

A AMPLA CONCEITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo: A violência obstétrica consiste em qualquer conduta ou ato que leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres. O objetivo do presente estudo foi identificar as formas de violência obstétrica apontadas na literatura brasileira. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Constatou-se que há mais de 40 caracterizações da violência obstétrica dentre os estudos revisados. Os tipos de violência física, verbal e psicológica, assim como a realização de procedimentos desnecessários estão presentes em 100% das pesquisas. Concluiu-se que há necessidade de divulgação do tema através de políticas públicas e conscientização da população sobre o parto normal humanizado, assim como a mudança de modelo assistencial e na formação dos profissionais, pois ambos se baseiam em práticas intervencionistas.

Descritores: Violência, Parto, Obstetria.

The broad conceptualization of obstetric violence: an integrative review

Abstract: Obstetric violence consists of any conduct or act that leads to the misappropriation of women's bodily and reproductive processes. The objective of the present study was to identify the forms of obstetric violence pointed out in the Brazilian literature. This was an integrative review of the literature, using the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean in Health Sciences (Lilacs), Nursing Database (BDENF) databases. It was found that there were more than 40 characterizations of obstetric violence among the reviewed studies. The types of physical, verbal and psychological violence, as well as the performance of unnecessary procedures are present in 100% of the researches. Concludes that there is a need for disclose the topic through public policies and public awareness about normal humanized delivery, as well as a change in care model and the training of professionals, since both are based on interventionist practices.

Descriptors: Violence, Parturition, Obstetrics.

La amplia conceptualización de la violencia obstétrica: una revisión integrativa

Resumen: La violencia obstétrica consiste en cualquier conducta o acto que conduzca a la apropiación indebida de los procesos corporales y reproductivos de las mujeres. El objetivo de este estudio fue identificar las formas de violencia obstétrica señaladas en la literatura brasileña. Esta fue una revisión integradora de la literatura, a través de la Biblioteca Electrónica Científica En Línea (SciELO), bases de datos latinoamericanas y caribeñas en Ciencias de la Salud (Lilacs), Base de Datos de Enfermería (BDENF). Se encontró que hay más de 40 caracterizaciones de violencia obstétrica entre los estudios revisados. Los tipos de violencia física, verbal y psicológica, así como la realización de procedimientos innecesarios están presentes en el 100% de los estudios. Se llegó a la conclusión de que es necesario difundir el tema a través de políticas públicas y la concienciación de la población sobre la prestación normal humanizada, así como el cambio de modelo de atención y la formación de los profesionales, porque ambos se basan en prácticas Intervencionista.

Descritores: Violencia, Parto, Obstetria.

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Enfermeira. Mestra em Saúde e Ambiente (UFMA). Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras São Luís.
E-mail: apfcoelho@gmail.com

Vitória Barros Pinto
Enfermeira. Especialista em Obstetria e Neonatologia (Faculdade Gianna Beretta).
E-mail: vitoriabarros.p@hotmail.com

Rafael Mondego Fontenele
Enfermeiro. Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (UnicEUMA). Docente do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF-MA).
E-mail: fhaelmondego@gmail.com

Natalie Rosa Pires Neves
Enfermeira. Mestra em Epidemiologia em Saúde Pública (FIOCRUZ/RJ).
E-mail: natalierosaneves@gmail.com

Nayra Michelle Anjos Amorim
Enfermeira. Mestra em Enfermagem (UFMA).
E-mail: nayramichelle@hotmail.com

Raylena Pereira Gomes
Enfermeira. Mestre em Aspectos Bioéticos e Jurídicos da Área da Saúde (UMSA/ESJUS).
E-mail: raylena_gomes@yahoo.com.br

Submissão: 15/03/2019
Aprovação: 30/09/2019

Como citar este artigo:

Galvão APFC, Pinto VB, Fontenele RM, Neves NRP, Amorim NMA, Gomes RP. A ampla conceituação da violência obstétrica: uma revisão integrativa. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):44-54.

