



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

CURSO DE ENFERMAGEM

DÉBORA CRISTINA BASILIO DE SOUZA

THALYNE HEIDY VILLELA

**PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO DE
USUÁRIAS, ESTUDANTES E PRESTADORES DE SERVIÇO DA ÁREA DA
SAÚDE**

Goiânia-GO

2020

DÉBORA CRISTINA BASILIO DE SOUZA
THALYNE HEIDY VILLELA

**PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO DE
USUÁRIAS, ESTUDANTES E PRESTADORES DE SERVIÇO DA ÁREA DA
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso III como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof^a. Ms^a. Laidilce Teles Zatta

Goiânia-GO
2020

RESUMO

Introdução: Compreende-se por Violência Obstétrica (VO) a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. **Objetivos:** Identificar os principais tipos de violência obstétrica, a percepção das usuárias, estudantes e prestadores de serviços de saúde acerca da VO. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, através das bases de dados: LILACS e BDEF, que foram acessados via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e PubMed. A estratégia de busca contemplou os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Violência; Violência contra a mulher; Obstetrícia, combinados através do operador booleano "OR" e "AND". Incluídos os artigos publicados em português, inglês e espanhol; no período entre 2011 a 2020. Excluídos os artigos duplicados entre as bases de dados, que abordavam sobre outro tipo de violência e que são considerados como literatura cinza. A partir disto, foi realizada uma leitura exploratória e posteriormente analítica. **Resultados:** Após busca nas bases de foram selecionados 17 estudos que vieram a ser utilizados para análise. Após sucessivas leituras dos artigos, eles trouxeram diferentes modos de abordar a violência obstétrica, assim, os estudos puderam ser categorizados conforme suas semelhanças no contexto de seus conteúdos. Para uma melhor organização dos resultados desta revisão, foram constituídas quatro diferentes categorias sendo elas: "principais tipos de violência obstétrica"; "percepção das usuárias acerca da violência obstétrica"; "percepção dos estudantes da área da saúde acerca a violência obstétrica"; e "percepção dos prestadores de serviço diante a violência obstétrica". **Conclusão:** O estudo possibilitou uma análise referente aos principais tipos de violência obstétrica e como as parturientes, os estudantes e os prestadores de serviços de saúde veem esse ato. Sendo assim, conclui-se que as mulheres precisam de estratégias de enfrentamento contra tal violência e os causadores devem, de alguma forma, assumir a responsabilidade de tais atos.

Palavras chaves: violência, violência contra mulher, obstetrícia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus por ter nos dado força, saúde e a oportunidade de ingressar em uma universidade.

A nossa família que sempre foram apoiadores e compreensivos em todas as circunstâncias.

Aos nossos amigos que tornaram esses cinco anos mais leves e o tempo passou mais rápido a cada gargalhada em meio ao desespero universitário.

Aos nossos mestres por cada conhecimento compartilhado que sem dúvida alguma foram os mais importantes de toda a graduação.

A nossa orientadora maravilhosa que mais parece um anjo que caiu dos céus, no momento exato.

Gratidão.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	09
2- OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivo específico	18
3- MÉTODO	
3.1 Tipo de Estudo	19
3.2 Local de estudo	23
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	24
3.4 Coleta de dados	24
3.5 Análise de dados	24
4- Resultados	25
5- Discussão	41
6- Considerações Finais	55
7- Conclusão	56
Referências	58
Anexo 1	65
Apêndice 1	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Síntese dos estudos analisados.	67
-----------------	---------------------------------	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o <i>PRISMA Statement</i> .	25
Gráfico 1	Total de publicações/ ano. Goiânia, GO 2020.	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDENF - Base de dados em Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

LILACS - Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

SciELO - Scientific Electronic Library Online

VO - Violência Obstétrica

1. INTRODUÇÃO

Primordialmente nomeada como a Arte Obstétrica, a história mostra seu início na Europa, nos séculos XVII e XVIII. Posteriormente, constituída no Brasil no século XIX pelo edital de Dom João VI. Sendo integrada como uma das disciplinas das escolas de medicina e cirurgia, no ano de 1808, disciplina que a princípio inaugurou-se nas escolas do Rio de Janeiro e da Bahia. Então, a medicina assumiu essa prática em suas atribuições, que resultou na inserção da figura masculina no saber e na prática obstétrica, denominando os profissionais por ela formados como parteiro ou médico-parteiro (BRENES, 1991).

Ocorreu de forma mais precoce nos países mais desenvolvidos do Ocidente, mas a hospitalização do parto fez-se como um fenômeno universal. Os Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia foram países que adotaram essa hospitalização no início do século XX, especificamente, no tempo em que havia guerras. No Brasil, essa rotina foi empregada em sua maioria após a década de 1960, na qual houve simultaneamente a expansão da assistência hospitalar (LEISTER; RIESCO, 2013).

O conhecimento gerado no âmbito obstétrico é datado a partir do século XVII, no qual é encontrado uma grande quantidade de livros sobre o assunto. Já nas faculdades europeias, ocorreu na primeira metade do século XIX, institucionalizando o saber. Com isso, o principal intuito dos profissionais ao introduzir a arte obstétrica no Brasil, foi de ampliar o conhecimento científico na medicina nacional, os médicos se apresentavam como cientistas e profissionais de um ramo específico do saber. Assim, construíram uma ciência, na qual os profissionais de saúde que se formaram e atuaram no final do século XIX e começo do século XX atuaram como os primeiros contribuintes desta área (SOUZA, 2018).

Em um rápido resumo bibliográfico acerca dos principais acontecimentos na história da obstetrícia brasileira, o filho de um médico da Câmara Imperial, Francisco Júlio Xavier embora aprovado para cursar Medicina na Academia do Rio de Janeiro, seguiu para Paris, para obter seu título, em 1831. Em seu retorno, Francisco almejava atuar na Arte Obstétrica, porém este território já havia sido preparado por outros

profissionais. Ele concorreu com José Maurício Nunes e José Cardoso de Menezes em um concurso pela cadeira de partos no primeiro ano da recém criada Faculdade do Rio de Janeiro. Houve um empate de sua nota com a de José Maurício, mas em 1833, no segundo semestre, Francisco tomou posse da cadeira (BRENES, 2008)

Antecedente a esta prática ser atribuída aos profissionais da saúde, o parto era habitualmente realizado por mulheres, as chamadas “parteiras”, “aparadeiras” ou “comadres”. Na sua grande maioria se tratava de mulheres leigas, sem o domínio prévio de determinados conhecimentos científicos acerca da anatomia e fisiologia do corpo feminino. Seus saberes eram empíricos, além de que acompanhavam toda essa gestação, parto e puerpério, além da sua colaboração nos primeiros cuidados do recém-nascido (BRENES, 1991).

Durante este processo, eram as parteiras que obtinham toda a confiança da mulher no seu estado de gestação, parturição ou puérpera. Além de serem as referências para aquelas mulheres suprir suas dúvidas. Com a introdução da Arte Obstétrica e a entrada dos profissionais de saúde neste âmbito, resultou-se na produção de um saber científico acerca da fisiologia do parto e do corpo feminino (BRENES, 1991).

Então, se instituiu uma nova perspectiva para o desenvolvimento da atenção ao parto e nascimento, visto que não era considerado um ato médico, mas sim vivenciado em um ambiente doméstico, íntimo e um local que era composto somente por mulheres. A maior responsabilidade neste âmbito eram depositadas as parteiras, que não somente estabeleciam uma atenção ao parto, mas também cuidavam da saúde da mulher, do seu pré-natal e puerpério, acerca de doenças femininas, conselhos e orientações sobre a fertilidade e prosseguiram também seus cuidados ao recém-nascido (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Foi uma mudança repleta de resistência das parturientes acerca do ato de parir fora do seu ambiente domiciliar, e de conflitos entre médicos e parteiras, entre o conhecimento científico e o empírico. Frente a esta situação, as parteiras ainda atuaram por um bom tempo, pois obtinham a confiança quanto à habilidade de partejar, pela não aceitação da figura masculina neste cenário por questões morais, e por razões estruturais pois hospitais e maternidades ainda eram poucas (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

O fator mais significativo diante essa transição do parto no domicílio para uma hospitalização, ocorreu uma perda de espaço das mulheres dentro dos cuidados à saúde. O motivador desta perda de território feminino ocorreu pela a marginalização das práticas de parteiras, âmbito que passou a ter domínio exclusivos por homens, pois eram apenas eles que possuíam acesso à uma formação científica, permissão para a introdução de mulheres na medicina só ocorreu a partir de 1879. Essa marginalização das parteiras, resultou em uma interrupção na presença feminina na atenção ao parto (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

É evidente que a marginalização das parteiras se deu pelos riscos reais que o feito exercia sobre a mãe e a criança, nos quais as evidências científicas revelavam, principalmente, em complicações referentes ao parto, e a impossibilidade de intervenções que assegurassem a sobrevivência de ambos. Porém, os riscos que as maternidades propiciavam para estes pacientes não se tratavam de riscos menores. Os avanços na ciência quanto assepsia, analgesia e possível ato cirúrgico para retirada do bebê em riscos e complicações que respaldou teoria de que a hospitalização resultaria em maior segurança, salvando vidas (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Francisco Júlio Xavier tinha como principal projeto em posse da cadeira da obstetrícia na faculdade de medicina do Rio de Janeiro, a formação de parteiras diplomadas no Brasil. Seu intuito era que as parteiras adentrassem o território dominando os preceitos da ciência. Porém, o projeto do cirurgião militar Florêncio Estanislao Le Masson francês, naturalizado brasileiro já havia sido introduzido na Câmara da cidade do Rio de Janeiro. Seu projeto propunha a primeira Escola Maternidade, constituída na Escola Médica do Rio de Janeiro, seria uma formação que receberia alunas, internas por dois anos (BRENES, 2008).

Após esse período, essas jovens iriam conhecer, preparar e manipular as drogas mais simples destinadas ao parto, aplicação de sangria antes, durante e depois dos partos e também a aplicação de vacinas, que então, portavam o título de Parteira Diplomada, pelos meados da década de 1830 (BRENES, 2008).

Entretanto, apenas em 1894, em São Paulo foram instalados leitos para a obstetrícia na Maternidade São Paulo. Os partos naturais ainda eram realizados por parteiras diplomadas, devidamente assistidas e aprovadas pela medicina da época, e

aqueles partos mais complexos e com maiores riscos cabiam aos profissionais médicos a responsabilidade de realizá-los. O mesmo período que se iniciou a adoção de costumes de frequentar os consultórios obstetras e pediatras, uso de medicamentos e produtos de higiene pessoal e alimentação infantil. O acesso aos serviços públicos de saúde materno-infantil, ocorreu de 1930 a 1945, com crescimento dos partos hospitalares de 5% para 29,5%, e uma queda nos partos domiciliares de 25% (LEISTER; RIESCO, 2013).

Com a difusão progressiva do parto no Brasil, houve um significativo aprimoramento de novos conhecimentos e habilidades nos atos cirúrgicos, de anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia, o que reduziu a morbimortalidade maternas nos partos hospitalizados. Entretanto, esses avanços tecnológicos apesar de ter melhorado o controle aos riscos maternos-fetais, resultou na abdicação da parturição natural, dando lugar ao aumento do número de intervenções desnecessárias, principalmente a execução de cesáreas (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Resultado de um uso abusivo da tecnologia, as cesarianas desnecessárias caracterizam uma desumanização da assistência ao parto. Desumanização pelo nascimento por cesárea tornou-se um cenário comum e bastante disseminado, colocando para essa parturiente a ideia de ter um parto normal mesmo quando da sua vontade, seja uma prática não opcional. Objetificando a mulher e o seu momento de parto, não fazendo prevalecer seus desejos e sua autonomia diante seu próprio corpo. O aumento desta prática intervencionista não se faz simultânea ao aumento de benefícios, para a mãe e seu recém-nascido. Estudos nacionais e internacionais apontam que há uma maior morbimortalidade materna entre mulheres que foram submetidas à cesariana, pois as ocorrências de infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas foram maiores (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

As transformações que o parto e sua assistência passaram ao longo dos anos é considerável, pois saiu de um evento não medicalizado, natural e em domicílio, para um evento médico e regrado. Transformando não só o ambiente do acontecimento e seus padrões de procedimentos, mas também tornando o sujeito mulher como um objeto, no qual não exerce sua autonomia acerca forma que o parto será conduzido. Diante tal situação, o Ministério da Saúde solicita um movimento de humanização do

parto, especificando que a assistência deve ser integral e humanizada, para então, promover o empoderamento feminino neste momento (VENDRUSCULO; KRUEL, 2015).

Trata-se de uma experiência valiosa na vida de qualquer mulher, tendo em vista seu potencial transformador, sendo um momento de passagem do bebê do ventre de sua mãe para então, seus braços. É necessário que seja um momento vivido plenamente, pois ele inaugura experiências e emoções, é o que foi idealizado e sonhado para algo real. Este contexto nos expõe o quanto uma parturiente se encontra vulnerável, compreendendo então, a importância da humanização diante toda a complexibilidade abarcada no momento do parto (VENDRUSCULO; KRUEL, 2015).

A recorrência de intervenções cirúrgicas desnecessárias é resultado de uma carência entre a população feminina de educação em saúde. O vínculo construído entre profissionais de saúde e paciente, são capazes de produzir nas mulheres capacidade de exercer sua autonomia perante seu próprio corpo, fazendo valer seus desejos conforme suas decisões. Circunstância que pode ser facilmente induzida, através da prática da humanização na assistência durante o processo gravídico puerperal (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Humanização da assistência ao parto se conceitua através da relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante este processo. Uma conduta embasada no respeito se compreende através percepção do profissional de saúde acerca do parto como um processo natural e fisiológico, respeitando sempre os sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Um profissional capaz de atuar ajudando a mulher no controle da ansiedade, insegurança ou medos, promovendo e manter o bem estar físico e emocional ao longo da gestação, parto e nascimento. Além de fornecer informações e orientações conforme a evolução do seu estado gravídico puerperal, exercer o direito da mulher de conceder a presença de um acompanhante de sua escolha, de escolher o local de nascimento de seu bebê, preservando a qualidade dos cuidados de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Afastar a mulher da sua condição de protagonista, pode resultar deixando-a insegura e se submetendo a seja qual for estado de ordem de terceiros. Além de

orientações sem a devida consciência, de que é mulher quem está como personagem principal deste processo. Humanizar a assistência à mulher é de vital importância, a fim de adotar práticas e atitudes que favoreçam o parto e o nascimento saudável, prevenindo da morbimortalidade materna e perinatal (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Diante desse cenário, e de acordo com Diniz *et al.* (2015), compreende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Observa-se frente a essa definição que a falta de humanização no momento do parto, pós parto e puerpério está fortemente interligada a violência obstétrica, sendo que na maioria dos casos essas ações são negligenciadas pela própria equipe que deveria conduzir o parto de forma humanizada e tal fato se classifica como um problema presente na saúde pública nos dias atuais (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação- sendo que a mesma pode se dividir em alguns tipos (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Segundo o artigo 7º da Lei nº 11.340/2006 são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

- I – a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II – a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- III – a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada,

mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV – a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V – a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Nota-se que, as organizações não se posicionam frente a esse tema tão recorrente que é a violência obstétrica dificultando assim a forma de caracterizá-la. Diniz *et al.* (2015) sintetizou as categorias de desrespeito associado aos direitos correspondentes que as mulheres deveriam ter e exemplos que vivenciaram. O abuso físico, imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas, cuidado não confidencial ou não privativo, cuidado indigno e abuso verbal, discriminação baseada em certos atributos, abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços, são alguns tipo de violência obstétrica que mulheres já relataram sofrer.

As ações supracitadas vão contra o que foi instituído no como direito da mulher tal como o direito a estar livre de danos e maus tratos, o direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, o direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento - e que a maioria relata não ter acompanhante-, o direito à confidencialidade e privacidade, o direito à dignidade e ao respeito, o direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção, o direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde e, principalmente, o direito à liberdade e à autonomia (DINIZ *et al.*, 2015).

De acordo com Kopereck *et al.* (2018), no ano de 2010, a expressão “violência obstétrica” foi criada e publicada no Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Originada pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Doutor Rogelio Pérez D'Gregório, assim, batizando o início das lutas em prol da erradicação e penalidade das posturas e práticas violentas no processo de parturição.

