

Violência obstétrica relacionada a perda de autonomia da mulher na sala de parto

Obstetric violence related to the loss of autonomy of the woman in the children's room

Violencia obstétrica relacionada con la pérdida de autonomía del mujer en la habitación infantil

Recebido: 08/04/2021 | Revisado: 16/04/2021 | Aceito: 19/04/2021 | Publicado: 12/05/2021

Anna Flávia Pereira Moutinho da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0050-9064>

Faculdade de Enfermagem UNESA, Brasil

E-mail: anna fla.12@gmail.com

Brenda Giovanna Rufino Ferreira de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5665-7541>

Faculdade de Enfermagem UNESA, Brasil

E-mail: brendagiovanna@hotmail.com

Elziane Alves Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5366-2460>

Faculdade de Enfermagem UNESA, Brasil

E-mail: elzialesribeiro@gmail.com

Larissa Carvalho Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4439-7578>

Faculdade de Enfermagem UNESA, Brasil

E-mail: larissacarvalho.tjc@gmail.com

Priscila Cristina Pereira de Oliveira da Silva

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6304-7952>

Universidade Estácio de Sá, Brasil

E-mail: profpriscila.cpo.silva@gamil.com

Antonio da Silva Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1888-1099>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Faculdade de Enfermagem UNESA, Brasil

E-mail: euasr@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: A vulnerabilidade, perda da autonomia da mulher em uma sala de parto e as violências obstétricas, como: maus tratos, desrespeito, abusos e negligência realizados pela equipe de profissionais da saúde sofridas por ela. **Objetivo geral:** Identificar de que forma é reproduzida a violência obstétrica a mulher, o contexto e implicações a sua condição de vulnerabilidade, tendo como objetivo específico: Descrever a importância de elencar estratégias (educação em saúde) e empoderamento a autonomia da mulher, desde o pré-natal até a sala de parto, analisando o cuidado integral durante o pré natal, respeitando os desejos da parturiente, o que atenuariam em situações de violência obstétrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de cunho descritivo, do tipo revisão integrativa. A coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), aonde foram apontadas quatro bases de dados: BDENF; LILACS; MEDLINE; ColecionaSus; os descritores (DeCS) utilizados foram: violência; obstetrícia; educação em saúde; profissionais de saúde. A amostra final foi composta por 9 artigos publicados entre os anos de 2015 a 2019, redigidos no idioma português e após filtrar os critérios de inclusão e exclusão foram utilizados 05 artigos. Na análise de dados foram estabelecidas três categorias: 1: Conceito abrangente de violência; 2: Violência contra a mulher no Brasil e 3: Violência obstétrica. Concluímos que a violência obstétrica praticada contra a mulher pode ocorrer desde o pré-natal até o momento do parto e que a vulnerabilidade a torna suscetíveis as práticas abusivas. Entretanto, o conhecimento adquirido no pré-natal, o vínculo, confiança e segurança criado entre profissional da saúde e paciente as transformam em mulheres capazes de identificar quando não estão sendo tratadas adequadamente o que diminui o índice de violência no parto e aprimorar a gestação.

Palavras-chave: Violência; Obstetrícia; Educação em saúde; Profissionais de saúde.

Abstract

Introduction: Vulnerability, loss of women's autonomy in a delivery room and obstetric violence, such as mistreatment, disrespect, abuse and neglect by the health professionals' team. The same brings as a general objective: To identify how obstetric violence against women is reproduced, the context and implications of their condition of vulnerability, having as specific objective: To describe the importance of listing strategies (health education) and empowerment the autonomy of women, from prenatal to delivery room, analyzing comprehensive care during prenatal care, respecting the desires of the parturient, which would mitigate in situations of obstetric violence. **Methodology:** This is a study with a qualitative approach, descriptive, integrative review type. Data collection was performed at the Virtual Health Library (VHL), where four databases were identified: BDENF; LILACS;

MEDLINE; Colectionasus; the descriptors (Decs) used were: obstetric violence; health education; health professionals. The final sample was composed of 9 articles published from 2015 to 2019, written in Portuguese and after filtering the inclusion and exclusion criteria, 05 articles were used. In the data analysis, three categories were established: 1: Comprehensive concept of violence; 2: Violence against women in Brazil and 3: Obstetric violence. We conclude that obstetric violence against women can occur from prenatal to childbirth and that vulnerability makes them susceptible to abusive practices. However, the knowledge acquired innatal, the bond, trust and safety created between health professional and patient transform them into women able to identify when they are not being treated properly which decreases the rate of violence in childbirth and improve pregnancy.

Keywords: Violence; Obstetrics; Health education; Health professionals.

