



A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO MULTINACIONAL

OBSTETRIC VIOLENCE IN THE MULTINATIONAL CONTEXT

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EM EL CONTEXTO MULTINACIONAL

Cristine Silva Kopereck¹, Greice Carvalho de Matos², Marilu Correa Soares³, Ana Paula de Lima Escobal⁴, Pricilla Porto Quadro⁵, Susana Cecagno⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer a produção científica acerca da violência obstétrica. **Método:** revisão integrativa, no período de 2007 a 2016, nas bases de dados MEDLINE, Lilacs e na biblioteca eletrônica Scielo. Os artigos foram selecionados por meio da busca com os descritores: Parto, Parto normal, Parto humanizado, Cesárea, Gravidez, Tocologia, Trabalho de parto e Violência, sendo utilizado os operadores booleanos AND e OR como ferramenta para o cruzamento destes. **Resultados:** foram considerados relevantes à temática deste estudo 29 artigos, categorizados em três tipos de violência considerando a similaridade de conteúdos, a saber: violência institucional, violência moral/ psicológica/ verbal e violência física. **Conclusão:** 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. **Descritores:** Saúde da Mulher; Parto; Parto Normal; Cesárea; Tocologia; Violência.

ABSTRACT

Objective: to know the scientific production about obstetric violence. **Method:** integrative review of articles published from 2007 to 2016, sought in MEDLINE, Lilacs and the Scielo electronic library. The articles were selected through search with the descriptors: Childbirth, Normal childbirth, Humanized childbirth, Cesarean section, Pregnancy, Tocology, Labor and Violence, using the Boolean operators AND and OR as a tool to cross them. **Results:** twenty-nine articles were considered relevant and categorized in three types of violence, considering the similarity of content: institutional violence, moral/psychological/verbal violence, and physical violence. **Conclusion:** this review allowed us to understand that obstetric violence is present in different areas of care, confirming that the actions are still insufficient for its eradication. **Descriptors:** Women's Health; Childbirth; Natural Childbirth; Cesarean section; Tocology; Violence.

RESUMEN

Objetivo: conocer la producción científica acerca de la violencia obstétrica. **Método:** revisión integradora, en el período de 2007 a 2016, en las bases de datos MEDLINE, Lilacs y en la biblioteca eletrónica Scielo. Los artículos fueron seleccionados por medio de la búsqueda con los descriptores: Parto, Parto normal, Parto humanizado, Cesárea, Embarazo, Tocología, Trabajo de parto y Violencia, siendo utilizado los operadores booleanos AND y OR como herramienta para el cruzamiento de estos. **Resultados:** fueron considerados relevantes a la temática de este estudio 29 artículos, categorizados en tres tipos de violencia considerando la similitud de contenidos, a saber: violencia institucional, violencia moral/psicológica/verbal y violencia física. **Conclusión:** esta revisión permitió percibir que la violencia obstétrica se hace presente en diferentes ámbitos de cuidado, confirmando que las acciones aún son insuficientes para su erradicación. **Descriptores:** Salud de la Mujer; Parto; Parto Normal; Cesárea; Tocología; Violencia.

¹Enfermeira (egressa), Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: cristine.kopereck@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4764-2866>; ^{2,4,6}Mestres (Doutorandas), Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/PPGFEn-UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mails: greicematos1709@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4479-4896>; anapaulaesobal@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2601-9098>; cecagno@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3953-0688>; ³Estudante de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/FEn-UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: pricillaporto@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1363-9199>; ³Doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/FEn-UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: enfmari@uol.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9171-1083>

INTRODUÇÃO

A medicalização do parto, no decorrer das décadas, está cada vez mais presente no corpo feminino, sendo equivocadamente justificada como necessária para um parto sadio e na redução do sofrimento da mulher.¹ Nesse contexto, o evento fisiológico de parir e nascer passou a ser entendido como patológico, privilegiando a despersonalização e a técnica medicalizada, trazendo grandes prejuízos ao apoio, ao estímulo e ao carinho à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.²

