



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

GABRIELA RODRIGUES DA SILVA

TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE
DA MULHER NO BRASIL

Goiânia, 2022

GABRIELA RODRIGUES DA SILVA

**TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DA
MULHER NO BRASIL**

Projeto para obtenção de nota no Eixo Temático
ENF 1112: Trabalho de Conclusão de Curso II
do Curso de Enfermagem da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás,

Orientador(a): Dra Adrielle Cristina Silva
Souza.

Goiânia, 2022

DEDICATÓRIA

À todas as mulheres que sofreram qualquer tipo de violência obstétrica no momento mais sublime de suas vidas e se calaram por medo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por toda sabedoria e por me proporcionar chegar ao final deste ciclo. Aos meus pais e meu marido por todo amor, compreensão, paciência e investimento.

Aos meus amigos que trilharam ao nosso lado nessa jornada, e a todos que contribuíram de forma direta e indireta, sempre nos motivando e incentivando-nos à não desistirmos, vocês tornaram a caminhada mais leve e prazerosa.

Agradecemos aos grandes mestres que fizeram parte dessa história, sempre agregando em nós valores e o melhor do conhecimento de cada um. Vocês nos moldaram e nos tornaram pessoas melhores ao longo desses cinco anos e sem dúvidas, foram incríveis.

Sumário

RESUMO	12
ABSTRACT	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral:	16
2.2 Objetivo Específico:	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Tipos de Violência Obstétrica: seus Impactos na Vida da Mulher	17
3.2 Direito à Saúde com Qualidade no momento do parto	19
4. METODOLOGIA	22
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÕES	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS	32

RESUMO

Objetivo: Analisar, discutir e refletir sobre os tipos de violências, suas definições e impactos na saúde da mulher, no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. As bases de dados virtuais em saúde utilizada – SCIELO, BVS e Portal CAPES no período de 2017 a 2022. **Resultados:** Os tipos de atos de violência elencados nos estudos foram: escassez de instruções à gestante durante o pré-natal e momento do parto; violência verbal; piadas durante o parto; proibição da presença do acompanhante; falta de privacidade durante o parto; realização de procedimento sem consentimento; episiotomia, *fórceps e* manobra de Kristeller; contenção física (amarraram os braços e as pernas das gestantes durante o parto); impedimento de contato mãe/bebe após o parto. As violências geraram nas mulheres alterações fisiológicas, comportamentais, afetivas. As principais consequências foram danos psicológicos, sentimentos de vergonha, constrangimento, solidão, medo, decepção, angústia, desespero, sentimento de desrespeito e de indiferença, sentimento de ter sido lesada/roubada, dor física, ansiedade, depressão pós-parto, baixa autoestima, problema com a amamentação e vínculo mãe-bebê prejudicado e dor sentida no ato sexual. **Considerações finais:** a violência obstétrica continua prevalente nas unidades de saúde de todo o país durante o período pré- parto, trabalho de parto e parto, tornando o ciclo gravídico puerperal traumático. É urgente implementar ações que possam prevenir violências morais, psicológicas e físicas no momento do parto.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Violência contra a mulher; Saúde da mulher; Obstetrícia; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze, discuss and reflect on types of violence, their definitions and impacts on women's health in Brazil. **Methodology:** This is a narrative literature review study, The virtual health databases used - SCIELO, BVS and CAPES Portal in the period from 2017 to 2022. **Results:** The types of acts of violence listed in the studies were: scarcity instructions to pregnant women during prenatal care and delivery; verbal violence; jokes during childbirth; ban on the presence of a companion; lack of privacy during childbirth; performing a procedure without consent; episiotomy, forceps, and Kristeller maneuver; physical restraint (the pregnant women's arms and legs were tied during childbirth); impediment of mother/baby contact after delivery. with the baby was prevented/denied. Violence generated physiological, behavioral and affective changes in women. The main consequences were psychological harm, feelings of shame, embarrassment, loneliness, fear, disappointment, anguish, despair, feelings of disrespect and indifference, feelings of having been injured/robbed, physical pain, anxiety, postpartum depression, low self-esteem , problem with breastfeeding and impaired mother-baby bond, and pain felt during sexual intercourse. **Final Considerations:** obstetric violence remains prevalent in health units across the country during the pre-delivery period, labor and delivery, making the puerperal pregnancy cycle traumatic. It is urgent to implement actions that can prevent moral, psychological and physical violence during childbirth.

Keywords: Obstetric Violence; Violence against women; Women's health; Obstetrics; Patient safety.

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico, emocional e social. Fisiológico pois o corpo da mulher tem um mecanismo organizado que favorece os bebês nascerem por via vaginal, de forma natural. Emocional pois o parto vem carregado de medos, angústias, alegrias, incertezas e inseguranças: um momento em que a mulher fica frente a frente com ela mesma, com suas sombras e se depara com sua força; E, por fim, social pois envolve as famílias, suas histórias e a sociedade como um todo (COMMADRE, 2019).

No momento em que alguns destes âmbitos é violado ou não respeitado vivencia-se um ato de violência obstétrica. O termo violência obstétrica se refere aos diversos tipos de agressão a mulheres gestantes, seja no pré-natal, no parto ou pós-parto, e no atendimento de casos de abortamento. Esta violência acontece desde abusos verbais, nos atos de restringir a presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros (BERNARDO, QUEIROZ, 2020).

O termo causa certo estranhamento por ser uma nomenclatura consideravelmente nova, pouco utilizada e propagada nos veículos tradicionais, sendo necessário programar medidas para facilitar o debate e dar conhecimento as pessoas acerca do tema posto em pauta. De forma concisa, esse tipo violação consiste em atos praticados pela equipe médica e hospitalar, que, por negligência, atuam sem consultar à vontade da gestante (GOMES, 2021).

A ocorrência desses atos caracterizados como imprudência e imperícia dos profissionais da saúde é notadamente realidade em diversas regiões do Brasil, nas quais várias mulheres relatam as práticas de abusos por parte destes profissionais e que se encaixam de forma simétrica nos parâmetros do que se entende por violência obstétrica (MURY, 2014).

Em 2014, a OMS reconheceu a violência obstétrica como questão de saúde pública, diante dos abusos, desrespeito e maus-tratos como violação de direitos humanos. O mesmo documento ainda enfatiza que mulheres solteiras, adolescentes, de baixo poder aquisitivo, migrantes e de minorias étnicas são as mais propensas a sofrerem abusos, desrespeito e maus-tratos.

Segundo o estudo feito pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010, sofrer algum tipo de violência obstétrica é realidade para 1 em cada 4 mulheres no Brasil, (OMS; 2014). Consoante a esse dado, a maior pesquisa nacional sobre parto, conhecida como “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012 com 24 mil mulheres, mostrou que 45% das gestantes que tiveram seus filhos no SUS relatavam maus-tratos (OMS, 2014).

A Pesquisa Nascer no Brasil também identificou que no momento do parto muitas mulheres têm seus direitos violados e os desconhecem, assim, torna-se mais difícil identificar situações de desrespeito. Vale ressaltar que a violência obstétrica, enquanto um ato violento, ainda é pouco reconhecida, visto que as mulheres estão entregues a um momento de extrema emoção ao mesmo tempo em que ocorre a violência, fazendo com que elas silenciem o ocorrido. Portanto, é necessário que sejam abordados os direitos das mulheres durante o período gravídico-puerperal, em especial nas consultas pré-natais, onde se tem a oportunidade de empoderar a gestante para que ela possa exigir e exercer a sua autonomia como lhe é de direito, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito procurando o Ministério Público, por meio da Ouvidoria ou da Promotoria de Justiça da sua cidade (COSTA, 2020).