Introdução

A gestação, o parto e a maternidade são episódios marcantes para as mulheres, significando o início de um novo ciclo. Pode ser considerado por vezes a etapa que define a abrangência do papel feminino. Entretanto, eventualmente o trabalho de parto e parto são processos associados à dor e sofrimento, gerando assim grandes expectativas. Esta perspectiva pode estar relacionada a grande incidência de violência obstétrica¹.

Na antiguidade o processo de parto e nascimento eram vistos como acontecimentos naturais, compartilhado entre a mulher e seus familiares com importância cultural. Porém com a evolução da ciência, crescimento do modelo hospitalocêntrico e medicalização do corpo feminino, sucedeu-se a perda da autonomia e da capacidade da mulher de fazer seu próprio parto².

Por outro lado, no Ocidente em meados de 1919, a institucionalização do parto se deu a partir de medidas tomadas pelo governo para diminuir taxas de mortalidade materna e infantil. Foram implementados programas que abordavam o pré-natal e se estendiam por todo o período de desenvolvimento da criança, conseqüentemente ocorrendo uma mudança nos partos que aconteciam em ambiente domiciliar para os centros hospitalares. A mulher passou a ser coadjuvante do processo de parto, exercendo a função de apenas colaborar com o profissional e seguir suas regras³.

A partir da década de 80, com o crescimento dos movimentos feministas e a busca pelos direitos humanos e reprodutivos, iniciaram-se discussões sobre as práticas realizadas durante a gestação, trabalho de parto e parto. Em 2000, o Ministério da

Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento com o intuito de garantir recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que nesta mesma época divulgou informações sobre a assistência ao parto normal, expondo condutas que devem ser mantidas, além daquelas que são prejudiciais ou devem ser realizadas com cautela. Nesse contexto, surge o conceito de violência obstétrica³.

A violência obstétrica agrupa as formas de violência e danos gerados no cuidado obstétrico profissional. Coincide a uma forma de violência de gênero, uma vez que há emprego arbitrário do saber e abuso de poder por parte dos profissionais de saúde que estão no controle da situação, dos corpos e da sexualidade das parturientes⁴.

Da mesma maneira, o termo de violência está caracterizado na ação de reprimir e subjugar o outro, impondo-lhe uma vontade ou desejo, seja pela força física ou psicológica, pode ser comumente notada no ambiente das instituições de saúde, acontecendo de forma consentida e inconsciente por mulheres em trabalho de parto. Por vezes é constatada, mas não há reclamação, por medo ou opressão⁵.

Sendo assim, as mulheres que solicitam assistência obstétrica estão propensas a diferentes espécies de violência e desrespeito, seja através do tratamento desumanizado, uso abusivo e desnecessário de intervenções durante o trabalho de parto com o intuito de acelerar o mesmo, apropriação do corpo feminino pelos profissionais de saúde, atitudes preconceituosas, entre outras³.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, relatou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto nos

espaços públicos e privados. Também através do Teste de Violência Obstétrica respondido por duas mil mulheres, em 2012, constatou que metade delas relatou insatisfação com o atendimento hospitalar e o cuidado da equipe de saúde durante o trabalho de parto. Estes dados mostram que a violência obstétrica está frequentemente presente na atenção ao parto, e representa um grave problema de saúde pública⁶.

Os altos índices são evidenciados principalmente em países emergentes. Os motivos causadores desse fenômeno incluem a falta de socialização de profissionais de saúde, manifestações de violência, brutalidade em nossa sociedade e desorganização dos serviços. Nos ambientes públicos há um agravamento da situação, uma vez que estes estão relacionados aos segmentos mais pobres da comunidade⁷.

Diante de dados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a capacitação dos enfermeiros obstetras e obstetras, com o objetivo de promover a saúde materna, bem como contribuir para a redução do índice de mortalidade das mesmas⁸. O enfermeiro obstetra durante a sua assistência no trabalho de parto e parto é de grande valia, pois o excesso de intervenções desnecessárias pode ser diminuído e extinto, oferecendo à mulher um cuidado holístico, humanizado e respeitoso. Proporcionando um processo de parto menos medicalizado e mais natural¹.