Segundo Pereira *et al.* (2016), foi elaborado um documento pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, descrevendo alguns tipos de ações que são caracterizadas como violência obstétrica divididas em: *física* quando são realizadas práticas invasivas, administrar-se medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico; *psíquica* que se refere ao tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação e discriminação; e *sexual* que toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

O atendimento à mulher feito de forma desumanizada e aplicando a violência obstétrica desencadeia inseguranças e processos traumáticos no momento do parto, um instante em que a paciente deveria receber apoio e acima de tudo ser respeitada de acordo com seus desejos em um momento tão ímpar como é o pré- parto, parto e puerpério. Diversos relatos apontam que mães que estão tendo o primeiro filho não desejam ter outros devido a forma de como foram tratadas (PEREIRA *et al.*, 2016).

Com o intuito de evitar uma maior incidência da violência obstétrica, o Ministério da Saúde criou políticas que garantem os direitos das gestantes e para fazer com que o parto seja humanizado e respeite a cidadania da paciente. Contudo, é necessário que as clientes conheçam seus direitos, os reivindiquem e denunciem quando não são realizados. Outro ponto de suma importância é que seja reforçada a importância de um profissional competente para prestar a assistência de qualidade desde a formação acadêmica (PEREIRA *et al.*, 2016).

De acordo com Brasil (2019), as unidades de saúde dos serviços públicos e privados devem notificar os casos de violência que se enquadrarem na definição de caso presente na ficha de notificação de violência interpessoal / autoprovocadas (Anexo 1) e que no caso de mulheres adultas que estejam em situação de violência, que não sejam nem idosas nem deficientes, as equipes de saúde devem informar sobre os serviços da rede de proteção social e sobre a importância da denúncia, sendo que não devem comunicar ou denunciar o caso sem autorização respeitando a

autonomia da mulher e seu direito de escolha e obedecer às normativas do Ministério da Saúde.

A partir das considerações acima, questiona-se: quais os principais tipos de violência obstétrica e a percepção de usuárias, estudantes da área da saúde e prestadores de serviço sobre a mesma?

O presente estudo se justifica pela reflexão acerca do atual modelo da assistência obstétrica no Brasil, no qual determinados profissionais de saúde exercem de forma insatisfatória, principalmente durante o pré-natal, trabalho de parto e parto propriamente dito. No qual tal desempenho profissional resulta em um atendimento em que a mulher tem uma perda significativa da autonomia sobre seu próprio corpo, acontecimento que, normalmente, agrega com a ausência de conhecimento da mulher acerca dos seus direitos como cliente do atendimento em saúde, assim, gerando uma violência obstétrica.

Para uma compreensão concreta do problema é necessário conhecer os fatores associados a essa violência, para que então haja uma intervenção nas práticas clínicas errôneas. Assim, o principal incentivo para o desenvolvimento desta pesquisa está na conscientização dos profissionais de saúde perante a necessidade de mudanças no modelo de assistência obstétrica atual, preconizando um cuidado humanizado, além de oferecer um empoderamento para a mulher diante seus direitos, para que as mesmas possam atuar reivindicando-os.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os principais tipos de violência obstétrica;

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção de usuárias acerca da violência obstétrica;
- Identificar a percepção de estudantes da área da saúde acerca da violência obstétrica;
- Identificar a percepção de prestadores de serviço acerca da violência obstétrica.

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O método de revisão integrativa é empregado desde 1980 como método de pesquisa, tem como propósito reunir e sintetizar os resultados da pesquisa acerca do respectivo tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, favorecendo o aprofundamento do conhecimento sobre a temática investigada. Sendo um dos métodos de pesquisas utilizados na estratégia de Prática Baseada em Evidências (PBE) que incorpora as evidências encontradas na pesquisa na prática clínica. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Incluindo a análise das pesquisas mais relevantes, a revisão integrativa dá suporte para que seja integrada na prática a decisão conforme o embasamento através das evidências científicas, assim, resultando na melhoria da prática clínica. Sintetizando múltiplos estudos publicados de determinado assunto, e revelando as lacunas que existem acerca deste conteúdo que necessitam de preenchimento com novos estudos. Este método proporciona a elaboração de conclusões gerais destes estudos, sendo valioso para a área da saúde, pois os profissionais deste âmbito dispõem de quantidade de tempo para realização da leitura de todo conhecimento científico disponível reduzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Souza *et al.* (2010), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica entre os diversos tipos de metodologias de revisões existentes atualmente. Este recurso permite a inclusão de diferentes tipos de estudos, tanto os experimentais quanto os não-experimentais, a fim de compreender completamente o fenômeno analisado.

Portanto, realizar uma revisão integrativa se trata de reunir achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, no qual o pesquisador sintetizar os resultados obtidos, de forma que não venha a ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos que são incluídos. Para que isso seja realizado de forma isenta de desatinos, o revisor deve sintetizar os dados primários de uma forma completamente rigorosa e sistemática (SOARES *et al.*, 2014).

Podendo se desenvolver com o uso de diversas fontes de dados, a revisão integrativa evolui com uma compreensão holística do tema estudado. Assim,

evidenciando qual a situação que a temática apresenta dentro da ciência, assim, contribuindo para a ampliação da teoria. Tal abordagem, permite a combinação de diversas metodologias, uma interação que potencializa um papel importante na prática baseada em evidências (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

Segundo Whitemore e Knafl (2005), é documentado que se trata de uma pesquisa de pesquisas já existentes, portanto, é necessário o cumprimento das mesmas normas como pesquisa primária em rigor metodológico. Cooper em 1998, estabeleceu um processo para a realização da revisão abrangendo primeiramente a formulação do problema, seguido da fase de pesquisa de literatura, avaliação dos dados obtidos, uma fase que analisa esses dados, e por último, uma fase de apresentação. Esta estratégia proposta por Cooper, se adequa a todos os métodos de revisão, a produção de uma revisão integrativa se beneficia consideravelmente com a mesma.

A necessidade de um amplo padrão de excelência quanto ao rigor que deve ser implantado na metodologia desta revisão, se faz pelas contribuições significativas que o produto gerado da pesquisa pode agregar na ciência e na prática clínica. Os métodos usados devem garantir uma análise precisa, objetiva e completa da revisão do tema; um suporte teórico que analisa os resultados, métodos, sujeitos e variáveis dos estudos primários; não havendo apenas os principais resultados dos estudos revisados, porém, conter a síntese de todas as informações, prezando pela inexistência de sobrecarga de informações desnecessárias (SOARES *et al.*, 2014).

De acordo com Mendes *et al.* (2008), a elaboração de uma revisão integrativa que seja relevante, de forma que possa contribuir com a implementação de intervenções precisas no cuidado aos pacientes. Sendo necessário, seguir etapas que estejam claramente descritas, sucedendo para a construção de uma revisão integrativa, o percorrido de seis etapas distintas, nas quais são similares aos estágios de pesquisa convencional. As etapas foram descritas a seguir:

Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: O processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde. Exige tempo e esforço considerável do revisor, assim, a escolha de um tema que desperte o interesse do revisor torna este processo mais encorajador, outro aspecto apontado consiste na escolha de um problema vivenciado na prática clínica. Os estudiosos consideram a primeira etapa como norteadora para a condução de uma revisão integrativa

bem elaborada. Essa construção deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já aprendidas pelo pesquisador. Uma vez que a questão de pesquisa é bem delimitada pelo revisor, os descritores ou palavras-chave são facilmente identificados para a execução da busca dos estudos. A questão norteadora da revisão integrativa pode ser delimitada focalizando, por exemplo, uma intervenção específica, ou mais abrangente, examinando diversas intervenções ou práticas na área da saúde ou de enfermagem.

Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura: Esta etapa está intimamente atrelada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem, ou seja, quanto mais amplo for o objetivo da revisão, mais seletivo deverá ser o revisor quanto à inclusão da literatura a ser considerada. Uma demanda muito alta de estudos pode inviabilizar a construção da revisão ou introduzir vieses nas etapas seguintes. Após a escolha do tema pelo revisor e a formulação da questão de pesquisa, se inicia a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão. A omissão do procedimento de amostragem pode ser a maior ameaça na validade da revisão. Esse procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão. O revisor deve deixar claro quais são os critérios de inclusão e exclusão adotados para a elaboração da revisão. É importante que todas as decisões tomadas frente aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos sejam documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão. A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão devem ser realizadas preferencialmente por dois revisores de forma independente.

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos: Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado. É análoga à etapa de coleta de dados de uma pesquisa convencional. O revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo.

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa: Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre as abordagens, o revisor pode optar para a aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. Tais abordagens apresentam vantagens e desvantagens, sendo a escolha da mais adequada uma tarefa árdua do revisor que deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada

estudo para as variações nos resultados encontrados. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática.

Quinta etapa: interpretação dos resultados: Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. A identificação de lacunas permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde.

Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento: A revisão integrativa deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Todas as iniciativas tomadas pelo revisor podem ser cruciais no resultado final da revisão integrativa (diminuição dos vieses), sendo necessário uma explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores. Em geral, a maior dificuldade para delimitar as conclusões obtidas da revisão é o quanto nem todas as características e os resultados dos estudos foram relatados nas fases anteriores pelo revisor. Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada. A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Os dados foram retirados por meio das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e BDEF (Base de dados em Enfermagem) que foram acessados via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); SciELO (*Scientific Electronic Library Online*); e PubMed.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram definidos como critérios de inclusão artigos publicados em português, inglês e espanhol; no período entre 2011 a 2020. Como critérios de exclusão, foram excluídos os artigos que abordaram sobre outros tipos de violência e os que são considerados como literatura cinza tais como dissertações, teses, monografias e editoriais.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nas bases de dados descritas acima, utilizando os descritores violência OR violência contra a mulher AND obstetrícia. Após obtenção do material, foi realizada leitura analítica que é um tipo entre os tipos propostos por Gil (2017).

De acordo com Gil (2017), a leitura é feita por algumas razões sendo que neste estudo se aplica tendo como objetivo aprender o conteúdo do texto com vista na aplicação prática ou avaliação e para obter respostas para um problema. A leitura feita em pesquisa bibliográfica tem alguns objetivos e é classificada em leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e a leitura interpretativa.

A leitura exploratória tem como objetivo identificar o quanto o material pesquisado interessa a pesquisa. Esse tipo de leitura é realizado mediante o exame da folha de rosto, dos índices, da bibliografia, das notas de rodapé, o estudo da introdução, do prefácio e das conclusões (GIL, 2017).

Em seguida, faz-se a leitura seletiva que determina o material que de fato interessa a pesquisa e para que isso seja feito deve-se ter em mente os objetivos da pesquisa a fim de evitar a leitura de textos que não contribuam para a solução do problema (GIL, 2017).

A leitura analítica é feita com base nos textos selecionados, sendo possível adicionar ou retirar textos e tem como finalidade ordenar e resumir as informações ali contidas para obter respostas ao problema de pesquisa. Para se ter uma leitura analítica de qualidade, deve-se passar por quatro momentos: leitura integral da obra ou texto selecionado, identificação das ideias - chaves, hierarquização das ideias e sintetização das ideias (GIL, 2017).

Dentre as etapas da leitura, a última é constituída pela leitura interpretativa, que consiste na leitura das fontes bibliográficas e tem por objetivo relacionar o que o autor afirma como problema para o qual se propõe uma solução. Nesta etapa é comum que em pesquisadores menos experientes seja feita uma interpretação com bases pessoais o que torna o trabalho como subjetivo podendo comprometer a sua cientificidade (GIL, 2017).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os estudos selecionados foram analisados de forma independente, por duas pesquisadoras, objetivando evitar vieses na triagem dos artigos e nas inferências dos resultados (VALIM *et al.*, 2019).

Os dados obtidos foram agrupados por similaridade de conteúdo, através de sua categorização (BARDIN, 2016).

4. RESULTADOS

Após busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, via BVS, foram encontrados 57 artigos, após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 40 artigos. Após leitura dos títulos, foram separados 19 estudos, para leitura na íntegra. Foram excluídas quatro teses, dois artigos que estavam duplicados e dois artigos que não contemplavam a temática em estudo, totalizando uma amostra de 11 artigos.

Após busca na PUBMED foram encontrados 238 artigos, após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 153 artigos. Após leitura dos títulos, foram separados 10 estudos, para leitura na íntegra. Foram excluídos um editorial e três artigos que após leitura na íntegra, não contemplavam o tema, totalizando uma amostra de seis artigos.

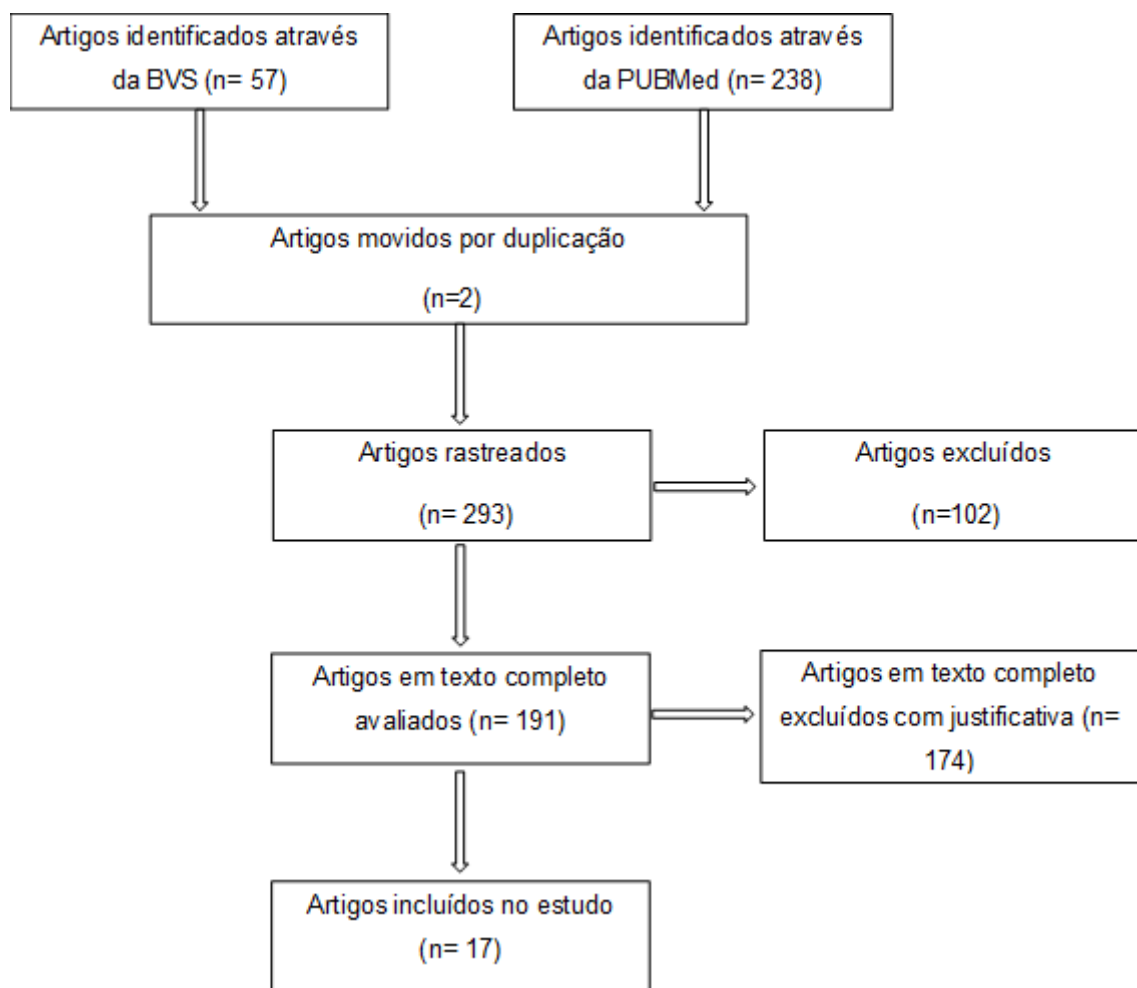


Figura 1 – Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement.