Resumen

Introducción: La vulnerabilidad, pérdida de la autonomía de la mujer en una sala de partos y las violencias obstétricas, como: maltrato, falta de respeto, abusos y negligencias realizadas por el equipo de profesionales de la salud sufridas por ella. El mismo tiene como objetivo general: Identificar de qué forma se reproduce la violencia obstétrica a la mujer, el contexto e implicaciones su condición de vulnerabilidad, teniendo como objetivo específico: Describir la importancia de enumerar estrategias (educación en salud) y empoderar la autonomía de la mujer, desde el prenatal hasta la sala de parto, analizando el cuidado integral durante el prenatal, respetando los deseos de la parturiente, lo que atenuarían en situaciones de violencia obstétrica. Metodología: Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, del tipo revisión integrativa. La recopilación de datos fue realizada en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), donde fueron señaladas cuatro bases de datos: BDNF; LILACS; MEDLINE; Colectionasus; los descriptores (Decs) utilizados fueron: violencia obstétrica; educación en salud; profesionales de salud. La muestra final fue compuesta por 9 artículos publicados entre los años 2015 a 2019, redactados en idioma portugués y después de filtrar los criterios de inclusión y exclusión fueron utilizados 05 artículos. En el análisis de datos se establecieron tres categorías: 1: Concepto amplio de violencia; 2: Violencia contra la mujer en Brasil y 3: Violencia obstétrica. Concluimos que la violencia obstétrica contra la mujer puede ocurrir desde el prenatal hasta el parto y que la vulnerabilidad las hace susceptibles a las prácticas abusivas. Sin embargo, el conocimiento adquirido en el anterior embarazo, el vínculo, confianza y seguridad creado entre profesional de la salud y paciente las transforman en mujeres capaces de identificar cuando no están siendo tratadas adecuadamente lo que disminuye el índice de violencia en el parto y mejorar la gestación.

Palabras clave: Violencia; Obstetricia; Educación para la salud; Profesionales de la salud.

1. Introdução

O conceito isolado de violência pela Organização Mundial da Saúde se expressa como: “Uso intencional 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” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002). Segundo o diário oficial da união, a definição de violência obstétrica associa-se diretamente com intencionalidade, ou seja, o objetivo de produzir ou efetivamente causar dano. Respalado nesse conceito, o Ministério da Saúde orientava que fosse evitado ou abolido o termo “violência obstétrica” em documentos e políticas públicas (Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica, 2019).

Com as mudanças significativas que ocorreram na obstetricia nos últimos 20 a 30 anos, resgatando as características naturais e fisiológicas do parto e nascimento e retificando certas práticas e conceitos, a orientação do Ministério da Saúde tornou-se obsoleta e em desacordo com a Organização Mundial de Saúde. Somente em 2019, após recomendação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu, através de um ofício, o direito legítimo de usar o termo "violência obstétrica" para retratar maus tratos, desrespeito e abusos no momento do parto (Ministério da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo violência obstétrica, 2019).

Segundo o ofício "o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema". Ainda segundo o ofício, "entende que a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, incluindo o respeito à autonomia das mulheres, o acolhimento e o cuidado seguro e humanizado e condições de trabalho à equipe multiprofissional são fundamentais para redução da morbimortalidade materna e neonatal" (Ministério da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo 'violência obstétrica, 2019).

A violência obstétrica é caracterizada pelo desrespeito e a não autonomia da mulher sobre seu corpo e sua saúde sexual e reprodutiva, esta violação tem por base a violência de gênero a qual a mulher é submetida simplesmente pelo fato de ser mulher e ser colocada em um contexto de vulnerabilidade (Coelho, Silva, Lindner, 2014). A OMS aponta que o termo violência obstétrica se refere a um tipo de violência contra a mulher, praticado pelo profissional de saúde, e que corresponde a qualquer ato proferido contra o corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, através de um atendimento desumano, abuso de intervenções, medicalização e transformação de processos fisiológicos de parturição em patológicos. Tais atitudes de abusos, maus-tratos, negligência e desrespeitos durante a assistência obstétrica correspondem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, de acordo com normas e princípios adotados internacionalmente (Coelho et al, 2014).

O enfermeiro, assim como toda a equipe de saúde, deve atuar de forma concentrada, organizada e multiprofissional, visando sempre que todas as necessidades maternas e fetais sejam supridas. Com a incorporação de novos conhecimentos observou-se que o modelo biomédico, onde centralizava o poder de tomada de decisões nas mãos dos profissionais, não considerando a autonomia da mulher e nem seus desejos na hora do parto, tornando sua assistência limitada e autoritária, hoje vemos que é uma forma de violência a não implementação de práticas pautadas nos princípios da humanização que inclui a opinião da gestante (Oliveira & Penna, 2017).

Este trabalho justifica-se importante visto que a violência obstétrica ainda no século XXI acontece de maneira considerável, segundo o estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), 1 a cada 4 mulheres sofre algum tipo de violência obstétrica no Brasil, seja no pré-natal ou no momento do parto (Venturi, Bokany, Dias., 2010).

A contribuição do estudo tem relevância para o meio acadêmico e enfermeiros ingressantes na área, pois irão deslumbrar o cuidado a saúde da gestante e da mulher sem promover e ocultar a violência sofrida por elas. Para os profissionais atuantes na área, o trabalho tem relevância para atualização e aprimoramento de sua assistência, garantindo um atendimento humanizado em concordância com os desejos da gestante. A contribuição para sociedade visa incentivar a educação em saúde, estendendo-se além da gestante, contemplando a população como um todo, para que se compreenda que a violência obstétrica ocorre de maneira velada e é direito da mulher, escolher a forma que se sente mais segura e confortável para parir.

