

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-Goiás  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM



**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO  
INTEGRATIVA**

EMILY TALYTA DE FREITAS PARAÍSO

Goiânia-GO

2022

EMILY TALYTA DE FREITAS PARAÍSO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO  
INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Ciências Sociais e da Saúde e ao Curso de Enfermagem como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Eixo temático: Saúde da Mulher

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Silvia Rosa de Souza Tolêdo

Goiânia-GO

2022

EMILY TALYTA DE FREITAS PARAÍSO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO  
INTEGRATIVA

Aprovado em: 14/06/2022

BANCA EXAMINADORA:

---

**Prof<sup>a</sup> Me. Silvia Rosa de Souza Tolêdo – Orientadora**  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

**Prof<sup>a</sup> Me. Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro**  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite**  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo a Deus, que me presenteia todos os dias com a energia da vida, me capacitou durante todos esses anos e me deu forças para concluir esse trabalho.

Dedico aos meus pais Adair e Izanete que me incentivaram desde o início para que eu tivesse ânimo e coragem para alcançar meus objetivos e mesmo sem condições me fizeram chegar até aqui.

Dedico também, a minha vizinha Lázara (in memória), que quando estava doentinha com alguns curativos a ser feitos, e eu ainda no 3 ano do ensino médio, um pouco confusa sem saber ao certo qual curso faria, ela me chamava para ajudar a fazer os curativos e ao final sempre falava que eu daria uma boa enfermeira.

Minha vizinha plantou uma sementinha no meu coração, logo papai do céu a levou, mas a sementinha aqui dentro desabrochou e estou terminando minha graduação em enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pela dádiva da vida, pela saúde e por todas as bênçãos que ele me permitiu alcançar.

Aos meus pais Izanete e Adair, pela minha vida, pelos ensinamentos, pela excelente educação, que tem me conduzido ao bom caminho que tenho seguido. Gratidão por tudo que fizeram por mim, pelas orações na madrugada. Se cheguei até aqui, devo tudo a vocês e sei também que tiraram de onde não tinham, condições, para realizarem o meu sonho. Vocês são minha base, minha inspiração e sempre foram meu ânimo quando eu pensava em desistir. Vocês são minha força, meu estímulo para continuar seguindo em frente. Obrigada por tanto.

Aos meus irmãos Brenner e Bruno, que sempre foram minhas maiores alegrias, nos momentos difíceis e com a distância que nos separou ao longo desses 5 anos, quando me mandavam uma simples mensagem, tornaram meus dias mais leves.

Aos meus primos Lilaine e Gearley que desde o primeiro momento que falei em mudar-me para Goiânia para estudar, se puseram com prontidão e abriram as portas da sua casa para me receberem. Praticamente me adotaram, foram um paizão e uma mãezona pra mim aqui em Goiânia, obrigada por todo apoio.

Aos meus avós, tios, primos e amigos, obrigada por cada oração e por todo o apoio, cada um contribuiu um pouco para eu chegar até aqui, reconheço cada pequena ação e sou grata por todas.

A minha orientadora maravilhosa, um anjo que Deus colocou na minha vida para que esse trabalho fosse concretizado, eu a escolhi, mas tenho certeza que foi Deus que me deu sabedoria para escolhê-la. Ele sabia que eu precisava de muito mais que uma orientadora, eu precisava de uma pessoa paciente, que estivesse ali pra me ajudar a qualquer momento, e a professora Sílvia, foi incrível. Obrigada pela dedicação, compreensão, amizade e por ter sido meu braço direito na construção desse trabalho. Sem a senhora, nada disso seria feito.

## EPÍGRAFE

*“Eu faço da dificuldade a minha motivação. A volta por cima, vem na continuação.”*

*Charlie Brown Jr*

## RESUMO

**Introdução.** No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas de saúde entre as décadas de 30 e 70, com o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, constituído entre 1974 e 1978 cujo foco ideológico era voltado para a mulher no processo reprodutivo, abrangendo aspectos relativos à gravidez e ao parto (BRASIL, 2011a). **Objetivo.** Descrever ações potencializadoras no enfrentamento da violência obstétrica (VO) sofrida por mulheres nos serviços de saúde no Brasil, à luz de publicações científicas sobre o assunto no período de 2017 a 2021. **Metodologia.** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, caracterizada como método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Este tipo de estudo é fundamentado em seis fases que incluem: 1) Elaboração da pergunta norteadora; 2) Busca ou amostragem na literatura; 3) Coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Discussão dos resultados; 6) Apresentação da revisão integrativa. **Resultados e Discussões.** Encontrou-se um total de 91 artigos, sendo 72 artigos na LILACS, 67 artigos na BDENF e 4 na PubMed/MEDLINE. Após aplicação dos filtros de seleção, 07 artigos atenderam na íntegra aos critérios de inclusão. Os estudos enfatizaram o significado da violência obstétrica para mulheres, os fatores associados à humanização da assistência durante o processo de parto, bem como as estratégias de enfrentamento desse importante problema de saúde pública. Os resultados mostraram a ocorrência de violência obstétrica na realidade dos serviços de saúde e que há relação com a qualidade da assistência prestada. Obteve-se ainda que a mudança do modelo tecnocrático e intervencionista para o atendimento humanizado é árduo e lento no Brasil, apesar das iniciativas contidas no arcabouço jurídico sobre o tema. **Conclusão:** Concluiu-se que há necessidade de maiores investimentos, pesquisas, reflexões críticas e debates que envolvam o coletivo das instituições formadoras, dos serviços e da sociedade, para a agregação de competências que sejam capazes de fomentar a implementação de ações transformadoras e concretas no enfrentamento à violência obstétrica no Brasil.

**Descritores:** violência obstétrica; saúde da mulher; enfermeiro, saúde pública

## ABSTRAT

**Introduction.** In Brazil, women's health care was incorporated into health policies between the 1930s and 1970s, with the National Program for Maternal and Child Health, created between 1974 and 1978, whose ideological focus was on women in the reproductive process, covering aspects related to pregnancy and childbirth (BRASIL, 2011a). **Goal.** To describe potentiating actions in the fight against obstetric violence suffered by women in health services in Brazil, in the light of scientific publications on the subject from 2017 to 2021. **Methodology.** This is an integrative literature review, characterized as a method that provides the synthesis of knowledge and the incorporation of the applicability of results of significant studies in practice. This type of study is based on six phases that include: 1) Elaboration of the guiding question; 2) Search or sampling in the literature; 3) Data collection; 4) Critical analysis of included studies; 5) Discussion of results; 6) Presentation of the integrative review. **Results and discussions.** A total of 91 articles were found, 72 articles in LILACS, 67 articles in BDENF and 4 in PubMed/MEDLINE. After applying the selection filters, 07 articles fully met the inclusion criteria. The studies emphasized the meaning of obstetric violence for women, the factors associated with the humanization of care during the birth process, as well as the strategies to face this important public health problem. The results showed the occurrence of obstetric violence in the reality of health services and that it is related to the quality of care provided. It was also found that the change from the technocratic and interventionist model to humanized care is arduous and slow in Brazil, despite the initiatives contained in the legal framework on the subject. **Conclusion.** It was concluded that there is a need for greater investments, research, critical reflections and debates that involve the collective of training institutions, services and society, for the aggregation of skills that are capable of promoting the implementation of transformative and concrete actions in confronting obstetric violence in Brazil.