Dessa forma, faz-se urgente ações que visam minimizar até anular definitivamente as práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê praticadas por profissionais de saúde através da criação estratégias para a efetivação de programas e políticas públicas mundiais e nacionais voltadas à assistência integral deste binômio, como o guia de Boas práticas de Atenção ao Parto, Nascimento Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Lei Federal no 11.108, de 7 de abril de 2005 - Lei do acompanhante e a Rede cegonha.

A violência obstétrica pode gerar danos a essas mães, que pensam cautelosamente na ideia de terem outro filho pois um momento tão especial como este pode ficar gravado envolto de muitas tristezas, o que leva um acontecimento tão importante se transforme em experiência traumática na vida de muitas mulheres (COSTA, 2020).

Diante disto, faz-se importante discutir os tipos de violência obstétrica vivenciados no Brasil e seus danos nos âmbitos físicos ou psicológicos na saúde da mulher, com vistas a fortalecer a cadeia de informações para a comunidade em geral, alcançando assim potenciais vítimas, para que essas sejam barreiras e/ou denunciante para estes atos de violência.

Sendo assim, este estudo pretende por meio de uma revisão narrativa da literatura científica compilar o as principais produções da área que evidenciam situações nas quais ocorre violência obstétrica, revelando os maus tratos e a não garantia de acesso pelas parturientes aos seus direitos de saúde no sistema de saúde brasileiro e seus impactos na saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os tipos de violências obstétricas perpetradas contra as mulheres, no Brasil.

2.2 Objetivo Específico:

- I. Analisar os conceitos e discussões sobre violência obstétrica presentes na literatura científica
- II. Identificar os impactos, riscos e complicações dessas violências na saúde da mulher.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Tipos de Violência Obstétrica: seus Impactos na Vida da Mulher

Em 1992, em Campinas/SP, foi fundada a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), com a participação de diversas organizações, entre elas feministas como o Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade de São Paulo e o Grupo Curumim. A REHUNA foi responsável pela organização da Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto, ocorrida em Fortaleza no ano 2000. A conferência foi um marco histórico na cadeia de eventos que levou ao reconhecimento da violência obstétrica como uma forma específica de violação de direitos (ALVES, 2020).

De acordo com a OMS, é considerada violência obstétrica:

Apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida.

Os tipos de violência ocorrem no âmbito físico e psíquico da vida da Mulher. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência por negligência obstétrica é a omissão pela qual se deixa de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Temos como exemplo de violência por negligência obstétrica negar atendimento ou impor dificuldades para que a gestante receba os serviços que são seus por direito. Essa violência ocasiona uma peregrinação por atendimento durante o pré-natal e por leito na hora do parto. Ambas são bastante perigosas e desgastantes para a futura mãe. Também diz respeito à privação do direito da mulher em ter um acompanhante, o que é protegido por lei desde 2005.

A violência Psicológica é compreendida por toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança. Para a Psicologia, a violência contra a mulher, independente do seu tipo, causa comprometimentos à saúde física, mas o que se enfatiza são as consequências que vão além desses danos imediatos. Pois, o trauma reflete seriamente na saúde mental da mulher, principalmente vivenciado em um momento de parto ou/e pós-parto, considerado psicologicamente, como turbulento e vulnerável para a gestante e o bebê. Reitera-se que muitas vezes, a violência psicológica associa-se à violência verbal: “Me fizeram muitas perguntas maldosas [...] nunca esqueço aquelas coisas que eles me falaram lá no hospital” (SOUSA, 2008; MUNIZ e BARBOSA, 2012; CFP, 2013).

A violência Verbal obstétrica é mais comum do que se pode imaginar, recusa de atendimento, intervenções e procedimentos médicos não necessários, agressões verbais através de frases preconceituosas, muitas vezes com tons de brincadeira, outras através de grande ironia e ignorância, como “na hora de fazer você não gritou”, “ano que vem você volta, então não adianta chorar”, “foi bom fazer né? Agora aguenta”, “cala a boca e ficar quieta, senão eu deixo você aí sentindo dor”. Comentários constrangedores, ofensivos ou humilhantes à gestante. Seja inferiorizando a mulher por sua raça, idade, escolaridade, religião, crença, orientação sexual, condição socioeconômica, número de filhos ou estado civil, seja por ridicularizar as escolhas da paciente para seu parto, como a posição em que quer dar à luz.

No âmbito de violência física, segundo o critério definido pela Organização das Nações Unidas (ONU), é o ato que coloca obstáculos à igualdade de gênero e afeta significativa e intensamente a integridade física e a saúde mental das vítimas, principalmente, das mulheres vítimas de violência doméstica. Na obstetrícia se dá por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto (SOUSA, 2008; MUNIZ e BARBOSA, 2012; CFP, 2013).

Entre eles, está a aplicação do soro com ocitocina, lavagem intestinal (além de dolorosa e constrangedora, aumenta o risco de infecções), privação da ingestão de líquidos e alimentos, exames de toque em excesso, ruptura artificial da bolsa, raspagem dos pelos pubianos, imposição de uma posição de parto que não é a escolhida pela mulher, não oferecer alívio para a dor, seja natural ou anestésico, episiotomia sem prescrição médica, “ponto do marido”, uso do fórceps sem indicação clínica, imobilização de braços ou pernas, manobra de Kristeller (OMS, 2017).

Incluem também condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários. A questão da cesariana também pode ser considerada uma prática de violência obstétrica, quando utilizada sem prescrição médica e sem consentimento da mulher. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o segundo país com maior percentual de partos realizados por cesárea no mundo: enquanto a OMS orienta uma taxa ideal entre 25 e 30%, a realidade brasileira aponta que 55,6% dos partos são realizados com essa prática. O percentual é ainda mais alto na medicina privada, na qual 85,5% dos partos são feitos a partir de cesariana, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Outra tipificação reconhecida da violência obstétrica são atos de violência em casos de aborto. Pode acontecer de diversas maneiras: negação ou demora no atendimento,

questionamento e acusação da mulher sobre a causa do aborto, procedimentos invasivos sem explicação e consentimento (SOUSA, 2008; MUNIZ e BARBOSA, 2012; CFP, 2013).

No caso do abortamento e pós-abortamento, profissionais da saúde cumprem um papel semelhante de julgadores: A lei penal os investe do poder de decidir quando um aborto é espontâneo e, portanto, legítimo, e quando é induzido, merecedor de punição. As leis sobre aborto são escritas de modo impreciso, produzindo uma incerteza sobre o que é efetivamente permitido e proibido em cada caso. Associada à falta de informação das pessoas gestantes sobre a lei e seus direitos, que é reforçada por medo e estigma, o poder de médicos e médicas pode se tornar autoritário (SOUSA, 2008; MUNIZ e BARBOSA, 2012).