Atualmente, as discussões sobre o tema estão sendo bem difundidas através do ciberativismo. As redes sociais se tornaram importante como estratégia de comunicação para expandir e fortalecer a autonomia e liberdade das mulheres, proporcionando a troca de experiências entre as pessoas que passaram por situações caracterizadas como violência

obstétrica. Movimentos pela humanização do parto também surgiram para promover o empoderamento feminino, reconhecendo o corpo da mulher como capaz de gestar e parir sem qualquer ação médica, assumindo o papel de protagonista de todo o processo⁹.

A busca pela humanização e controle da violência obstétrica durante o parto consiste em um desafio, considerando seu não reconhecimento como uma violência de fato. É preciso criar estratégias para ampliar a visibilidade e os conhecimentos sobre a assistência a ser prestada às mulheres durante o trabalho de parto e parto. Isso deve contar com a colaboração de vários agentes: profissionais de saúde, mulheres, movimentos sociais e gestores¹⁰.

Diante disso, considerando o alto índice de violência cometida contra a mulher durante a gestação, parto e puerpério, e a importância da produção de conhecimento acerca do tema, este estudo teve como objetivo reconhecer as formas de violência obstétrica segundo a literatura brasileira.

Material e Método

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura que teve como base o pensamento de Ganong¹¹ que define este tipo de estudo através de seis etapas.

Na primeira etapa realizou-se a identificação da hipótese ou questão norteadora - consiste na elaboração do problema de pesquisa, definição dos descritores ou palavras-chaves. Nesta etapa, o problema que norteou a pesquisa foi: como estão caracterizadas as manifestações de violência obstétrica na literatura brasileira?

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) e Google Acadêmico, pelas bases de dados: Scientific Electronic

Library Online (SCIELO), Base de Dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) utilizando como palavras chave violência e parto.

Na segunda etapa foi realizada a seleção da amostragem - determinação dos critérios de inclusão e exclusão. Nesta etapa optou-se por incluir artigos elaborados entre os anos de 2007 a 2017, considerando artigos completos publicados em português que tratassem de violência obstétrica nos âmbitos dos serviços de saúde e excluídos os artigos em língua estrangeira pois o estudo visa abordar a realidade brasileira. Também foram eliminados os artigos que abordavam outros tipos de violência, que não a que acontece durante a gestação, parto e puerpério.

Na etapa terceira etapa foi realizada a categorização dos estudos - definição da extração de informações dos artigos selecionados. Na quarta etapa realizou-se a avaliação dos estudos através de leitura criteriosa, na quinta etapa iniciou-se a discussão e interpretação dos dados que responderam a questão norteadora e na sexta etapa, reuniu-se a síntese da revisão para apresentação.

Os dados extraídos foram organizados e sumarizados em quadros de acordo com: título, autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos e caracterização da violência obstétrica de acordo com cada estudo.

Resultados e Discussão

Foram identificados um total de 65 artigos nas bases de dados supracitadas, realizou-se a leitura de títulos, em seguida procedeu-se à leitura dos resumos, totalizando 29 artigos selecionados para a leitura e análise minuciosa do texto na íntegra, excluindo-se os estudos duplicados, aplicando-se critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos a amostra final foi de 11 artigos científicos incluídos nesta revisão integrativa.

Os 11 artigos incluídos no presente estudo foram escolhidos por atender aos objetivos que se propôs esta pesquisa e por permitir a possibilidade de extração das informações a partir de revisões de literatura, relatos de experiência tanto de profissionais quanto de pacientes.

No Quadro 1 serão apresentados os artigos incluídos na revisão integrativa após critérios de inclusão e exclusão, segundo autor (es), título e ano de publicação.

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autor (es), título e ano de publicação.