**Descriptors:** obstetric violence; women's health; nurse public health

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1.</b> Caracterização do perfil das publicações científicas sobre a violência obstétrica e o enfrentamento desse importante problema de saúde pública, conforme estudos incluídos no período de 2016 a março de 2022.....	28
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

### **B**

BDENF: Base de Dados de Enfermagem

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

### **C**

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

CRM: Conselho Regional de Medicina

### **D**

DeCs: Descritores em Ciências da Saúde

### **H**

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

### **L**

LILACS: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

### **M**

MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MMDH: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

MS: Ministério da Saúde

### **N**

NV: Nascidos Vivos

### **O**

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

### **P**

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN: Programa de Humanização do Pré natal e Nascimento

PUBMED:

PUC: Pontifícia Universidade Católica de Goiás

### **S**

SIS: Sistema de Informações em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

### **V**

VO: Violência Obstétrica

# SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	15
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	15
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	15
<b>3- JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>4- REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
<b>4.1- Saúde da mulher no contexto do atendimento integral</b> .....	17
<i>4.1.1 - Tipos de violência contra a mulher</i> .....	18
<b>4.2- A realidade da violência contra a mulher: abordagens e desafios</b> .....	19
<b>4.3 - Violência obstétrica: o que fazer e como agir diante da situação</b> .....	22
<i>4.3.1 - Tipos de violência obstétrica</i> .....	23
<b>5- METODOLOGIA</b> .....	25
<b>5.1- Tipologia</b> .....	25
<i>5.1.1 - 1ª Etapa: elaboração da pergunta norteadora</i> .....	25
<b>5.2- 2ª Etapa: busca ou amostragem na literatura</b> .....	25
<i>5.2.1 - Seleção do Material</i> .....	26
<i>5.2.1.1- Critérios de inclusão</i> .....	26
<i>5.2.1.2- Critérios de exclusão</i> .....	26
<b>5.3- 3ª Etapa: coleta de dados</b> .....	26
<b>5.4- 4ª Etapa: análise crítica do material selecionado</b> .....	27
<b>5.5- 5ª Etapa: discussão dos resultados</b> .....	27
<b>5.6- 6ª Etapa: apresentação da revisão integrativa</b> .....	27
<b>6- RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	28
<b>7- CONCLUSÃO</b> .....	36
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	43

## 1- INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas de saúde entre as décadas de 30 e 70, com o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, constituído entre 1974 e 1978 cujo foco ideológico era voltado para a mulher no processo reprodutivo, abrangendo aspectos relativos à gravidez e ao parto. O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, no qual propôs a inclusão da perspectiva de gênero, raça e etnia e da diversidade, ultrapassando os limites da saúde reprodutiva. Em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) pelo MS com nova proposta situada na mulher como sujeito da cidadania, com destaque para direitos à saúde de forma holística (BRASIL, 2011a).

A PNAISM abrange mulheres nos diferentes ciclos de vida, independente de classe social, raça/ etnia, religião, idade e nível de escolaridade e contempla a promoção da melhoria das condições de vida e saúde feminina. Essa política destaca diretrizes, voltadas para mulheres que se encontram em situação de violência. Assim, sobressai a relevância da organização e articulação dos serviços de saúde por meio das redes integradas de atendimento, a fim de promover ações de saúde e prevenção da violência contra a mulher (BRASIL, 2011a).

A Organização Mundial de Saúde refere a violência como um ato de brutalidade, constrangimento, abuso, proibição, desrespeito, discriminação, imposição, invasão, ofensa, agressão física, psíquica, moral ou patrimonial contra alguém, caracterizando relações que se baseiam na ofensa e na intimidação pelo medo e pelo terror (WHO, 2013). As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada (OPAS, 2021).

O conceito internacional de violência obstétrica define 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, aos seus sentimentos, opções e preferências (FICAGNA *et al.*, 2022; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013). A violência por parte do parceiro se refere ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e

comportamentos de controle, sendo constatado como um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres (OPAS, 2021).

De acordo com a OMS, estimativas globais indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida. Uma grande parte dos casos de violência é causada por parceiros. Em esfera mundial, aproximadamente um terço (30%) das mulheres que teve um parceiro, alegam ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual na vida por parte deste. Em todo o mundo, 38% dos assassinatos de mulheres são executados por um homem. A violência pode causar mal à saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, e pode aumentar a vulnerabilidade ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis (OPAS, 2021).

Foi destacado pela Organização das Nações Unidas, a fala de Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS, ao referir que a violência contra as mulheres é endêmica em todos os países e culturas, causando danos a milhões de mulheres e suas famílias, e foi agravada pela pandemia de COVID-19 (ONU, 2021). Estudos revelam que a cada minuto morre no mundo uma mulher em virtude de complicações da gravidez e do parto, e, para cada mulher que morre, outras trinta sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde (NUNES *et al.*, 2017).

No Brasil, a vigente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, descreve princípios e diretrizes para ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde em todas as dimensões de atendimento. Tem-se que as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do sistema público de saúde, composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988 pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2011a). Em 1990, o Brasil apresentava taxa de mortalidade materna de 120 /100.000 nascidos vivos (NV), de 85/100.000 NV em 2000 e 69/100.000 NV em 2013. O Brasil é classificado como “progredindo” em relação à melhoria da saúde materna pelo declínio anual da taxa de mortalidade materna (NUNES *et al.*, 2017).

No final da década de 2000, adotaram um relativo consenso para que a mortalidade materna pudesse ser reduzida por intermédio da consolidação dos sistemas de saúde para a proposta de serviços agregados, ininterruptos e de qualidade para mulheres durante e após a gestação, na atenção de rotina e na emergência. A inserção do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde, e, em 2011, a associação da Rede Cegonha, que é uma estratégia veiculada pelo governo federal, visam proporcionar acesso a assistência no pré natal, qualidade de vida e bem estar durante a gestação,

parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (MENDES *et al.*, 2020; NUNES *et al.*, 2017).

Entretanto, no território brasileiro, segundo a Fundação Perseu Abramo (2013), 1 em cada 4 mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência no atendimento ao parto, evidenciada pela restrição de direitos garantidos por lei, como o direito à presença de um acompanhante desde a admissão hospitalar até o momento da alta. Ressalta que um tipo de violência obstétrica muito comum na América Latina é a episiotomia indiscriminada. Evidências científicas mostram que a episiotomia tem indicação em cerca de 10% a 20% dos casos, contudo é praticada em mais de 90% dos partos hospitalares.

Estudos ressaltam que o Brasil é o campeão mundial de cirurgias cesarianas com 56% dos partos. Esse número se refere à totalidade dos nascimentos, e aumenta para 88% se observado apenas no sistema particular de saúde, enquanto que a OMS recomenda um índice de 10% a 15%, para maior segurança e redução da mortalidade materna e neonatal (FICAGNA *et al.*, 2022).

Nessa direção, estudos destacam a significância do atendimento de qualidade pelo sistema de saúde. A assistência de pré-natal eficaz, é fundamental realizar todas as consultas sugeridas, o profissional da saúde deve ter conhecimento de quantas gestantes tem em sua comunidade e informá-las sobre o pré natal, logo no início do 1º trimestre da gravidez. Também é importante dar suporte e ajudar a gestante a marcar sua primeira consulta, realizar o cadastro da gestante no SISPrenatal, fornecer e preenchimento do cartão pré-natal, esclarecer sobre o calendário de vacinas e os exames preconizados, dentre outras ações de promoção da saúde (BRASIL, 2011a; NUNES *et al.*, 2017; TOMASI *et al.*, 2019).

Diante da magnitude da abordagem sobre a violência obstétrica enquanto problema de saúde pública e da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto, para a saúde integral da mulher, este estudo baseia-se na seguinte questão norteadora: quais ações podem potencializar o enfrentamento da violência obstétrica nos serviços de saúde?

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo Geral**

Descrever ações potencializadoras no enfrentamento da violência obstétrica sofrida por mulheres nos serviços de saúde no Brasil, à luz de publicações científicas sobre o assunto no período de 2016 a março de 2022.

### **2.2- Objetivo específico**

Caracterizar o perfil das publicações científicas sobre a violência obstétrica e o enfrentamento desse importante problema de saúde pública, conforme estudos incluídos no período de 2016 a março de 2022.

### **3- JUSTIFICATIVA**

Abusos sofridos por mulheres quando procuram serviços de saúde na hora do parto, é definida como violência obstétrica. Esses abusos podem ser tanto físicos quanto psicológicos e tais acontecimentos tornam-se um dos momentos mais traumáticos na vida de uma mulher. Diferentes estudos reforçam que a violência obstétrica é um tipo de violência de gênero, e ela não gera apenas a interrupção da expectativa otimista da mulher associada à gestação e ao parto, mas também evidencia a desintegração da maternidade que está em construção, podendo até afetar o vínculo da mãe com o recém-nascido.

Além de ser um tipo de violência que só aflige mulheres, em específico por somente às mesmas passarem pela experiência da gestação e do parto, comportamentos, condutas ou alguns procedimentos realizados de maneira desrespeitosos, a qual deixa a paciente desconfortável, podem estar relacionadas à estereótipos do que uma mulher deveria ou não fazer, sendo considerado então, violência obstétrica.

Durante a graduação em Enfermagem na PUC Goiás, observei a importância da temática e do papel do profissional enfermeiro no atendimento à mulher durante o período gravídico puerperal, o que despertou o interesse em ampliar conhecimentos teóricos e práticos sobre as melhores condutas no enfrentamento de violências cometidas contra a mulher.