A partir do exposto, o objeto de estudo é a violência velada praticada por profissionais da saúde a gestante e parturiente, violando a autonomia e escolha do seu plano de parto. Na intenção de esclarecer ainda mais a temática, foi elencado o objetivo geral: Analisar como é reproduzida a violência obstétrica a mulher, o contexto e implicações a sua condição de vulnerabilidade. E como objetivo específico: Descrever a importância de elencar estratégias em educação em saúde e empoderamento a autonomia da mulher, desde o pré-natal e durante todo seu plano de parto; Identificar como o cuidado integral durante o pré-natal, respeitando os desejos da parturiente atenuam as situações de violência obstétrica.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de cunho descritivo, do tipo revisão integrativa, onde será abordada a violência obstétrica relacionada a perda de autonomia materna na sala de parto. A pesquisa qualitativa pode ser definida como a que se fundamenta principalmente em análises qualitativas, caracterizando-se, em princípio, pela não utilização de instrumental estatístico na análise dos dados (Bardim, 2011).

Deste modo, não é apenas a “pesquisa não quantitativa”, tendo desenvolvido sua própria identidade. Assim, visa entender, descrever e explicar os fenômenos sociais de modos diferentes, através da análise de experiências individuais e grupais, exame de interações e comunicações que estejam se desenvolvendo, assim como da investigação de documentos (textos, imagens, filmes ou músicas) ou traços semelhantes de experiências e integrações (Flick, 2009).

Também possui caráter descritivo, cujo foco não consiste na abordagem, mas sim no processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno objeto de estudo. (Silva & Menezes, 2005). A revisão integrativa visa fazer uma interseção de estudos da mesma linha de conhecimento, com o objetivo de analisar e sintetizar os mesmos, para que se obtenha uma informação mais abrangente de um fenômeno específico (Cooper, 1982).

A revisão integrativa foi realizada seguindo seis fases, a saber: primeira fase - elaboração da pergunta norteadora; segunda fase - busca ou amostragem; terceira fase - coleta de dados; quarta fase - análise crítica dos estudos incluídos; quinta fase - discussão dos resultados; sexta fase - apresentação da revisão integrativa e síntese dos resultados (Souza, Silva, Carvalho, 2010).

A questão norteadora: “Quais os principais desafios para minimizar a violência obstétrica e implementar assistência holística a gestante, respeitando seu direito de escolha no plano de parto?” foi construída de forma clara e específica, acoplada a um raciocínio teórico, adicionando teorias e entendimentos já absorvidos pelos discentes. Desta forma, a construção da questão que norteia o estudo se faz a partir do anagrama de PICo, conforme o quadro abaixo.

Segundo Santos, a prática baseada em evidência sugere que as dificuldades apresentadas no ensino, pesquisa ou na prática assistencial sejam transformadas e em seguida organizadas utilizando a estratégia PICo. Que é o acrônimo para Paciente, Problema ou População, Intervenção e Contexto Outcomes (desfecho) (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007).

Quadro1: Componentes da pergunta de pesquisa, seguindo o anagrama de PICo.

| Acrônimo | Descrição | Componentes da questão |
|-----------------|------------------|--|
| P | População | Gestantes e parturientes |
| I | Interesse | Melhora na qualidade da assistência |
| Co | Contexto | Entender que a autonomia é indispensável para qualidade no atendimento |

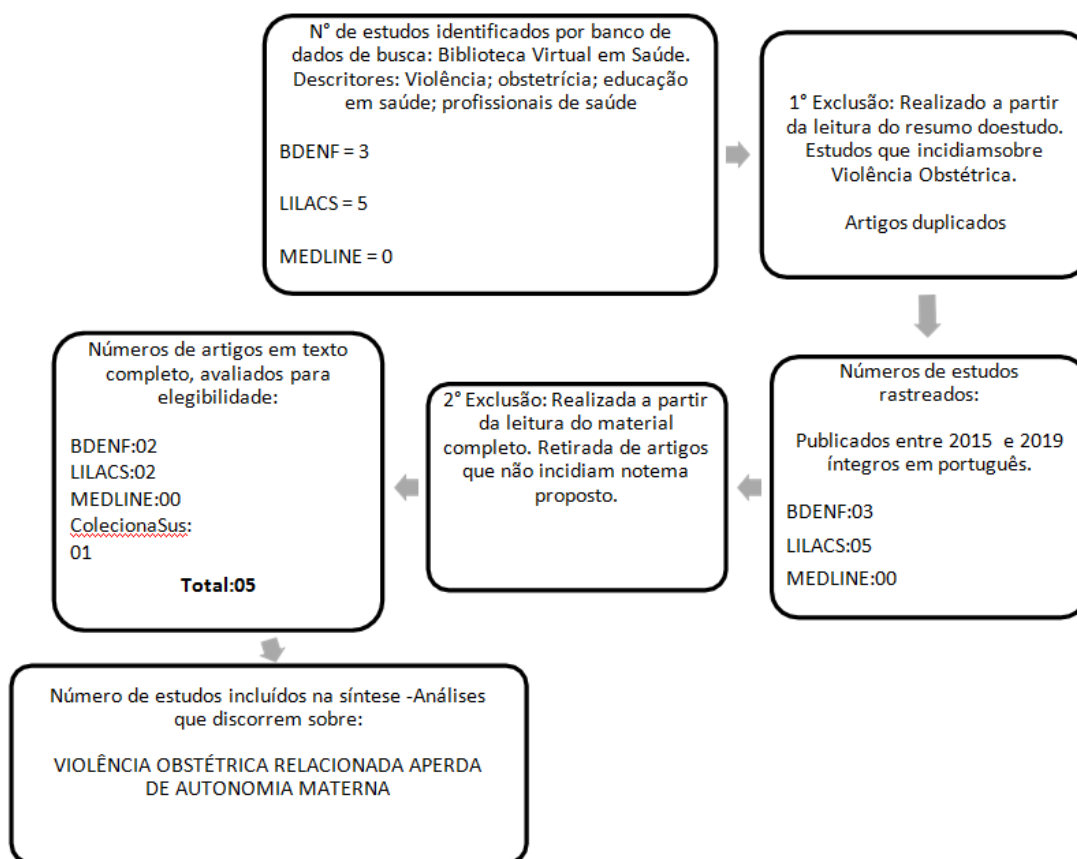
Fonte: Autores.