N	Autor (es)	Título	Ano
01	Sena, Tesser.	Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.	2016
02	Sauaia, Serra.	Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco.	2016
03	Martins, Barros.	Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras.	2016
04	Andrade, Silva, Diniz, Caminha.	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco.	2016
05	Biscegil, Grio, Melles, Ribeiro, Gonsaga.	Violência Obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo.	2015
06	Tesser, Knobel, Andrezzo, Diniz.	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.	2015

07	Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro, Shimo.	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.	2014
08	Andrade, Aggio.	Violência obstétrica: a dor que cala.	2014
09	Diniz, Salgado, Andrezzo, Carvalho, 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.	2014
10	Aguiar, D'Oliveira.	Violência institucional em maternidade públicas sob a ótica das usuárias.	2011
11	Wolff, Waldow.	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	2008

Com relação ao ano de publicação houve um predomínio de publicações no ano de 2016 com quatro artigos incluídos, representando 36,3% dos estudos pesquisados, seguido do ano de 2014 com três artigos (27,2%), dois artigos do ano de 2015 (18,1%), um do ano de 2011 (9%) e um do ano de 2008 (9%).

Houve uma variação sobre os autores dos artigos pesquisados incluindo enfermeiros, graduandos em enfermagem, acadêmicos de medicina, profissionais de medicina, psicologia, direito e ciências biológicas.

A variedade de autores nos faz perceber o quão é necessária a discussão sobre a violência obstétrica, que significa também pensar em cidadania feminina, fazendo uma reflexão sobre relações de gênero e direitos humanos o que resulta em uma questão cultural e histórica. Ademais, a violência é multifatorial, dessa forma requer diálogo, interação e conexão por parte das diversas categorias profissionais para seu enfrentamento⁵.

A violência institucional nas maternidades públicas do Brasil se especifica por uma violência de gênero, a qual nos remete a um contexto histórico de ideologia de gênero reconhecida pela inferioridade física e moral da mulher e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social, acarretando a dominação de seu corpo e sexualidade

pela medicina. Assim como, outro estudo relatou que a prática de desrespeito e abuso durante o período gestacional e parto se caracterizam como violações dos direitos humanos básicos da mulher que estão estabelecidos em instrumentos de direitos humanos internacionalmente conhecidos¹.

Outro estudo também relaciona a violência obstétrica como uma violência de gênero e traz em sua pesquisa a discussão e caracterização sobre o tema, assim como a análise de casos dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ)⁴.

Por outro lado, pode-se observar no estudo onde que as autoras são enfermeiras obstetras e trazem suas experiências de violência obstétrica, despertou a necessidade de mudança no modelo assistencial. Nessa perspectiva, percebeu-se que a enfermagem tem se preocupado com a realidade atual e mostra seu interesse na transformação da assistência ao parto¹.

No Quadro 2 observa-se os artigos incluídos na revisão integrativa e as caracterizações da violência obstétrica encontradas em cada estudo.

Quadro 2. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título e caracterizações da violência obstétrica.