Outro aspecto de relevância que motivou o estudo do tema, advém de experiências negativas durante o parto, relatadas por familiares. Os relatos evidenciaram a fragilidade do serviço de saúde utilizado, com ênfase na ocorrência de intervenções inadequadas ou pouco elucidativas quanto às informações seguras sobre as situações vivenciadas.

Diante disso, a finalidade deste estudo é destacar as produções científicas sobre o tema como mecanismo capaz de ampliar o conhecimento e a disseminação de informações seguras que empoderem profissionais de saúde e usuários sobre os fatores que estão associados à violência obstétrica.

## 4- REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1- Saúde da mulher no contexto do atendimento integral

A saúde é um direito humano essencial, que pode ser entendida como um mecanismo para a vida, não se resumindo à inexistência de doenças, mas à presença do bem estar físico e psicológico. Houve importantes avanços na apreensão teórica e conceitual de saúde, entendida como resultado de um desenvolvimento de produtividade comunitária que profere a qualidade de vida dos indivíduos. No âmbito do serviço prestado à saúde da mulher, para que a concepção de integralidade seja de fato executado, é absolutamente preciso modificar a perspectiva comum respaldada nos aspectos anátomo-fisiológicos do sexo feminino em uma condução voltada para as inquirições relacionadas as características de gênero (PEDROSA, 2005; DALMOLIN *et al.*, 2011).

Assim, o campo da saúde precisa trabalhar no aspecto da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura que abranja, perceba e respeite as peculiaridades sociais e culturais, e que estejam centradas nas necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável (PEDROSA, 2005).

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, tem-se a observância da situação de violência que acomete essa parcela da população. A violência é um problema social e de saúde pública e foi definida pela Organização Mundial da Saúde como o uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (SACRAMENTO; REZENDE, 2006; OMS, 2002).

Para fortalecer o enfrentamento à violência contra a mulher, instituiu-se no Brasil, a Lei 11.340 de 2006 ou Lei Maria da Penha, a qual reconhece a violência contra as mulheres como violação dos direitos humanos (MARTINS, CERQUEIRA; MATOS, 2015). A lei contempla cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher, que incluem a violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. Esses meios de agressão são complexas e têm graves consequências para a mulher vítima. Todos esses tipos de violência perpetradas contra a mulher devem ser denunciadas (IMP, 2018).

A Lei Maria da Penha, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do parágrafo 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

#### *4.1.1 - Tipos de violência contra a mulher conforme legislação vigente no Brasil.*

1. Violência física é tida como qualquer ação que vulnere a dignidade, integridade ou saúde corporal ou bem estar da mulher. Espancamento, estrangulamento ou sufocamento, tortura, ferimentos ocasionados por armas de fogo ou queimadura, atirar objetos, sacudir, apertar os braços e lesões com objetos cortantes ou perfurantes, são alguns exemplos de violência física.
2. Violência psicológica é vista como qualquer maneira que causa prejuízo emocional e perda da autoestima, lese ou importune o desenvolvimento íntegro da mulher, ou tencione infamar ou limitar suas condutas, hábitos, comportamentos, crenças e escolhas. Intimidação, coação, submissão, domínio, manipulação, isolamento, impedir de estudar e viajar, não deixar falar com amigos e parentes, vigilância constante, impertinência, perseguição, afronta, extorsão, tirar vantagem, limitar o direito de ir e vir, zoação, adulterar ou ocultar acontecimentos a qual poderá deixar a mulher com incerteza sobre a sua memória e sanidade, são exemplos de violência psicológica.
3. Violência sexual é qualquer ato que deixe a mulher incomodada ou aborrecida ao assistir ou ao participar de relação sexual não almejada por meio de ameaça, coação, intimidação ou uso de força. Estupro, forçar a mulher a praticar atos sexuais que lhe tragam desconforto ou repulsa, vetar o uso de métodos contraceptivos ou obrigar a mulher a abortar, a casar, a engravidar ou prostituir por meio de ameaça, usurpação ou suborno, reprimir ou afligir a atividade dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, são exemplos de violência sexual.
4. Violência patrimonial é qualquer conduta que caracterize posse, extração, aniquilação parcial ou total de seus bens, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, preceitos e

direitos ou artifícios econômicos, incluindo os determinados a corresponder às suas necessidades. Vistoriar o dinheiro, não pagar pensão alimentícia, destruir documentos pessoais, roubo, estelionato, privatização de bens, de valores ou de recursos econômicos, acarretar infortúnio intencionais a objetos da mulher ou das quais ela goste, são exemplos de violência patrimonial.

5. Violência moral é qualquer atitude que procede à calúnia, difamação, maledicência ou injúria. Incriminar a mulher de traição, emitir juízos morais sobre a conduta, gerar críticas dissimuladas, expor a vida íntima, humilhar a mulher através de xingamentos que infligem sobre o seu caráter e desdenhar a vítima pelo jeito de se vestir, são exemplos de violência moral.

6. Violência obstétrica entendida como grave violação à autonomia das mulheres, aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Caracterizada como: violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital, respaldada pela Lei 11.634/2007 (BRASIL, 2007). Impedimento de entrada de acompanhante, conforme disposto na Lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005).

Esse tipo de violência abrange a violência psicológica, tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual e número de filhos; impedimento de contato com o bebê; impedimento ao aleitamento materno; a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado; o uso de ocitocina sem consentimento da mulher; a manobra de Kristeller, pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê; a proibição de a mulher se alimentar ou de se hidratar e obrigar a mulher a permanecer deitada (CONJUR, 2018).

#### **4.2 - A realidade da violência contra a mulher: abordagens e desafios**

O Brasil está entre os países com maior número de violência contra a mulher. O Dia Internacional de Combate à Violência contra a Mulher foi criado em 1981, e é comemorado em 25 de novembro. A data é celebrada como um momento de reflexão com a intenção de sensibilizar a luta contra a violência motivada por gênero. A data foi criada no Primeiro Encontro Feminista Latino-americano e Caribenho, na Colômbia, como forma de homenagear

às irmãs Mirabal (Pátria, Minerva e Maria Tereza), cruelmente perseguidas e assassinadas pelo ditador da República Dominicana Rafael Trujillo. O episódio causou uma comoção nacional que levou à queda do ditador (SMSJCR, 2020).

Dados divulgados sobre a violência contra a mulher no Brasil, informam que 1,6 milhão de mulheres sofreram espancamento ou tentativa de estrangulamento em 2018, o que representa três agressões por minuto (CERQUEIRA, 2021). Os dados revelam que 76,4% das mulheres indicaram que o agressor era um conhecido. Dentre os fatores associados à violência física sofridas por mulheres, por seus parceiros íntimos, estão a menor escolaridade e renda, pertencer a minorias étnicas, possuir deficiência cognitiva ou física, condições associadas à formação cultural e dinâmica relacional e exposição à violência durante a infância. Os estudos mostram que a inserção de mulheres no mercado de trabalho e na comunidade, bem como o apoio social e de redes, agem como fatores de proteção para esse tipo de violência (MOROSKOSKI *et al.*, 2021; AIZPURUA *et al.*, 2021; GERINO *et al.*, 2018).

Com a pandemia de covid-19, notou-se um significativo aumento nas estatísticas de violência cometida contra a mulher, o que pode estar relacionado ao fato de que com o confinamento obrigatório, milhares de mulheres tiveram que passar o isolamento social junto com seus agressores. Segundo dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMDH), em um mês de quarentena, as denúncias de feminicídio por telefone aumentaram 40%. Porém, esse índice não corresponde com precisão à realidade, pois os números são ainda maiores (SMSJCR, 2020).

Estudos informam que os relatos de brigas de casal feitas por vizinhos nas redes sociais aumentaram 431%. Muitas vezes a violência acontece dentro de casa, e segundo dados divulgados, em 2019, 78% dos crimes foram cometidos por parceiros que têm ou tinham relacionamentos amorosos com as vítimas. Identificou-se que dentre um percentual de 87% das brasileiras, algumas nunca ouviram falar da Lei Maria da Penha, nem como este regulamento pode ampará-las, sendo que o indicador mensurado em anos anteriores era de até 95% (SMSJCR, 2020; CERQUEIRA; 2021).