Na perspectiva de humanização, acredita-se que o parto natural precisa ser resgatado, anulando o elevado número de partos cirúrgicos. A conduta intervencionista precisa ser questionada, incentivando os profissionais de saúde que assistem à mulher, desde a gestação até o parto, a refletirem sobre seus atos. A humanização do parto no Brasil está sendo proposta pelo governo não para revogar as tecnologias já alcançadas, mas para não transformar um evento natural em um fenômeno medicalizado ou cirúrgico, além de ser uma estratégia de diminuição da morbimortalidade materna.³

Diante do exposto, percebe-se a necessidade da realização de estudos com a temática da violência obstétrica com vistas a qualificar as estratégias de atenção ao processo de parturição com o mínimo de intervenções desnecessárias.

Nessa perspectiva, o presente estudo justifica-se, pois, ao conhecer a realidade da violência obstétrica no contexto mundial, poderá reverter no empoderamento de mulheres para transformar a realidade atual.

A partir do exposto acima, elaborou-se a seguinte questão norteadora para este estudo: **Qual a produção científica produzida no âmbito multinacional com a temática violência obstétrica no período de 2007 a 2016?**

OBJETIVO

♦ Conhecer a produção científica acerca da violência obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa, que contempla uma sinopse de vários estudos publicados e propicia considerações gerais em relação a uma área delimitada de estudo.⁴

Para tanto foram percorridas as seguintes etapas: 1) estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); 3)

definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) análise dos resultados; 5) discussão e apresentação dos resultados; e 6) apresentação da revisão.⁴ Destaca-se que todo processo foi permeado pela discussão coletiva e validação por pares das etapas percorridas.

Após a definição da temática, determinou-se como descritores *Parto (parturition)*, *Parto normal (natural childbirth)*, *Parto humanizado (humanizing delivery)*, *Cesárea (cesarean section)*, *Gravidez (pregnancy)*, *Tocologia (midwifery)*, *Trabalho de parto (labor, obstetric)* e *Violência (violence)*, consultados previamente no Decs (Descritores em Ciência e Saúde) e no Mesh (Medical Subject Headings), sendo utilizado os operadores booleanos AND e OR como ferramenta para o cruzamento destes.

Para a coleta de dados foi realizada busca na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e no MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line).

Determinou-se como critério de seleção: manuscritos nas línguas inglesa, português e espanhol que abordem a temática violência obstétrica e publicados nos últimos dez anos.

A seleção da amostra foi realizada por meio de leitura flutuante dos títulos e resumos, seguida da leitura dos artigos na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados MEDLINE foram encontrados para o descritor Parturition 103878 publicações; para o descritor Natural Childbirth 2833 publicações; com o descritor Humanizing delivery surgiram 36 resultados; o descritor Cesarean section apresentou 54518 publicações; Pregnancy trouxe 867174 publicações; Midwifery, o resultado foi 41370 publicações, para o descritor Labor; no obstetric encontrou-se 70475 publicações; e para o descritor Violence houve 95687 publicações. Após o cruzamento dos descritores, foram encontradas 5011 publicações, sendo que destas 12 contemplaram o objetivo do estudo e as demais pontuavam outros aspectos que não contemplavam os critérios de inclusão do mesmo.

Na base de dados LILACS foram encontradas 12153 publicações para o descritor Parto; para o descritor Parto normal, 348 publicações; para o descritor Parto humanizado, 299 publicações; o descritor Cesárea apresentou 3074 publicações;

Gravidez trouxe 25592 publicações; Tocologia, o resultado foi de 116 publicações; para o descritor Trabalho de parto, encontrou-se 724 publicações; e para o descritor Violência, houve 8527 publicações. Após o cruzamento dos descritores, foram encontradas 388 publicações, sendo que 15 destas contemplaram o objetivo do estudo e as demais pontuavam aspectos que não contemplavam os critérios de inclusão do mesmo.