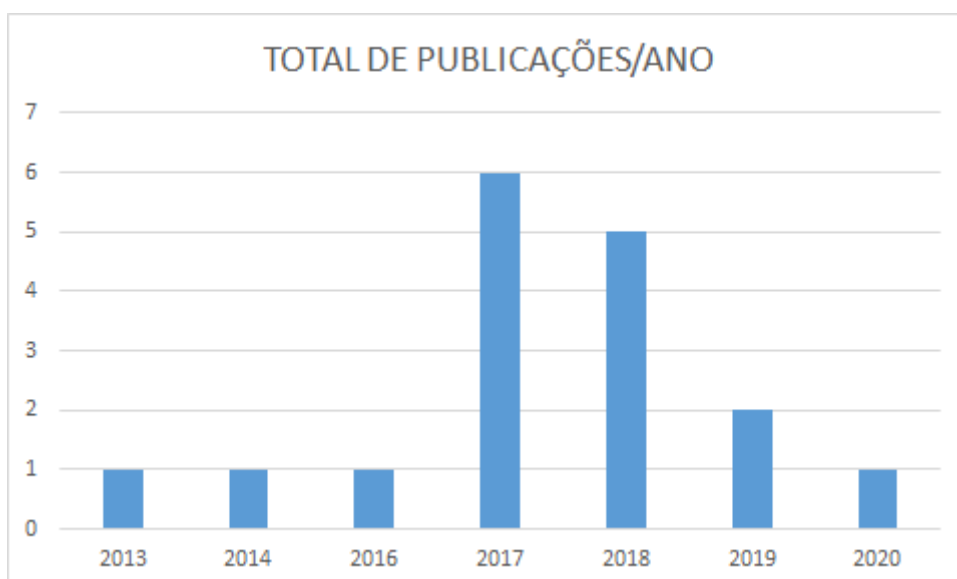
A presente revisão integrativa gerou uma análise inicial dos 29 estudos encontrados nas buscas, que posteriormente resultou na seleção de 17 artigos. Nos quais foram lidos minuciosamente na íntegra, assim, cumpriram os critérios de inclusão e exclusão, previamente determinados.

Diante dos 17 estudos, vieram a ser utilizadas para análise as variáveis título, autor, objetivo, método, resultados, conclusão e as principais violências obstétricas citadas em cada artigo. A tabela 1 (Apêndice 1) evidencia a síntese dos estudos analisados.

Dos 17 artigos selecionados, doze deles foram desenvolvidos no Brasil, e um (01) em cada um dos seguintes países Venezuela, Noruega, Austrália, Espanha e Gana. Acerca da categoria profissional dos autores, houve um considerável predomínio de profissionais enfermeiros, mas também houve a presença de autores psicólogos e médicos, sendo uma minoria. Entre os autores, é notório que seus percursos acadêmicos focalizam na área da saúde da mulher / obstetrícia.

Os artigos foram publicados a partir do ano de 2013, sendo que houve apenas uma publicação, seguindo de uma em 2014 e uma em 2016, seis estudos publicados em 2017, 2018 ocorreram cinco, 2019 dois artigos e um em 2020 - Gráfico 1. Quanto ao método, oito são artigos qualitativos, quatro decorrentes de uma revisão integrativa, três artigos quantitativos e um estudo transversal.

Gráfico 1 - Total de publicações / ano. Goiânia, GO, 2020.



Nos resultados, foi possível observar que todos os estudos apontam a prática de violência obstétrica como um problema, no qual acarreta repercussões negativas na vida das mulheres (TERAN *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; PALMA *et al.*, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; OLIVEIRA; MERCES, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Diante de tais estudos, se fazem em sete deles a revelação com ênfase às principais violências obstétricas presentes nas unidades de saúde, nas quais os profissionais de saúde reconhecem a presença da ação em diferentes âmbitos, além de que, afirmam que em algum momento de suas carreiras já testemunharam tal prática (SOUZA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; PALMA *et al.*, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Os autores Nascimento *et al.* (2017), Oliveira e Mercês (2017); Gradim *et al.* (2017) e Silva *et al.*, (2019) abordam sobre a carência de informações nas quais as mulheres em seu período gravídico puerperal encontram-se, pois as mesmas descrevem uma assistência inadequada, porém, não as apontam como uma violência obstétrica, desconhecendo tal conceito. Assim, Maya *et al.* (2020) indica um risco futuro, no qual as mulheres podem começar a evitar o parto em unidades de saúde, por suas próprias experiências e de outras mulheres, ressaltando os pontos positivos do parto domiciliar.

Silva *et al.* (2014), Rodrigues *et al.* (2017), Tudela *et al.* (2019) e Menezes *et al.* (2020) salientam a necessidade de promoção da discussão acerca da violência obstétrica, assim, promovendo o desenvolvimento da ciência acerca do assunto. No qual pode-se relacionar uma intervenção educacional com a mudança de percepção, tanto dos estudantes, quanto dos profissionais de saúde. Resultando em uma sensibilização quanto a importância da difusão de um atendimento humanizado, assim, evitando as práticas violentas.

Após sucessivas leituras dos artigos, realizadas por duas avaliadoras, os artigos trouxeram diferentes modos de abordar a violência obstétrica, assim, os estudos puderam ser categorizados conforme suas semelhanças no contexto de seus conteúdos.

Para uma melhor organização dos resultados desta revisão, foram constituídas quatro diferentes categorias, que integram os estudos conforme sua forma de abordar

a violência obstétrica. Procederam-se as seguintes categorias: "principais tipos de violência obstétrica"; "percepção das usuárias acerca da violência obstétrica"; "percepção dos estudantes da área da saúde acerca a violência obstétrica"; e "percepção dos prestadores de serviço diante a violência obstétrica".

Principais tipos de violência obstétrica

O estudo de Nascimento *et al.* (2017), cita um contexto histórico no qual a existência de violência obstétrica era um acontecimento quase que improvável, pois o parto era visto com completa naturalidade. Tal processo ocorria nas casas das mulheres, sendo assim, a gravidez, o parto e o nascimento eram tidos como um acontecimento familiar.

O surgimento de novas tecnologias científicas e a medicalização tornaram o parto hospitalar, tornando o médico protagonista e o processo como patológico, desta forma, o profissional apoderou-se da responsabilidade e da autonomia durante o processo parturitivo. A tomada de decisões quanto ao andamento do processo e as medidas terapêuticas a serem usadas, deixou de ser composta por escolhas da mulher, passando a ser inteiramente integrada por escolhas do médico.(SOUZA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018).

O trabalho de parto se caracteriza por diversas manifestações, tanto físicas como emocionais. São evidentes as dores das contrações, dores lombares e dificuldade respiratória, intensificação de seus sentimentos, como o medo e a insegurança. Fatos que, geralmente, não são levados em consideração, o que resulta na origem do estereótipo que mulheres são pacientes difíceis. Dificultando uma interação entre usuária e profissional de saúde, tornando um momento que poderia ser uma experiência prazerosa e única, em uma lembrança traumática (NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018).

De natureza humana, as dores do parto além de estarem associadas a experiência de gerar uma nova vida, também há relatos de ser a pior dor já sentida. Tal acontecimento, colabora com o aumento dos níveis de estresse e ansiedade da mulher. Resultando em um perfil contrário de pacientes que profissionais promotores da violência obstétrica buscam. Por apresentarem um estereótipo de pacientes difíceis, como aquelas que não cumprem ordens, que não fazem força, recusam ou

dificultam o exame vaginal, entre outros, os profissionais utilizam condutas mais ríspidas, a fim de punir as parturientes por sua não colaboração (SOUZA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Sendo assim, existe a perpetuação da imagem da mulher que permite a violência, além de ser merecedora da mesma. Pois são condutas que desfazem o protagonismo do profissional de saúde, pois consideram um desrespeito a sua autoridade e poder durante a assistência ao parto e nascimento (NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Segundo Rodrigues *et al.* (2018); Kopereck *et al.* (2018) as situações desrespeitosas e violentas durante o período gravídico puerperal estão presentes ao decorrer da trajetória profissional, assim, existem dois tipos de assistência ao parto: o atendimento na obstétrica baseada em evidências, oferece apoio e proteção utilizando de um mínimo de intervenções, e o modelo hospitalar tradicional tecnocrático, se caracterizando como modelo intervencionista. De forma que, o modelo tecnocrático se faz mais propício a ocorrência de uma assistência inadequada.

Os estudos que compõem a categoria das principais violências obstétricas, em sua maioria, os autores apontam tal violência configurada na assistência à mulher durante seu processo gravídico puerperal, destacando o tratamento desumano e discriminatório, sendo toda conduta violenta em uma perspectiva reprodutiva, que resultam na privação dessas mulheres de seus direitos humanos e reprodutivos à apropriação de seu corpo. Além de revelarem que “uma a cada quatro mulheres brasileiras, relatam algum tipo de violência durante o parto” (SOUZA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Os principais tipos de violências obstétricas institucionais que estão citadas em todos os estudos, podem ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnicos administrativos das unidades públicas e privadas, e bem como, civis; e que também podem ser manifestadas como negligência na assistência, de caráter institucional, de gênero, físico, moral, psicológico, verbal, sexual, midiático e material (GRADIM *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2016; PALMA; DONELLI, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

A violência de caráter institucional ocorre em entidades públicas e privadas que se encontram despreparadas em diversas variantes (estrutura física, pessoal capacitado e estrutura de diretrizes assistenciais). Efetuada pela ação ou omissão dos prestadores de serviços, abrangendo desde serviços oferecidos em condições inapropriadas, até a ausência de acesso ao mesmo. Salientando os abusos cometidos mediante a desigualdade do poder entre profissionais e usuárias. A violência institucional procede como uma porta de entrada para a ocorrência de outras formas de violência obstétrica (SOUZA *et al.*, 2016; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Gradim *et al.* (2017) abordam a violência de gênero sendo manifestada por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, que ocorrem entre homens e mulheres. Desigualdade capaz de desencadear a violência física, sexual e psicológica, sendo assim, marcada nas interações de médicos/pacientes por sua relação de poder e dominação. No momento do parto, essa imposição do poder é capaz de criar um ambiente hostil e violento, tornando a mulher passiva de decisões.

Os atos que são praticados pelos profissionais de saúde que acometem o corpo da mulher durante sua gravidez, parto e/ou nascimento causando algum tipo de dano, lesão ou dor não acidental, que não possuem comprovações científicas que deem embasamento, são considerados como violência obstétrica física (NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2016; PALMA; DONELLI, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

São exemplos fidedignos de tal violência, as ações: jejum de rotina, privando-a de se alimentar; interdição a movimentação da mulher, impedindo de escolher uma posição mais confortável conforme suas necessidades; impossibilidade de caminhar; realização de enema e tricotomia sem autorização; toques vaginais violentos ou realizados em excesso por pessoas diferentes; realização de amniotomia na rotina; negação de analgesia farmacológica; uso de soro, sonda e ocitocina; uso da posição de litotomia; manobra de Kristeller e Valsalva; utilização de fórceps; realização de episiotomia sem consentimento da mulher e para fins de treino; desestímulo ao parto normal; “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde; estímulo ou realização (sem autorização) do parto cesáreo; curagem sem analgesia farmacológica; mantendo as mãos amarradas, impedindo que tocasse em seu bebê; corte imediato do cordão

umbilical; impedimento da realização da amamentação imediata e do contato pele a pele com seu recém-nascido, contato com seu bebê adiado; forçada a amamentar ou estabelecer contato sem a sua vontade (NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2016; PALMA; DONELLI, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Kopereck *et al.* (2018) apontam que de acordo com a Lei 11.340/2006, no artigo 7º, a violência moral é definida com uma “ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar à honra ou a reputação da mulher”. Portanto, é associado mais com as condutas exercidas por profissionais da saúde, e menos com regras, espaço físico, instrumentos e materiais.

Assim, a violência moral mais evidente nos estudos é a discriminação, que acontece, geralmente, devido à etnia, raça, religião, condições socioeconômicas, e idade da parturiente, sendo uma eventualidade citada, integralmente, em todos os estudos, e cometida juntamente com a violência psicológica e verbal (SOUZA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; PALMA; DONELLI, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

De acordo com Nascimento *et al.* (2017), a agressão psicológica acontece por meio de circunstâncias efetuadas pelos profissionais de saúde, tanto de modo verbal, quanto de uma escolha comportamental do mesmo, desencadeando na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, alienação, insegurança e perda da integridade, dignidade e prestígio.

Entre as violências psicológicas mais citadas nos estudos, a privação do acompanhante de escolha da mulher durante seu parto aparece em destaque, pois o companheiro oferece apoio emocional durante este processo. Além do impedimento de companhia, frases desagradáveis, moralistas, preconceituosas e de conotação sexual, ameaçadoras e mentirosas são lançadas contra a mulher, e abandono do atendimento por parte dos próprios profissionais de saúde são os acontecimentos mais evidentes em práticas de agressões psicológicas. Tais episódios dificultam o parto, pois afetam a saúde mental das parturientes, deixando-as inseguras, amedrontadas e vulneráveis diante o contexto que se encontram (NASCIMENTO *et*

al., 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; PALMA; DONELLI, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018).

Desta forma, a violência verbal acontece, habitualmente, junto a violência moral e psicológica. A mulher é violentada verbalmente a partir de insinuações que intencionam caluniar, rebaixar ou ameaçar, críticas como forma de envergonhar a parturiente, privação da mesma de informações acerca de sua situação durante o período gravídico-puerperal, palavras rudes e grosseiras, chantagens, mentiras, chacotas, humilhações, ofensas, comentários insensíveis e irônicos enquanto estado de vulnerabilidade da mulher sobre seu corpo, críticas desrespeitosas quanto sua sexualidade, fertilidade e até em casos de multiparidade, piadas, críticas ou represália diante seus lamentos e choros de dor, assim banalizando sua dor, gritos dirigidos a mulher e apelidos desagradáveis (NASCIMENTO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; PALMA; DONELLI, 2017; GRADIM *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Se destacando a cada momento, a violência de caráter sexual se conceitua a partir de qualquer ação que seja imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor. Durante o processo parturitivo, o profissional de saúde dispõe do acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas da mulher, conforme o andamento de suas ações, o responsável pode intervir na sua integridade sexual e reprodutiva. As que intervenções que agridem sexualmente a mulher destacam-se, dentre elas: toques vaginais excessivos e sem explicações, assédio, episiotomia, enema, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento e posição supina para dar a luz (NASCIMENTO *et al.*, 2017; KOPERECK *et al.*, 2018).

Conforme apontam Nascimento *et al.* (2017), é significativo mencionar a violência material e midiática, apesar de não serem explicitadas por puérperas em seu estudo. Agredir a mulher por meio de cunho material se faz através de condutas que tenha como propósito obter recursos financeiros, assim, violando seu direito garantido por lei. Acontece mediante tais exemplos, cobranças indevidas por planos ou por profissionais de saúde e a indução a contratação de quartos privativos, argumentando que seria a única maneira que possibilite a presença do acompanhante.

Violência midiática são aquelas ações que os profissionais exercem através dos meios de comunicação, que tem por finalidade violar psicologicamente e fisicamente mulheres em seu processo reprodutivo, de tal forma que, resultam na denegrição de seus direitos por meio de mensagens, imagens, vídeos ou outros difundidos em mídias sociais (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Percepção das usuárias acerca da violência obstétrica

Inagaki *et al.* (2018) afirmam que com base nas melhores evidências e no respeito à fisiologia do parto, a assistência segura é uma garantia para a mulher, independentemente de suas características clínicas, sociais ou demográficas. Porém, este estudo mostra que algumas dessas características podem estar relacionadas à não adoção de práticas humanizadas na assistência ao pré-parto, parto e nascimento.

De acordo com Oliveira e Mercês (2017), em um estudo realizado em uma das cidades de São Paulo, foi apontado que a maioria das mulheres relataram sofrer maus tratos em maternidades públicas, mas elas preferiram se calar frente ao que estavam sentindo, visto que se ela colaborasse (não demonstrando o que estava sentindo), era melhor assistida pela equipe. As puérperas, do mesmo estudo, relataram que as diversas violências das quais foram vítimas eram vistas como comuns no cenário em que estavam inseridas.

Kopereck *et al.* (2018) evidenciam que as mulheres desconheciam o motivo pelo qual alguns procedimentos eram realizados e que na maioria das vezes referiam sentir muita dor após a realização dos mesmos. As puérperas diziam se sentir violada e violentada após ter sido submetida a uma episiotomia sem consentimento e que o procedimento afeta a sexualidade.