O aborto é um evento comum na vida das mulheres e pessoas gestantes. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (2016), uma em cada cinco mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas já fez pelo menos um aborto até os 40 anos de idade. Mulheres de todas as idades, níveis educacionais, classes sociais, religiosas ou não, vivendo em todas as regiões do país, casadas ou não, que são mães hoje, já fizeram um aborto ao longo de sua vida reprodutiva (REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS, 2016).

3.2 Direito à Saúde com Qualidade no momento do parto

A formação profissional padrão recebida para atuar em obstetrícia, por médicos Obstetras e Enfermeiras Obstetras capacitam para medicar o parto como um procedimento mecânico e técnico, quando na verdade ele é muito mais complexo do que isso (COMMADRE, 2019).

Partindo dessa reflexão, não é possível olhar para o parto de forma técnica, sem considerar todos esses aspectos. Assim como não é possível descrever esse processo de uma única forma para todas as mulheres uma vez que para cada uma (em cada gestação) ele será único. Além desse olhar individualizado, é preciso que o profissional entenda, acolha e oriente a mulher e a família com respeito às suas escolhas, clareza, empatia, segurança e acolhimento. É esse olhar integral, desde o pré-natal até o período pós-parto, que a Humanização da Assistência ao Parto defende (COMMADRE, 2019), conferindo assim o direito à saúde com qualidade as mulheres.

Toda mulher tem direito a um acompanhamento especializado durante a gestação. É o que determina a Lei n. 9.263/1996, que estabelece que toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) tem a obrigação de garantir atenção integral à saúde, tendo a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato como atividades básicas (BRASIL, 1996).

Pelo SUS, a mulher tem direito à pelo menos seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2016).

Nenhuma mulher pode ser privada de um acompanhante escolhido por ela, em nenhum momento do trabalho de parto, parto e pós-parto. O hospital tem a obrigação de informar à paciente que ela tem direito a ser acompanhada por uma pessoa indicada por ela, e isso é assegurado pela Lei n. 11.108, de 2005, e pela Portaria n. 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Também é um direito de toda mulher ter acesso a um atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério (BRASIL,2005).

A mulher tem direito a licença-maternidade remunerada, que pode começar até 28 dias antes da Data Provável do Parto (DPP), e tem 120 dias de duração, podendo ser estendida para até 180 dias. Mães de crianças que foram adotadas têm o mesmo direito (MEU PARTO,2020)

Caso esteja desempregada, possua emprego informal, ou seja, empreendedora, tem direito a receber o salário-maternidade pago pela Previdência Social e se afastar do trabalho durante o período. O valor do benefício será calculado a partir do salário da mulher nos últimos 6 meses. Mulheres que tiveram aborto espontâneo podem receber o salário-maternidade e se afastar do trabalho por duas semanas (MEU PARTO,2020).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê. Para tanto, o artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) garante o direito a dois intervalos, de meia hora cada, durante o expediente, à mulher que retornar ao trabalho antes de o bebê completar seis meses. Amamentar o bebê em público também é um direito previsto em lei. Alguns estados brasileiros têm multas para estabelecimentos que constrangerem uma mulher que amamenta, seja sugerindo que ela vá a um lugar reservado para fazê-lo, seja solicitando a ela que não amamente em determinado local (MEU PARTO,2020)

O ministério da saúde traz como estratégia a implantação da rede cegonha, esta que tem como intuito o atendimento humanizado às gestantes reduzindo a mortalidade materna e neonatal, buscando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada ao parto e questões relacionadas ao abortamento e puerpério (COSTA, et al. 2018).

A Enfermagem compreende a arte do cuidar e este, por sua vez, a arte da ciência. De acordo com programa de humanização da Rede Cegonha de 2011, representa a categoria profissional mais preparada para a mudança do histórico de violência obstétrica e para a consolidação de um atendimento seguro durante o processo de parto e nascimento, em razão da

proximidade dos profissionais desta área da saúde com os pacientes e seus respectivos valores (MEU PARTO,2020)

Segundo Rafaela Costa et al., (2018) a enfermagem, a fim de realizar boas práticas obstétricas e, no intuito de prevenir a ocorrência da violência obstétrica deve: explicar para a paciente de maneira que ela compreenda o que ela tem, o que pode ser feito por ela e como ela pode ajudar; evitar procedimentos invasivos, que causem dor e que sejam arriscados, exceto em situações estritamente indicadas; procurar ouvir a paciente e trabalhar em parceria com os colegas e garantir um tratamento ao paciente longe do humilhante; promover a paciente o direito de acompanhante de sua escolha no pré-natal e parto; garantir o acesso ao leito e uma assistência pautada na equidade; orientar a mulher acerca dos direitos relacionados à maternidade à maternidade e reprodução; investir em si mesmo, buscando realização no seu trabalho e estar em constante atualização.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, com a análise de pesquisas relevantes sobre os tipos de violência obstétrica e seus impactos e danos físicos ou psicológicos na saúde da mulher, originados no cuidado tanto obstétrico profissional quanto estratégias e ações que possam prevenir a violência obstétrica.

Segundo Rother 2007, constitui a revisão narrativa como uma forma de descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, com o ponto de vista contextual e teórico. E ela se baseia na análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

A presente revisão utilizou como fontes de coleta de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Portal CAPES. Com vistas a abarcar os fatores e impactos mais recentes da violência obstétrica, foi sistematizadas publicações no período de 2017 a 2022, utilizando na busca os Descritores de Ciência e Saúde (DeCS): “Violência Obstétrica”; violência contra a mulher; Saúde da mulher”; “obstetrícia”. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2022.

Na busca de dado utilizou-se o operador booleano AND (combinação restritiva) para conjugar os descritores, da seguinte forma: 1) Violência Obstétrica AND Saúde da mulher; 2) Violência contra a mulher AND Saúde da mulher AND obstetrícia.

Esta pesquisa foi limitada a estudos humanos escritos nas linguagens em português, espanhol e inglês, de artigos disponíveis gratuitamente na íntegra. Foram excluídos estudos duplicados, artigos de revisão da literatura e que não foram realizados no Brasil.

A análise dos resultados ocorreu a partir da organização e da síntese das publicações em um quadro sinóptico, na plataforma drive/Excel, conforme suas características: título, anos de publicação, autores, tipo de estudo, amostra, objetivo e principais resultados. No processo de interpretação e análise dos dados, os artigos foram analisados individualmente, conforme seus dados disponibilizados.

5 RESULTADOS

A caracterização dos estudos está disposta na Tabela 01, a qual discorre sobre os 17 estudos responderam à questão de pesquisa. Todos os estudos foram nacionais, publicados no idioma português. Em relação ao tipo de abordagem utilizada, 100% (n: 17) utilizaram abordagem qualitativa.

Destes 2020 teve mais estudos com 25% (n: 03); seguidos pelos anos de 2015 (n: 02) e 2016 (n:02), sendo 16,67% de estudos em cada ano, e os anos de 2012 (n: 01), 2013 (n:01), 2014 (n: 01), 2018 (n: 01) e 2019 (n: 01) com 8,33% de estudo em cada ano.

Do número total de artigos, 64% (n: 11) deles foram realizados com mulheres 11% (n: 02) foram com mulheres mais com profissionais da saúde; 11 % (n:01) foram com apenas profissionais; 5 % (n:01) com homens e mulheres; 11% (n:02) com dados secundários, sendo 01 com protocolos de denúncias do Ministério Público e 01 com relatos publicados em um Blog.