Na SciELO foram encontradas 2863 publicações para o descritor Parto; para o descritor Parto normal, 91 publicações; para o descritor Parto humanizado, 87 publicações; o descritor Cesárea apresentou 370 publicações; Gravidez trouxe 2036 publicações; Tocologia, o resultado foi de 16 publicações; para o descritor Trabalho de parto, encontrou-se 71 publicações; e para o descritor Violência, houve 2824 publicações. Após o cruzamento dos descritores, foram encontradas 109 publicações, sendo que duas contemplaram o objetivo do estudo e as demais pontuavam aspectos que não contemplavam os critérios de inclusão do mesmo.

Ao final da etapa de seleção dos artigos, foram considerados relevantes à temática deste estudo 29 artigos.

A expressão “violência obstétrica” foi criada pelo então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, o Doutor Rogelio Pérez D’Gregorio, e a partir de então batizou as lutas dos movimentos em torno da erradicação e penalidade das posturas e práticas violentas que ocorrem na dinâmica da parturição. A criação do termo ocorreu no ano de 2010 e foi publicado no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*, quando foi tipificada.⁵

Para melhor organização dos resultados desta revisão, optou-se por dividir os estudos em três tipos de violência: violência institucional, violência moral/ psicológica/ verbal e violência física.

♦ Violência institucional

A violência institucional é aquela praticada em entidades públicas, seja ocasionada por ação ou omissão dos prestadores de serviço, podendo abranger desde a má qualidade do serviço até a falta de acesso a ele. Compreende “abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional”.⁶

Estudo realizado no Brasil em 2014, na cidade de São Paulo, mostrou a experiência de cinco enfermeiras obstetras em suas atuações

e observações durante seus trajetos profissionais em diversos locais de trabalho, como em Unidades Básicas de Saúde, hospitais públicos e privados e organizações sociais de saúde. As enfermeiras possuíam de 05 a 36 anos de formação técnica e relataram ter vivenciado atos praticados por médicos e enfermeiros obstetras realizando exames físicos sem privacidade para a mulher, expondo a mesma para outras pacientes e acompanhantes. Além disso, não permitiram a entrada de acompanhante no trabalho de parto e parto. Enfermeiras obstetras também são responsáveis, segundo o estudo, pela exposição de nomes e diagnósticos de pacientes em painéis nos corredores dos serviços de saúde.⁷

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, a violência obstétrica se mostrou por meio da peregrinação das mulheres para conseguirem atendimento em um serviço especializado. Em alguns casos, as gestantes precisaram procurar em mais de duas instituições públicas para enfim receberem atendimento.⁸

Embora estabelecido e regulamentado pela lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007,⁹ o transporte da gestante para outro estabelecimento público de saúde deveria ser assumido por alguma unidade vinculada ao SUS, tendo que ocorrer de forma segura e sem custos para a paciente. Porém, esta não é uma realidade predominante, tornando o que deveria ser o início de uma espera de meses, que é a gestação, em um momento temeroso de incertezas, angústias e riscos.

Resultados semelhantes aos já citados foram encontrados em pesquisa realizada no Brasil, que demonstrou a peregrinação das mulheres em diferentes maternidades à procura de atendimento de qualidade. O estudo demonstra também que quando a gestante enfim obtém assistência, pode deparar-se com a falta de estrutura adequada, com recursos humanos e físicos escassos ou precários, passando a ser vítima dos recursos institucionais, como a proibição de acompanhantes no parto ou proibição da figura masculina na sala de pré-parto, esta última negada pela falta de espaço físico inviabilizando a privacidade de outras gestantes, ocorrendo falta de condições para o cuidado privativo.¹⁰

A falta de privacidade também está presente no estudo realizado com várias primíparas, as quais relataram o mesmo quadro, revelando que durante o parto sentiram vergonha e constrangimento, uma vez que existiam muitas pessoas em uma sala, a maioria estudantes, entrando e saindo o tempo todo. Algumas expressaram ter sido

uma experiência horrível, sentindo-se mal com tamanha falta de privacidade e respeito.¹¹

Muitos profissionais educadores encaram com normalidade uma quantidade exagerada de alunos durante o parto e asseguram ser necessária para a experiência de estudantes tal vivência. Contudo, entende-se que a desumanização perpetuada por aqueles que deveriam ser o exemplo para seus acadêmicos traz certo desânimo, visto que a lição passada no relato acima mostra a figura médica como detentora do conhecimento e da habilidade técnica, cabendo a ele decidir o que é correto e necessário.