Em outro estudo, as puérperas relataram ser vítimas de brutalidade no momento em que é realizado o exame de toque, que foram realizados exames sem consentimento e até mesmo sem indicação clínica, e a queixa principal é a falta de informação sobre o que está sendo realizado por parte dos profissionais (KOPERECK *et al.*, 2018).

No estudo de Rodrigues *et al.* (2018) quase metade das puérperas dizem que sofreram algum tipo de tratamento desumano por parte dos profissionais da saúde, sendo submetidas a procedimentos médicos desnecessários. No estudo de Kopereck

et al. (2018), as mulheres também não tiveram consentimento sobre o que estava sendo feito a elas. O mesmo estudo aponta que 36,7% das mulheres se sentiram violentadas e 20,5% não observaram nenhum tipo de prática violenta, e ainda com relação ao trato desumano 23,8% foram impedidas de ter contato com o recém-nascido e também parte das mulheres dizem ser julgadas por chorar ou gritar no momento do parto e por esse motivo não conseguiam manifestar o sentimento presente naquele instante.

As puérperas apontam as enfermeiras como maiores causadoras da violência obstétrica e em segundo lugar os médicos. Observa-se também que há uma falta de conhecimento em relação ao o que é de fato a violência obstétrica, onde recorrer para denunciá-la e também não apresentam conhecimento em relação a legislações para proteção às vítimas de violência, tornando-a descumprida e deixando os profissionais impunes frente a seus atos (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Nascimento *et al.* (2017) realizaram um estudo com 41 puérperas onde os relatos foram divididos em duas categorias, sendo elas “Tipos de violência obstétrica vivenciados na gestação e no parto” e “As repercussões da violência obstétrica na vida das mulheres e os principais profissionais envolvidos”. Na primeira categoria as falas mais presentes das puérperas foram “empurraram minha barriga com força”, “senti muita dor e não fizeram nada por mim/ não me deram remédio para diminuir a dor”, “os profissionais gritaram/ disse que era mole/ não botava o menino para fora porque não queria”, relataram o descaso no momento do parto e algumas tiveram o bebê no chão no caminho da sala de parto por falta de assistência; em relação ao toque, disseram que “eu não sabia como era o toque, se era só com o dedo, só que ela não fez com o dedo, ela colocou a mão até a metade do pulso, aí eu chorei, fechei as pernas porque não aguentei a dor.”

A segunda categoria aponta os efeitos que a violência obstétrica desencadeou na vida das mulheres e tiveram falas como “nunca mais na minha vida eu quero ter um filho num hospital público”, “marcou minha vida. Não me senti bem lá, quando lembro sinto medo de ir pra maternidade de novo”, “tava sentindo muita dor e fui segurar na roupa da enfermeira e ela disse com ignorância: pegue em mim não que você vai me sujar. Aí ela me deixou sozinha no meio do corredor pra eu andar”,

“marcou porque não se trata ninguém assim. Se fosse rico ela não tratava assim. Ela conhece a cara do pobre” dentre outros (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Além das ações já supracitadas, houve também relatos em que as puérperas não puderam ter um acompanhante no momento em que estavam hospitalizadas, para que se sentissem mais confortáveis e também a privação da alimentação e da água por parte dos profissionais da área da saúde. Algumas mulheres disseram que não conseguiam fazer força pois estavam fracas por não receber uma alimentação adequada (PALMA; DONELLI, 2017).

Contudo, percebe-se que grande parte das mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica e que apesar de ser pouco abordado algumas conseguem identificar, mas não sabem como procurar os direitos contra tal violência. É notório que, para que ocorra uma mudança nesse cenário ela deve começar a partir do ensino/ prática dos profissionais da área, principalmente enfermeiros que foram apontados como maiores causadores das violências citadas e também promover uma forma de clarear para as usuárias sobre os seus direitos e o empoderamento sobre o próprio corpo em momentos tão únicos como o do parto e nascimento. Vale salientar também a importância de uma boa estrutura para que possa acolher a paciente e ter uma equipe de qualidade (KOPEREC *et al.*, 2018; OLIVEIRA; MERCES, 2017; INAGAKI *et al.*, 2018).

Percepção dos estudantes acerca da violência obstétrica.

Miltenburg *et al.* (2018) abordam a violência obstétrica como sintomática da violência estrutural, hostilidade diante a saúde feminina referente a forças sociais. Desse modo, torna-se tentador a análise da violência de uma perspectiva de estrutura mais restrita, sendo as mulheres “vítimas” e os profissionais os “autores”, no entanto, esse mau trato em instituições de saúde se mostra sistêmico.

Entre os pilares desta sistematização da origem dos maus tratos estão os desafios do sistema de saúde, recursos limitados, más condições de trabalho, e salienta-se a falta de consciência acerca dos direitos da mulher, pensamento crítico-reflexivo, treinamentos insuficientes, além do baixo domínio e habilidade na área, entre outros, tais aspectos podem ser resultado de uma preparação acadêmica

desqualificada, e profissionais provenientes de um ensino impróprio sustenta maiores riscos em desenvolver práticas de violência obstétrica (MILTENBURG *et al.*, 2018).

Avaliar a percepção dos aprendizes diante da violência obstétrica, reflete no contexto de como se encontra a formação de futuros profissionais enfermeiros obstetras, e como está sendo repassado o método correto do cuidado frente ao ciclo gravídico puerperal. Desse modo, avaliando o comprometimento, envolvimento, empenho e colaboração de diferentes responsáveis no progresso e qualidade da educação de ciências da saúde, como instituições, serviços de saúde, docentes, entidades de classes, e até os próprios profissionais que são exemplos para a futuridade (TUDELA *et al.*, 2020; MENEZES *et al.*, 2020).

Os autores Tudela *et al.* (2020) apontam os indivíduos ainda enquanto acadêmicos universitários e Menezes *et al.* (2020) abordam os estudiosos da área obstétrica e residentes, sustentando o contexto de um estudante inserido no âmbito de assistência obstétrica, de modo que buscou-se compreender a sua percepção acerca da violência obstétrica neste cenário. Refletindo acerca da assistência obstétrica que devem seguir critérios pautados em evidências científicas, colocando o conhecimento adquirido a serviço da mulher e bebê, de forma humanizada e digna.

As instituições formadoras de prestadores de serviços no âmbito obstétrico devem capacitar especialistas que possuem o domínio do saber fazer, de forma que sejam capazes de conhecer e intervir sobre diversas situações que permeia a saúde e vidas das mulheres, bebês e familiares. Mas além dessas circunstâncias tecnicistas, o profissional deve portar em sua assistência a ética, o senso de responsabilidade com a vida dos envolvidos no processo de cada gestante, e o compromisso de respeitar diversidades culturais, religiosa, de gênero, raça/etnia, nível educacional, situação econômica, sexual, entre outras existentes na população assistida, advindos de portadores de conhecimentos, atitudes e práticas humanizadas (MAYA, 2018).

Logo, que se faz fundamental a responsabilidade de formar enfermeiros, considerando que o processo de ensino-aprendizagem percorre a compreensão do que venha ser, como funciona, e principalmente o que fazer. E assistir enquanto acadêmicos esse processo se faz essencial e necessário, com intuito de ver para aprender, saber-fazer, de forma que se sinta capaz de oferecer uma assistência de

qualidade, apesar de envolver expectativas e angústias, mas promove encantamento diante o elo mãe-filho. Para a evolução de um ciclo gravídico puerperal bem assistido, cabe aos profissionais de saúde utilizar de sua bagagem acadêmica e seus conhecimentos científicos nas necessidades particulares de cada mulher, com instrumentos que ofereçam um cuidado holístico e respeitoso, e o menos medicalizada possível como prega a formação (SILVA *et al.*, 2014; MAYA, 2018).

Oliveira e Merces (2017) retratam um estudo que ocorreu no Brasil, especificamente, no interior da Bahia (BA), em um hospital público estadual, no qual estabeleceu como objetivo relatar as violências obstétricas que os alunos se fizeram presentes, experienciando tal desprazer. Rodrigues *et al.* (2018) a partir de sua revisão integrativa evidenciou intervenções médicas desnecessárias, que contribuem somente para o aprendizado dos residentes de medicina, como toques vaginais e episiotomias. Tais estudos evidenciaram a vivência dos acadêmicos frente a existência de violências físicas, psicológicas, institucionais, entre outras; violências que repercutiram em agravos à saúde dessas mulheres, sendo perceptível que tais ocorrências acontecem de forma velada, atingindo diretamente a autonomia feminina, além de repassar uma forma de assistência repleta de insensibilidade a esses futuros profissionais. Já nos estudos de Miltenburg *et al.* (2018), um pequeno número de mulheres que participaram da pesquisa afirmou que os estudantes de enfermagem pediram seu consentimento antes de realizar exame físico, além de terem exercido uma abordagem educada, respeitosa e amigável.

Testemunhar violências obstétricas enquanto acadêmicos tem suas consequências físicas e psicológicas, a literatura sugere eu o pessoal eu testemunha esse tipo de cenário por ter sintomas físicos como fadigas e elevação dos batimentos cardíacos por minuto, e como aspectos psicológicos podem desenvolver excesso de compaixão, ou algum tipo de trauma secundário como estresse e ansiedade. Na pesquisa de Tudela *et al.* (2020) a participação dos alunos na pesquisa foi consideravelmente satisfatória, o tema motivava a reflexão dos mesmos, de forma que o envolvimento e o interesse eram notórios.

No estudo de Menezes *et al.* (2020) foi abordado o relato dos residentes que afirmaram ações de maus tratos por parte dos profissionais de saúde, profissionais que portavam da responsabilidade de assistir as pacientes, entretanto manifestaram

agressões físicas, psicológicas e verbais. Por meio de procedimentos sobre o corpo da mulher que apresentam uma alta probabilidade de acarretarem sentimentos de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional, insegurança e medo. As principais práticas violentas citadas pelos residentes foram a utilização de discursos ríspidos, tratamento impaciente, ameaças de abandonar a mulher sozinha durante a assistência por uma suposta não cooperação dela e comentários pejorativos, caracterizando a violência de cunho verbal.

Além disso, os residentes de enfermagem também descrevem que na prática existem inúmeras aplicações de intervenções sem justificativa clínica, exames vaginais repetitivos, episiotomia e fórceps sem indicação, somente com a finalidade de aprendizado dos próprios residentes, causando dor, danos físicos e emocionais. Um cenário que se justifica pelo atual modelo de ensino obstétrico do país, o Brasil ainda exige que o aluno tenha em sua experiência um determinado número de procedimentos em sua formação, o que coloca em estado de vulnerabilidade principalmente usuárias do SUS e parturientes com baixa renda, de forma que os aprendizes treinem suas habilidades (MENEZES *et al.*, 2020).

Tudela *et al.* (2020) e Menezes *et al.* (2020) indicam que é viável que possíveis mudanças poderão ser observadas após a identificação das percepções dos estudantes, e de acordo com as maiores fragilidades, elaboradas intervenções educacionais efetivas. Além de que não existem pesquisas que analisem o contexto que os estudantes de ciências da saúde estão inseridos dentro da área obstétrica, e quais suas perspectivas sobre a violência obstétrica.

Os estudantes de ciências da saúde reconhecem e apoiam a integração da temática violência obstétrica em seus estudos e em sua grade curricular, visando uma formação que evidencie a violência obstétrica em seus diversos aspectos, tornando-a visível, de forma que se possa habitualmente refletir sobre. Uma reflexão regular deste assunto influencia na conscientização ainda como acadêmicos, e possibilita que identifiquem facilmente situações de violência. Podendo assim, contemplar alunos que se interessam na integração desta perspectiva, podendo então passar por um processo de treinamento e usufruir de uma experiência obstétrica em todo seu contexto, contudo, ciente da maneira correta que uma assistência deve ser conduzida (MENEZES *et al.*, 2020; TUDELA *et al.*, 2020).

Souza *et al.* (2016) apontam que muito se expressa acerca da violência obstétrica, principalmente inserindo a humanização como arma de enfrentamento desta realidade, no entanto, há pouquíssimas evidências de que está sendo abordado essa temática na formação ou que a discussão é realizada de forma superficial, além de pouco abordada, também não se faz presente nos campos de atividades práticas obstétricas. Apesar de ser reconhecida como uma necessidade dos saberes de um profissional de saúde para a integralidade do cuidado, existe um desencontro real da área de humanização e formação dos servidores da área da saúde, assim, tornando-se um reflexo nas práticas profissionais.

A falta de consenso por parte das instâncias maiores sobre a classificação e especificação de indicadores para mensurar os cuidados desrespeitosos durante o processo gravídico puerperal, procede impedindo a estimativa precisa da prevalência e o desenvolvimento de intervenções desnecessárias, a necessidade da efetivação desta definição atua de forma que tais indicadores possam ser aplicados e discutidos ainda durante a academia. É fundamental reestruturar a educação em saúde com o objetivo de fortalecer as ações contra violências e a responsabilização pelo cuidado, desconsiderando uma assistência intervencionista e tradicional, e optado por uma assistência obstétrica baseada em evidências e humanizada (MAYA, 2018; MENEZES *et al.*, 2020).

Percepção dos prestadores de serviço diante a violência obstétrica

No que se refere a percepção dos profissionais acerca da violência obstétrica, Silva *et al.* (2014) desenvolveram um estudo com o objetivo de relatar as experiências frente a violência obstétrica que enfermeiras obstetras tiveram a oportunidade de vivenciar ao longo da carreira profissional. Ao longo do estudo foram analisadas três categorias que se dividiram em verbalizações violentas dos profissionais, procedimentos desnecessários ou iatrogênicos e despreparo institucional para o parto humanizado. Após a análise dos resultados desse estudo percebeu-se que os médicos foram o que mais utilizaram das verbalizações violentas e dos procedimentos desnecessários ou iatrogênicos e quanto aos problemas institucionais, o maior deles foi o descumprimento dos protocolos obstétricos e a falta de um treinamento periódico de todos os colaboradores na assistência.

Rodrigues *et al.* (2018), apontam que alguns profissionais mais jovens tendem a ter maior interesse em prestar um cuidado mais humanizado, sendo que os profissionais mais tradicionais demonstram uma resistência maior ao mudar a forma de como abordar a paciente. O mesmo ressalta que as mulheres, na maioria das vezes, são as que mais causam violência obstétrica nas pacientes, tanto na forma verbal, quanto na realização de procedimentos desnecessários como a manobra de Kristeller. Outro ponto a ser observado são as micro agressões realizadas contra as mães, tendo como motivo a classe econômica ou condição social na qual ela pertence.

Assim como Silva *et al.* (2014), Rodrigues *et al.* (2018) também evidenciam a falta de preparo institucional como um grande desafio para os profissionais, o que gera um trabalho dificultoso. A sobrecarga de demandas e a precariedade dos recursos também foram pontos que os profissionais queixaram-se. Segundo eles, essa precariedade na estrutura afeta os usuários, pois muitas vezes não podem receber acompanhantes ou não recebem informações de forma adequada, por exemplo.

A hierarquia entre os profissionais da saúde é uma questão a ser avaliada, pois os médicos utilizam-na de forma abusiva para realizar procedimentos e se comunicar com a equipe de forma desrespeitosa. As práticas realizadas pelos profissionais não são vistas, por eles, como atos de violência, mas sim de humor revelando que as ações de violência obstétrica não estão esclarecidas entre a equipe de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Jardim e Modena (2018) apresentam que os profissionais da saúde têm dificuldades em reconhecer que são causadores da violência obstétrica tornando essas práticas como atos naturais, aceitáveis e necessários para o bem da mãe e do bebê. Essa forma de agir e pensar faz com que a violência obstétrica seja banalizada, fazendo com que prestem uma assistência sem comprometimento com a paciente e como não há punições eles seguem com as práticas sem ética, um cuidado desumano e invasivo.

5. DISCUSSÃO

O parto e a assistência ao parto sofreram diversas transformações, com o decorrer do tempo e dos estudos na área, a realidade que era vivenciada em domicílio passou de um acontecimento familiar e ocorrido na própria residência, para um evento do âmbito hospitalar. Deixando então, de ser um acontecimento que envolvesse parteiras, para então uma eventualidade médica, um processo que não era geralmente acometido por medicalizações, passou a ser constantemente associadas medicações para o seu desenvolvimento, e além disso, deixou de ser algo natural para se transformar um evento regrado (VREDRUSCULO; KRUEL, 2016).