Em relação ao tipo de violência 100% dos estudos referiram escassez de instruções à gestante durante o pré-natal e momento do parto; 29% (n:05) estudos referiram Violência física como episiotomia, *fórceps e* manobrade Kristeller; 35% (n:06) estudos evidenciaram situações de proibição da presença do acompanhante; 23% (n:04) Falta de privacidade durante o parto; 11%(n:02) Piadas durante o parto; 11%(n:02) Contenção física (amarraram os braços e as pernas das gestantes durante o parto); 5%(n:01) Contato com o bebe foi impedido/negado; 5%(n:01) Procedimento sem consentimento; 47%(n:08)Violência verbal, demonstrado na tabela 02.

Tabela 1. Caracterização das publicações quanto ao título, país de realização do estudo, ano de publicação, tipo de estudo, amostra e principais resultados, 2022.

N	TÍTULO	ANO	TIPO DE ESTUDO/MOSTRA/PARTICIPANTES	PRINCIPAIS RESULTADOS
A1	Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem	2017	<p>Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa</p> <p>Método de coleta: Entrevistas semiestruturadas</p> <p>Amostra: 10 mulheres.</p>	<p>Tipo de violência: Escassez de instruções à gestante recebidas durante todo o pré-natal até o puerpério, por parte da equipe de saúde, assim como a carência de informações divulgadas no município por vias de informações formais. Falas incômodas no momento do parto da parte dos profissionais de saúde</p> <p>Consequência: Impacto psicológico, Sentimento de incomodo sem ter ajuda, sentimento de ter sido machucada no parto e não ter atenção devida.</p>
A2	O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica.	2017	<p>Tipo de estudo: Pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa.</p> <p>Método de coleta: Entrevistas semiestruturadas</p> <p>Amostra: 56 mulheres internadas nos alojamentos conjuntos de quatro maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Tipo de violência: Privação do direito ao acompanhante, violência verbal.</p> <p>Consequência: A mulher apresentou sentimento de indiferença de solidão, sentimento de ter sido lesada/roubada devido a falta do companheiro no parto; desgaste psíquico e estresse; dor física;</p>
A3	Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães.	2017	<p>Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa.</p> <p>Método de coleta: Entrevistas</p> <p>Amostra: 15 mulheres e 15 por homens. Os critérios de seleção consistiram em: estarem publicados em blogs pessoais, elaborados por pais e mães.</p>	<p>Tipo de violência: sentiram-se violentadas, acompanhante foi impedido de entrar.</p> <p>Consequência: Medo, vergonha, angústia.</p>

A4	Experiências de puérperas sobre violência obstétrica na perspectiva fenomenológica	2018	<p>Tipo de estudo: Pesquisa fenomenológica</p> <p>Método de coleta: Entrevistas guiadas por um questionário semiestruturado.</p> <p>Amostra: 17 parturientes</p>	<p>Tipo de violência: A desumanização das atitudes profissionais e a conscientização do melhor alcançado; O companheiro presente e o acompanhamento resistente. Identificaram-se ambiguidades nas percepções vivenciadas pelas mulheres, com sentimento de insegurança.</p> <p>Consequência: Dor, angústia e a decepção.</p>
A5	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública.	2018	<p>Tipo de estudo: Estudo quanti-qualitativo.</p> <p>Método de coleta: Entrevistas semiestruturadas.</p> <p>Amostra: 373 puérperas.</p>	<p>Tipo de violência: Privacidade, presença de acompanhante, desejo de autonomia de escolha do tipo de parto não respeitado (quando gostaria de ter tido cirurgia cesariana), privação do direito à informação (sendo que puérperas com menor escolaridades receberam menos informações acerca da evolução do trabalho de parto);</p> <p>Consequência: Não centralidade do cuidado no paciente (não tiveram direito de escolher tipo de parto); sentimento de desrespeito.</p>
A6	Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes.	2018	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo.</p> <p>Método de coleta: Entrevistas semiestruturadas</p> <p>Amostra: 28 mulheres entrevistadas.</p>	<p>Tipo de violência: Violência física (marraram os braços e as pernas), Violência verbal (aguentar já que eu tinha escolhido ter bebê).</p> <p>Consequência: depressão pós-parto, problemas com a amamentação.</p>
A7	Aspectos da violência obstétrica institucionalizada	2020	<p>Tipo de estudo: Pesquisa descritiva</p> <p>Método de coleta: Grupos focal</p> <p>Amostra: 11 gestantes.</p>	<p>Tipo de violência: Falta de privacidade durante o parto Realização de procedimentos traumáticos e geralmente desnecessários, agressão verbal com aumento do tom de voz, frases irônicas, tratamento grosseiro, proibição da presença de acompanhante.</p> <p>Consequência: Danos psicológicos, sobrecarregar e modificar o estilo e qualidade de vida, transtornos mentais como ansiedade e depressão pós-parto, prejudicando a vivência dessa mãe com seu filho e família.</p>

A8	Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro	2020	<p>Tipo de estudo: Estudo epidemiológico</p> <p>Método de coleta: Entrevista semiestruturada</p> <p>Amostra: 291 mulheres.</p>	<p>Tipo de violência: Não se sentir à vontade para expor queixas ou dúvidas; não conseguir compreender as informações que recebeu; não sentir-se segura diante do cuidado recebido; não receber informações acerca do cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde; não sentir-se acolhida e/ou apoiada; acreditar que não houve respeito à sua privacidade; vivenciar procedimentos não consentidos; permanecer sem acompanhantes de sua escolha; receber gritos durante a assistência; e ser solicitada a parar de chorar ou gritar.; violência física (ter mãos, braços ou pernas amarrados);</p> <p>Consequência: Durante o processo parturitivo, a mulher vivencia sentimentos como o medo de intercorrências que possam acontecer, a ansiedade pelo nascimento de seu filho e a solidão vivenciada no ambiente em que se encontra.</p>
A9	Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil	2020	<p>Tipo de estudo: Qualitativo.</p> <p>Método de coleta: Grupo operativo; observação participante; grupos focais, entrevistas</p> <p>Amostra: mulheres usuárias do serviço, Profissionais e gestores</p>	<p>Tipo de violência: Falta de informações, falta de liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto e parto.</p> <p>Consequência: Ansiedade e estresse.</p>
A10	Repercussões físicas e psicológicas na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica.	2020	<p>Tipo de estudo: Pesquisa descritiva.</p> <p>Método de coleta: Entrevista semiestruturada</p> <p>Amostra: 8 mães.</p>	<p>Tipo de violência: Repercussões físicas, manobra de Kristeller, episiotomia, repercussão psicológica.</p> <p>Consequência: Rejeição e a insegurança dor sentida no ato sexual, baixa autoestima, angústia e desespero.</p>
A11	Violência obstétrica na percepção de puérperas.	2020	<p>Tipo de estudo: Pesquisa</p> <p>Método de coleta: Entrevista semiestruturada.</p>	<p>Tipo de violência: Episiotomia, procedimento sem consentimento, agressão verbal.</p> <p>Consequência: Alterações fisiológicas, comportamentais, afetivas e cognitivas, os transtornos de ansiedade, tais como pânico, fobia, transtorno.</p>