Após a inserção dos filtros, texto disponível em português, recorte temporal dos últimos 05 anos (2015 – 2019) e aplicar as bases de dados BDENF, LILACS, MEDLINE e ColecionaSUS, emergiram 09 artigos. Após a leitura dos artigos apresentados, foi averiguado que 1 artigo estava duplicado, e que 03 artigos não versavam sobre o tema proposto do estudo. A partir dessa informação, o trabalho segue com análise dos 05 artigos apresentados nessa etapa.

Fluxograma:

Seleção dos artigos para a Revisão Sistemática

Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão sistemática.



Fonte: Autores.

3. Análise e Discussão

Esta fase compreende a discussão dos resultados obtidos durante as buscas realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Com base nisso, os achados que emergiram desse resultado, deverão ser descritos de forma sucinta, considerando o detalhamento dos pontos analisados até aqui e os resultados que foram salientados durante a avaliação dos artigos incluídos nesta pesquisa (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Segundo Bardin, a análise temática e a contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação previamente determinada. Para organização desta codificação deve-se seguir três etapas, sendo elas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias) (Bardim, 2016).

A construção da pesquisa surge com o desejo de realizar a publicação de um artigo científico baseado nos resultados obtidos durante esta pesquisa, acredita-se que será um trabalho de extrema importância, visto que este estudo busca analisar como é reproduzida a violência obstétrica à mulher e descrever a importância de elencar estratégias de educação em saúde e empoderamento à autonomia da mulher, desde o pré-natal, durante todo seu plano de parto.

A partir dos descritores em ciência da saúde (DeCS), utilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), obtivemos um número restrito de artigos que versavam sobre o tema proposto. No escopo dos artigos, a revisão integrativa de literatura foi o método utilizado para a construção de toda a pesquisa. Demonstrando a necessidade de estratégias de educação em saúde, desde o pré natal, para assim atenuar as situações de violência. Os resultados apresentados no estudo mostram as principais formas de violência obstétrica, a importância da assistência de enfermagem de forma humanizada e atitudes para melhor atendimento da puérpera.

Quadro 2: Características dos artigos analisados no período de 2015 a 2019 nabase de dados da BVS.

| Tema | Autores | Tipo de estudo | Periódico e ano de publicação | Base de dados |
|--|---|---|---|---|
| Superação da imobilização física das parturientes. | Denise Yoshie Nyi; Valéria Clarisse de Oliveira; Luma Rodrigues de Oliveira; Bruna Dias Afonso; Carmen Simone Grilo Diniz. | Quantitativo e qualitativo | Scielo/2019 | LILACS. |
| Violência obstétrica no hospital. | Luana Silva de Sousa, Roberta Menezes de Oliveira, Yane Carmem Ferreira Brito, Bruna Karen Cavalcante Fernandes, Francisca Gomes Montesuma, Regina Claudia Melo Dout. | Revisão integrativa. | Revista de Enfermagem UFPE online/2018 | MEDLINE, LILACS, CINAHL, SciVerse Scopus e biblioteca virtual SciELO. |
| Novas tecnologias em enfermagem e elaboração de cartilhas para prevenção. | Amália Lucia Marchry Santos, Martha Helena teixeira de Souza. | Qualitativo. | Revista de Enfermagem UFPE online/ 2017. | BDENF. |
| Violência obstétrica nos serviços de saúde. | Lais Chaves do Nascimento, Kamyla Feliz de Oliveira dos Santos, Cristiani Garrido de Andrade, Isabelle Cristinne Pinto Costa, Fabiana Medeiros de Brito. | Exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. | Revista de Enfermagem UFPE online/2017. | BDENF. |
| Significados e sentidos do parto. | Ana Luiza Nunes Abreu. | Qualitativo. | Repositório institucional Universidade Federal de Minas Gerais /2019. | LILACS, BDENF. |
| Violência obstétrica em uma maternidade publicado no contexto da enfermagem. | Tatyane Costa Simões Antunes. | Descritivo, exploratório, qualitativo. | Biblioteca digital de teses e dissertações da UERJ/2017. | LILACS, BDENF. |
| Parto humanizado e violência obstétrica no contexto da enfermagem. | Andressa de Freitas Soares. | Descritivo com abordagem qualitativa | Centro de Educação Tecnologia e Pesquisa em Saúde – Escola GHC/2016 | ColecionaSUS. |
| Dia a dia de mulheres que vivenciam a violência domestica. | Adriana Diniz Rodrigues. | Descritivo com abordagem qualitativa. | Universidade Federal da Bahia Escola Enfermagem /2015. | LILACS, BDENF. |