Conforme já mencionado, no Brasil, a Lei Maria da Penha, emergiu como uma possibilidade jurídica para resguardar os direitos da mulher, a qual refere que a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos. Apesar disso, o crescente número de casos de violência contra a mulher em suas relações domésticas e afetivas promove inquietações sobre a aplicabilidade e eficácia desta Lei. Apesar do inegável paradigma para o tratamento dos casos de violência doméstica contra a mulher a partir da Lei em questão, órgãos e instituições públicas ainda não estão preparados para atender

essa demanda. Contudo, mesmo após a entrada em vigor da Lei Maria da Penha no ano de 2006, as denúncias de violência doméstica aumentaram significativamente no Brasil (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A violência contra as mulheres está acontecendo cada vez mais cedo em suas vidas. Em um estudo recente, a Organização Mundial da Saúde relatou que 25% das adolescentes e jovens, de 15 a 24 anos, já foram vítimas da violência de gênero. Mesmo com o empenho do governo e da sociedade civil, em esfera global o número de mulheres que sofrem violência permanece em torno de um terço, sem alteração ou melhoras na última década. Segundo o diretor da OMS, Tedros Ghebreyesus, a violência contra as mulheres está presente em todos os países, culturas e causa danos a milhões de mulheres e famílias, situação que foi gravemente degradada com a pandemia da Covid-19 (ONU, 2021a).

Dados de pesquisas sobre a violência contra a mulher no mundo, informando que das 736 milhões de mulheres vítimas da violência em 2021, 641 milhões denunciaram que foram agredidas pelo próprio cônjuge, enquanto as outras, representadas por 6% das mulheres violentadas, reportaram ataques sexuais por alguém que ela não tinha convivência íntima. Esse número pode ser ainda maior, levando em consideração as vítimas que não têm coragem de denunciar o seu agressor, por serem ameaçadas pelos mesmos. Os relatos acima são de novos estudos da OMS, em parceria com um grupo de trabalho da ONU. Foram apresentadas coletas de 2000 a 2018, com informações atualizadas em 2013. Além dos resultados chocantes, vale lembrar que, não foi incluída neste estudo, a situação intensificada com a Covid-19, desde dezembro de 2019, com o surgimento da doença na cidade de Wuhan, na China (ONU, 2021a).

Notou-se que a violência contra as mulheres é maior em países que tem altos índices de pobreza, com a renda baixa ou média-baixa. Uma porcentagem de mais ou menos 37% das mulheres entre 15 e 49 anos, em países pobres sofrem tanto violência física quanto sexual de seu companheiro, em alguns lugares este número sobe para a metade. As regiões da Oceania, Sul da Ásia e África Subsaariana tiveram as maiores taxas entre mulheres de 15 a 49 anos. As menores ocorreram na Europa (de 16% a 23%), Ásia Central (18%), Ásia Oriental (20%) e Sudeste da Ásia (21%). Já na América Latina e Caribe e na América do Norte, a taxa é de 25% cada. A região menos violenta é o sul da Europa com 16% (ONU, 2021a).

A prevenção da violência, segundo a perspectiva da Organização das Nações Unidas, requer o enfrentamento de desigualdades socioeconômicas, acesso à educação e ao trabalho seguro, além de mudanças de normas e instituições discriminatórias. Muitas medidas têm que ser tomadas, uma delas é, os países promover e colocar em prática que os salários devem ser iguais para homens e mulheres que executam o mesmo cargo (ONU, 2021b).

### 4.3 - Violência obstétrica: o que fazer e como agir diante da situação

A principal fonte de composição do conceito é proveniente da Lei Orgânica dos Direitos da Mulher a uma Vida Livre de Violência, aprovada em novembro de 2006 na Venezuela, que se tornou o primeiro país a promulgar uma lei que caracteriza a Violência Obstétrica como de apropriação do corpo feminino e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde. Isso foi expressado pelo tratamento desumano, uso abusivo da medicalização e intervenções desnecessárias nos processos fisiológicos, levando à perda de autonomia e liberdade de escolha e afetando negativamente a qualidade de vida das mulheres. A expressão violência obstétrica foi reconhecida como uma forma de violência contra a mulher e um grave e importante problema social, político e público (JARDIM; MODENA, 2018).

O conceito *disrespect and abuse during childbirth* tem sido internacionalmente utilizado para designar o que no Brasil é denominado violência obstétrica, violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto. Assim, a VO se identifica como qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. A violência obstétrica foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês (DINIZ *et al.*, 2015; LANSKY *et al.*, 2019; OMS, 2014).

No Brasil, em 2017 o Ministério da Saúde publicou as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, visando a implementação da Política Nacional da Humanização do Parto e Nascimento. De acordo com a Câmara Municipal de São Paulo (2020), a VO é um tipo de violência de gênero que abrange os abusos sofridos por mulheres gestantes ao procurarem serviços de saúde para realizar seu parto. Essas negligências acontecem tanto na forma física quanto psicológica, tornando muitas das vezes, um momento que deveria ser único e lindo em um momento traumático para a mãe. São ocasionadas pelos profissionais de saúde, bem como por falhas na estrutura de clínicas e hospital/maternidades públicas ou particulares.

Para algumas mulheres, a maternidade é o início de um novo ciclo em sua vida, um marco diferencial, que autentica a dimensão do papel feminino, a maioria das mulheres associa esse novo ciclo com muita dor intensa e sofrimento, gerando um momento de grande ansiedade com muitas expectativas. Embora seja fisiológico, o trabalho de parto pode sofrer interferências do estado emocional, da cultura, dos valores, da história da parturiente e também de fatores ambientais. Os autores ressaltam o conceito de violência no parto como qualquer ação ou

intervenção direcionada a parturiente ou ao seu bebê, realizada sem autorização ou consentimento da mulher. Também é considerada violência no parto, quando os profissionais de saúde não respeitam as vontades da paciente, tiram sua autonomia e desrespeitam sua integridade física e mental. Vale lembrar que comentários maldosos em forma de “brincadeira”, também é considerado violência (SILVA *et al.*, 2014).

#### 4.3.1 - Tipos de violência obstétrica

Destaques feitos pela Câmara Municipal de São Paulo (2020) consideram como tipos de violência obstétrica as seguintes situações.

1. Negação: quando o serviço nega atendimento, internação ou tratamento a mulher em trabalho de parto, a humilha verbalmente ou fisicamente, desconsidera suas necessidades e suas dores, faz uso desnecessário de medicamentos ou de alguma prática invasiva, quando há intervenções médicas forçadas ou coagidas, falta de humanização ou tratar a parturiente de forma rude
2. Discriminação: quando a parturiente sofre violência no parto, por preconceito com a sua idade, raça, origem étnica ou econômica, status de HIV, não-conformidade de gênero
3. Violência de gênero: só afeta as mulheres, por somente elas passarem pela experiência da gestação e do parto. Comentários ou condutas ofensivas, muitas das vezes, podem estar associadas a estereótipos ligados ao gênero feminino. Em alguns casos, os profissionais de saúde que deveriam estar ali para dar apoio, se sentem no direito de falar para a parturiente como ela deve se comportar naquele momento, o profissional que agir dessa maneira, está ultrapassando a normalidade aceitável
4. Negligência: falta de cuidado ou de atendimento necessário que garanta a saúde da mãe e do bebê.

A integridade corporal das mulheres e seu bem estar emocional são dois desfechos importantes de grande relevância para a saúde pública das mães, porém precisam de maior atenção. No Brasil ainda é bem escasso as investigações sobre o contentamento da mulher com a experiência de dar à luz. O Programa Maternidade Segura desenvolvido pelo Ministério da Saúde busca melhorar o enfrentamento desta realidade no Brasil. O Programa objetiva respeitar a dignidade humana, as escolhas, preferências de todas as mulheres e os seus sentimentos, porém sua função maior além de prevenir mortes e morbidades, é desenvolver um olhar holístico sobre as mulheres, incorporando todo o biopsicossocial feminino (SILVA *et al.*, 2014).

A mulher tem o direito legal, antes, durante e após o parto, de receber tratamento, livre de danos e maus-tratos, ser bem informada, ter consentimento sobre todo o procedimento durante o parto, tendo possibilidade de recusa e saber que é direito seu ter suas escolhas e preferências respeitadas. É também direito da parturiente ser acompanhada durante a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser examinada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, não sofrer qualquer tipo de discriminação, receber cuidados profissionais de qualidade, com liberdade, autonomia, autodeterminação e não-coerção (SILVA *et al.*, 2014; BRASIL, 2005).

O Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 2.232 em 2019, a qual estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. O paciente tem direito de recusar qualquer prática sugerida por seu médico, e é dever do médico respeitar a recusa, mas informando os riscos e consequências previsíveis de sua decisão. A recusa terapêutica é assegurada a paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente (CRF, 2019; MARINHO, 2020).