Em consonância os estudos de Vedrusculo; Krueel (2016), Riscado (2016) aponta que todas essas transformações citadas por Souza et al. (2016), Nascimento et al. (2017), e Kopereck et al. (2018) ocorreram com o intuito que a equipe de saúde e a parturiente pudessem ter uma qualidade maior durante o momento de parturição.

A forma de considerar aquela gestante passou de subjetividade, para uma abordagem objetificada, sendo assim, uma mulher que deveria protagonizar tal momento, passa a ser uma pessoa que pouco ou nada decide a melhor condução para o seu próprio parto. Centralizando a figura do médico, que se tornou cada vez mais dependentes de intervenções tecnológicas, estabelecendo um modelo tecnocrático de parir e nascer, o crescimento da utilização da cesárea como forma de nascer é um retrato desta realidade (SOUZA et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2017; KOPERECK et al., 2018).

Sens; Stamm (2019) retratam acerca da medicina que se baseou em um conhecimento biomédico e tecnicista, tornou a compreensão da assistência em saúde não mais como fundamental a aplicação de conhecimentos, mas como uma produção de trabalho. Estabelecendo um modelo de atenção tecnicista, hierarquizado e de domínio dos prestadores de serviços de saúde, desvalorizando as relações subjetivas necessárias para um atendimento humanizado.

Sendo produto de um ambiente no qual os profissionais da assistência em saúde se apresentam de forma grosseira e hostil, agregados aos seus atos e discursos, de forma que torna tal cenário resultado de uma situação complexa deste âmbito. Complexibilidade que infelizmente colocam profissionais de saúde e mulheres

em lados opostos durante o partear, quase que como rivais (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Sens; Stamm (2019) mencionam a desigualdade dentro de uma relação hierárquica de poder no âmbito do acontecimento do parto, no qual o outro, neste caso a mulher gestante se torna um objeto, sofrendo o impedimento de sua autonomia, da sua subjetividade, e principalmente de suas falas. De forma que predomine o cenário de anulação de qualquer tipo de comunicação entre profissionais e parturiente. Ter um problema de comunicação presente em tal momento, resulta em uma abrupta ruptura na interação entre os envolvidos, por meio da incompreensão por parte dos profissionais acerca da subjetividade alheia e da objetificação dessas mulheres.

Sendo que, uma interação humana requer compreensão e uma abordagem que contemple diversos aspectos que envolvem dimensões técnicas, humanas, éticas e até mesmo estéticas, trata-se de um processo especial de encontro e relação entre profissional e paciente. O vínculo dialético entre os envolvidos, no qual se baseia nos princípios bioéticos, de forma que amplie a autonomia de todos e exercem assim, papéis essenciais na tomada de decisões compartilhadas, com a participação das mulheres em todas as instâncias (SENS; STAMM, 2019).

Pela quantidade de definições conceituais acerca da violência obstétrica presentes na literatura atualmente, em concordando com o conceito eleito para compor o estudo da maioria dos autores dos resultados, Nery e Lucena (2019) destacam também a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Sendo assim, a OMS constitui o uso intencional da força física ou do poder, contra o outro ou um determinado grupo, podendo resultar em danos psicológicos, em lesões ou óbitos, e prejuízo no desenvolvimento de qualquer demanda, inclusive no processo de parto. Lansky *et al.* (2017) abordam o conceito utilizado internacionalmente, *sendo disrespect and abuse during childbirth*, sendo assim, o reconhecimento pela OMS como um questão de saúde pública que afeta mulheres e seus bebês, ocorreu em 2014.

Além disso, Nery; Lucena (2019) e Martins (2019) ainda reconhecem a existência da diversidade de atos que compreendem situações de violência obstétrica,

contudo, todas são caracterizadas por algum ato de maus tratos, desrespeito e abuso aos direitos da gestante, principalmente, enquanto parturiente.

Assim como Souza *et al.* (2016), Nascimento *et al.* (2017), Rodrigues *et al.* (2017) e Rodrigues *et al.* (2019) apontam ações que ameaçam os direitos das mulheres, e ameaça a vida de mães e bebês e os categorizam. Lansky *et al.* (2019), Nery; Lucena (2019) e Martins *et al.* (2019) em concordância evidenciam que atos de negação de atendimento à mulher, comentários humilhantes vindos de profissionais de saúde relacionados aos aspectos particulares da gestante, cesariana e episiotomia sem indicações científicas, aplicação da manobra de Kristeller, entre outros. Dessa forma, a diversidade de ocasiões que podem ser consideradas como tal violência, possibilita a categorização dos tipos de violência obstétricas percebidos na atualidade.

De forma que os estudos apontam que as violências não atingem, igualmente, todas as mulheres em situações financeiras mais desfavorecidas, as negras, as de baixa escolaridade, as que se apresentam mais queixosas ou pouco colaborativas, e sem acesso aos serviços essenciais de saúde, incluindo o pré-natal, estão mais expostas a comportamentos violentos por parte dos profissionais de saúde (MARTINS; BARROS, 2016).

Distinto das categorizações de violência obstétrica presentes nos estudos compostos nos resultados. No entanto, são características agressivas semelhantes, assim, Sens; Stamm (2019) categorizam em dimensões tal violência conforme suas análises dos conteúdos, em sua revisão integrativa. As dimensões das agressões definidas pelos autores são as individuais, as institucionais e as de relações humanas, sendo que cada é composta por ações distintas.

A dimensão individual acontece através de uma assistência desatualizada, com negligências; as dimensões institucionais estão relacionadas às violências advindas das condições de trabalho e infraestrutura da unidade, sendo exemplos a falta de vagas e de analgesia, além das inadequações do âmbito; e a de relações humanas se trata da assimetria da relação entre profissionais e gestantes, principalmente na tomada de decisões (SENS; STAMM, 2019).

Há categorização de tipos de violências obstétricas descobertas na revisão integrativa dos autores Martins; Barros (2016) e Melo; Castro (2019), porém nem todos

os estudos voltavam-se para realizar a classificação e agrupamento dos mesmos. Entretanto, é nítida a importância de categorizar os principais tipos identificadas para fins didáticos, os principais tipos são: violência institucional, violência moral, violência física, violência sexual, violência midiática, violência psicológica e verbal.

No conjunto de estudos selecionados pelos autores Marrero; Brüggemann (2017), mostra que no cenário brasileiro a violência obstétrica acontece da seguinte forma do tipo psicológica foi a mais frequente (84,8%), seguida do tipo estrutural (57,6%) e física (57,6%), as violências verbais (30,3%) e discriminatória (27,2%) foram referidas em menor percentual. Na maioria das publicações foram registradas as ocorrências concomitantes de mais de um tipo de violência acontecendo com uma única paciente, a violência sexual não foi registrada em nenhum dos estudos analisados.

Os estudos de Martins; Barros (2016); Marrero; Brüggemann (2018) e os autores Melo; Castro (2019) em consonância com os resultados, apontam que a literatura estabelece violência institucional quando não se consegue a garantia do atendimento à mulher na unidade de saúde, assim, havendo uma ausência de adequação em relação aos recursos institucionais. Além disso, quando a gestante consegue atendimento, se depara com estrutura inadequada, precariedade dos recursos físicos e humanos, ficando a mercê de processos institucionais.

Também abordada na literatura como violência estrutural, são exemplos de tal uma infraestrutura inadequada, imposição às rotinas institucionais mesmo não sendo a vontade da paciente infringindo as leis e os seus direitos, a ausência de anestesista de plantão e até mesmo a administração de um processo de analgesia durante o parto, proibição da presença de acompanhante na sala de pré parto, falta de um espaço físico que garanta a privacidade de todos os envolvidos, déficit de pessoal e atendimento digno e de qualidade no parto (MARTINS; BARROS, 2016; MARRERO; BRUGGEMANN, 2018).

Marrero; Brüggemann (2018) salientam que a baixa qualidade na qualificação da equipe que presta de assistência, existência de conflitos entre os profissionais e

insuficiência de recursos materiais e exposição inapropriada para fins didáticos em maternidades de ensino constituem uma violência institucional.

Os autores Martins; Barros (2016) ainda destacam a questão de gênero, principalmente, quando tais questões envolvem a violência obstétrica, em razão de que a mulher, invariavelmente, é quem sofre a agressão. Além disso, muitas dessas violências são praticadas por profissionais do sexo feminino, dado adverso aos obtidos nos resultados do presente estudo.

Melo; Castro (2019) e Silva (2019) definem o principal impulso para a violência de gênero as condições que a mulher se encontra diante as condições da mulher no sistema patriarcal, que ganha destaque na esfera pública e jurídica nos últimos anos. Assim, qualquer conduta ou ato a quem seja realizado baseado conforme o gênero. Definida como restrições que são relativas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, que ocorrem através de exemplos como dificuldades ao acesso aos serviços de saúde durante o período gravídico-puerperal, informações escassas acerca de métodos contraceptivos, direitos sobre a maternidade e sua licença.

Guimarães *et al.* (2018) retratam com ênfase a violência física por ser a mais recorrente no âmbito obstétrico, maus tratos com o corpo alheio. Mostrando que não é uma tarefa simples categorizar os tipos de violências obstétricas existentes, de forma que as diversas formas existentes se entrelaçam e quase nunca ocorrem de maneira individual.

Em relação às principais formas que a violência física é exercida, existe uma constância apresentada na literatura. Destacando-se o exame de toque vaginal doloroso, repetitivo, sem obedecer a critérios, realizado na mesma parturiente por diversos profissionais e ainda sob a alegação de finalidade didática, utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto, litotomia (posição desfavorável para o nascimento), manobra de Kristeller, realização de uma episiotomia para fins de treino, amniotomia, o uso de ocitocina sintética e a negação da analgesia (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Além dessas, o recebimento de autorização para intervenções com base em informações parciais ou distorcidas, como mentir para a paciente quanto à sua dilatação ou vitalidade fetal, forjando indicações que não são reais tais como

macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita, para indicar cesariana devido a interesses pessoais, a negação de informações à mulher sobre sua condição e sobre a evolução do parto e a manipulação da mulher sem orientação prévia dos cuidados realizados, ou mesmo a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher, entre outros também constituem violência obstétrica (DINIZ *et al.*, 2015; MARTINS; BARROS, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Niy *et al.* (2019) afirmam que a imobilização física se trata de uma das violências obstétricas físicas que mais acometem as parturientes, além desta, a medicalização excessiva também se faz presente, cesarianas e amniotomia, a privação do alimento durante o trabalho de parto e do alívio não farmacológico da dor. Assim, apenas 5,6% das gestantes passam pelo ciclo gravídico puerperal sem sofrer alguma intervenção.

Deste modo, os países da América Latina, no Brasil especialmente, se fazem necessário a desconstrução da cultura de imobilização física, e construção do entendimento de que a restrição ao leito e o impedimento da movimentação desta mulher, constituem uma violência obstétrica física. E além disso, atinge sua autonomia durante um momento marcante de sua vida (NIY *et al.*, 2019).

Rodrigues *et al.* (2018) retratam que compete uma violência moral obstétrica principalmente o julgamento moral realizado pelos próprios profissionais de saúde diante a mulher, da intensidade do ato e do contexto e situação, confundido muitas das vezes como autoridade profissional.

Oliveira e Penna (2017) e Rodrigues *et al.* (2019) apontam em consenso com os autores dos resultados, as consequências das agressões morais sofridas por gestantes. Causando um enorme sofrimento moral, caracterizando-se por um sentimento amplamente doloroso, gerado por uma inadequada conduta ética vinda dos profissionais de saúde. De forma que contraria as perspectivas que a mulher tem sobre sua vida, sua gravidez, seu parto e sobre sua assistência, interferindo através das perspectivas dos profissionais sobre ela e sua experiência moral de vida.

Contraditoriamente aos resultados, Rodrigues *et al.* (2018) afirmam que os profissionais de saúde exibem uma grande dificuldade em reconhecer a violência moral no âmbito obstétrico, exatamente pela escassez entendimento de alguns

profissionais de saúde acerca da temática e da gravidade do ato. Mesmo sendo um fator causador de danos físicos, emocionais, humilhações e preconceitos. Pois frases irônicas, moralistas e preconceituosas são ditas em tom de “brincadeiras”, como uma forma de gerar humor naquele momento.

Entretanto, Rodrigues *et al.* (2018) corroboram com o estudo de Kopereck *et al.* (2018), quando afirmam que o desrespeito, o tratamento grosseiro, a imposição de valores ou julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de privacidade, discriminação social ou étnica, desrespeito à autonomia e negligência no atendimento constituem atos de violência quanto a conduta do profissional de saúde diante as mulheres gestantes.

A violência psicológica acontece por meio da agressão física, moral e verbal, Zanardo *et al.* (2017) e Carvalho e Brito (2017) sobrelevam os dados dos resultados, afirmam que qualquer gênero de violência que a mulher possa ser acometida, gera significativos comprometimentos psicológicos a esta mulher. Comumente, a violência psicológica é realizada por pressões psicológicas direcionadas a responsabilização por possíveis danos que podem ocorrer com o filho, que os profissionais de saúde colocam sobre a mãe.

Assim, Zanardo *et al.* (2017) apontam algumas condutas profissionais que podem gerar acometimento psicológico, tais como: omissão do atendimento, tratamento hostil, ironias, coerção ameaças, gritos e humilhação intencional, negar o alívio da dor quando há indicação técnica, e até mesmo inviabilizar a presença do acompanhante durante este momento.

De acordo com Silva *et al.* (2017) as agressões verbais estão, intimamente, relacionadas às agressões psicológicas, de forma que a violência verbal resulta em uma pressão psicológica. Sendo falas de grande hostilidade relacionadas ao corpo, ao estilo de vida, a situação financeira, etnia, entre outras particularidades que resultam em sentimentos angustiantes como inferioridade e daí sendo desenvolvido medo e a insegurança nessas pacientes.

Zanarda *et al.* (2017) apontam que a violência sexual é cometida através de assédios sexuais e pelo estupro propriamente dito. Santos e Souza (2015) em

consonância afirma que o assédio é o mais presente, mesmo que a violência sexual seja a menos praticada nos serviços de saúde.

E por fim, Sipião; Vital (2015) em assentimento com Nascimento *et al.* (2017) ressaltam que a violência material e midiática acontece diante nossos olhos, e são facilmente despercebidas. Pois são ações por práticas por profissionais através de meios de comunicação, que geram uma violação sobre mulheres em seus processos reprodutivos. Além de denegrir a sua imagem e seu direito, através de mensagens, imagens, vídeos e outros materiais que são difundidos publicamente.

O estudo de Malheiros *et al.* (2012) salienta que a humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, à exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde e que humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais.

De acordo com Sena; Tesser (2017), uma pesquisa nacional realizada pela Fundação Perseu Abramo mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais, em redes pública e privada, relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato, apresentando que a violência institucional está, frequentemente, presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil. Muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes e isso é, especialmente, verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática, representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos.

Em um estudo feito por Santos; Shimo (2008) referente a episiotomia, notou-se que ao questionar as participantes da pesquisa quanto ao conhecimento prévio em relação à episiotomia, 31,2% das entrevistadas relataram total desconhecimento da

intervenção, afirmando que não sabiam o que é o procedimento, conforme observamos nas falas e a maioria das mulheres entrevistadas (81,3%) quando questionada, respondeu que não recebeu qualquer tipo de informação em relação à intervenção durante seu processo de parturição.

No estudo de Guimarães, Jonas e Tesser (2010) ficou ressaltada que a violência no parto está relacionada à assistência ineficiente, e foi ressaltado que não há um vínculo e uma comunicação entre profissionais, pacientes e acompanhantes, bem como falta acolhimento e problema nos diagnósticos médicos.

Outros fatores também observados foram: a não identificação dos profissionais; informações negadas, confusas ou fragmentadas; a descontinuidade na assistência, sendo que não há um vínculo entre a assistência do pré-natal e a maternidade. Na fala das participantes também mencionaram o descumprimento da lei do acompanhante de livre escolha onde relatam que não foi possível ter uma pessoa que transmitisse segurança em um momento tão frágil (GUIMARÃES; JONAS; TESSER, 2010).