			Amostra: 132 mulheres puérperas que estavam hospitalizadas.	
A12	Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacia para enfermeira(o) obstetra	2021	Tipo de estudo: Estudo descritivo Método de coleta: Entrevista semiestruturada Amostra: Respondentes 414 mulheres vítimas de violência obstétrica.	Tipo de violência: <i>Fórceps, piadinhas, episiotomia.</i> Consequência: Dor durante a relação sexual, vulnerabilidade social.
A13	Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica.	2021	Tipo de estudo: Estudo qualitativo. Método de coleta: entrevista semiestruturada Amostra: 10 relatos de blogs “relatos de violência obstétrica”.	Tipo de violência: Contato com o bebe foi impedido/negado, amamentação, episiotomia, autonomia. Consequência: Vínculo mãe-bebê foi prejudicada; Medo, depressão pós-parto, desinteresse sexual.
A14	Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.	2021	Tipo de estudo: Estudo transversal, descritivo. Método de coleta: Entrevista semiestruturada Amostra: 15mulheres que estavam no puerpério.	Tipo de violência: Intercorrência com risco de vida, fórceps, procedimentos sem avisar, Verbal (tratamento grosseiro). Consequência: Medo, baixa autoestima.
A15	Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro.	2022	Tipo de estudo: Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Método de coleta: Entrevista semiestruturada Amostra: 20 mulheres que utilizaram os serviços das Unidade Básicas de Saúde de	Tipo de violência: Piadas, agressão verbal. Consequência: Constrangimento, depressão, medo, vergonha.

			Alagoa Grande-PB, referindo ter passado por algum tipo de violência obstétrica.	
A16	O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde	2022	<p>Tipo de estudo: uma pesquisa qualitativa</p> <p>Método de coleta: Entrevista semiestruturada com puérperas e profissionais da saúde.</p> <p>Amostra: Mulheres e profissionais de saúde (enfermeiros obstetras e médicos obstetras.)</p>	<p>Tipo de violência: Manobra de Kristeller, agressões verbais.</p> <p>Consequência: Depressão, vergonha, medo de repetir a experiência, dores físicas e baixa autoestima.</p>
A17	Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil	2022	<p>Tipo de estudo: Estudo quantitativo</p> <p>Método de coleta: protocolos de denúncias</p> <p>Amostra: 43 denúncias sobre violência obstétrica protocoladas no Ministério Público.</p>	<p>Tipo de violência: Agressão/humilhação verbal, a proibição da presença do acompanhante, descaso, negligência.</p> <p>Consequência: Maior risco de hemorragia, levando à morte materna, ao óbito fetal e/ou a sequelas graves permanentes na mãe ou no bebê. Como placenta acreta, e obesidade.</p>

Tabela 1. Os tipos de violência obstétrica identificados nos estudos da revisão narrativa, 2022.

ARTIGOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A-10, A-11, A-12, A-13, A-16	Violência física como episiotomia, <i>fórceps</i> e manobra de Kristeller.
A-2, A-3, A-5, A-7, A-8, A-17	Proibição da presença do acompanhante
A-12, A-15	Piadas durante o parto
A-2, A-6, A-7, A-11, A-15, A-16, A-17	Violência verbal
A-5, A-7, A-8, A-9	Falta de privacidade durante o parto
A-8, A-6	Contenção física (amarraram os braços e as pernas das gestantes durante o parto)
A-13	Contato com o bebê foi impedido/negado
A-11	Procedimento sem consentimento
A-1, A-2, A-3, A-4, A-5, A-6, A-7, A-8, A-9, A-10, A-11, A-12, A-13, A-14, A-15, A-16, A-17	Escassez de instruções à gestante recebidas durante todo o pré-natal

6 DISCUSSÕES

A gravidez é um processo marcado por mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas que produzem preocupações, vulnerabilidades à saúde da mulher e expectativas sobre o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, o pré-natal é essencial para a promoção da saúde materna, para o desenvolvimento da criança, prevenção de doenças e cuidados de saúde para garantir desenvolvimento saudável durante a gravidez, auxiliando mães e famílias no processo de mudança e adaptação, e realizar educação em saúde sobre os benefícios de um parto normal, além dos direitos das gestantes e puérperas (ARAÚJO et al., 2013; BRASIL, 2000).

O parto normal pode acontecer de maneira fisiológica para 90% das mulheres, sendo que uma pequena parte pode apresentar intercorrências (ARAÚJO et al., 2013; Brasil, 2000). Apesar desse índice encorajador, estatísticas apontam que um quarto das brasileiras que vivenciaram partos normais refere ter sido vítimas de violência e/ou maus-tratos nas maternidades (COSTA et al. 2018). No estudo 09 foi referido que mulheres com menos acesso a informações acerca da evolução do trabalho de parto e que pariram por via vaginal sentiram-se mais desrespeitadas.

Consoante a isso, em relação ao tipo de violência 100% dos artigos referiram escassez de instruções à gestante durante o pré-natal e momento do parto. Para Pereira et al. (2011), a educação em saúde, sobretudo durante o pré-natal, ganha destaque para a promoção do parto normal, apresentando-se como uma ferramenta facilitadora da produção de conhecimento e autonomia para as mulheres. Neste contexto, instruir a mulher tem o intuito de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, além de garantir que os direitos assegurados em lei sejam cumpridos.

Realizar ações de educação em saúde faz parte da assistência pré-natal, pois esta não deve restringir-se às ações clínico-obstétricas. Assim, na rotina da assistência integral, deve-se conhecer a história obstétrica anterior, investigar os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser reconhecidos pelos profissionais de saúde, os quais devem buscar entender as mulheres no contexto em que vivem, agem e reagem, trabalhando na preparação da mulher para a maternidade e para um parto e puerpério saudáveis, empreendo ações clínicas juntamente com educação em saúde e devidos encaminhamentos (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Deste modo, a assistência à gestante durante o pré-natal ainda é um desafio em termos de qualidade, pois muitas vezes ainda é reduzido a práticas de medicalização, de modelos tecnocráticos (SERRUYA, LAGO E SECATI, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), no pré-natal é essencial: a humanização do atendimento, fator importante no acompanhamento adequado para mulheres grávidas; a identificação precoce da gravidez, que é o ideal para possibilitar o início do pré-natal durante o primeiro trimestre; excelente tecnologia para serviço de qualidade, possibilitando monitoramento regular, a categorização do risco de gravidez e o aconselhamento do devido procedimento e a garantia das orientações e esclarecimentos necessários, implementando ação educativa.

O pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, ou seja, promover e manter a saúde física e mental durante todo o processo de gravidez, do trabalho de parto e parto, além de ser momento promissor para fornecer informações e orientações sobre a gravidez, o parto e até a evolução materna. Junto com um bom plano as mulheres grávidas aumentarão a probabilidade de uma gravidez mais longa, saudável e tranquila. Ora, um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mãe desde a gravidez, período em que há diversas mudanças físicas e emocionais, além de auxiliá-las em todos que precisarem. Deve-se lembrar que, esse período é vivido de forma única por cada mulher (BRASIL, 2000a).