Para denunciar qualquer tipo de violência obstétrica, deve-se procurar as secretarias Municipais, Estaduais ou Distritais de saúde. Quando o causador da violência se tratar de profissional médico, o denunciante deverá procurar o Conselho Regional de Medicina (CRM). Caso a violência seja proveniente de enfermeiro ou técnico de enfermagem deve ser feita a denúncia junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN). As denúncias também podem ser feitas pelo número 180 (MARINHO, 2020).

## **5- METODOLOGIA**

### **5.1- Tipologia**

Revisão integrativa, constituída como método que possibilita a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Este tipo de estudo fundamenta-se em seis fases compostas por: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados; (6) apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

#### *5.1.1 - 1ª Etapa: elaboração da questão norteadora*

A primeira etapa, pertinente à pergunta norteadora, baseou-se em abordagem científica sobre o assunto, com leituras temáticas e vivências teóricas e práticas durante a graduação do curso de Enfermagem e também no campo pessoal por meio de experiências familiares quanto a violência obstétrica.

Considerou-se a importância da atuação do profissional enfermeiro, no contexto da interprofissionalidade, para a redução da violência obstétrica, considerada um problema de saúde pública recorrente no mundo. Outro aspecto que embasou a pergunta norteadora foi o conhecimento pertinente a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e as diretrizes que a regem, bem como as legislações nacionais que visam impactar no enfrentamento da violência contra a mulher.

Esse tipo de estudo dispensa a apreciação do comitê de ética em pesquisa, conforme critérios estabelecidos pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Definiu-se como pergunta deste estudo: quais ações podem potencializar o enfrentamento da violência obstétrica nos serviços de saúde?

#### **5. 2- 2ª Etapa: busca ou amostragem na literatura**

Na segunda etapa, para a busca e a amostragem na literatura, foram realizados o levantamento de leituras minuciosas, detalhadas e interpretativas dos títulos, resumos, resultados e conclusões de artigos, com vistas a proceder à coleta de informações coerentes sobre o tema de estudo. Posteriormente a leitura dinâmica e seletiva de forma exploratória possibilitou aprofundar os conhecimentos, para extrair e descrever os aspectos pertinentes aos objetivos pretendidos.

Para filtrar e registrar as informações de interesse da pesquisa foi produzido pela pesquisadora, um instrumento de coleta de dados, que permitisse incluir os achados de forma abrangente e ampla.

Foram utilizados artigos completos publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde/Base de dados de Enfermagem (BVS/BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores (DeCs) violência obstétrica; saúde da mulher; enfermeiro, saúde pública, foram articulados pelos operadores booleanos AND/OR e contemplou publicações no período de 2016 a março de 2022.

### *5.2.1 - Seleção do Material*

Para a seleção do material pertinente à temática Violência Obstétrica, realizaram-se buscas de artigos nas bases de dados LILACS, BVS (BDEnf), e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE), no período de 2016 a março de 2022, com vistas a responder aos objetivos elencados neste estudo. Posteriormente, procedeu-se a leitura dinâmica a fim de construir os fichamentos dos estudos encontrados para subsidiar a seleção dos artigos a serem incluídos.

#### *5.2.1.1 - Critérios de inclusão*

Estudos publicados em língua vernácula e inglesa que contemplaram como tema central a violência obstétrica enquanto problema de saúde pública; assistência de enfermagem do pré-natal ao parto e saúde integral da mulher; estudos completos disponíveis em meio eletrônico, gratuitos e publicados nas bases de dados LILACS, BVS (BDEnf), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE) no período de 2016 a março de 2022.

#### *5.2.1.2 - Critérios de exclusão*

Indisponibilidade do artigo completo em meio eletrônico; estudos em duplicidade e relatos de experiência; publicações fora do período do estudo, teses de doutorados e dissertações de mestrado, bem como, artigos cujas temáticas são incompatíveis com os objetivos deste estudo e que não atendam aos idiomas incluídos.

### **5.3- 3ª Etapa: coleta de dados**

Procedeu leituras detalhadas dos artigos incluídos para embasar as análises interpretativas, a fim de verificar a coerência com o tema proposto. As técnicas de leitura

amplificam a compreensão e apropriação do conhecimento sobre as fundamentações encontradas nos materiais ou no processo descritivo do estudo.

A leitura interpretativa corrobora para o aprofundamento argumentativo das informações e ideias principais contidas nos estudos e amplia a possibilidades de correlacionar as afirmações do autor com a situação problema em evidência (CAVALCANTE FILHO, 2011; MOTA, 2016).

Posteriormente à análise das informações obtidas, realizou-se a pré-seleção dos artigos e a filtragem para seleção em definitivo. O intuito foi atender integralmente aos critérios de inclusão para finalização da segunda etapa da revisão integrativa.

Para realizar e concluir a terceira etapa, aplicou-se o instrumento de coleta de dados produzido pela autora, contendo títulos, autores, categorias, objetivos, base de dados, periódicos, idioma, país de afiliação e ano de publicação dos estudos incluídos. Os dados obtidos foram consolidados para a apresentação de resultados por meio de quadros descritivos.

#### **5.4- 4ª Etapa: análise crítica do material selecionado**

Para a construção da quarta etapa da revisão, com o material selecionado, realizou-se a leitura analítica, interpretativa e completa de todos os conteúdos dos artigos, conforme delineamento metodológico. Esse processo compôs-se por análise crítica reflexiva, descritiva e discussão dos resultados encontrados, respectivamente.

#### **5.5- 5ª Etapa: discussão dos resultados**

Para construção da quinta etapa, a discussão dos resultados foi fundamentada nas produções concernentes ao temário de estudo, de forma abrangente com vistas a apresentar as argumentações científicas disponíveis nacional e internacionalmente.

#### **5.6 - 6ª Etapa: apresentação da revisão integrativa**

A construção da sexta etapa, se deu a partir dos subsídios obtidos pela execução das etapas anteriores, sendo esta compatível à apresentação da revisão integrativa.

## 6- RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da busca nas bases de dados LILACS, BVS/BDENF, PubMed/MEDLINE utilizando-se os descritores de violência obstétrica; saúde da mulher; enfermeiro, saúde pública articulados pelos operadores booleanos AND/OR, foram encontrados um total de 91 artigos, sendo 72 artigos na LILACS, 67 artigos na BDNF e 4 na PubMed/MEDLINE.

Com vistas a atender na íntegra os critérios de inclusão e exclusão, utilizou-se o fichamento para analisar detalhadamente os conteúdos dos artigos. Após aplicação do filtro, excluíram-se 84 artigos, 10 por ser relato de experiência, 50 por estarem duplicados nas bases de dados LILACS e BDNF e por não atenderem ao foco da pesquisa, 18 por estarem incompatíveis à temática central deste estudo, 6 por serem de tese de doutorado.

Realizou-se a leitura exploratória dos 7 artigos previamente selecionados mediante aplicação dos critérios de inclusão na íntegra.

**QUADRO 1.** Perfil das publicações científicas sobre a violência obstétrica e o enfrentamento desse importante problema de saúde pública, conforme estudos incluídos no período de 2016 a março de 2022.

Nº	Título	Autores	Categoria	Objetivo	Base de Dados/ periódico/ idioma	País de estudo/ano
1	Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil / Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil	Leite, Tatiana Henriques; Marques, Emanuele Souza; Esteves-Pereira, Ana Paula; Nucci, Marina Fisher; Portella, Yammê; Leal, Maria do Carmo.	Estudo prognóstico / Estudo de rastreamento	Discutir e refletir sobre como questões relacionadas à definição e terminologia, mensuração e políticas públicas no Brasil têm dificultado a pesquisa da temática, assim como a mitigação desses atos	LILACS  Cien Saude Colet  Inglês / Português	Brasil  2022
2	Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão	Souza, Aline Barros de; Silva, Lúcia Cecília da; Alves, Rozilda das Neves;	Estudo de rastreamento / Revisão sistemática	Realizar revisão integrativa da literatura sobre os fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional e	LILACS  Rev. ciênc. méd., (Campinas)  Português	Brasil  2016

	integrativa da literatura / Factors associated with obstetric violence: An integrative review of the literature	Alarcão, Ana Carolina Jacinto.		apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.		
3	Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem / Women and delivery: meanings of violence and the obstetric nursing approach	Oliveira, Mariana Roma Ribeiro de; Elias, Elayne Arantes; Oliveira, Sara Ribeiro de	Pesquisa qualitativa	Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.	BDENF - Enfermagem Rev. enferm. UFPE on line Português	Brasil 2020
4	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública / Factors associated with the humanization of care in a public maternity	Inagaki, Ana Dorcas de Melo; Lopes, Renata Julie Porto Leite; Cardoso, Nadyege Pereira; Feitosa, Luana Meneses; Abud, Ana Cristina Freire; Ribeiro, Caíque Jordan Nunes	Estudo de prevalência	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento.	BDENF - Enfermagem Rev. enferm. UFPE on line Português	Brasil 2018
5	A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento / Obstetric violence in the context of labor and childbirth	Rodrigues, Diego Pereira; Alves, Valdecyr Herdy; Vieira, Raquel Santana; Leão, Diva Cristina Morett Romano; Paula, Enimar de; Pimentel,	Revisão integrativa	Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica	BDENF - Enfermagem Rev. enferm. UFPE on line Português	Brasil 2018