N	Título	Caracterização da Violência Obstétrica
01	Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências	Proibição do acompanhante; realização de procedimentos sem explicação e anuência prévia; realização de procedimentos sem real necessidade; tratamento agressivo e desumanizado; separação da mãe/bebê saudável; negligência assistencial; discriminação social; violência verbal/física; abuso sexual; uso inadequado de tecnologias, intervenções desnecessárias; uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia.
02	Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco	Negação ao atendimento; violência verbal e psicológica; discriminação social e racial; negligência assistencial; agendamento de cesárea; proibição do acompanhante; aplicação de ocitocina de rotina; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; separação da mãe/bebê saudável; impedir o aleitamento materno e/ou alojamento conjunto; realização de procedimentos sem real necessidade; toques repetitivos; realização de procedimentos sem explicação e anuência prévia; restrição hídrica/alimentar; negação da analgesia; julgamento da mulher.
03	Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras	Falta de acesso a serviços; falta de recursos para atendimento; proibição do acompanhante; ausência de privacidade; não reconhecimento da mulher como sujeito do parto; valorização da técnica e da intervenção; medicalização excessiva; atitudes discriminatórias; abandono, desrespeito, negligência a dor; negação ao atendimento; proibição de se expressar; utilização inadequada da tecnologia; posição litotômica; manobra de Kristeller; toques repetitivos; episiotomia de rotina; amniotomia; aplicação de ocitocina, negação da analgesia e de informações; realização de procedimentos sem explicação e anuência prévia; julgamento da mulher; violência verbal, psicológica e sexual.
04	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	Negligência assistencial; discriminação social; violência verbal, física e psicológica; uso inadequado de tecnologias; adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente; uso da posição litotômica no momento do parto; uso da posição supina; infusão venosa de rotina; exame retal; administração de ocitocina sem indicação precisa; incentivo ao puxo prolongado; amniotomia precoce; manobra de Kristeller; toques vaginais repetitivos; restrição hídrica e alimentar; episiotomia; clampeamento precoce do cordão.
05	Violência Obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo	Conduta desrespeitosa (comentários irônicos, mal educados ou em tom de piada, verbalizações violentas); proibição ou repreensão por se expressar; falha no esclarecimento de dúvidas; realização de procedimentos sem real necessidade ou sem permissão prévia; enema; tricotomia; amniotomia artificial; restrição ao leito; jejum prolongado; administração de medicamentos para acelerar o parto; toques vaginais excessivos e desnecessários; manobra de Kristeller; episiotomia; cesárea sem permissão ou justificativa de sua necessidade; proibição do acompanhante; separação da mãe/bebê saudável; impedir ou dificultar o aleitamento materno e/ou alojamento conjunto; falta de apoio por parte do hospital e profissionais; falta de analgesia; despreparo institucional.
06	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer	Abuso físico (toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias e outras intervenções sem anestesia); imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência; detenção nos serviços (pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços); infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; uso indiscriminado de ocitocina; amniotomia; posição litotômica; episiotomia; manobra de Kristeller; restrição hídrica e alimentar; restrição aos movimentos corporais; impedimento de acompanhante.
07	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Verbalizações violentas; procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde (episiotomia rotineira, parto fórceps rotineiro, mentir para a paciente sobre algumas informações para indicação de cesariana eletiva, realização de tricotomia e enema, jejum prolongado sem justificativas clínicas, amarrar as pernas da paciente em posição ginecológica, negar atendimento, não permitir contato pele a pele

		com bebê saudável, tração excessiva do cordão umbilical para extrair placenta; impedimento do acompanhante; toques vaginais excessivos; manobra de Kristeller; amniotomia rotineira; uso de hormônios sintéticos para aceleração do parto, restrição ao leito e posição; discriminação quanto a etnia; atendimento grosseiro; referir-se a paciente por leito, patologia, dilatação, paridade; exposição de nomes e diagnósticos das parturientes; organização deficiente na distribuição de leitos; não preenchimento correto do cartão da gestante; redução digital do colo; exame físico sem privacidade e exposição da paciente); despreparo institucional; falta de institucionalização do Alojamento Conjunto; Falta ou não cumprimento de protocolos obstétricos; falta de treinamento periódico de todos os colaboradores.
08	Violência obstétrica: a dor que cala	Atenção desumanizada; abuso de ações intervencionistas; medicalização; transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos; negligência no fornecimento de informações sobre o tipo de parto mais apropriado e direitos na assistência ao pré-natal e parturiação; violação do direito ao acompanhante de escolha; realização de episiotomia e tricotomia; jejum prolongado; não fornecimento de informações sobre o estado dos bebês e impedimento nos cuidados gerais do menor; gritos, estupidez, brutalidade, baixa intolerância e compreensão do obstetra para com a mulher durante o parto; negligência de informações sobre estado geral da mulher e desrespeito ao limiar de dor da contração; realização de práticas intervencionistas sem devida solicitação/consentimento ou fornecimento de explicação quanto a indicação da prática.
09	Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção	Abuso físico (procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas” como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesárias e episiotomias desnecessárias, e outras intervenções sem anestesia); 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; uso inapropriado e excessivo de intervenções invasivas (uso da ocitocina para indução ou aceleração do parto, manobra de Kristeller, fórceps, episiotomia); impedimento a presença do acompanhante.
10	Violência institucional em maternidade públicas sob a ótica das usuárias	Negligência na assistência; discriminação por condição social ou cor; violência verbal; violência física; abuso sexual; uso inadequado da tecnologia com intervenções e procedimentos desnecessários; falta de manejo da dor; ocorrência de complicações mesmo após alta médica como negligência; exposição desnecessária da intimidade; dificuldades na comunicação; realização de procedimento ou exame sem consentimento; falas de cunho moralista e desrespeitoso; repressões verbais e físicas por “escândalo”.
11	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto	Atendimento desumanizado; manipulação genital desnecessária e repetitiva (toques); atitudes preconceituosas com relação a liberdade sexual, adolescência e gênero; indiferença, falta de empatia e apoio por parte dos profissionais; falta de fornecimento de informações; privacidade invadida; abuso de poder; violência psicológica; despreparo institucional; Desvalorização da participação da parturiente no processo de parto e negação da sua autonomia.