O estudo de Rodrigues *et al.* (2018), aponta as enfermeiras como maiores causadoras da violência obstétrica, porém Zanardo *et al.* (2017) trazem em seu estudo que o parto passou a integrar um modelo centralizado no médico, tornando assim, outros profissionais excluídos nesse momento resultando num modelo médico de atenção hegemônico onde esse profissional exerce total controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade da mulher.

Salienta-se também, a importância de empoderar a mulher no momento do parto e nascimento, ressaltando os poderes que a mulher tem mas que de certa forma lhe foi tirado devido ao tipo de assistência prestada. Os poderes devem baseados na condição biológica da mulher, na sua capacidade reprodutiva e em seu instinto materno e também em lembra-la que é dona do seu corpo que é capaz de passar pelo processo fisiológico do parto e nascimento e também seria importante que a mulher tivesse o apoio de profissionais do sexo feminino nesse momento de suma importância (ZANARDO *et al.*, 2017).

Silva *et al.* (2017) salientam que a prática relacionada à aplicabilidade da educação em saúde por parte dos acadêmicos através de atividades de extensão, possibilitam uma associação dos conhecimentos teóricos e os adquiridos em suas vivências. Uma oportunidade significativa para o exercício de um pensamento crítico reflexivo e do domínio da compreensão do que é violência obstétrica, além dos problemas existentes nas práticas em saúde, principalmente, no âmbito obstétrico.

No estudo de Rocha; Borges (2017) destacaram-se, entre os três grupos de estudantes, as violências mais conhecidas por eles: enema, tricotomia, manobra de Kristeller, impedimento da locomoção da parturiente durante o trabalho de parto, negar água ou alimento durante o trabalho de parto e a restrição de acompanhante durante o trabalho de parto.

Assim como Rocha; Borges (2017), Silva (2017) identificou a relação à existência de discussões sobre a violência obstétrica dentro da instituição de ensino à qual pertencem, na qual resultou em aproximadamente 80% de respostas afirmativas quanto a compreensão do que é violência obstétrica. Por volta de 15% relataram não haver e 5% alegaram desconhecer o fato, não havendo diferença expressiva entre entidades de ensino públicas e privadas neste quesito.

Como Miltenburg *et al.* (2018) idealizam a preparação acadêmica para prestação de um atendimento de qualidade, Silva (2017) afirma que a formação dos futuros profissionais de saúde é a estrutura responsável pelo desenho da futura assistência daqueles estudantes no momento em que se tornarem prestadores de serviços, e por também por sua aptidão à mudanças necessárias.

Em consonância com os dados obtidos acerca da percepção dos acadêmicos da área da saúde neste presente estudo, Guiraldello *et al.* (2018) afirmam que a formação tem um papel fundamental diante o tratamento e acolhimento que será disponibilizado a esta gestante. Ainda apontam uma desarticulação no que diz respeito a forma de ensinar e os princípios éticos, o que prioriza o ensinamento de competências técnicas, entretanto, os valores como o cuidado, muitas das vezes é omitido.

Há cenários nos quais os preceptores colocam as gestantes como objetos de treinamento para internos e residentes, o mais recorrente é a realização de procedimentos como o toque vaginal, a episiotomia, o fórceps ou até mesmo cesarianas sem que essas consentam com esse exercício. Tal atividade está exemplificada nas definições de violência no parto, e também são percebidas pelos estudantes, condizente com os resultados (DINIZ *et al.*, 2015).

Borges; Rocha (2017) ressaltam em seu estudo os estudantes que consideram a episiotomia sem indicações médicas como violência obstétrica, entretanto, existiu um número significativo de acadêmicos que as respostas foram divergentes. Assim, alarmantemente não reconhecem a episiotomia sem indicações clínicas como uma violência obstétrica.

Silva (2017) em sua pesquisa, a questão que abordava se os professores discutiam a temática da violência obstétrica, 63,7% dos participantes respondeu que sim – sendo que 51% deles avaliaram positivamente a abordagem realizada e 12,7% descreveram como insuficiente/superficial – enquanto 36,3% dos participantes responderam que não houve abordagem, por parte dos professores, sobre o assunto.

Vieira *et al.* (2018) mencionam as convergências e as divergências entre os alunos de enfermagem e medicina diante a violência obstétrica, sendo que o estudo evidenciou que os alunos dos cursos de Enfermagem (82,9%) e Medicina (64,3%), a universidade foi o local de primeiro contato com a temática violência obstétrica. Foram citados outros locais também pelos acadêmicos como: ambiente familiar e o ambiente hospitalar, respectivamente.

Vieira *et al.* (2018) observaram que os estudantes de enfermagem se mantiveram entre a imparcialidade e satisfeitos quanto à inserção da temática no seu curso. Enquanto na medicina, houve predominância para a permanência da imparcialidade, seguido da insatisfação, pouca discussão da temática durante a graduação.

Um cenário acadêmico no qual permeia uma ausência de discussão ou uma abordagem não efetiva por parte dos professores acerca da violência obstétrica,

revela a crença de que o assunto não seja relevante para a formação profissional. Tal fato, resulta em insatisfação e desinteresse dos acadêmicos sobre a temática, além de não relacionar um ensino humanístico ao ensino biomédico, o que interfere na sua prática assistencial diante a gestante (VIEIRA *et al.*, 2018).

Uma abordagem prévia da temática em sala de aula, resulta em alunos mais capacitados para presenciarem, reconhecerem e atuarem diante violências obstétricas. Dessa forma, cabe aos docentes abordarem situações que precisam ser discutidas com mais clareza, profundidade no conhecimento e adequação às realidades que podem ser encontradas, a fim de começarem seus treinamentos de habilidades práticas com mais ética, responsabilidade e competência (SILVA, 2017; GUIRALDELLO *et al.*, 2019).

Santos; Souza (2015) e Oliveira; Albuquerque (2018) apontam a importância da presença e participação dos estudantes durante o cuidado no período gravídico puerperal na sua própria formação. Entretanto, a autonomia da mulher principalmente enquanto gestante, e sua vida devem ser preservadas, no sentido de que qualquer intervenção realizada por estudantes, sejam previamente consentidas e autorizada.

Assim como Tudela *et al.* (2020) e Menezes *et al.* (2020) indicam nos resultados que é viável que mudanças poderão ser identificadas após a percepção dos estudantes sobre violência obstétrica. Os autores Progianti *et al.* (2019) relatam a importância de se refletir acerca de novas estratégias para o desenvolvimento do ensino e aprendizado que são aplicados a formação, e instigar a percepção dos acadêmicos.

De forma que, os futuros profissionais proporcionem atitudes transformadoras, realizando a problematização durante a organização e desenvolvimento de sua futura assistência, propiciando vivências de prazer para as pacientes em suas atuações profissionais, e detenham sofrimentos, desgastes e insatisfação tanto dos profissionais, quanto das gestantes (PROGIANTI *et al.*, 2019).

Progianti *et al.* (2019) destacam em seu estudo as falas dos acadêmicos que presenciaram agressões obstétricas, associadas a falta de percepção de tal violência.

Declararam que tais vivências refletiam sofrimentos, pois se aproximar com o mundo do trabalho articulando a teoria e a prática, resulta em experiências significativas. De forma que o discente reflete acerca do saber-fazer profissional, construindo suas referências, em um cenário obstétrico agressivo exige discernimento para se adquirir disposições para transformações de tal realidade.

No que se refere a percepção dos prestadores de serviços de saúde em relação a violência obstétrica, o estudo de Leal *et al.* (2018) que foi realizado com enfermeiras que atuavam no Centro Obstétrico/Pré-parto, Parto e Pós-parto mostra que as profissionais apresentam a violência obstétrica sendo representada através da manobra de Kristeller, a episiotomia e a infusão de ocitocina de rotina, até o uso de termos intimidatórios e constrangedores e algumas enfermeiras não tratavam tais procedimentos como violência obstétrica pois alegavam que eram utilizados para ajudar a parturiente frente a possíveis complicações que ela possa vir a ter tornando aqueles procedimentos comuns entre os profissionais.

Marrero e Bruggemann (2017) alegam em seu estudo que os profissionais da área da saúde e os gestores compreendem esses atos como forma de garantir a segurança da parturiente e a qualidade na assistência a ela e ao recém-nascido porém não negam que deve haver uma melhora tanto na assistência quanto na infraestrutura das maternidades que muitas vezes influenciam na qualidade do serviço prestado.

Sens; Stamm (2019) realizaram um estudo onde entrevistaram 23 médicos plantonistas que atuam no centro obstétrico com o objetivo de identificar a percepção dos obstetras que prestam assistência ao parto em uma maternidade humanizada e nesse estudo 52% dos profissionais citaram que as mulheres as mulheres informadas, esclarecidas, preparadas e orientadas previamente para o parto, são as mais fáceis de lidar durante a internação, e, que o pré-natal é o melhor momento para que a informação e a preparação aconteçam juntamente com o bom relacionamento com a equipe.

Por outro lado, eles afirmam que não aceitar as prescrições e rotinas da instituição, tais como vacinas, uso de ocitocina quando indicado, episiotomia e cesárea, são atitudes vindo da paciente que os profissionais consideram impertinentes

e também outro ponto de divergência entre o médico e paciente é a opinião em relação a conduta (SENS; STAMM, 2019).

Aguiar (2010) apresenta em sua tese, que avaliou a percepção dos profissionais sobre violência institucional, que as pacientes consideradas como boas são aquelas que obedecem sem questionar, são colaborativas e tolerantes enquanto as referidas como pacientes difíceis são aquelas que questionam e expressam sua vontade.

Diante disso, Pereira *et al.* (2016) alegam que as condutas médicas devem ser baseadas em princípios, leis e fundamentos do Código de Ética Médica respeitando e valorizando a vida do paciente. Sendo assim, quando há desrespeito, xingamentos, procedimentos desnecessários ou indesejáveis os profissionais estão violando esses princípios que deveriam ser colocados em primeiro lugar frente a assistência prestada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para o desenvolvimento de reflexões acerca da atuação dos profissionais de saúde, diante o atual modelo de assistência e cuidado no âmbito obstétrico. De forma que, tais reflexões auxiliem na visibilidade da violência obstétrica, sendo que a mesma ainda se faz presente na assistência em saúde.

Além disso, a identificação dos tipos de violências obstétricas contida nesta pesquisa, tem o intuito de empoderar acerca do conhecimento e identificação de ações agressivas por parte dos colaboradores da saúde. Tal empoderamento visa atingir as gestantes e parturientes, os acadêmicos e os profissionais de saúde, afim de desenvolver sua percepção em situações que, agressões obstétricas estejam sendo exercidas.

Para mais, estudar e compreender as atuais percepções de gestantes e parturientes, os acadêmicos e os profissionais de saúde, instigou a analisar como tem sido a convicção e identificação destas violências, e refletir em estratégias de enfrentamento da violência obstétrica. Considerando, principalmente, a efetuação e respeito aos direitos das mulheres, de forma que haja mudanças de hábitos e intervenções cabíveis, até mesmo em situações momentâneas.

Porém, é perceptível que a falta de conceituação na literatura do que realmente seja uma violência obstétrica, dificulta a elaboração de estratégias de enfrentamento desta realidade. A ausência desta definição prejudica os direitos femininos, sua autonomia, e por não haver instâncias que penalizem tais maus tratos, não pode assim sem denunciada, e também criminalizada.

Assim, destacamos que o principal interesse diante essa realidade, é indispensável que seja o estabelecimento de leis e documentos legais que possam conceituar tal agressão, um delineamento mais acessível para denúncias que mulheres, acadêmicos e colaboradores possam realizar, a implementação de um modelo de notificação compulsória e formas de incriminar profissionais que exerçam tal prática, para que haja uma identificação e um enfrentamento significativo desta prática.

7. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise acentuada acerca da violência obstétrica, especificamente em alguns aspectos. Um estudo que permitiu evidenciar diversos assuntos, sendo eles os principais tipos de violência obstétrica abordados na literatura nos últimos anos, tratando das mais praticadas dentro das unidades de saúde por parte dos colaboradores, referem-se como negligência na assistência sendo elas de caráter institucional, agressões relacionadas ao gênero, ao físico, morais, psicológicas, verbais, sexuais, midiáticas, e até mesmo materiais.

Esses principais tipos de violência se diferem enquanto suas manifestações, e podem acontecer simultaneamente. Pode-se perceber que sua ocorrência surge, geralmente, a partir de forças físicas e verbais, do poder de escolha predominante dos profissionais de saúde, de forma que tais ações causam danos momentâneos e permanentes em mulheres em seu período gravídico puerperal.

Além de identificarmos as violências mais sofridas por gestantes e parturientes, refletimos diante a abordagem científica acerca das percepções diante tais agressões. As percepções evidenciadas na literatura partiram das mulheres que sofreram e carregam vestígios permanentes desses atos, a percepção dos acadêmicos que assistiram alguma forma dessas ações e seu modelo de aprendizado relacionado a abordagem da violência obstétrica no currículo estudantil, e dos profissionais de saúde que presenciaram atuações agressivas de outros colaboradores.

Diante a percepção das vítimas de agressões durante a gravidez, parto e puerpério, refletem a não adoção de práticas humanizadas diante o embasamento da atuação dos profissionais de saúde. De forma que a literatura evidencia a fala de mulheres que sofreram com tais ações, e infelizmente, se submeteram a condição por medo, insegurança e falta de empoderamento e autonomia.

Ao analisarmos a percepção dos estudantes acerca das agressões exercidas durante o ciclo gravídico puerperal, reflete como se encontra a formação de futuros profissionais atualmente. E dessa forma, analisamos como está sendo o repasse da forma correta de se exercer uma assistência digna, juntamente com um cuidado de qualidade, e também o senso crítico reflexivo desses futuros colaboradores diante tais práticas agressivas.

Quanto a percepção dos profissionais de saúde que presenciaram tais fatos, os estudos apontam que os profissionais médicos são os mais indicados como praticantes de ações agressivas, juntamente de outros colaboradores do âmbito hospitalar. De forma que, se evidencia que a hierarquia dentro das maternidades é um fator a ser analisado de forma minuciosa, além de que existe uma grande dificuldade dos trabalhadores se reconhecerem enquanto prestadores de uma assistência que pode gerar danos, físicos e psicológicos nas vítimas.

Identificamos que muito se discute acerca da violência obstétrica, e como principal arma de enfrentamento, a humanização para mudança desta realidade. Mas é nítido que de acordo com os tipos de violência, as percepções evidenciadas, ainda existe uma insuficiência diante a abordagem desta temática na formação acadêmica, e em discussões nos campos de práticas obstétricas. E como consequência deste cenário, a escassez do empoderamento feminino enquanto gestante, parturiente e puérpera, e carência na sua autonomia prejudicada neste âmbito.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ASEFA, A. *et al.* Provedores de serviço: experiências de comportamento desrespeitoso e abusivo em relação às mulheres durante o parto em Addis Abeba, Etiópia. **Saúde Reprodutiva**, cidade, v. 15, nº 4, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BORGES, M. O.; ROCHA, W. P. R. Conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre violência obstétrica. 2018.

BRASIL, VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EN. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. e155043, 2009.

BRENES, A. C. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. **Revista Médica de Minas Gerais**, cidade, v. 18, n. 2, p. 141-147, 2008.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, cidade, v. 7, p. 135-149, 1991.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermería Global**, cidade, v. 16, n. 3, p. 71-97, 2017.

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. **J Hum Growth Dev**, v. 25, n. 3, p. 377-82, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6 ed. São Paulo. Editora: Atlas S.A, 2017.

GRADIM, C.V.C. *et al.* Violência no parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, nº 3, p. 1299-1309, 2017.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 1, 2018.

GUIRALDELLO, L. *et al.* Análise da frequência e percepção sobre violência obstétricas e suas repercussões ético-legais. **Nucleus [online]**, v. 16, n. 1, 2019.

KOPERECK, C.S *et al.* A violência obstétrica no contexto multinacional. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.12, nº7, p. 2050-60, 2018.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LEAL, S. Y. P *et al.* Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v.23, nº 2, 2018.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

MALHEIROS, P.A et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Revista Contexto Enfermagem**, v. 21, nº 2, p.329-37, 2012.

MARQUE, F. C; DIAS, L. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006.

MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 215-218, 2016.

MARTINS, F. L. *et al.* Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**. Ed. 11, 2019.

MAYA, E. T *et al.* Perspectivas das mulheres sobre maus-tratos durante o parto em unidades de saúde em Gana: resultados de um estudo qualitativo. **Saúde Reprodutiva Assuntos**, v.26, nº 53, p.70-87, 2018.