Fonte: Autores.

Quadro 3: Nível de evidência e qualis dos artigos analisados no período de 2015 a 2019 na base de dados da BVS

| Título | Objetivo | Método | Nível de evidência | Resultados | Conclusão |
|--|---|--|---------------------------|--|--|
| Como superar a cultura de imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. | Identificar os obstáculos para a implementação da maior liberdade de parturientes imobilizadas fisicamente. | Estudo descritivo com abordagem qualitativa. | V | Amaternidade atende cerca de 450 nascimentos por mês sendo 30% casariana, 16,6% até 19 anos, 30,6% de 24 a 29 anos, as que se consideravam negras ou pardas eram 64,2%, 15,4% com o ensino Médio completo e 74,5% se declararam solteiras. | Concluiu-se que o apoio mútuo entre as parturientes, informações obtidas por elas, elaboração de um plano de parto são estratégias importantes para que as mulheres usufruam de relativa liberdade de movimentação e posição durante o trabalho de parto e parto. |
| Violência no trabalho em obstetrícia hospitalar. | Identificar como acontece a da violência no trabalho em obstetrícia hospitalar, bem como seus fatores relacionados, consequências e estratégias de administração. | Estudo descritivo com abordagem qualitativa. | IV | Foram destacados os principais tipos de violência no trabalho em obstetrícia: Abuso verbal, intimidação, humilhação, assédio moral, relacionados a trabalhadores com nível mais avançado, pacientes sob estresse; ambientes sobrecarregados. | Existem violências em ambiente obstétrico e tem um impacto negativo sob os profissionais pacientes e instituições. |
| Elaboração de novas tecnologias Em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção. | Elaboração de uma cartilha para orientações de profissionais de enfermagem contendo informações de cada categoria com direitos e deveres da mulher no pré-natal, parto e pós-parto. | Estudo transversal. | III | Elaborou-se uma cartilha intitulada “Violência obstétrica é violência contra a mulher: meu corpo, minhas regras, meu parto, minhas escolhas”, onde o profissional de enfermagem pode incorporá-lo em suas práticas de cuidado a mulher. | A assistência obstétrica com agressões muitas vezes est relacionada ao modelo de parto vigente e ao despreparo de profissionais de saúde. |
| Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. | Identificar as diferentes violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas. | Estudo descritivo com abordagem qualitativa. | III | A análise dos relatos revelou as seguintes Categorias sobre o tema “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 as principais formas de violência obstétrica são: exames abusivos repetitivos, manobras sem Evidências científicas de qualquer benefício e o descaso. |
| Significados e sentidos sobre parto E nascimento dos participantes de uma exposição interativa. | Compreender a essência e significados de parto e nascimento dos visitantes da exposição Sentidos do Nascer. | Estudo descritivo com abordagem qualitativa. | V | A seleção de conteúdos levou a 3 seguintes núcleos de significação: “O desafio de escutar as mulheres; A voz do bebê; Como fazer virar assunto o que penso/sinto sobre parto e nascimento” | A violência obstétrica e Morbimortalidade materna, bem como as violações de direitos humanos fundamentais relacionadas à prematuridade iatrogênica, não podem ser esquecidas. Sendo assim, são necessárias transformações nos modelos de formação profissional, para que haja mudança no cuidado às mulheres e seus bebês. |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. | Examinar a percepção Das enfermeiras que trabalham em maternidade sobre a violência obstétrica. | Estudo descritivo com abordagem qualitativa. | V | As principais características da violência obstétrica detectadas nesse espaço são: profissionais negligentes, imprudentes e desrespeitosos, procedimentos inadequados, utilização de técnicas invasivas e ausência de tecnologias do cuidado. | Percebeu-se que profissionais possuem um conceito ampliado sobre a temática, contudo em diversos momentos a violência obstétrica foi atribuída como responsabilidade do profissional e foram utilizados motivos como: a falta de conhecimento da mulher, problemas de vida pessoal e a não trabalhar com o que se identifica. |
| Parto humanizado e a violência obstétrica: o cuidado técnico de enfermagem. | Mostrar como é importante a humanização dentro de hospitais no pré parto e parto. | Estudo transversal. | V | O relato de vivência resultou na apresentação do local, no conceito de parto humanizado e violência institucional e no esclarecimento do papel da enfermagem na assistência humanizada durante o parto. | Atitudes simples como esclarecimento de dúvidas são essenciais e que muitas vezes são ignorados pelos Profissionais de enfermagem. |
| Quotidiano de mulheres que vivenciam a violência doméstica: contribuições para um cuidar sensível na enfermagem e saúde. | Analisar o dia a dia de mulheres que sofrem com violência doméstica. | Estudo descritivo Com abordagem Qualitativa. | V | A violência foi vivida Num cotidiano intenso e significativo durante o ciclo de vida, tanto na infância quanto na vida adulta. | A violência doméstica está presente no cotidiano das mulheres tornando a vida uma catástrofe. Diariamente as mulheres se encontram no limite e são situações que apresentam uma dimensão muitas vezes inalcançável, mostrando a complexidade que é este fenômeno. |