Dentre os artigos estudados foram encontradas mais de 40 caracterizações da violência obstétrica. A categoria: realização de procedimentos desnecessários como enema, tricotomia, posição litotômica, impedimento da movimentação e ausência de privacidade, foi encontrada em 100% dos estudos.

Ensaio clínico destacou não haver evidências que justifiquem a indicação do enema de forma rotineira, não comprovando diferenças nas taxas de

infecção puerperal ou neonatal, na duração do trabalho de parto e contratilidade uterina. Acrescentam ainda que a realização da tricotomia provoca efeitos inconvenientes como o favorecimento de infecções e incômodos à mulher, portanto não há provas que recomendem sua utilização de rotina em mulheres em trabalho de parto¹³.

Além disso, o uso da posição litotômica com ou sem estribos prejudica a dinâmica do parto,

diminuindo a efetividade das contrações e consequentemente prolongando o trabalho de parto, além de levar a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, podendo dificultar a oxigenação do neonato. Com essa posição fica claro que o sujeito do parto é o profissional e não a mulher⁴. Posições verticalizadas favorecem e reduzem o tempo de trabalho de parto, estão associadas a diminuição das lacerações vaginais ou perineais, das dores e do período expulsivo, reduzindo a asfixia neonatal. De acordo com as recomendações da OMS, as mulheres devem adotar posições que lhe agradem, confirmando a liberdade de expressão corporal¹⁴.

Outro ponto a ser discutido é que no momento do parto a parturiente está submetida a expor sua intimidade, através da realização da avaliação da dilatação, onde várias pessoas desconhecidas estão presentes (acadêmicos, profissionais e/ou acompanhantes de outros pacientes), no período da expulsão, ou em pequenos detalhes como a camisola que não serve. A mulher deve ser tratada com respeito e privacidade para evitar constrangimentos e bloqueios na evolução do trabalho de parto, assim como para manter a sua individualidade⁷.

Os tipos de violência física, verbal e psicológica também foram encontrados em 100% dos estudos. A violência verbal e psicológica está caracterizada em comentários que denigrem a mulher, julgamento, culpabilização, xingamentos, hostilidades, gritos, abuso verbal, humilhações, palavras e expressões de ironia, comentários desrespeitosos, reprimendas e ameaças de abandono⁵. Outros estudos denominam essas características como tratamento agressivo ou desumanizado, citados dessa forma em 63,6% dos artigos incluídos nesta pesquisa.