No Reino Unido, em 2009, estudo que buscou explorar a experiência vivida e os significados pessoais atribuídos a um nascimento traumático relatou a experiência de mulheres que tiveram seus acompanhantes impedidos de compartilhar momentos importantes para a mulher.¹²

O mesmo resultado teve um estudo realizado em 2012, no Brasil, para uma tese de doutorado, em que o assunto principal tratava-se da experiência de cesáreas indesejadas, e apontou que mesmo amparada por lei, a presença do acompanhante ainda é negada, sendo identificada em diversos períodos do parto por meio das falas das puérperas.¹³

A OMS recomenda que todas as gestantes devem possuir um acompanhante de sua escolha durante todo o ciclo gravídico-puerperal. A presença de um acompanhante está amparada, no Brasil, pela lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.¹⁴ Ao desrespeitar um direito constitucional, o profissional brasileiro está cometendo um crime, o que torna nulo qualquer tipo de justificativa.

Já é sabido que o apoio contínuo de alguém elegido pela parturiente reduz o tempo de trabalho de parto e deixa as mulheres mais confiantes e protegidas. Mesmo assim, muitos estabelecimentos de saúde ainda se cegam para as evidências do mundo científico, vetando os acompanhantes de experienciarem esse evento e privando a mulher de segurança na presença de alguém de sua livre escolha.

Outro estudo aponta problemas de estrutura nas instalações hospitalares no Brasil, em 2015. O artigo traz que ao percorrer um hospital público, uma mulher relata as condições precárias, como ausência de água em um andar onde se encontram mulheres recém-paridas. A sujeira do banheiro também foi salientada, mais de dez mulheres dividiam o banheiro com outra ala, entre as sujidades encontravam-se lodo e

insetos. O estudo pontua também a peregrinação de mulheres por um leito obstétrico e a falta de privacidade sofrida pelas mulheres.¹⁵

Sabe-se da importância do cuidado com a higiene pessoal durante o período pós-parto, pois a exposição da mulher a procedimentos invasivos predispõe a possíveis infecções puerperais. No entanto, não é o que os achados desta revisão apontam, visto que nos estudos utilizados foi possível constatar a falta de salubridade nas instituições de saúde, espaços que deveriam dar o exemplo de cuidado para com a saúde.

A falta de privacidade sofrida pelas mulheres é novamente apontada. Uma das limitações é a proibição de acompanhantes durante o parto, já que os hospitais não possuem salas privadas. A peregrinação também ocorreu com muitas mulheres devido à recusa da internação por parte das enfermeiras. Uma das mulheres foi recomendada a voltar para casa, à noite, sem ser examinada, sendo que a mesma residia a mais de 10 quilômetros de distância do hospital.¹⁶

Afirmar que condições físicas contribuem para os maus-tratos soa como uma justificativa leviana, pois a violência vai muito além. Mulher alguma pode ser xingada, humilhada, envergonhada, enganada, aceitar procedimentos por mentira de profissionais, não pode ser exposta, discriminada, cortada, apertada, invadida, subjugada, abandonada, ameaçada, privada do acompanhamento de alguém de sua escolha. Todas essas ações são uma parcela de tudo que mulheres vivem em maternidades do mundo. Tudo isso transcende barreiras físicas. Não perpetuar a violência está em cada um daqueles que fizeram seus juramentos em prol da saúde do próximo, e não a favor do intervencionismo indiscriminado.