Assim, ao observar o contexto de violência obstétrica, há uma necessidade de modificar essa realidade, humanizando a assistência à parturiente, o que inclui mudanças na ambiência e no trabalho do profissional de saúde, principalmente o enfermeiro. Por essa razão, o Ministério da Saúde traz como estratégia a implantação da rede cegonha, esta que tem como intuito o atendimento humanizado às gestantes reduzindo a mortalidade materna e neonatal, buscando educação em saúde, o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada ao parto e questões relacionadas ao abortamento e puerpério (COSTA et al. 2018). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) ressalta que a principal maneira de humanizar é receber bem a gestante, esse acolhimento acontece no pré-natal até o parto e puerpério, baseado na humanização da assistência obstétrica e neonatal como prioridade para o acompanhamento do parto e puerpério adequado (BRASIL, 2002).

O desconhecimento por parte da mulher dos seus direitos reprodutivos, ou a não percepção da mulher frente a situações de desrespeito constituem como pano de fundo da uma má assistência. Nesse contexto, destaca-se o PHPN, que defende o respeito a esses

direitos, sob a perspectiva da humanização como elementos estruturadores da assistência a mulher. Assim sendo o PHPN está pautado a partir dos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

A ausência da humanização na assistência é refletida muitas vezes na violência verbal, que ocorre quando o agressor de alguma forma desrespeita, ofende, humilha à parturiente. Esses ataques podem ser de natureza tendenciosa (criando ofensas relacionadas à cor, raça, religião, idade), condição socioeconômica, orientação sexual, nível de escolaridade, estado civil ou mesmo afiliação política. Esses comportamentos muitas vezes levam a sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança que geram e caracterizam a violência psicológica, além da dor do parto (MENDES, 2018). Práticas de violência verbal e uso de piadas e termos pejorativos foram declarados em 47,05% dos estudos incluídos na presente revisão.

Um fator de ajuda da diminuição da violência obstétrica, e na garantia do direito ao parto humanizado é a presença do acompanhante, no entanto 35,3% (n:06) dos estudos que evidenciaram situações de proibição deste acompanhante, que conjectura também em situação de violência, ao violar um direito garantido. Em termos de legislação nacional, a Lei nº 11.108 foi promulgada em 2005, garante o direito de acompanhante para a gestante no caso do trabalho de parto, parto e acompanhamento pós-parto imediato. A Lei do Acompanhante exige a harmonização do sistema de saúde e redes próprias no período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (MENDES, 2018)

Outro ponto encontrado de violação e contramão a humanização, foi o impedimento do contato com a mãe/bebe. Os benefícios do contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe, no nascimento são mundialmente reconhecidos, pois proporciona ao bebê conforto, calor e o momento ideal de adaptação, estabelecido por vínculos que aumentarão a partir daquele momento (CORRÊA, 2004; MENDES; GALDEANO, 2006).

A exposição precoce do bebê a sua mãe após o nascimento, faz com que as mães se sintam seguras e tranquilas ao sentir seu bebê. Este é um momento único que deve ser respeitado, porque é onde acontece a interação mãe-bebê, a troca de olhares, o toque da mãe acariciando o bebê, ouvindo atentamente o choro tão esperado (CRUZ et al, 2007).

No processo do parto deve-se garantir a privacidade, para melhor desenvolvimento do parto e incentivo do binômio mãe filho. No entanto, a falta de privacidade durante o parto foi referida em 23,53% dos estudos nesta revisão.

Atualmente a ambiência do Centro Obstétrico, substituiu as salas de parto e pré parto coletivo, por quartos PPP (pré parto, parto e pós-parto), isso ocorreu porque os quartos coletivos não oferecem privacidade e dificultam o acesso à métodos não farmacológicos para alívio da dor (BRASIL, 2013; FIOCRUZ, 2019). Nos casos de alojamento Conjunto, é esperado que tenha espaço com privacidade para a mãe, com cortinas, espaços para acompanhantes, berço do bebê, bancada com água quente e água fria, para facilitar o apoio do banho do bebê (FIOCRUZ, 2019).

O quarto PPP garante a presença do acompanhante de livre escolha e o trabalho de parição transcorre de uma forma mais tranquila, permite que a mulher fique mais ativa, esse ambiente dá acesso à métodos não farmacológicos de alívio da dor (como caminhar, utilizar a bola, o cavalinho, a banqueta, entre outros equipamentos, sentindo-se mais livre e mais à vontade), o que facilita o processo de trabalho de parto normal, além de oferecer conforto lumínico (FIOCRUZ, 2019).

O uso de métodos farmacológicos ou adição de qualquer procedimento na condução do parto, deve atender ao o princípio do consentimento informado. Este está refletido nos direitos dos pacientes, possibilitando a participação e licenciamento de tratamentos e procedimentos médicos fazer coisas que possam afetar sua saúde física e mental e suas responsabilidades. O paciente deve ser instruído e ser alertado pelos profissionais sobre os riscos e benefícios que o procedimento envolve. Este princípio é endossado por um Consentimento Informado. Além disso, no consentimento informado é respeitado a escolha do paciente, diante do princípio do respeito e dignidade humana (MELLO,2015). No entanto, na presente revisão 5,88% (n:01) dos estudos trouxeram como ato de violência a realização de procedimento sem consentimento da paciente.

Adicionalmente, de acordo com a OMS (2014), a maioria dos nascimentos ocorre intenso processo de medicalização do parto, com intervenções desnecessárias e iatrogênicas; separação da gestante de seus familiares; falta de privacidade; e desrespeito

a sua autonomia. Frente a isso, as ações dos profissionais devem seguir critérios pautados em evidências científicas, e assim combater a violência obstétrica, de modo, primeiramente, a esclarecer à mulher os seus direitos acerca dos conceitos mais amplos que abrangem a violência obstétrica (JARDIM et al, 2017). Podem, além disso, proporcionar uma assistência humanizada e digna para essas pacientes.

Neste tocante, é importante trazer ênfase as principais facetas pelas quais a violência obstétrica física se apresenta. Nesta revisão, no tocante da violência física 29,41% (n: 05) dos estudos explanam as seguintes condutas: episiotomia, *fórceps* e manobra de Kristeller e 11,76% (n: 02) dos estudos referiam contenção física (amarraram os braços e as pernas das gestantes durante o parto).

A manobra de Kristeller é uma técnica realizada com o objetivo de acelerar o trabalho de parto, em que é realizada pressão externa sobre o útero da mulher, com o objetivo de diminuir o período expulsivo. Alguns médicos empurram com as mãos, outros empurram com os braços e até com os cotovelos. Tal manobra é considerada nociva à saúde, além de ineficaz, causando dor, trauma e o desconforto materno que continuará indefinidamente (REIS, 2005).

Procedimentos como a manobra de Kristeller são realizados para diminuir o período de duração do trabalho de parto, desrespeitando o momento biológico do trabalho de parto, e na maioria das vezes esses procedimentos são o resultado impaciência do profissional (PEREIRA et al., 2016). Segundo Leal et al (2012), os próprios profissionais de saúde reconhecem que as manobras de Kristeller são proibidas, no entanto, continuam a praticá-la apesar de não fazer o registro no prontuário.

A referida manobra foi proibida pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), por ser uma técnica agressiva que pode causar ferimentos graves (OMS,2017). No Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, do Ministério de Assuntos Públicos, Ministério da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), registra a seguinte regra: "Você nunca deve empurrar a barriga de uma mulher para forçar um bebê a sair (estratégia de Kristeller) porque coloca em risco mulheres e bebês" (Revista Crescer, 2017). Não há evidências de que o uso de pressão exercida sobre o fundo do útero seja favorável, além de que os riscos potenciais de usar este procedimento incluem ruptura uterina, danos ao esfíncter, infecções anais, fraturas neonatais e lesões cerebrais, entre outras (LEAL, 2014).