		Mariana Machado				
6	Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments.	Abuya, Timothy; Sripad, Pooja; Ritter, Julie; Ndwiga, Charity; Warren, Charlotte E.	Ensaio clínico controlado	Medir os maus-tratos e a qualidade da assistência durante o parto.	MEDLINE Reprod Health Matters Inglês	Quênia 2018
7	Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training.	Grilo Diniz, Carmen Simone; Rattner, Daphne; Lucas d'Oliveira, Ana Flávia Pires; de Aguiar, Janaína Marques; Niy, Denise Yoshie.	Revisão integrativa	Descrever e analisar o papel do SM na promoção da mudança na assistência à maternidade e na formação de provedores	MEDLINE Reprod Health Matters Inglês	Brasil 2018

Os resultados apresentados no Quadro 1, enfatizaram os títulos, autores, categorias, objetivos, base de dados, periódicos, idioma, país de afiliação e ano de publicação dos estudos incluídos. Quanto aos títulos, predominaram os fatores associados à ocorrência de violência obstétrica e a qualidade da assistência à maternidade. As categorias de estudo incluíram: estudo prognóstico, estudo de rastreamento, revisão sistemática, pesquisa qualitativa, estudo de prevalência, revisão integrativa e ensaio clínico controlado.

Os objetivos buscam compreender o significado da violência obstétrica para mulheres, identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, bem como as estratégias de enfrentamento desse importante problema de saúde pública. As bases de dados utilizadas foram: LILACS, BDENF e MEDLINE. Os periódicos foram: Cien Saude Colet, Rev. ciênc. méd., (Campinas), Rev. enferm. UFPE on line e Reprod Health Matters. Os idiomas dos artigos selecionados são: português e inglês. Os estudos incluídos tiveram como países de estudo, o Brasil e o Quênia, entre os anos de 2016 a 2022.

Segundo Leite *et al* (2022) a falta de consenso na terminologia e na definição empregadas nos atos de desrespeitos, abusos, maus tratos e violências obstétricas, bem como a ausência de um instrumento validado para mensurar esse construto, tornam os estudos epidemiológicos complexos e de difícil comparação.

Em seus resultados os autores referem que a omissão de instrumentos válidos e acurados para a mensuração desse problema de saúde pública, acarretam em diversas faltas como a impossibilidade de estimar com precisão a prevalência do evento de interesse, falta de comparabilidade entre os estudos existentes em diferentes contextos e populações, dificuldade de monitoramento das estimativas ao longo do tempo e obstáculo a estudos enfocando fatores de risco e consequências desses eventos na saúde da mulher e do recém-nascido (LEITE *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, as lacunas apontadas no estudo de Leite *et al* (2022), são realçadas quanto à necessidade de implementação de políticas públicas que garantam dignidade e respeito à mulher na assistência ao parto, no estudo de Leite *et al* (2022). Nesse estudo os autores obtiveram associação causal entre maus-tratos durante o parto e diminuição e/ou atraso no uso de serviços de saúde pós-natal, tanto para mulheres quanto para seus recém-nascidos. O estudo destacou ainda, que as mulheres que utilizam o setor público são mais afetadas do que aquelas atendidas pela saúde privada.

Dentre os resultados inseridos no quadro 1, obteve-se que o estudo de Souza *et al* (2016) verificou que os médicos, a equipe de enfermagem e estudantes de medicina constituem os profissionais relatados como causadores da violência obstétrica, na equipe de saúde. Neste estudo, foram identificados vários fatores associados a episódios de violência obstétrica, e o fator predominante foi a má formação médica e da equipe de saúde. Identificaram também a prática da episiotomia sem recomendação médica, excesso de medicação, o não direito ao acompanhante, negligência, maus-tratos, privação de assistência, estrutura do ambiente desconfortável para receber as mulheres em trabalho de parto e precariedade de recursos.

Os resultados encontrados corroboram com estudos que salientam sobre disciplinas inseridas nos cursos da área de saúde não contemplarem a formação necessária aos aspectos relacionados com a violência. Assim, destacam que os profissionais de saúde não estão habilitados a promover atenção que tenha impacto na saúde das mulheres em contexto de violência (NARVAZ; KOLLER, 2007; SOUZA; REZENDE, 2018). Nesse enfoque, assinalam que a visibilidade da violência contra mulher e o aumento desses casos nos serviços de saúde, despertam para a necessidade de preparo e conhecimento dos profissionais, a fim de propiciar qualidade e assistência resolutiva. Conteúdo específicos sobre a violência contra a mulher como

problema de saúde pública, devem estar inseridos formalmente na academia e em cursos voltados à assistência ao ser humano, corroborando com a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Nessa direção, Souza; Rezende (2018) investigou sobre as concepções e práticas de profissionais de saúde acerca do fenômeno da violência contra mulher e destacou que as enfermeiras, as médicas e as psicólogas detêm poucos conhecimentos acerca dos tipos de violência de gênero. Nesse âmbito, o estudo indica que há necessidade de maior capacitação profissional, para amplificar a capacidade resolutiva de atendimento de mulheres que estão expostas às violências. Ressalta-se que este problema é agravado pela alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde e a problemas na formação profissional continuada.

Obteve-se no estudo de Oliveira; Elias; Oliveira (2020) que compete ao enfermeiro inserido na atenção primária à saúde ou em unidades hospitalares, assegurar a saúde e a dignidade da mulher durante os atendimentos. O estudo concluiu que compete à equipe de saúde construir a prevenção da violência obstétrica, respeitando o protagonismo da mulher e sua dignidade durante todo o pré-natal até a alta. Ressaltam o protagonismo da APS enquanto locus oportuno para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, no que diz respeito à mulher e ao processo de parir.

Outros estudos referiram sobre o consenso de que as diferentes formas de manifestação da violência e seu impacto no processo saúde-adoecimento, exige novas formas de abordar o problema nos serviços de saúde e demandam adequações nos processos de trabalho e na organização em rede, para consolidar de forma efetiva o que é preconizado pelas políticas públicas brasileiras. Esse âmbito, reforça sobre a necessidade de implementação de ações intersetoriais para o enfrentamento da violência, haja visto que este é um problema que extrapola a atenção primária e o escopo de ação do setor saúde (MENDONÇA *et al.*, 2020).

O estudo de Inagaki, *et al* (2018) buscou identificar os fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento e concluiu que mulheres não brancas, sem acompanhantes, com menor escolaridade e com parto vaginal tiveram seus direitos menos assegurados, revelando desigualdade no atendimento. Tais achados avultam a insatisfação das usuárias quanto à assistência recebida no trabalho de parto, parto e nascimento, bem como a ambiência foi determinante para a falta de privacidade e ausência do acompanhante.

Tais achados corroboram com estudos que enfatizaram sobre os direitos da parturiente e a importância da família durante o trabalho de parto e que isto reverbera no processo de humanização da assistência no pré-natal e no parto (CARVALHO *et al.*, 2014). Nessa vertente, enfatiza-se a correlação com o enfrentamento à violência obstétrica, no sentido de atentar para

a necessidade de promover um entorno de saúde mais adequado às usuárias e profissionais, com regularização e organização de procedimentos, de forma mais clara e em um ambiente mais seguro. Contudo, destaca-se que estratégias alternativas possíveis esbarram no modelo de atenção predominante, focado no profissional médico, intervencionista e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento (ZANARDO *et al.*, 2017).

Resgata-se o obtido e salientado no estudo de Rodrigues *et al* (2018), que as práticas no cuidado na assistência obstétrica como episiotomia; manobra de Kristeller; proibição de movimento; imposição da posição ginecológica ou litotômica; proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto e pós-parto; toda e qualquer ação ou procedimento que seja realizado sem o consentimento da mulher e que não seja baseado em evidências científicas atuais, sejam de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material, são consideradas violência obstétrica.