Fonte: Autores.

Após análise dos artigos elencados neste estudo foram construídas as seguintes categorias, de acordo com a temática de violência obstétrica:

4. Resultados

Categoria 1: Conceito Abrangente de Violência

A violência é definida como uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug et al., 2002).

Ao longo dos séculos, e de forma distinta ela foi se formando e sendo caracterizada por cada época e sociedade, e no Brasil a violência historicamente tem origem na sua colonização. Portugal tinha uma política expansionista “no século XIV dominava o comércio marítimo na Ásia e África. Logo no início do século XV estabeleceu os primeiros contatos de dominação com os ameríndios na América” (Vieira, 2020). Assim iniciou-se a colonização nos moldes violentos e a grande maioria do povo brasileiro herdou essa história violenta, que vem se agravando (Vieira, 2020).

Conforme a sociedade fica mais desigual. Outro fato importante da história do nosso país marcado pela violência foi a apropriação indígena, onde os conflitos gerados foram intensos, pois os índios não aceitavam a cultura imposta pelos

colonizadores. Não deixando de citar a escravidão, “milhares de africanos extraídos da África foram trasladados para o Brasil com a escravidão” que foi uma prática desumana, violenta e que estará marcada em nossa pátria (Siqueira, 2011).

A violência é um problema de saúde pública que vem se agravando a longo dos anos e houve a necessidade de classificar os tipos de violência, responsabilidade essa assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que criou uma tipologia onde caracterizou os diferentes tipos de violência, bem como as situações em comum, ela está longe de ser aceita universalmente, porém fornece uma estrutura prática para que a população possa entender como a violência e identificada e suas derivações. Nela é abordado conteúdos como: a natureza dos atos violentos, a relevância do meio social e comunitário, a relação entre as pessoas envolvidas e as possíveis motivações existentes; dentro deste contexto se entende a complexidade deste cenário (Krug et al., 2002).

Essa tipologia propõe 3 grandes categorias de violência:

1. A violência coletiva, inclui atos violentos que acontecem abrangendo grande parte da sociedade, como por exemplo, âmbitos políticos e econômicos. Nesta categoria estão crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões, guerras, e processos de aniquilamentos de determinados povos ou nações (Minayo, 2006).
2. A violência auto infligida, que se divide em comportamentos suicidas (contempla o suicídio, idealização suicida e tentativas de suicídio) e auto abusos, que são agressões a si próprio e as automutilações (Minayo, 2006).
3. A violência interpessoal, está dividida em violência familiar (inclui a violência infligida por parceiros íntimos), abuso infantil, contra idosos e comunitária que abrange a violência juvenil, estupro e a violência em grupos institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (Minayo, 2006).

A sociedade convive com a violência constantemente, todos os dias a imprensa informa casos de homicídios, violências no trânsito, suicídio, entre outros, de forma a ser muitas vezes considerados como acontecimentos banais e sua repercussão, principalmente na área da saúde passa despercebida. “O reconhecimento do problema de violência pela área da saúde no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta e intermitente, mas progressiva.” (Minayo, 2006).

Para se dimensionar e compreender os impactos da violência se faz importante abordagens inter e transdisciplinares que podem descrever uma visão qualitativa e quantitativa do fenômeno. Não basta apenas determinar a quantidade de mortos, vítimas ou agressores, pois essas pessoas fazem parte de uma realidade histórica. Saber a magnitude dos fatos é pré requisito para a criação de leis e políticas públicas que sejam eficazes para a população (Vilela et al., 2009).

Categoria 2: Violência Contra a Mulher no Brasil

Segundo a organização pan-americana de saúde, a violência contra a mulher vem se tornando um dos problemas de maior visibilidade política e social no Brasil. Ao longo das décadas mulheres vem adquirindo seu espaço, onde sua opinião tem vez na sociedade, porém casos de violência cresce a cada dia e geralmente cometida por parceiros (Folha Informativa - Violência contra as mulheres, 2017).

Segundo o Artigo 226 da Constituição Federal de 1988 “a família, baseada sociedade, tem especial proteção do Estado.” E o parágrafo 8 diz: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.” (Constituição da República Federativa do Brasil 1988, 1988).