Esses autores também reconhecem que a violência física é expressa pela utilização inadequada da tecnologia: posição litotômica e episiotomia que já foram discutidos anteriormente, além da manobra de Kristeller (citado em 63,6% dos estudos), toques vaginais repetitivos e excessivos (72,7%), aminiotomia (45,4%), uso de ocitocina sintética para aceleração do parto (72,7%), negação da analgesia (45,4%), recebimento informações parciais e distorcidas ou negação de informações à mulher sobre sua evolução do parto ou sobre o neonato (63,6%) e realização de procedimentos sem explicação e consentimento da mulher (81,8%).

A manobra de Kristeller é utilizada com a finalidade de ajudar na expulsão do bebê. Baseia-se na aplicação de pressão na parte superior do útero, sob a parede abdominal visando empurrar o feto. Pode provocar rotura uterina, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões, ademais complicações para o neonato como distócia de ombros, fratura de clavícula, trauma encefálico, hipóxia e deslocamento do músculo esternocleidomastoideo⁴. O Ministério da Saúde na publicação do manual de Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher¹⁵, destaca que não há evidências suficientes para apoiar a recomendação dessa prática.

Do mesmo modo, o uso indiscriminado de ocitocina sintética, apenas para acelerar o trabalho de parto pode causar, rotura uterina, náuseas e vômitos, aumento das dores durante a contração, arritmias cardíacas, hemorragia pós-parto, dificuldades na oxigenação do bebê e dano cerebral no recém-nascido⁴. Ainda, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a amniotomia

precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem¹⁶.

Além disso, o exame vaginal deve ser realizado somente de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto¹⁶. Em casos de aminorréxia prematura e sangramento vaginal, o toque deve ser executado com moderação¹⁵.

Muitas parturientes não conhecem o direito a analgesia durante o trabalho de parto, a negação da mesma constitui-se uma forma de violência obstétrica bastante comum. Além dos métodos não farmacológicos de alívio de dor (massagem, imersão em água, exercícios respiratórios, exercícios na bola ginástica, acupuntura, entre outros), nos hospitais públicos ou conveniados ao SUS existe a possibilidade de alívio da dor com métodos farmacológicos, sendo eles a analgesia inalatória com óxido nítrico a 50%, analgesia regional e analgesia intramuscular ou endovenosa com opioides (menos recomendada). Pode ser solicitado pela gestante em trabalho de parto, devendo ser avaliada sua indicação e esclarecido todos os riscos e benefícios de cada método¹⁶.

O recebimento informações parciais e distorcidas ou negação de informações à mulher, assim como a realização de procedimentos sem explicação e autorização prévia, violam o direito à informação, ao consentimento informado e à recusa. Desrespeitando as suas escolhas, preferências, liberdade e autonomia, mais uma vez admitindo que a parturiente é coadjuvante no processo de parto¹⁷.

A proibição do acompanhante é citada em 72,7% dos estudos pesquisados. Esse tipo de violência descumpra a Lei 11.108/2005 que obrigam as

instituições de saúde a permitir a presença, junto a parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O impedimento do acompanhante reflete de forma negativa na evolução do parto, deixando a mulher exposta e vulnerável a sofrer violência obstétrica³.

Algumas caracterizações da violência obstétrica foram menos citadas, mas não menos relevantes para este estudo, são elas: discriminação racial e/ou social descritas em 63,6% das pesquisas, a separação de mãe e bebê saudável (63,6%) dificultando o aleitamento materno e alojamento conjunto (27,2%). A restrição hídrica e alimentar (ou jejum prolongado) no trabalho de parto, citada em 54,5% dos estudos, não sendo comprovada, e de acordo com Brasil (2017), as mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. O agendamento da cesariana prévia sem indicação científica (45,4%), a negação do atendimento ou imposição de dificuldade para o mesmo (45,4%) também citado em alguns estudos como negligência assistencial (54,5%), a falta de recursos para atendimento e o despreparo institucional (36,3%), o não reconhecimento da mulher como sujeito no parto (18,1%), infusão venosa de rotina (18,1%), falta de apoio por parte dos profissionais (18,1%), parto fórceps rotineiro (18,1%), detenção nos serviços onde as pacientes ficam retidas até que saldem suas dívidas com os serviços (18,1%), falta de acesso aos serviços de saúde (9%), preenchimento incorreto do cartão da gestante (9%), clampeamento precoce (9%), incentivo ao puxo (9%), exame retal (9%), falta de treinamento periódico dos profissionais de uma instituição (9%), não

cumprimento de protocolos obstétricos (9%), reportar-se ou referir a parturiente por leito, patologia, dilatação (9%).