♦ Violência moral, psicológica e verbal

A violência moral está associada às condutas dos profissionais e menos relacionada com as regras da instituição, espaço físico, instrumentos e materiais. De acordo com a Lei 11.340/2006, no artigo 7º, violência moral é definida como “ação destinada a caluniar, difamar ou injúria à honra ou reputação da mulher”.¹⁰

A violência psicológica é percebida “[...] quando se submete um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos”.¹⁷

Já a violência verbal está diretamente ligada a comentários realizados por pessoas

com a intenção de caluniar e rebaixar a mulher, além de privar a mesma de reconhecer a sua situação durante o período gravídico-puerperal,¹⁰ relacionando este tipo de violência com a violência moral e psicológica.

Em artigo elaborado no Brasil, as autoras Regis e Resende (2015) realizam uma análise discursiva crítica de uma carta escrita a uma obstetra após quatro anos de um parto cheio de cicatrizes. Na carta, após ser informada que necessitaria de uma cesariana, a mulher pergunta se não há outra forma para que o parto seja normal, mas a médica diz apenas um não e a manda para o hospital. No momento que escreve a carta, a mulher passa a questionar atitudes da médica e relata ter achado desonesto da parte da obstetra não informar que preferia realizar cesariana, não se esforçando para atender à vontade da paciente e acusou a médica de não ser honesta em contar-lhe o que aconteceu após seu parto.¹⁸

Entende-se que a participação da mulher na tomada de decisão do seu processo de parturição é de extrema relevância para que o parto seja humanizado e fisiológico, uma vez que a presença da mulher no processo decisório está intimamente ligada ao seu conhecimento sobre o evento parto, bem como seu empoderamento para reivindicar seus direitos, o que a torna capacitada para, inclusive, entender os motivos de uma possível cesariana. Porém, ainda encontramos profissionais que optam pela omissão de informações, despertando sentimentos negativos na vivência do processo de parturição da mulher.

A discriminação foi uma violência também encontrada em uma pesquisa norte-americana de 2015 que apurou os maus-tratos a parturientes. Este tema foi recorrente encontrado em 13 estudos de 10 países de todas as regiões geográficas e níveis de renda diferentes, nos quais as mulheres foram discriminadas devido a sua etnia, raça ou religião.¹⁹

A discriminação baseada na condição socioeconômica foi encontrada em 12 estudos de 13 países, mas predominou na África subsaariana. Mulheres que vivenciaram esse tipo de discriminação relataram que amargaram a humilhação pela sua pobreza, pela incapacidade de ler ou escrever ou por não residirem em área nobre, sofrendo com a negligência dos profissionais de saúde.¹⁹

Já a discriminação devido à idade da parturiente apareceu em 7 estudos de 5 países e foi vivenciada principalmente por adolescentes solteiras ou mulheres mais

velhas de alta paridade, sendo ridicularizadas e criticadas. Na África do Sul, adolescentes ficaram tão traumatizadas devido aos maus-tratos que afirmaram terem sido influenciadas a parir seus filhos em casa em gestações futuras. A despersonalização também foi relatada em 5 estudos em que as parturientes referiram terem sido destituídas de sua dignidade durante o parto devido à objetivação de seus corpos pelos profissionais da saúde e estudantes.¹⁹

A pesquisa traz ainda 31 estudos mostrando que o abuso verbal praticado pelos profissionais de saúde está presente em países de alta, média e baixa renda. Durante o parto, foi um evento comumente relatado, com uso de palavras rudes e grosseiras. Além disso, comentários de cunho sexual foram relatados em 10 estudos, principalmente em países de baixa renda, mulheres foram humilhadas com comentários insensíveis quando já estavam em uma posição vulnerável durante o parto. Porém, foram nos países mais ricos que 6 estudos mostraram profissionais de saúde ameaçando e culpando as parturientes, insinuando que se não apresentassem bom comportamento, não seriam atendidas ou iriam maltratar seus bebês, incluindo ameaça de espancamento se a mulher não cumprisse uma ordem.¹⁹

É desalentador ver os profissionais desenvolvendo práticas discriminatórias, quando deveriam ser amparo e acolhimento para as mulheres em situação de vulnerabilidade. É preciso repensar estas ações, pois cabe aos profissionais de saúde e familiares acolherem parturientes, despendo-se de julgamentos e preconceitos perante as situações socioeconômicas e étnicas, bem como escolhas das mulheres.