A partir da constituição e da evolução de atos de violência contra mulher, especialmente pelo caso de Maria da Penha Maia Fernandes (Fortaleza-CE, 1º de fevereiro de 1945), que sofria agressões constantes, durante diversos anos, de seu marido Marco Antônio. Até que no ano de 1983 ela foi vítima de dupla tentativa de feminicídio resultando sua paraplegia. Segundo crime cometido com Maria da Penha foi pelo poder judiciário, pois o primeiro julgamento de seu ex-marido aconteceu em

1991, ou seja, 9 anos depois do crime. O agressor foi sentenciado a 15 anos de prisão, mas devido a recursos saiu do fórum em liberdade. Em 2001, o caso ganhou destaque mundial e a história dessa mulher não era mais um caso isolado, mas sim reflexo do que acontecia no Brasil sistematicamente sem que os agressores fossem punidos (Quem é Maria da Penha, 2012).

Em 2006 surgiu a lei 11.340, batizado pelo Governo Federal, de Lei Maria da Penha por reconhecimento de sua luta contra as violações dos direitos humanos das mulheres. “Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (Quem é Maria da Penha, 2012). Nessa lei, além de punições aos agressores, assegura a mulher à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, à convivência familiar e comunitária (Lei nº 11.340, 2006).

A Lei Maria da Penha descreve as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher:

1. Violência física, que é entendida como qualquer conduta que ofenda a sua integridade ou saúde corporal;
2. Violência psicológica, é reconhecida como qualquer atuação que lhe cause danos emocionais, diminuição da auto estima, que vise controlar suas ações e comportamento sob o efeito de ameaças, além de constrangimentos, manipulações e humilhações;
3. Violência sexual, consiste em manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força, impedir que use métodos contraceptivos, forçar matrimônio, gravidez, aborto ou a prostituição.
4. Violência patrimonial constitui-se em qualquer conduta que confere retenção parcial ou total de seus objetos, materiais de trabalho, documentos pessoais, bens, valores, direitos ou recursos financeiros.
5. Violência moral consiste em calúnia, difamação ou injúria.

A conquista da Lei Maria da Penha contribuiu para mudanças estruturais de como o Estado lida com a violência doméstica, hoje a mulher é respaldada e incentivada a procurar seus direitos (Lei nº 11.340, 2006).

Categoria 3: Violência Obstétrica

A violência obstétrica atualmente é entendida como " a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia", segundo projeto de lei de Francisco Floriano, que dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após (PL 8219/2017, 2017).

Historicamente o parto era feito entre mulheres, uma cerimônia entre parteiras e parturientes, todas em prol de um propósito: partear. Todas em uma rede de apoio, num Ritual empírico, que apesar da falta de instrução e aparatos para assistir tal eventualidade, tratava do parto como um ato divino e abençoado (Sanfelice et al., 2014). Ao desenrolar do tempo iniciou-se uma era com ponto de vista biológico, findando o que outrora fora tratado como uma graça divina. Neste novo ponto de vista, mulheres foram silenciadas no momento do parto (Mendes et al., 2008).

Exemplo disso é criação do fórceps, da manobra de Kristeller, o feitiço da episiotomia e episiorrafia, violências que foram aos poucos enraizando na nossa cultura de forma trivial. As mulheres passaram a sofrer de dano moral e não podiam transparecer suas angústias e exasperações no momento de dor, chegando até a ter seus corpos limitados por contenções no momento do parto (Breve Histórico da Enfermagem Obstétrica, 1997).

Dessa forma fica instituído segundo a lei Nº 6.144, DE 07 DE JUNHO DE 2018, Art. 2º que Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de

saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher grávida ou parida que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério (Lei Ressarce nº 6144, 2018).

No mesmo projeto de Lei, fica disposto informações tais quais enfatizam em sua transcrição quais são consideradas as condutas e formas de violência obstétrica no artigo 3º, que discorre sobre as considerações de ofensa verbal ou física, entre outras, as seguintes condutas:

1. Tratar a mulher grávida ou parida de forma agressiva, grosseira, zombeteira ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
2. Fazer piadas sarcásticas ou recriminar a mulher grávida ou parida por qualquer comportamento como gritar, chorar e ter medo, vergonha ou dúvidas;
3. Fazer piadas sarcásticas ou recriminar a mulher grávida ou parida por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;
4. Ignorar as queixas e dúvidas da mulher grávida ou parida internada e em trabalho de parto;
5. Tratar a mulher grávida ou parida de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;
6. Fazer a mulher grávida ou parida acreditar que precisa de uma cirurgia cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando-se de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam aparturiente e o recém-nascido;
7. Recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;
8. Promover a transferência da internação da mulher grávida ou parida sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como sem verificar o tempo suficiente para que esta chegue ao local;
9. Impedir que a mulher grávida ou parida seja acompanhada por pessoa de sua preferência, durante todo o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, independentemente do sexo;
10. Impedir a mulher grávida ou parida de se comunicar com o mundo exterior, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com o acompanhante;
11. Submeter a mulher grávida ou parida a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes;
12. Deixar de oferecer recursos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos, inclusive analgesia e anestesia na parida quando ela assim requerer;
13. Proceder a episiotomia indiscriminadamente;
14. Manter algemada a mulher grávida ou parida detenta em trabalho de parto;
15. Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
16. Após o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, demorar injustificadamente para acomodar a mulher grávida ou parida no quarto;
17. Submeter a mulher grávida ou parida ou seu filho ou filha a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes, sem sua devida autorização;
18. Submeter o recém-nascido saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
19. Retirar da mulher parida, depois do parto, o direito de ter seu filho ou filha ao seu lado no alojamento conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
20. Não informar a mulher grávida ou parida com mais de 25 anos ou com mais de 2 filhos sobre seu direito à realização

de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS;

21. Tratar o pai do recém-nascido como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parida e o recém-nascido a qualquer hora do dia ou da noite.