Outra forma de violência que não é muito relatada nos estudos é o abuso sexual, citada em apenas três artigos (27,2%), um exemplo são as falas coercitivas e moralistas, com teor sexual⁵.

Diante desses resultados podemos observar que o modelo de assistência ao parto no Brasil ainda é intervencionista. As recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) e do Ministério da Saúde para a assistência ao parto normal não se mostraram suficientes para a adesão dos profissionais e mudanças na prática assistencial, isto se deve ao fato de que a medicina por muito tempo foi baseada em experiências profissionais, e resistentes às práticas baseadas em evidências¹⁰.

A assistência obstétrica baseada em evidências é aquela que oferece apoio e proteção com o mínimo de intervenções. A enfermagem obstétrica é a grande esperança para mudanças nestas condutas violentas, por ser a categoria mais preparada para a consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento¹.

Um estudo britânico evidenciou que as boas práticas são mais utilizadas por enfermeiros obstetras e obstetras quando comparados aos profissionais de medicina¹⁸.

Além disso, os serviços de saúde precisam adaptar-se aos direitos humanos das mulheres em seu ciclo gravídico puerperal, promovendo estrutura física, equipamentos e ambientes apropriados e favoráveis ao exercício de uma assistência holística e humanizada. Um caminho para essa melhoria é a construção de Centros de Partos Normais, pois sua

atuação é conhecida por ter melhores resultados perinatais para partos normais, fisiológicos e de risco habitual¹⁹.

Conclusão

A revisão integrativa permitiu sintetizar mais de 40 formas de violência obstétrica, sendo as mais comuns a realização de procedimentos desnecessários (enema, tricotomia, posição litotômica, impedimento da movimentação e ausência de privacidade) e os tipos de violência física, verbal e psicológica.

Concluiu-se que a violência obstétrica mantém crescimento de forma silenciosa e alarmante, e que as mulheres vítimas dessas condutas não a percebem como tal, sendo pouco reconhecida como um ato violento.

Há necessidade de divulgação do tema através de políticas públicas e conscientização da população sobre o parto normal humanizado, assim como abordar sobre os direitos da mulher durante a gestação, parto e puerpério, especialmente a abordagem desta temática como obrigatoriedade nas consultas pré-natais.

Referências

1. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene. 2014; 15(4):720-8.
2. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto norma e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Brasília: Rev Bras Enferm. 2014; 67(2):282-9.
3. Diniz SG, 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. 2015; 25(3):377-384.
4. Sauaia ASS, Serra MCM. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Brasília: Rev Dir Humanos. 2016; 2(1):128-147.

5. Martins AC, Barros GM. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev Dor*. 2018; 17(3):215-218.
6. Silva FAR. Atuação do enfermeiro obstetra frente ao parto natural humanizado intra-hospitalar: uma revisão de literatura. Monografia (Graduação de Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Pitágoras. São Luís: 2013.
7. Wolff LR, Waldow RV. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc*. 2008; 17(3):138-151.
8. Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(12):2436-2446.
9. Sena LM, Tesser CD. Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Botucatu: Interface*. 2017; 21(60):209-220.
10. Andrade PON, et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016; 16(1):29-37.
11. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987; 10(1): 1-11.
12. Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Botucatu: Interface*. 2011; 15(36):79-92.
13. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Rev Femina*. 2010; 38(10):527-537.
14. Mouta RJ, et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(4):472-6.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
17. Tesser CD, et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
18. Andrade BP, Aggio CM. Violência obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina. 2014.
19. Biscegli TS, et al. Violência Obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enferm*. 2015; 9(1):18-25.