Nesta perspectiva, estudo brasileiro desenvolvido por Diniz et al em 2015 traz que a morbimortalidade materna é comprometida pela violência obstétrica de algumas formas, entre elas os abusos verbais e as ameaças, além da negligência dos profissionais em atender mulheres que expressam seus sofrimentos ou que pedem ajuda com insistência, visto que existe nos serviços de saúde, uma cultura disseminada de que a mulher que grita, chora ou é insistente recebe pior assistência. Segundo o artigo, as mulheres consideradas malcomportadas ou que relatam desagrado com a assistência podem sofrer mais com a negligência.²⁰

No Reino Unido, pesquisa com cinco mulheres buscou identificar como os serviços de assistência à maternidade são abordados pelas mulheres, além de conhecer as expectativas das mesmas para com os

cuidados que precisam ou desejam receber. Os autores apontam que para que isso aconteça, é preciso que ocorra informação correta, sem o uso de terminologias médicas e jargões, além da valorização por parte dos profissionais, bem como o conhecimento e opiniões das mulheres, porém o estudo demonstra não ocorrer tais cuidados com as participantes da pesquisa.²¹

Privar a gestante/parturiente de informações corretas é uma violência que acaba por diminuir ou anular a confiança que as mulheres possuem nos profissionais que deveriam deixá-las seguras. Todavia, observa-se que muitos profissionais ainda se utilizam da fragilidade em que se encontram as mulheres devido aos medos e receios do parto por falta de informações seguras e claras para se apropriar e controlar uma situação que deveria ser da mulher.

Em 2016, estudo brasileiro, produzido por Martins e Barros, mostra que mulheres são despersonalizadas, desumanizadas e anuladas em suas identidades pelos profissionais de saúde, que se referem a elas pela paridade, centímetros de dilatação ou número da ficha hospitalar. Outro achado desse estudo foi a negação de informações e atitudes discriminatórias e desumanas por parte dos profissionais devido à diferença de classe, gênero e raça das mulheres. Para as que apresentam menor reconhecimento social, existe abandono e recusa de assistência.¹⁰

No mesmo estudo, os autores relatam que muitas mulheres autorizam intervenções com base em informações parciais ou distorcidas devido a inverdades contadas a elas, como enganar quanto à dilatação ou à vitalidade do feto e inventando recomendações para cesárea que não são verdadeiras, como mecônio, macrosomia do feto, circulares de cordão e bacia da mãe muito estreita. Falas coercitivas durante o parto de cunho moralista e de conteúdo sexual com o intuito de denegrir a mulher também são relatadas, além de xingamentos, hostilidade, gritos, palavras e expressões de ironia, comentários desrespeitosos e ameaças.¹⁰

Este tipo de violência foi retratado em um estudo feito no Brasil, em 2013, com puérperas e trabalhadores da saúde. No artigo, quase todos os entrevistados relataram que já haviam utilizado ou presenciado o uso de frases de conotação sexual, mentirosas e ameaçadoras. Essas frases jocosas, moralistas e preconceituosas são muito comuns no cotidiano da assistência prestada às parturientes. Um dos obstetras pesquisados relatou já ter escutado colegas mandando parturiente calar a boca e ameaçando

abandoná-la e confessa já ter ameaçado suas pacientes dizendo que não iria mais atendê-las, embora afirme que nunca cumpriria tal promessa. Mas, aponta que já viu colegas abandonando mãe e bebê, deixando-os sem atendimento.²²

Estudo mexicano de 2015 realizado com 29 médicos objetivou identificar a percepção de violência obstétrica e determinar sua possível relação com a síndrome de Burnout ou desgaste profissional. A pesquisa mostrou que 35,71% dos entrevistados declararam já ter presenciado situações de negligência médica, mesmo percentil de médicos que presenciaram casos de discriminação por idade, raça ou condição socioeconômica. Tratar as mulheres com grosseria, ataques verbais e frases denegrindo a parturiente foi vivenciado por 17,8% dos participantes e 10,7% referiram omissão, negação ou falta de informação adequada aos pacientes.²³