Essa foi uma medida desenvolvida para combater o aumento do número de violência, através de uma síntese dos fatos que se repetem cotidianamente em maternidades. Portanto, o cumprimento por parte da equipe de saúde de quaisquer dos termos acima citado considera-se violência obstétrica. Garantindo a mulher a ciência de seus direitos, e oferecendo autonomia para denunciar quando necessário (Lei Ressaerce nº 6144, 2018).

6. Conclusão

Em vista do que foi mencionado, constata-se a limitação do estudo em virtude da escassez de matérias que tragam estratégias e resolutividade para essa problemática. A violência obstétrica praticada contra mulher, pode ocorrer desde o pré-natal até a sala de parto. O momento de vulnerabilidade que se encontram, as tornam suscetíveis a práticas abusivas. Informar a gestante durante o pré-natal concede a ela melhor compreensão sobre os processos fisiológicos que ocorrem no seu corpo durante cada fase. Ao emponderá-la com o esclarecimento adequado, a mulher torna-se mais segura para identificar atendimentos inadequados e possui maior autonomia para escolher como se sente mais confortável.

O parto deve ser um momento de confiança e segurança entre profissional e paciente, é preciso enfatizar que toda mulher possui o direito a um atendimento descente e de qualidade durante toda a gestação, dispondo de informações adequadas, reduzindo assim, os riscos de violência obstétrica, e caso venham a sofrer, possam denunciar o profissional.

Sendo assim, torna-se fundamental que desde o pré-natal haja incentivo a autonomia da mulher por parte da equipe de enfermagem, elencando estratégias de educação em saúde, garantindo-lhes a escolha do seu plano de parto, contanto que seja adequado as suas condições clínicas, cabendo ao profissional de saúde interferir somente nas questões realmente necessárias, esclarecendo as dúvidas e expondo o meio mais seguro e viável para acolher os desejos da gestante.

Referências

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde (<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>). Organização Mundial da Saúde.
- Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. (2019). RECOMENDAÇÃO Nº 5, DE 9 DE MAIO DE 2019, 1(105), 77. [in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165](http://www.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165)
- Ministério da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo 'violência obstétrica'. (2019, June 10). G1-Ciência E Saúde. <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>
- Coelho, E. B., Silva, A. C., & Lindner, S. R. (2014). Atenção a Homens e Mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. *Violência - Definições e Tipologias*, 1-32. https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf
- Oliveira, V. J., & Penna, C. M. (2017). O discurso da violência obstétrica através das vozes de mulheres e de profissionais de saúde., 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
- Venturi, G., Bokany, V., & Dias, R. (2010). Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo.
- Bardim, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (01th ed.). Almedina SP. Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Artmed. Silva, E. L., & Menezes, E. M. (2005). Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. *Revista Atual*, (4), 1-139.
- Cooper, M. H. (1982). Diretrizes científicas para conduzir revisões integrativas de pesquisa. *Review of Educational Research*, 52(2), 291-302.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é? Como fazer isso?, 8(1). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da questão de pesquisa e busca de evidências., 15(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

- Mendes, K. S., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem., 17(4). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Bardim, L. (2016). Análise de conteúdo (1st ed.). Edições 70.
- Vieira, E. M. (2020). A Medicalização do Corpo Feminino (3rd ed.). Fundação Oswaldo Cruz
- Siqueira, J. C. (2011, July 28). O conceito classificação: uma abordagem histórica e epistemológica. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, 6(1), 37-49.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Minayo, M. C. (2006). Violência e saúde. *Fio Cruz*. <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>
- Vilela, L. F., Mori, M. P., & Castro, A. L. (2009). Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. *GDF*, (2), 1-68.
- Folha informativa - Violência contra as mulheres. (2017). OPAS Brasil. Retrieved April 6, 2021, from https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820
- Constituição da República Federativa do Brasil 1988. (1988). Jusbrasil. <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988#art-226>
- Quem é Maria da Penha. (2012). IMP Instituto Maria da Penha. <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>
- Lei nº 11.340. (2006). Criamecanismosparacoibiraviolência doméstica e familiar contra a mulher. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
- PL 8219/2017 Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. (2017). Portal da Câmara dos deputados. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>
- Sanfelice, C. F., Abbud, F. d. S., Pregolato, O. S., Silva, M. G., & Shimo, A. K. (2014). From institutionalized birth to home birth., 15(2), 363-364
- Breve Histórico da Enfermagem Obstétrica. (1997). Hospital Virtual. <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/histobst.htm>
- Lei Ressa nº 6144. (2018). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_61