MELO N. S.; CASTRO A. C. D. S. Violência Obstétrica: Principais formas e ações do enfermeiro para sua redução e controle - uma revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, v. 22, n.2, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENEZES, F. R *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, v. 24, 2020.

MILTENBURG, S. A *et al.* Desrespeito e abuso no cuidado à maternidade: consequências individuais da violência estrutural. **Reproductive Health Matters**, v.26, nº 53, p.88-106, 2018.

NASCIMENTO, L. C *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v.11, nº 5, p.2014-23, 2017.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, p. 2014-2023, 2017.

NERY, V. P.; LUCENA, G. P. Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes. **Revista Científica de Enfermagem- RECIEN**, v. 9, n. 27, 2019.

NIY, D. Y. *et al.* Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180074, 2019.

OLIVEIRA, L. G. S. M.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018.

OLIVEIRA, M. C; MERCES, M. C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, nº 6, p. 2483-9, 2017.

OLIVEIRA, R.T *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v.11, nº1, p.40-6, 2017.

OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

PALHARINI, L. A; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018.

PALMA, C. C; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, nº 3, p. 216-230. Porto Alegre (RS), 2017.

PEDROSO, C. N. L. S.; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1163-1184, 2017.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v.15,n.1, p.103-108, 2016.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, n. 37, p. 212-227, 2012.

PROGIANTI, J. M. *et al.* Vivências de sofrimento e prazer das acadêmicas de enfermagem nas maternidades. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. 39620, 2019.

REBELLO, M. T. M. P.; RODRIGUES, N. J. F. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 188-197, 2012.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e3570014, 2016.

RODRIGUES, C. A. F. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, 2017.

RODRIGUES, D. P. *et al.* A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v.12, nº 1, p. 236-46, 2018.

RODRIGUES, F. R. *et al.* Pré-natal humanizado: estratégias de enfermagem na preparação para o parto ativo. **Revista Saúde em Foco**, v. 9, n. 10, p. 89-100, 2018.

SANTOS, L. M. *et al.* Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Revista Enfermagem**. UFSM Mai/Ago; v. 1, n. 2, p. 225-237, 2011.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface*, v.21, nº 30, p. 209-20, 2017.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180487, 2019.

SILVA, D. M.; SERRA, M. C. M. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 3, n. 2, p. 42-65, 2017.

SILVA, F. C *et al.* O saber de puérperas sobre violência obstétrica. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, 2019.

SILVA, F. M.; SILVA L. M.; ARAÚJO, F. N. F. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, 2017.

SILVA, M. G *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, v.15, nº 4, p. 720-8, 2014.

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

SILVA, S. E. Violência obstétrica como violência de gênero: uma análise sob o prisma dos direitos humanos. *Colóquio mulher e sociedade*, 2019.

SILVA, T. S. *et al.* A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 176-189, 2017.

SIPIÃO, J. P.; VITAL, B. V. S. C. Violência Obstétrica: silêncio dos inocentes. ANAIS do VIII Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijão. Sobral-CE, 2015.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOUZA, A.B *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Ciências Médicas.**, v. 25, nº 3, p.115-128, Campinas (SP), 2016.

SOUZA, L. V. Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1129-1146, 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D; CARVALHO, R. R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TERAN, P *et al.* Violência obstétrica na percepção das usuárias. **Revista Obstetrícia Ginecologia**, v. 73, nº 3, p. 171-80, 2013.

TUDELA, D. M *et al.* Alterações nas ciências da saúde Percepção dos alunos sobre violência obstétrica após intervenção educacional, 2020.

VENDRÚSCOLO, C.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VIEIRA, S. N. *et al.* Violência Obstétrica: convergências e divergências entre acadêmicos de enfermagem e medicina. **Enfermagem foco (Brasília)**, p. 21-28, 2019.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ZANARDO, G. L. P *et al.* Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

ANEXO 1

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09				
	3	Data da notificação						
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros						
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade				
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)				
	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento			
Dados de Residência	12	(ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	13	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	14	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		
	15	Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado						
	16	Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe			
Dados Complementares	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	21	Distrito	
	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 1
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência		29	CEP
30	(DDD) Telefone		31	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32	País (se residente fora do Brasil)	
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34	Ocupação			
	35	Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
	36	Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37	Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39	Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	42	Distrito	
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)		47	Geo campo 3
	48	Geo campo 4		49	Ponto de Referência		50	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52	Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53	Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
54	A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/>		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada			Sinan
			SVS 15.06.2015

ANEXO 2



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
 PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
 INSTITUCIONAL
 Av. Universitária, 1069 | Setor Universitário
 Caixa Postal 86 | CEP 74605-010
 Goiânia | Goiás | Brasil
 Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946.3080
 www.pucgoias.edu.br | prodin@pucgoias.edu.br

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Débora Cristina Basilio de Souza
 do Curso de Enfermagem, matrícula 20161002403487,
 telefone: (62) 985152904 e-mail deboraa.cristina98@gmail.com, na
 qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 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
PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS,
 ESTUDANTES E PRESTADORES DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE.
 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, SND); 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, 11 de Dezembro de 2020.

Assinatura do(s) autor(es): Débora C. B. de Souza

Thalyne Heidy Villela
 Nome completo do autor: Débora Cristina Basilio de Souza
Thalyne Heidy Villela

Assinatura do professor-orientador: [Assinatura]

Nome completo do professor-orientador: Laidilce Teles Zatta

APÊNDICE 1

Tabela 1- Síntese dos estudos analisados. Goiânia, 2020.

Título	Autor	Objetivo	Métodos	Resultado	Conclusão	Principais VO
O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições.	Fabiana Ramos de Menezes; Gabriela Maciel dos Reis; Aline de Abreu Silvestre Sales; Danubia Mariane Barbosa Jardim; Tatiana Coelho Lopes.	Compreender a percepção de residentes em Enfermagem Obstétrica sobre violência obstétrica em uma maternidade referência do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil.	Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa.	A coleta dos dados foi realizada por meio de grupo focal. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin, da qual emergiram três categorias: condutas inadequadas de assistência ao parto; procedimentos desnecessários com finalidades didáticas e/ou iatrogênicas; e preconceito de gênero, raça/etnia e de classe socioeconômica	O estudo aponta que as residentes reconhecem a prática da violência obstétrica no processo de formação e suas repercussões para a mulher e, ainda, evidencia a necessidade premente de investimento institucional em espaços que promovam discussões sobre a violência obstétrica.	Verbalizações violentas dos profissionais de saúde (médico/a, enfermeiro/a obstétrico/a, enfermeiro/a auxiliar de enfermagem), execução de procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados e despreparo institucional para oferecer uma assistência humanizada.

<p>O saber de puérperas sobre violência obstétrica.</p>	<p>Fabiana da Conceição Silva; Magda Rogéria Pereira Viana; Fernanda Cláudia Miranda de Amorim; Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras; Rafael de Castro Santos; Leonardo Lopes de Sousa.</p>	<p>Analisar os saberes de puérperas sobre violência obstétrica.</p>	<p>Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, desenvolvido em uma maternidade pública. Entrevistaram-se 17 puérperas e a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista guiada por roteiro semiestruturado. Analisaram-se os dados de acordo com a Análise de Conteúdo.</p>	<p>Emergiram-se, a partir das falas das participantes, três categorias analíticas, a saber: “(Des) Conhecimento de puérperas sobre violência obstétrica”; “Experiência da violência obstétrica no parto” e “Estratégias de prevenção da violência obstétrica”.</p>	<p>Ressalta-se que é de grande importância o conhecimento das puérperas sobre a violência obstétrica para poderem identificar e/ou intervir, caso a prática ocorra.</p>	<p>Negligência na assistência; discriminação social; violência verbal e física; abuso sexual; uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas; obrigar a parturiente a ficar deitada e não permitir que ela se movimente durante o trabalho de parto; impedir a entrada do pai.</p>
--	--	---	--	--	---	---

<p>Desrespeito e abuso na assistência à maternidade: consequências individuais da violência estrutural.</p>	<p>Andrea Solnes Miltenburg ; Sandra van Pelt; Tarek Meguid; Johanne Sundby.</p>	<p>Como o desrespeito e abuso são praticados em nível interpessoal em todo o continuum de cuidados na Tanzânia.</p>	<p>As narrativas foram desenvolvidas com base em entrevistas e observações de 14 interações de mulheres rurais com profissionais de saúde desde a primeira consulta pré-natal até o nascimento.</p>	<p>As narrativas foram baseadas na observação de 25 consultas pré-natais, 3 nascimentos e 92 entrevistas em profundidade com as mesmas mulheres. Todas as mulheres foram expostas a cuidados de apoio durante a gravidez e o nascimento, incluindo abuso psicológico, abuso físico, abandono e violações da privacidade. A desigualdade sistêmica de gênero torna as mulheres excessivamente vulneráveis ao abuso, expressas como normalização do abuso na</p>	<p>Prevenir o desrespeito e o abuso durante os cuidados pré-natais e o parto exige atenção às desigualdades estruturais que promovem condições que possibilitam maus tratos a mulheres vulneráveis.</p>	<p>Abuso psicológico, abuso físico, não suporte ao estado de parto/nascimento e seus sinais, ignorar e abandonar a mulher, violação da privacidade e cuidados não consentidos.</p>
--	--	---	---	--	---	--

				<p>sociedade. As instituições de saúde refletem e reforçam os processos sociais dominantes, e a normalização da assistência não solidária é sintomática de uma cultura institucional de assistência que se tornou desumanizada. Os profissionais de saúde podem agir desrespeitosamente porque são colocados em uma posição poderosa, mantendo autoridade sobre seus pacientes. No entanto, eles próprios também são vítimas de desafios contínuos</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				no sistema de saúde e de más condições de trabalho.		
Experiências dos prestadores de serviços de comportamento desrespeitoso e abusivo em relação às mulheres	Anteneh Asefa; Delayehu Bekele; Alison Morgan; Michelle Kermode.	Este estudo visa melhorar a compreensão das experiências de Desrespeito e Abuso (D&A) dos prestadores de serviços durante o parto em instalações de saúde em Adis Abeba.	Em agosto de 2013, foi realizado um estudo transversal numa instalação, num hospital e em três centros de saúde. Um total de 57 profissionais de saúde que prestaram assistência ao parto durante o período de estudo preencheram um questionário auto-administrado. Foram avaliadas as observações pessoais dos prestadores de	A maioria (83,7%) dos participantes tinha <30 anos (média = 27,25 ± 5,45). Quase metade (43,9%) eram parteiras, e 77,2% tinham menos de cinco anos de experiência como profissionais de saúde. A carga de trabalho foi reportada como sendo muito elevado em 31,6% dos participantes, e 28% classificou o seu	Os resultados do estudo indicam que a maioria dos prestadores de serviços destas instalações tinha testemunhado práticas desrespeitosas durante o parto, e reconheceu que tais práticas têm consequências negativas para a utilização dos serviços. Estes resultados podem ajudar os decisores a planear intervenções para melhorar a CMR, tendo em conta a perspectiva do prestador de serviços.	Ausência de apresentação por parte dos profissionais para a mulher em trabalho de parto, ausência de medidas que proporcionem o alívio da dor ou de conforto, impedir a entrada do companheiro na sala de parto, falta de informações acerca dos procedimentos ou salientar dúvidas, impedimento na deambulação,

<p>es durante o parto em Adis Abeba, Etiópia.</p>			<p>serviços sobre maus-tratos durante o parto e a sua percepção de cuidados de maternidade respeitosos (CMR). Os dados foram introduzidos e analisados utilizando o software SPSS versão 16.</p>	<p>ambiente de trabalho como pobre ou muito pobre. Quase metade (50,3%) dos participantes comunicaram que os prestadores de serviços não obtêm geralmente o consentimento das mulheres antes dos procedimentos. Um trimestre (25,9%) relatou ter alguma vez testemunhado abuso físico (força física, tapas ou pancadas) na sua saúde. Também relataram ter observado violações da privacidade (34,5%) e mulheres detidas contra a sua vontade (18%). As violações</p>		<p>movimentação da mãe e escolha de uma posição confortável, não obtenção da permissão ou consentimento por qualquer procedimento e abandono de sua privacidade</p>
--	--	--	--	---	--	---

				<p>dos direitos das mulheres foram comunicadas por 14,5% dos participantes. Mais de metade (57,1%) considerou que tinham sido desrespeitados e abusados no seu local de trabalho. A maioria dos participantes (79,6%) acreditava que a falta de cuidados respeitosos desencoraja as mulheres grávidas de vir para as instalações de saúde para o parto.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

<p>Mudanças nas ciências da saúde: A percepção que os estudantes têm da violência obstétrica após uma intervenção educativa.</p>	<p>Desirée Mena-Tudela; Víctor Manuel González-Chordá; Francisco Javier Soriano-Vidal; Teresa Bonanad-Carrasco; Laura Centeno-Rico; Rafa Vila-Candel; Enrique Castro-Sánchez; Águeda Cervera Gasch.</p>	<p>O objetivo do estudo era avaliar as ciências da saúde percepção dos alunos sobre a violência obstétrica e identificar possíveis mudanças após uma intervenção educativa.</p>	<p>Uma escala ad hoc composta por 33 itens foi concebida para medir as percepções dos alunos. Além disso, foram recolhidas variáveis sociodemográficas e de controlo. Foram realizadas análises descritivas da amostra e da escala, tendo sido realizada uma análise bivariada.</p>	<p>Dos estudantes inquiridos, 89,7% eram mulheres e a maioria eram estudantes de enfermagem. Dos 33 itens, 28 (84,84%) apresentaram alterações estatisticamente significativas na medição da pré-intervenção. Vinte e cinco dos 33 itens (75,75%) apresentaram uma relação com as variáveis sociodemográficas de género, campo, curso e alguma vez ter estado grávida.</p>	<p>Este estudo mostra a mudança na percepção dos estudantes de ciências da saúde sobre a violência obstétrica após uma intervenção educacional. Além disso, a normalização deste tipo de violência foi observada com a progressão da formação e com a experiência obstétrica pessoal.</p>	<p>Exame pélvico sem consentimento; não preservando a privacidade de a mulher; desconsiderar a decisão da mulher; tirar fotos sem permissão; dizer " Pare de reclamar, é não tão ruim"; Separar mãe e recém-nascido; dar fórmula ao bebê sem o consentimento da mãe; não oferta de medidas para a dor; realização da manobra de Kristeller; posição desconfortável da mulher em trabalho de parto; tricotomia; e convencer a mulher a ser submetida a uma cesariana seção</p>
---	---	---	---	--	---	---

						para finalizar o parto rapidamente e sem dor
Perspectivas das mulheres sobre maus-tratos durante parto em instalações de saúde no Gana: resulta	Ernest T Maya; Kwame Adu-Bonsaffoh; Phyllis Dako-Gyeke; Caroline Badzi; Joshua P Vogel; Meghan A Bohren; Richard Adanu.	Explorar as perspectivas das mulheres sobre maus-tratos durante o parto, como parte de um estudo multinacional maior da Organização Mundial da Saúde (OMS) para desenvolver definições de consenso e validar	Discussões em grupos focais (DFGs) e entrevistas em profundidade (EPs) foram usadas para explorar experiências de maus-tratos de mulheres que já deram à luz em um estabelecimento de saúde em Koforidua e Nsawam, Gana. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e	Foram realizados 39 EPs e 10 DFGs, envolvendo 110 mulheres no total. Os principais tipos de maus-tratos identificados foram: abuso verbal (gritos, insultos e comentários depreciativos), abuso físico (beliscões, tapas) e abandono e falta de apoio. Os maus-tratos eram comumente	As mulheres podem evitar o parto em unidades de saúde no futuro por causa de suas próprias experiências de maus-tratos ou ouvir sobre a experiência de maus-tratos de outra mulher. São necessárias definições de consenso, indicadores validados e ferramentas para medir maus-tratos para medir a prevalência e identificar fatores e potenciais pontos de entrada para minimizar	Abuso verbal e abuso físico.