Outro exemplo de violência física elencadas foram episiotomia e fórceps, ambos são apontadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como atividades não indicadas

enquanto rotina, em prol de uma experiência de parto positivo. A episiotomia é uma incisão feita na área perineal (a área muscular entre a vagina e o ânus), em alguns casos ocorre com anestesia local e, em alguns casos, feito sem qualquer anestésico. Já o fórceps é um instrumento metálico, com duas hastes articuladas, uma das extremidades das hastes tem formato parecido com o de uma colher, para se fixar à cabeça do bebê, e a outra extremidade é usada pelo médico para manipular o instrumento, o uso de fórceps é, frequentemente, acompanhado por uma episiotomia prévia, para a qual é utilizada anestesia peridural ou um anestésico local. A episiotomia e a fórceps podem acarretar uma taxa de infecção puerperal e hemorragia, cooperando para o acréscimo da mortalidade materna (BELEZA et al., 2012).

As alterações causadas pela episiotomia podem se refletir sexualmente no corpo feminino, pois o períneo íntegro garante maior proteção durante o ato sexual (BARROS et al., 2018). No entanto, o procedimento resulta em reflexos na saúde da mulher no puerpério, sejam físicos ou emocionais, incluindo hematomas, dor, dispareunia, alterações na anatomia vaginal devido à dilatação, incontinência urinária e fecal canal vaginal, além de abalar arduamente a autoimagem e a autoestima dessa mulher (BRASIL, 2012).

Já o parto fórceps, que é uma variação do parto normal, se dá através da introdução de uma pinça na vagina da mulher adaptando-a a cabeça do bebê a fim de ajudar a expulsão. Esse tipo de parto é cada vez menos utilizado por ser muito traumático para a mãe e para bebê (RAVERATTI, 2014). As indicações maternas do parto a fórceps são para minimizar os riscos, de maneira que poupem de um maior esforço. Atualmente, as indicações para este tipo de parto continuam as mesmas, como nos casos de cardiopatia, pneumopatias (nas situações em que tem a reserva pulmonar diminuída e dificuldade em executar esforço), e aneurismas ou tumores cerebrais (onde o esforço pode ocasionar acidente vascular hemorrágico). Portanto, ainda existem as indicações fetais, que são para a redução dos riscos, que inclui sofrimento fetal e cessação do avanço durante o período expulsivo. Nessas situações quando há insistência poderá acarretar óbito fetal ou sequelas irreversíveis (CUNHA, 2011).

Argumentos comuns para evitar essas abordagens acima citadas (episiotomia, *fórceps* e manobra de Kristeller) incluem a prevenção de trauma perineal grave, prevenção de lesão do assoalho pélvico (retoccele, ruptura do esfíncter prolapso anal e degenital), incontinência urinária e disfunção sexual, principalmente prevenção da morbimortalidade infantil (BARROS et al. 2018).

Por fim, ainda foi descrito neste estudo a aplicação de contenção física (amarraram os braços e as pernas das gestantes durante o parto). Em um passado não muito distante, era comum ouvir relatos de que durante o trabalho de parto e parto normal, a mulher tinha as pernas amarradas ao leito e mantida em posição de litotomia, ou seja, em decúbito dorsal. Pesquisas apontam a validade e os benefícios da liberdade de movimento e escolha da posição da mulher durante o parto normal. Infelizmente, mesmo com o avanço das pesquisas e informações, muitos procedimentos desnecessários e intervenções rotineiras ainda são realizados em larga escala nos partos hospitalares. Portanto, é sua responsabilidade se tornar cada vez mais consciente de seus direitos e tentar garantir que esses direitos sejam respeitados (OLIVEIRA, 2013).

As mulheres devem ser encorajadas a se movimentar e adotar as posições que funcionam melhor para elas durante o trabalho de parto. Essa é uma das diretrizes nacionais do Ministério da Saúde sobre a assistência ao parto, portanto, não faz sentido manter a mulher imóvel ou amarrada em nenhum momento do trabalho de parto. (OLIVEIRA, 2013)

Portanto, vale a pena mencionar que existem algumas coisas simples que você pode fazer sem colocar a vida da mãe do bebê em risco. Um dos mais saudáveis é orientar que a gestante mude de posição durante esse processo, usando a gravidade para se mover livremente. Uma vez que a posição vertical ajuda a mãe a se impulsionar corretamente e facilita a descida do bebê, além de deixar as mulheres grávidas encontrarem uma posição confortável para lidar com as contrações. Outra ação eficiente é caminhar durante o trabalho de parto. Isso ajuda a dilatação a fluir mais facilmente, sem falar que a gravidade sempre vai facilitar a entrada do bebê na vagina, portanto, o ideal é evitar a posição supina, ou seja, não forçar a mulher a entrar em trabalho de parto deitada. A melhor estratégia para facilitar a saída do bebê é respeitar os processos fisiológicos do corpo da mulher, não impondo nenhuma intervenção desnecessária, deixando-a livre, de forma a garantir um parto confortável e favorável (CONITEC 2016).

Por fim, no presente estudo ficou evidente que tanto as violências no âmbito físico, moral e psicológico geraram nas mulheres alterações fisiológicas, comportamentais, afetivas. Em relação a ausência de informações devidas, violência verbal, privação de acompanhante, ambiência impropria, impedimento de contato precoce mãe/bebê as consequências mais citadas foram danos psicológicos, sentimento de vergonha, constrangimento, solidão, medo, decepção, angústia, desespero, sentimento de desrespeito, sentimento de indiferença, sentimento de ter sido lesada/roubada, dor física,

ansiedade, depressão pós-parto, problemas com a amamentação e baixa autoestima e vínculo mãe-bebê.

Em relação às violências físicas geraram nas mulheres sentimentos de medo angústia e desespero; dor física, depressão pós-parto, dor sentida no ato sexual, baixa autoestima, além de prejudicar o vínculo mãe-bebê e provocar problemas com a amamentação.

A humanização do parto está diretamente ligada aos direitos humanos, desta forma para impera-se a necessidade de legislações de cunho nacional para garantir à aplicação desses direitos as mulheres parturientes. Aqui se exemplifica o caso do Estado de São Paulo que aprovou em 2015, uma legislação que garante direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências (BRASIL,2015). Consoante, o Distrito Federal possui uma lei regional aprovada em 2018, que dispõe sobre medidas para mulheres grávidas e em período de internação Cuidados maternos e neonatais nacionais, com o objetivo principal de protegê-los nos cuidados Assistência à maternidade no Distrito Federal. Entre as sanções do governador, é considerada violência obstétrica todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher grávida ou parida, que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério. A lei ainda reitera que as unidades devem informar os órgãos e os trâmites para a denúncia nos casos de violência, para os casos em que a atenção à gravidez, parto, abortamento e puerpério não adotar os princípios de boas práticas com enfoque na humanização, de acordo com as normas regulamentadoras. (BRASIL, 2011).

