desde o início do século XX, onde o parto foi institucionalizado, pois segundo a Organização Mundial da Saúde e reafirmado pelo Ministério da Saúde por meio de seu programa atual

de humanização da Rede Cegonha, é a categoria profissional mais preparada para a mudança deste histórico brasileiro e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento^(4,19).

Um passo inicial para o reaprendizado dos profissionais técnicos em Obstetrícia e formação de novos profissionais está no saber científico, cujos resultados nos encorajam a confiar na fisiologia do corpo feminino e em sua condição natural para parir e nos fornecem respaldo científico e legal para adoção de possíveis procedimentos necessários antes, durante e após o parto⁽²⁰⁾.

De encontro com as frases violentas e desrespeitosas de nossos resultados, nos deparamos com estudos que demonstram cuja maior necessidade para uma mulher em trabalho de parto está no manejo do controle emocional, pois as mulheres apontam como fator determinante para uma experiência de parto positiva a confiança na equipe a qual é assistida e ressaltam a importância do carinho, paciência e calma por parte dos profissionais, porém o que essas mulheres desconhecem é que esta atenção humanizada deve ser uma habilidade técnica inerente à obstetrícia⁽²¹⁾.

Contudo, acreditamos que esta humanização deva começar na primeira consulta de pré-natal, pois uma gestante que tenha recebido um bom preparo nesta fase seja, por orientações adequadas, participações em grupos de gestantes e até mesmo manipulação e reflexão de materiais informativos, chegam mais preparadas aos hospitais: emocionalmente, socialmente, fisicamente e detém melhor o conhecimento de seus direitos legais, para a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério mais facilitada e menos estressante⁽²²⁻²³⁾.

Um bom exemplo de boas práticas obstétricas são os sete passos propostos pela “Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos”, no qual a Enfermagem Obstétrica moderna pode se espelhar⁽²⁴⁾: 1) Explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela, e como ela pode colaborar. Promova

o direito à condição de pessoa, de sujeito da relação; 2) Conheça e respeite as evidências científicas. Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência; 3) Apesar de suas condições de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente com uma pessoa, com o devido respeito. Se você não tiver tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus colegas no serviço de saúde. Promova o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante; 4) Reconheça e promova o direito das pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência; 5) Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência; 6) Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução; e 7) Invista em você mesmo, busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar-se e reciclar-se. Você não está só: junte-se a uma rede de assistência ao parto humanizado.

Considerações Finais

Por meio desse relato de experiência de cinco enfermeiras obstétricas experientes e atuantes, consideramos que há inúmeras violências obstétricas, presenciadas e vivenciadas por elas em suas trajetórias profissionais e que há diferença entre os dois tipos de assistência ao parto: a Obstetrícia baseada em evidências e o modelo hospitalar tradicional tecnocrático, normalizado e comum, aquele que você vai encontrar em todo lugar: maternidades públicas, privadas e mistas, salvas raras exceções.

Portanto, faz-se necessário mudanças no modelo da assistência obstétrica, na grade curricular durante a formação dos profissionais técnicos em Obstetrícia, principalmente à categoria da Enfermagem Obstétrica, para diferenciação da formação médica tradicionalista, fato este que acontece há muitos

anos e pode ser comprovado pelos diferentes anos de formação e atuação de cada autora.

Porém, como profissionais atuantes e ativistas não podemos deixar de acreditar que a Enfermagem Obstétrica pode atualizar seus conhecimentos à luz das melhores evidências científicas disponíveis atualmente e garantir que as pacientes usufruam dos avanços dessas pesquisas.

Percebe-se uma preocupação do governo, pois o Ministério da Saúde por meio da sua área técnica em Saúde da Mulher em parceria com o Ministério da Educação e Ciência vem incentivando por meio de financiamento as instituições de Ensino Superior para formação de enfermeiros obstétricos, quer seja modalidade especialização *lato sensu* ou modalidade residência, vislumbrando, portanto, um salto de qualidade na assistência a mulher no processo de gravidez, parto e puerpério assim como no aumento do contingente de profissionais alinhados à rede-geogonha.

Colaborações

Silva MG participou na concepção, análise, interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. Marcelino MC, Rodrigues LSP e Toro RC participaram na concepção, interpretação dos dados e redação do artigo. Shimo AKK participou da análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Gallo RBS, Santana LS, Marcollin AC, Ferreira CHJ, Duarte A, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. 2011; 39(1):41-8.
- Venturi W, Bokany V, Dias G, Alba D, Rosas W, Figueiredo N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet]. 2010 [citado 2013 mar 21]. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
- Dip A. Na hora de fazer não gritou. Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo [Internet]. 2012 [citado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://www.apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>
- Ministério da Saúde (BR). Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Dailys GJ, Zoe DB, Marlen AA. Childbirth of medically supervised delivery from an anthropological perspective. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1893-902.
- Frenkel LA, Stinger G, Gray A. A guide for advocating for respectful maternity care.the white ribbon alliance [Internet]. 2013 [cited 2013 Sept 30]. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/RMC-Guide_FINAL.pdf
- Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi LA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. *Rev Rene*. 2008; 9(4):24-32.
- Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):29-35.
- Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):60-5.
- Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Rev Rene*. 2010; 11(n. esp.):92-8.
- Carvalho FAM, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Rene*. 2010; 11(1):86-93.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2815/98. Institui o procedimento de parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during

- childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 16(2):CD003766.
15. World Health Organization (WHO). More midwives needed to improve maternal and newborn survival. *Bull World Health Organ.* 2013; 91:804-5.
 16. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IS, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. Centros de parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(Esp2):1297-302.
 17. Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita NT. Centro de parto normal intra-hospitalar. 1ª ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2010.
 18. Escola Nacional de Saúde Pública. Inquérito Epidemiológico sobre as conseqüências do parto cesárea desnecessário no Brasil. Projeto Nascer no Brasil. [Internet]. 2011 [citado 2013 maio 1]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>
 19. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS/SRF/MSM; 1996.
 20. World Health Organization (WHO). Care in Normal Birth: a practical guide [Internet]. *Bull World Health Organ*; 2012 [cited 2013 sept 8] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf
 21. Larsson BW, Bojo AKS, Starrin B, Larsson G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *JCN.* 2011; 20(2):1168-77.
 22. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
 23. Santos MRC, Zellerkraut H, Oliveira LR. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *Mundo Saúde.* 2008; 32(4):420-9.
 24. Diniz CSG. "O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto". Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da saúde. São Paulo: USP; 2010.