<p>dos de um estudo qualitativo.</p>		<p>indicadores e ferramentas para medir a carga do fenômeno.</p>	<p>realizadas análises temáticas.</p>	<p>vivenciadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, principalmente entre adolescentes. A incapacidade de avançar bem durante o segundo estágio, a desobediência às instruções das parteiras e a não entrega de itens prescritos para o parto (kit para mamãe) muitas vezes precediam os maus-tratos. A maioria das mulheres indicou que dar um tapa e beliscar era um meio aceitável de "corrigir" comportamentos desobedientes e</p>		
---	--	--	---------------------------------------	--	--	--

				incentivar empurrão.		
A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento	Rodrigues, Diego Pereira; Alves, Valdecyr Herdy; Vieira, Raquel Santana; Leão, Diva Cristina Morett Romano; Paula, Enimar de; Pimentel, Mariana Machado.	Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica	Revisão integrativa, com coleta de dados nas bases de dados Web of Science, CINAHL, Scopus, MEDLINE, LILACS e a biblioteca virtual SciELO, com artigos dos últimos cinco anos, em idioma inglês, espanhol e português, obtendo 13 artigos selecionados que foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, na	Foram identificadas as seguintes categorias <<Violência obstétrica: tipologia, definições, legislação>>; <violência obstétrica na percepção da equipe obstétrica>>; <violência obstétrica na percepção das usuárias>>.	A violência obstétrica está inserida com as práticas dos profissionais de saúde, como a episiotomia, a manobra de Kristeller, a medicalização do parto, e o cuidado no contexto do processo de nascimento deve ocorrer de forma respeitosa e, assim, enfrentar atos de violência. Desse modo, o estudo contribui para o conhecimento acerca das práticas desrespeitosas com a mulher no contexto da parturição.	Abuso físico; cuidado não consentido; abuso verbal; discriminação; abandono, negligência ou recusa de assistência; detenção nos serviços (anulação da liberdade e autonomia) e imposição de intervenções obstétricas não consentidas sem bases científicas.

			modalidade Análise Temática.			
A violênci a obstétri ca no cont exto mult inac ional	Kopereck, Cristine Silva; Mat os, Greice Carvalho de; Soares , Marilu Correa; Es cobal, Ana Paula de Lima; Qua dro, Priscilla Porto; Cec agno, Susana.	Conhecer a produção científica acerca da violência ob stétrica.	Revisão integrativa, no período de 2007 a 2016, nas bases de dados MEDLINE, Lil acs e na biblioteca eletrônica Scielo. Os artigos foram selecionados por meio da busca com os descritores: Parto, Parto normal, Parto humanizado, Cesáre a, Gravidez, Oncolog ia, Trabalho de parto e Violência, sendo utilizado os operadores boole anos AND e OR	Foram considerados relevantes à temática deste estudo 29 artigos, categorizados em três tipos de violência conside rando a similaridade de conteúdo, a saber: violência insti tucional, violência moral/ psicológica/ verbal e violência física.	Esta revisão permitiu perceber que a violência obstétrica se faz presente em diferentes âmbitos de cuidado, confirmando que as ações ainda são insuficientes para sua erradicação.	Violência institucional, aquela praticada em entidades públicas, seja ocasionada por ação ou omissão dos prestadores de serviço; Violência moral, psicológica e verbal; Violência física.

			como ferramenta para o cruzamento destes .			
Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas	Oliveira, Mayra de Castro; Mercês, Magno Conceição das.	Conhecer a percepção das puérperas no tocante às violências obstétricas.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com 10 puérperas. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Categorical.	Emergiram duas categorias após a análise dos dados << Conhecimentos de puérperas sobre violências obstétricas >> e << Antagonismo na hora do parto: violências obstétricas entrelinhas? >>. A percepção das mulheres em relação às violências obstétricas é restrita, sendo fundamental	A presente investigação possibilita perceber o desconhecimento das puérperas em relação ao conceito das violências obstétricas, cujas definições se restringiram aos atos de caráter psicológico, físico, sexual e de negligência	As práticas mais comuns, que caracterizam esse tipo de ato, citam-se a restrição ao leite, Manobra de Kristeller, episiotomia rotineira, exames de toque repetitivos, uso de ocitocina sintética, tricotomia, lavagem intestinal, amniotomia, ofensas, humilhações, gritos, discriminação,

				a educação em saúde, principalmente durante o pré-natal, assim como mudanças no modelo de assistência obstétrica.		acepção, negligência, até o abuso sexual, podendo ser classificada nas modalidades: física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática
Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos	Nascimento, Laís Chaves, Santos, Kamyla Felix Oliveira dos; Andrade, Cristiani Garrido de; Costa, Isabelle Cristinne Pinto; Brito, Fabiana	Desvelar as formas de violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 41 puérperas nas Unidades de Saúde da Família. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas e submetidos à Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise Temática.	O estudo revelou as seguintes categorias temáticas: Tipos de violência obstétrica vivenciados na gestação e no parto e as repercussões da violência obstétrica na vida das mulheres e os principais profissionais envolvidos.	Observou-se que a dor, exames abusivos repetitivos, manobras sem evidências científicas de qualquer benefício e o descaso são as principais formas de violência obstétrica.	De caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material que permeiam as instituições de assistência. 4(10%) relataram agressão e 15(37%) foram violentadas de duas ou mais maneiras. Os tipos de violência mais mencionados: 4(10%) Manobras de Kristeller; 12(29%) ausência de técnicas

	Medeiros de.					de alívio da dor; 9(22%) descaso; 8(20%) exames de toque invasivos, constantes ou agressivos; 5(12%) a utilização da episiotomia sem o consentimento informado; e 3(7%) privação da liberdade ao acompanhante.
Violência no parto: revisão integrativa	Gradim, Clícia Valim Côrtes; Rennó, Giseli Mendes; Ribeiro, Michelly Esteves; Pacheco, Tânia Carla de Moraes Prado; Sall	Identificar a produção científica acerca da violência contra a mulher no parto.	Revisão integrativa com vistas a responder a questão norteadora: Qual a produção científica existente acerca da violência contra a mulher no momento do parto? Foram incluídos artigos publicados em português, inglês ou espanhol, encontrados na	A pesquisa resultou em 11 estudos, dez desenvolvidos no Brasil, publicados a partir do ano de 2000 e todos reconheceram a violência como um problema.	As mulheres vivenciam e relatam condições desfavoráveis e prejudiciais ao nascimento, mas não reconhecem esses fatores como violência, já os profissionais atribuem as condutas inadequadas a falta de estrutura física, condições insatisfatórias de trabalho, a necessidade de organizar e controlar o serviço.	Sexual, física, psicológica e verbal. Um destaque é dado à violência de gênero e às relações de poder existentes entre a dominação masculina sobre o corpo feminino, a manipulação e a medicalização do corpo.

	es, Thamyris Alexandre.		íntegra, entre os anos de 1995 e 2014, com os descritores violência and mulheres and parto, indexados nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS e BDNF.			
Percepção das mulheres sobre violência obstétrica	Oliveira, Tayse Ribeiro de; Costa, Roxanny Enoli Lara Oliveira Lira; Monte, Nadiana Lima; Veras, Juscélia Maria de Moura Feitosa; Sá, Maria Íris	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 20 mulheres de uma maternidade pública de referência em Teresina (PI), Brasil. Os dados foram produzidos por entrevistas gravadas, transcritos na íntegra e analisados pela Técnica do Grupo Focal. A coleta dos dados foi	Analisou-se o perfil sócio demográfico das mulheres. Após análise das entrevistas e considerando o objeto de estudo, emergiram duas categorias << Negligência na assistência >> e << Agressão verbal >>.	A violência foi caracterizada de diversas formas, envolvendo desde a negligência na assistência, a negativa de direitos e de informações esclarecedoras de diagnóstico, até as agressões verbais na hora do parto.	Negligência na Assistência e Agressão Verbal.

	Mendes da Rocha.		realizada no mês de março de 2016.			
Violência obstétrica em mulheres brasileiras	Palma, Carolina Coelho; Dionelli, Tagma Marina Schneider.	Objetivou verificar a ocorrência de violência obstétrica em mulheres brasileiras.	Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, transversal, de alcance correlacional e preditivo, utilizando-se o Questionário de Violência no Parto. Os dados foram coletados por acesso online ao questionário. Realizou-se análise descritiva, de correlação e de regressão, através do programa SPSS. Participaram da pesquisa 1626 mulheres adultas.	Os resultados apontam que durante o parto 52,3% das gestantes sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% sentiu-se exposta e sem privacidade. A vivência de violência no parto apresentou correlação significativa com idade, escolaridade e renda familiar. Através da análise de regressão múltipla, verificou-se 12 práticas de atendimento ao parto que mostraram-se	Percebe-se que intervenções desnecessárias são realizadas em nome de uma falsa impressão de que, quanto mais se intervém, mais se cuida.	De 1626 mulheres: Contato com bebê adiado, para procedimentos desnecessários (29,7); Corte imediato do cordão umbilical (29,0); Bebê levado para a sala de procedimentos, sem explicações (27,7); Impediram ou dificultaram o aleitamento na 1ª hora de vida do bebê (26,8); Começar a cortar seu abdômen, sem efeito da anestesia (24,2); Toques vaginais realizados por diferentes pessoas (23,8); Ocitocina sintética (21,0);

				<p>preditores significativos de violência no parto, explicando 34,9% da vivência de violência obstétrica.</p>		<p>Toques vaginais repetitivos (20,8); Episiotomia (20,7); Teve “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde (20,6); Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê (18,6); Impossibilitada de procurar posições mais confortáveis (17,1); Privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os puxos (17,0); Proibição para ingerir alimentos ou bebidas (16,4); Rompimento artificial da bolsa (16,4); Foi</p>
--	--	--	--	---	--	---

						impossibilitada de caminhar durante o trabalho de parto (15,1); Manobra de Kristeller (14,0); Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários (12,8); Tricotomia (9,0); Enema (5,7); Conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos (2,5); Forçada a amamentar ou estabelecer contato com o contra a sua vontade (2,3).
Violência obstétrica no processo	Rodrigues, Francisca Alice Cunha; Lirira, Samira	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo	Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em	Sobre as características sócio demográficas das participantes da pesquisa tinham	A pesquisa demonstra a importância de um atendimento humanizado adequado através da estruturação	De 3.765 puérperas: 70,8% não foi ofertado a ingestão hídrica e 77,3% a alimentação; 63, 2%

o de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha	Valentim Gama; Magalhães, Poliana Hilário; Freitas, Ana Luiza e Vasconcelos; Mitros, Verônica Maria da Silva; Almeida, Paulo César.	de parturição e m maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.	onze hospitais maternidades, de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde da mulher no estado do Ceará, composta por 11 hospitais maternidades, participaram da pesquisa 3.765 puérperas de parto transpelviano que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto das referidas instituições.	entre 20 a 34 anos (62,1%), tratando-se do suporte emocional que deve ser oferecido durante o parto, as participantes relataram que tiveram a presença de visitas (82,9%), em relação às atitudes que ocasionam sentimentos de hesitação as participantes afirmaram que sentiam segurança (89,4%).	e organização da atenção materno infantil proposto pela rede cegonha.	não tiveram uma presença de profissional que proporcionasse conforto físico e emocional e 37,2% nem receberam esclarecimentos sobre procedimentos; 67,9% sentiram medo, 28,3% receberam ordens para parar de gritar e 24,6% apelidos; 86,7% manobra de valsalva, 52,2% exame de toque realizado por pessoas diferentes, 63,8% uso de soro e 34,5% de ocitocina.
Fatores associados à ocorrência de	Souza, Aline Barros de; Silva, Lúcia	Realizar revisão integrativa da literatura sobre os fatores associados à	Os dados foram adquiridos através da seleção de artigos nas bases: MedLine, LILACS; SciELO e	Os resultados encontrados foram sistematizados e discutidos por meio de cinco categorias:	Conclui-se que esta pesquisa pode contribuir para a sensibilização no processo de mudança das práticas violentas. A partir da	Prática, sem recomendação médica, da episiotomia; medicalização

<p>violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura</p>	<p>Cecília da; Alves, Rozilda das Neves; Alarcão, Ana Carolina Jacinto.</p>	<p>ocorrência de violência obstétrica institucional e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados</p>	<p>Google Acadêmico. A amostra foi composta por 20 artigos publicados entre os anos de 2010 e 2016. Resultados Diante da análise dos estudos, constatou-se que os profissionais descritos como promotores da violência obstétrica foram os médicos, equipe de enfermagem e estudantes de medicina.</p>	<p>(1) formação dos profissionais de saúde; (2) prática de episiotomia sem recomendação clínica; (3) medicalização e excessiva do parto; (4) anulação do direito ao acompanhante; (5) despreparo institucional e ritmo de trabalho alienante e associado à precariedade de recursos. Não se deve tirar o direito da mulher de ser protagonista de sua história, com acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e</p>	<p>identificação dos fatores associados à ocorrência de violência obstétrica, é possível intervir de forma diretiva e possibilitar o incentivo aos gestores e instituições para implementação de práticas de ensino humanizado e melhorias na qualidade dos serviços de saúde pública.</p>	<p>excessiva]; anulação do direito ao acompanhante; negligência; privação de assistência e maus-tratos; o despreparo institucional para receber as gestantes, com ambientes desconfortáveis e desestruturados];e um ritmo de trabalho alienante associado à precariedade de recursos.</p>
--	---	--	--	--	--	---

				baseada em evidências científicas.		
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Silva, Michelle Gonçalves da; Marcelino, Michelle Carreira; Rodrigues, Lívia Shélida Pinheiro; Toro, Rosário Carcaman; Shimo, Antonieta Keiko Kakuda.	Objetivou-se relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.	Este estudo baseia-se em um relato de experiência na atuação em diversas instituições de saúde, como unidade básica de saúde, hospitais privados e públicos, localizados no município de São Paulo/Brasil, em um período de 5 a 36 anos de formação técnica e atuação profissional de 1977 a 2013. A técnica para expor as experiências foi a de tempestade de ideias.	Os resultados encontrados foram divididos em verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde e o despreparo institucional com ambientes desestruturados.	Concluiu-se, por meio das falas das enfermeiras obstetras, inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho, havendo diferenças entre dois tipos de assistência ao parto: a obstetrícia baseada em evidências e o modelo assistencial tradicional.	As verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes; procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais; e o despreparo institucional para o parto humanizado.
Violência	Terán, Pablo; Cas	Avaliar a percepção das	Estudo prospectivo, descritivo,	O resultado do estudo foi de 66,8%	Existe uma alta percepção de violência nos cuidados	De 425 mulheres: Comentários

<p>obstétrica: percepção das usuárias</p>	<p>tellanos, Carlos; González Blanco, Mireya; Ramos, Damarys.</p>	<p>usuárias sobre os cuidados recebidos em relação às práticas consideradas como violência obstétrica.</p>	<p>exploratório, transversal, por meio de uma pesquisa anônima de 425 puérperas atendidas na Maternidade "Concepción Palacios", entre maio e agosto de 2011, sobre aspectos relacionados à violência obstétrica.</p>	<p>afirmaram que realizaram procedimentos médicos sem consentimento informado, 49,4% foram submetidos a algum tipo de tratamento desumanizador, apenas 20,5% perceberam tratamento não violento. Entre os relatos de tratamento desumanizador, predominou o dificultamento do apego precoce (23,8%). O tratamento desumanizador foi percebido com mais frequência por gestantes e adolescentes tardias</p>	<p>obstétricos, dada pela realização de procedimentos médicos sem consentimento informado e tratamento desumanizado pelo pessoal de saúde. A obtenção do consentimento informado não é aplicada sistematicamente.</p>	<p>irônicos, desqualificadores, piadas (15,3); apelidos diminutivos(10,4); Críticas por chorar ou gritar (21,60); Impossibilitada de manifestar medos (19,5); Impedida de mudar de posição (11,5); Impedida de deambular (15,8); Impedir de ter contato com o recém nascido (23,8).</p>
---	---	--	--	--	---	---

				<p>(P <0,0001). Os principais autores identificados são enfermeiros e médicos. Entre os procedimentos sem consentimento, os mais relatados foram a realização de toques múltiplos (37,2%) e a administração de ocitócicos (31,3%). Esse tipo de violência foi percebido com mais frequência pelos adolescentes (P <0,0002). Em um nível superior de escolaridade, observou-se menor percepção de violência (P <0,0059). Um em cada quatro usuários conhece o</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>termo violência obstétrica e um em cada cinco sabe onde denunciá-lo. Apenas 12% receberam informações sobre consentimento informado e 17% assinaram um formulário.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