Estas iniciativas são bastante significativas para um ordenamento jurídico nacional no que tange à violência obstétrica, uma vez que ainda não existe uma lei nacional para tratar especificamente sobre sanções e canais de denúncias frente a essas situações ainda vivenciadas.

É imperioso ressaltar que, o acesso à ajuda de alta qualidade é um direito de toda mulher grávida. Assim, cada município é obrigado a prestar serviços assistência pré-natal, no parto, pós-parto e ao recém-nascido bem-organizado (BRASIL, 2011).

Neste tocante, a Enfermagem representa a categoria profissional mais preparada para a mudança do histórico de violência obstétrica e para a consolidação de um atendimento seguro durante o processo de parto e nascimento, em razão da proximidade

dos profissionais desta área da saúde com os pacientes e seus respectivos valores, e por ter como princípios do trabalho o cuidado centralizado no paciente (COSTA et al. 2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar que a violência obstétrica continua ocorrendo com frequência nas unidades de saúde de todo o país durante o período pré- parto, trabalho de parto e parto, depreciando a mulher e violando seu direito a centralidade do cuidado e protagonismo no ciclo gravídico-puerperal.

A violação dos direitos a saúde, a integridade física e psicológica, fere assim os direitos humanos fundamentais garantidos constitucionalmente. Portanto, o esclarecimento a respeito desses tipos de violência é crucial para que através desse conhecimento haja o acionamento das autoridades competentes, mitigando e combatendo assim suas ocorrências.

O estudo reitera a necessidade de educação em saúde sobre direitos garantidos no momento do parto e pós-parto, abarcando o reconhecimento de tipos de violência pelas mulheres, promovidas desde o pré-natal. A mulher também deve ser munida de informações científicas e atualizadas sobre os tipos de parto e suas nuances, para que ela possa decidir a forma do nascimento da criança, e sua autonomia seja respeitada.

Mesmo diante dos resultados que apontam diversas situações cotidianas de violência obstétricas, acredita-se que ainda muitas mulheres sequer imaginam que os constrangimentos aos quais foram submetidas se enquadram como ações de violência.

Assim, a presença do acompanhante traz muitos benefícios para gestantes e para o bebê, podendo ser uma barreira para situações de violência, mas ainda a garantia de se ter acompanhante não é amplamente conhecido e assim, não garantido.

Neste contexto, o enfermeiro pode ser visto como um elemento chave no processo de melhoramento na qualidade da assistência à parturiente e ao bebê visto que, é membro indissociável da equipe de saúde tendo potencial para sensibilização destes quanto à promoção e implementação de boas práticas, além de possuir capacidade técnica para instruir e proteger as mulheres durante todo o trajeto a ser percorrido para o nascimento de seu filho, contribuindo, desse modo, para uma assistência qualificada e humanizada.

No entanto, ainda não há no ordenamento jurídico previsão legal para a violência obstétrica, uma lei específica que garanta proteção a essas vítimas. Entende-se que a inexistência de uma norma específica sobre a violência obstétrica abre brechas devido a

impunidade conferida ao autor. Assim, a violência obstétrica ainda está nas sombras do desconhecimento por parte pelas vítimas dos atos de violência, que por vezes não registram queixas aos gestores ou em canais de ouvidoria, por entenderem como ação normal as condutas e exposições as quais são submetidas.

É importante ressaltar que não somente as mulheres devem ter conhecimento sobre a violência obstétrica, mas também a sociedade, pesquisadores, acadêmicos, médicos e diversos profissionais de saúde. Dessa forma, aqui instala-se a importância da discussão do referido tema, demonstrando que essa violência existe, carrega consigo o perigo como qualquer outra, além de ser capaz de causar danos a vítima por um longo período, podendo ser até mesmo irreversíveis.

Espera-se que os resultados deste estudo sensibilizem gestores em saúde, profissionais e estudiosos quanto a urgência de implementar estratégias e ações que possam prevenir violências morais, psicológicas, tão quanto mitigar ao máximo processos de medicalização do parto e a ocorrência de episiotomia que apesar de ser muito usada em partos normais é feita sem o consentimento da mulher e considerado uma violação, uma violência obstétrica.

REFERENCIAS

ARAÚJO SM, *et al.* A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. VEREDAS FAVIP. **Revista Eletrônica de Ciências**, 2013.

AZEVEDO, M. A.; SOUSA, L. D. EMPODERAMENTO FEMININO: conquistas e desafios. **Revista de divulgação científica**, 2019.

BARROS, T. C. X. et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev. enferm. UFPE online**, 2018.

BELEZA, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Pesquisa Rev. Bras. Enferm**, 2012.

BRASIL. LEI Nº 11.108 de 07 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. Acesso em: 15 mai 2021.

BRASIL. LEI Nº 15.759, DE 25 DE MARÇO DE 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Acesso em: 07 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Secretaria de 34 Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção n. 32. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ficha De Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual E/Ou Outras Violências. DASIS/CGDANT, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf. Acessado em: 22/04/2022.

BRASIL. Instituto Maria da Penha. **Tipos de Violência**. IMP instituto Maria da Penha, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acessado em: 08/05/2022

CARVALHO, A.S.; PEDROGA, A.G.R.; RIBEIRO C.M.; ASSIS, L.; KALIL, J.H.; SILVIA, A. O. N. S. Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114936.pdf. Acessado: 09/04/2022.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermeria Global**, 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf. Acessado em: 23/04/2022.

CARVALHO, Laëtítia Cristina Varejão. Os efeitos da manobra de kirsteller no segundo período de trabalho de parto. Porto, 2014. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABtitia%20Carvalho.pdf>

CASTRO, J.C E CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Knt68fNqyMHvLfw5wRks8tH/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 20/05/2022.

CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação, janeiro de 2016

CORRÊA, M. A. P. Relação mãe-bebê no pós-parto: uma contribuição para a iniciativa do Hospital Amigo da Criança. 2004. 82 f. Dissertação (Mestrado) - PósGraduação em Ciências, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2004.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2007.

CUNHA MA, et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2009.

FIOCRUZ. Principais Questões sobre Ambientes de Atenção ao Parto. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2019. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-ambientes-de-atencao-ao-parto/>>. Acesso em: dia, mês e ano.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Antonio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acessado em: 20/05/2022.

HAMERMÜLLER, A e UCHÔA, T. Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil. **Humanistas**, 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>. Acessado em: 22/04/2022.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública [online]**, 2014.

MALHEROS *et al.*; **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas**, 2012.

MELLO, C. de M.; MOREIRA, T. Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana. **Freitas Bastos**, 2015.

MENDES, A. P. D.; GALDEANO, L. E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2006.

MUNIZ, S. O que é Violência Obstétrica. **Silas Muniz advocacia especializada em saúde**, 2017. Disponível em: <https://silasmunizadvocacia.com.br/violencia-obstetrica/>. Acessado em: 21/04/2022

NUNES, G.F.O.; MATOS, K.K.C.; MELO, D.E.B.; VIANA, L.S.S E ESPÍNOLA, M.M.M. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/2086-Texto%20do%20artigo-9412-4-10-20210224.pdf>. Acessado em: 29/05/2022

OLIVEIRA, Eliane Carina. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Revista científica das faculdades integradas** de jaú, 2014.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **BrazilianJournalofSurgeryandClinicalResearch**, 2016.

REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva**, 2005.

ZANARDO *et al.* Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 29/05/2022.