Nesse estudo, os autores referiram sobre falhas nas estruturas hospitalares, que não oferecem às mulheres um ambiente propício, acolhedor, seguro para que o parto ocorra de forma digna e onde sejam desenvolvidas as boas práticas para o trabalho de parto e nascimento. Os resultados obtidos destacam de forma enfática a necessidade de capacitação profissional para a promoção de assistência humanizada e em conformidade com a realidade em torno do cuidado à saúde da mulher no Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Os achados no estudo realizado por Abuya *et al* (2018), referiu que medir os maus-tratos e a qualidade da assistência durante o parto é importante para promover um cuidado materno respeitoso. O estudo envolveu o processo de nascimento, nas dimensões desde a admissão na maternidade, parto e puerpério imediato, observou 677 interações cliente-provedor e realizou 13 avaliações de instalações no Quênia. Obtiveram que na admissão, os profissionais apresentam alta qualidade clínica, moderada qualidade na interação profissional-cliente e baixa qualidade na realização de avaliações físicas. Assim, nessa dimensão, as medidas de maus-tratos, sugere desafios de falta de privacidade, confidencialidade e consentimento. Indicam que os maus-tratos e a falta de adesão aos protocolos provavelmente estão associados a inadequações sistêmicas.

O estudo de Abuya *et al* (2018) encontrou que durante o trabalho de parto e parto, as restrições à mobilidade e a baixa prevenção de infecções, relacionadas à qualidade clínica do atendimento, se alinham com altos níveis de práticas anti-higiênicas e falta de privacidade, o que refere a maus-tratos. Remetem à relevância desses aspectos, uma vez que as práticas inadequadas de controle de infecção e práticas anti-higiênicas, podem contribuir para a alta morbidade e mortalidade induzidas pela sepse entre as mulheres durante o parto.

Nessa perspectiva, estudo de Say *et al* (2014), sobre causas globais de morte materna: análise sistêmica da OMS, encontrou que entre 2003 e 2009, hemorragias, distúrbios hipertensivos e sepse foram responsáveis por mais da metade das mortes maternas no planeta e que mais de um quarto dessas mortes foram atribuíveis a causas indiretas. Tais análises reforçam a importância da priorização de políticas de saúde, programas e financiamento para reduzir as mortes maternas em níveis regional e global.

Nessa direção, a WHO (2022), recomenda diretriz que alcance uma experiência pós-natal positiva. Está é definida como aquela em que mulheres, recém-nascidos, parceiros, pais, cuidadores e famílias recebem informação, segurança e apoio de forma consistente de profissionais de saúde qualificados, inseridos em um sistema de saúde com recursos e flexível, capaz de reconhecer as necessidades de mulheres e bebês e respeitar seu contexto cultural.

Tais resultados e argumentações assemelham-se à estudos que mencionam que, em território brasileiro, tem-se experienciado uma realidade preocupante no que tange a morte materna. Diferentemente do que acontece em países desenvolvidos, onde se observa a redução acentuada desse indicador, no Brasil, observou-se 69 óbitos por 100 mil em 2013, sendo um patamar aceitável e sugerido como objetivo do milênio 35 por 100 mil. Apesar do arcabouço legislativo ser suficiente, há problemas quanto à efetivação de medidas práticas de políticas públicas para efetivar os direitos reprodutivos das mulheres. O número de serviços é antagônico com a necessidade e o número de casos, há desigualdade regional na distribuição dos serviços, falta de capacitação contínua e insuficiente número de profissionais. Mortes maternas são evitáveis e estudos apontam como causas a hipertensão, as hemorragias, as infecções pós-parto e o aborto inseguro, muitas dessas causas são decorrentes de atos de violência obstétrica (CONJUR, 2018).

Obteve-se no estudo de Grilo Diniz *et al* (2018), que a mudança do modelo tecnocrático e intervencionista para o atendimento humanizado é árduo e lento no Brasil. Destacaram que embora algumas políticas públicas, como a Rede Cegonha, tenham influenciado atitudes e práticas profissionais, o processo transformador é complexo e encontra na esfera acadêmica, uma das principais resistências.

O estudo, ressalta as recomendações da OMS, produzidas em 2018, sobre os cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto, enfatizando os direitos das mulheres para além da sobrevivência ao parto. Contudo, essa inovação encontra barreiras nos hospitais universitários, onde a prática intervencionista tem maior espaço. Os autores enfatizaram, que apesar da introdução de disciplinas com conteúdo de humanização, nos cursos de Graduação em Medicina, estes ainda são bastante teóricos e pouco valorizados. Concluiu-se, que são

necessárias ações inovadoras para visibilizar, prevenir e enfrentar a violência contra a mulher nas instituições de saúde, nos setores público e privado e na formação dos profissionais de saúde (GRILO DINIZ *et al.*, 2018).

Nessa ótica, os resultados encontram respaldo no estudo de Tempesta; França (2021), ao exporem sobre a historicidade da violência obstétrica, o entendimento dessa terminologia e as acepções advindas dela. Em contraditório de opiniões e justificativas legais sobre a violência obstétrica no mundo, e os diversos aspectos relacionados a essas ocorrências, o estudo argumentou que o modelo obstétrico tecnocrático oblitera os aspectos relacionais da vida, da morte, da dor, do prazer e da potência humana, se utiliza de uma pedagogia da violência para domesticar e disciplinar experiências reprodutivas, com padrões rígidos e estereótipos que aprofundam opressões.

O estudo de Tempesta; França (2021), pensou a doulagem associada à educação perinatal como prática de problematização dos pressupostos culturais mais gerais, em torno dos quais se organizam as hierarquias reprodutivas vigentes e o modelo obstétrico hegemônico. Consideraram que a doulagem emerge como uma tecnologia leve, de baixo custo, centrada na ética do cuidado, na qual a saúde e o bem-estar da pessoa são focais.

Outros estudos revelaram ainda que a atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco ou de risco habitual pode contribuir como medida de redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, e possibilitar um cuidado mais integral à mulher e sua família. Publicada pelo Ministério da Saúde em 1998, a Portaria nº 2.815, incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento “parto sem distocia” ou parto normal, que pode ser realizado pelo enfermeiro obstétrico, com autonomia e segurança no cuidado (FICAGNA *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2014).

Reforça-se nesse âmbito, que a implementação de Programas de Residência Multiprofissionais e as Residências em Área Profissional da Saúde, estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.077, em 2009, são fundamentais para o alcance das metas propostas pelo Ministério da Saúde, no que tange à atenção ao parto e nascimento. No aspecto formativo, a Residência em Enfermagem Obstétrica constitui-se como mecanismo essencial para a formação de enfermeiro(a)s que respondam qualitativamente às necessidades assistenciais da mulher e do recém-nascido no território nacional (BRASIL, 2009; 2011b; MENEZES *et al.*, 2020).

## 7- CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou refletir quanto à conhecimentos em torno da violência obstétrica, suas implicações para a saúde da mulher, da criança, e os desdobramentos no âmbito familiar e social. Percebeu-se que a violência obstétrica afeta mulheres em escala global, mas que no Brasil, essa situação se agrava pela predominância do modelo tecnocrático e intervencionista de assistência, presente em grande parte dos serviços da rede pública e privada, pela desigualdade social e econômica e pelas lacunas intersetoriais de enfrentamento desse problema.

Os resultados obtidos sinalizaram ainda, que para potencializar as ações de enfrentamento à violência obstétrica no território nacional, se faz necessário uma mudança estrutural dos cursos de formação na área da saúde, em especial na formação médica, com maior ênfase para a humanização do atendimento em todo o processo de parturição, desde a admissão até o parto e pós parto. Sugeriu, que a capacitação profissional continuada e amplificada, para que haja a adoção de práticas promocionais de assistência humanizada e que respeitem as diferentes realidades de vida e contextos sociais de saúde da mulher, é essencial.

Pela notoriedade dos achados, obteve-se que a violência obstétrica se constitui como sério problema de saúde pública no Brasil e o conhecimento sobre o assunto por parte das parturientes e seus familiares, ainda são poucos quanto aos direitos legais adquiridos. Que o enfermeiro pode e deve apropriar-se de forma autônoma, no âmbito da equipe multiprofissional, de seu papel educador e proativo para mitigar ou dirimir esse tipo de violência.

Portanto, pode-se concluir que há necessidade de maiores investimentos, pesquisas, reflexões críticas e debates que envolvam o coletivo das instituições formadoras, dos serviços e da sociedade, para a agregação de competências que sejam capazes de fomentar a implementação de ações transformadoras e concretas no enfrentamento à violência obstétrica no Brasil.

## REFERÊNCIAS

AIZPURUA, E et al. Controlling Behaviors and Intimate Partner Violence Among Women in Spain: An Examination of Individual, Partner, and Relationship Risk Factors for Physical and Psychological Abuse. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 1-2, p 231–254, 2021.

Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260517723744>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>. Acesso em: 23 Set 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 13 Nov 2009. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192)>. Acesso em: 24 Mai 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 24 Mai 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm)>. Acesso em: 24 Mai 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 18 Set 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 1ª. ed, 2ª. reimpr, 2011a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 18 Set 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]**. Brasília, 2017.

Disponível

em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 27 Dez 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível

em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 24 Mai 2022.

CERQUEIRA, D. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo, FBSP, 2021. Disponível

em:<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/atlas-violencia-2021-v7.pdf>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

CONSULTÓRIO JURÍDICO. CONJUR. **Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira**. São Paulo, 2018. Disponível em:<<https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-violencia-obstetrica-politicas-publicas-legislacao-brasileira>>. Acesso em: 23 Mai 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CRF. **Resolução n.º 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União, 2019. Disponível em:<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370?fbclid=IwAR2QOo56N-DTaMMBnKvnTHXWYEuQAsqw4xZZYnoICIFw6a8Yjus7vrEcL00>>. Acesso em: 20 Mai 2022.

DALMOLIN, B.B et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, v.15, n. 2, Jun 2011. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/NJb3hzFmZwKrnqBDGnLv3L/?lang=pt>>. Acesso em: 06 Dez 2021.

DINIZ, S.G 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. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, p.377-376. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf)>. Acesso em 06 Dez 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

FICAGNA, F.T et al. Violência obstétrica vivenciada pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. **Rev eletrônica Estácio Saúde**, v. 11, n. 01, 2022. Disponível em:<<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/8999/47968220>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Partido dos Trabalhadores. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. Mar, 2013. Disponível em:<<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. IMP. **Tipos de violência**. 2018. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>>. Acesso em: 23 Set 2021.

GERINO, E et al. Intimate Partner Violence in the Golden Age: Systematic Review of Risk and Protective Factors. **Front. Psychol**, v. 9, art.1595, Torino, Italy, Sep, 2018. Disponível em:<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01595/full>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

JARDIM, D.M.B; MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano do atendimento e suas características. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 26, e3069, 2018. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280177/>>. Acesso em: 27 Dez 2021. DOI: 10.1590 / 1518-8345.2450.3069

LANSKY, S et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 8, Ago 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?lang=pt>>. Acesso em: 06 Dez 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

LEITE, T.H, et al. The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: Findings from "Birth in Brazil". **Women Birth**. v.35, n.1, Feb, 2022. e28-e40. doi: 10.1016/j.wombi.2021.02.006. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33707143/>>. Acesso em: 19 Mai 2022.

MARINHO, K. Câmara Municipal de São Paulo. **Você sabe o que é Violência Obstétrica?** São Paulo, SP, Ago, 2020. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.leg.br/mulheres/voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 28 Out 2021.

MARTINS, A.P.A; CERQUEIRA, D; MATOS, M.V.M. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil** (versão preliminar, março de 2015). Nota Técnica. IPEA. Disponível em:<[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6778/1/Nota\\_n13\\_Institucionaliza%c3%a7%c3%a3o.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6778/1/Nota_n13_Institucionaliza%c3%a7%c3%a3o.pdf)>. Acesso em 27 Dez 2021.

MENDES, R.B et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 3, Mar 2020. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n3/793-804/>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

MENDONÇA, C.S et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 6, Jun 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt>>. Acesso em: 19 Mai 2022.

MENEZES, F.R de et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, v.24, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGYbfXPCTvcsgq/?lang=pt>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

MOROSKOSKI, M. et al. Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, suppl 3, Nov 2021. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl3/4993-5002/>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

NARVAZ, M.G; KOLLER, S.H. A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. **PISCO**, v. 38, n. 3, pp.216-223, set./dez, 2007. Disponível em:<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2882/2177>>. Acesso em: 19 Mai 2022.

NUNES, A.D.S et al. Acesso à Assistência Pré-natal no Brasil: Análise dos Dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 30, n.3, p1-10, Fortaleza, jul./set., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf>>. Acesso em: 23 Set 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência**. Mar, 2021a. Disponível em:<<https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia>>. Acesso em: 14 Out 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU News. **ONU: 25% das mulheres a partir de 15 anos são vítimas da violência de gênero**. Mar, 2021b. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2021/03/1743912>>. Acesso em: 15 Out 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra 2014. Disponível em:<[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 24 Mai 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Violência contra as mulheres**. Nov, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>. Acesso em 20 Set 2021.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.1, n.3. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/880709/texto-do-artigo-9527-1-10-20180309.pdf>>. Acesso em 20 Set 2021.

POLITIZE. **Violência Obstétrica: Por que devemos falar sobre?** Set, 2019. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 28 Out 2021.

SACRAMENTO, L.T; REZENDE, M.M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n. 24, p. 95-104, Canoas, dez. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Mai 2022.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**. v.2, Issue 6, p.e323-e333, Jun, 2014. Disponível em:<<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214109X1470227X?token=E6EACD3FE383B52A76E520A3CEED403D277D8F734AB3D1A1533A8C20BA8874C813C226A4491D1057BCED4870D387F398&originRegion=us-east-1&originCreation=20220523124824>>. Acesso em: 23 Mai 2022.

SILVA, M.G et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**, v.15, n.4, p720-8. jul-ago 2014. Disponível em:<[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014\\_art\\_mgsilva.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf)>. Acesso em: 11 Nov 2021.

SINDICATO DOS METALÚRGICOS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E REGIÃO. SMSJCR. **O Brasil está entre países com maior número de violência contra a mulher**. São José dos Campos, SP, Nov, 2020. Disponível em: <<https://www.sindmetalsjc.org.br/noticias/n/5296/brasil-esta-entre-paises-com-maior-numero-de-violencia-contr-a-mulher>> Acesso em 14 Out 2021.

SOUZA, T.M.C; REZENDE, F.F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Mai 2022.

TEMPESTA, G. A; FRANÇA, R.L.de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horiz. antropol.** v. 27, n. 61, Sep-Dec, 2021. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/ha/a/xXgjFBTzkvX8J57PcxvBgpK/?lang=pt>>. Acesso em: 24 Mai 2022.

TOMASI, Y.T et al. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 1, e2020383, Brasília, mar. 2021. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742021000100015&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Mai 2022. Epub 31-Jan-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>.

VIEIRA, L.B; PADOIN, S.M.M; LANDERDAHL, M.C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.30, n. 4, Dez 2009. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YYZLQG73KjFPVNIpvgHxBfR/?lang=pt>>. Acesso em: 19 Mai 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. Mar, 2022. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>>. Acesso em: 23 Mai 2022.

ZANARDO, G.L.P et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc**, v.29, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>>. Acesso em: 19 Mai 2022.

**ANEXOS:**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**ATA DE APRESENTAÇÃO DE  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO III**

A aluna Emily Talyta de Freitas Paraíso, matrícula:2018.1.0024.0058-0 aos 14 dias do mês de Junho de 2022 as 09:15 horas, reuniu-se aos componentes da Banca Examinadora: Profa Ms. Sílvia Rosa de Souza Toledo (presidente da banca e orientadora), e demais docentes: Profa. Me. Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro e a Profa. Dra. Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite como banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO INTEGRATIVA". Dessa forma, a discente cumpriu as formalidades do Eixo ENF 1113, conforme previsto no Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 14 de junho de 2022

Profa Ms \_\_\_\_\_  
  
Presidente da Banca e Orientadora



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE PRODUÇÃO ACADÊMICA

O (A) estudante EMILY TALYTA DE FREITAS PARAÍSO do Curso de Enfermagem, matrícula 20181002400580, telefone: (62)99950-5803, e-mail emilytalytaa@gmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei nº 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO INTEGRATIVA, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SNS); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 14 de Junho de 2022.

Assinatura do(s) autor(es):

Emily Talyta de Freitas Paraíso

Nome completo do autor:

Emily Talyta de Freitas Paraíso

Assinatura do professor- orientador:

[Assinatura]

Nome completo do professor-orientador:

Liliana Rosa de S. Toledo