Outra violência que as mulheres foram submetidas está relacionada com o contato com o bebê após o nascimento. Em mais de um relato, as puérperas contam que logo após o nascimento ficaram aguardando que colocassem o bebê em contato com elas, porém não foi o que ocorreu.²⁴

No Brasil, pesquisa realizada com 21 mulheres que tiveram seus filhos em maternidades de São Paulo mostrou o desrespeito por parte dos profissionais por meio de discriminação devido à cor ou condição social e por tratamento grosseiro, impaciente ou indiferente, além de falas de cunho moralista e desrespeitoso. Ameaças também foram relatadas. Uma mulher afirmou que lhe disseram que se não ficasse quieta, iriam abandoná-la. Outra ouviu da enfermeira que era para continuar quieta, pois geralmente os médicos judiam um pouco quando a mulher dá trabalho.²⁴

Estudo de um jornal *online* em 2011 foi produzido a partir de um relatório sul-africano mostra a discriminação vivida por mulheres em virtude da condição de saúde, xenofobia, além de apresentar relatos fortes de mulheres que sofreram diversos tipos de violência.²⁵

Violência física

A violência física é definida pelos atos praticados que acometem o corpo feminino, causando dano não acidental, ocasionando dor ou lesão física, seja ela intensa ou não, não apresentando recomendações baseadas em evidências.²⁶

Estudo realizado no Brasil, em 2016, levantou dados bibliográficos em busca dos principais tipos de violência obstétrica sofridos pelas mulheres brasileiras em

unidades públicas de saúde. Como violência física foram encontrados toques vaginais violentos ou realizados em excesso, realização de amniotomia de rotina, negação de analgesia, o uso da posição de litotomia, manobra de Kristeller, utilização do fórceps, realização de episiotomia para fins de treino, o uso de ocitocina sintética sem indicação clínica, execução de procedimentos sem o consentimento da mulher e realização de cirurgias cesarianas devido a interesses dos profissionais médicos.²⁶

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado em São Paulo, em 2008, que mostra depoimentos de mulheres vítimas de violência por meio de toques vaginais excessivos, dolorosos e sem explicação e consentimento prévios. A vergonha descrita por várias delas, além da dor devido à realização de toques em série, mostra o sofrimento vivido por essas mulheres. Em uma das falas, a mulher relata que em menos de uma hora cerca de cinco pessoas fizeram o exame enquanto mais de dez ficavam observando. Passado um tempo, todo o processo se repetia. No fim do depoimento, ela informa acreditar que tudo isso fosse normal.¹¹

Pesquisa realizada em 2010 mostrou que dentre as muitas formas de abusos, de insensibilidade e de maus-tratos são destacados o exame de toque doloroso e a recusa pelo profissional médico para o alívio da dor. As autoras mencionam que segundo dados oficiais, as taxas de parto cesáreo nos estabelecimentos de saúde pública chegam a 52% e no setor privado são superiores a 80%, números não encontrados em outra parte do mundo.²⁷

Estudo corroboram com dados dos autores acima mencionados e enfatizam que o aspecto complicado e problemático do nascimento no Brasil não se deve apenas às elevadas taxas de parto cesáreo, mas também a outros tipos de violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal, entre eles a omissão em esclarecer procedimentos realizados e agressões verbais, como gritos e xingamentos.¹⁸

Em 2015, a OMS modificou suas diretrizes sobre a cesariana, pois reconhece que as taxas desse tipo de cirurgia vêm aumentando no mundo todo, sendo que Brasil, México e Estados Unidos apresentam taxas de cesariana maiores que 30%, sendo o Brasil o líder mundial nesse tipo de parto.²⁸

Outro tipo de violência apontado pelas mulheres relaciona-se à episiotomia. As participantes reclamaram que desconheciam a prática da episiotomia em ambiente hospitalar. Uma mulher relatou que não sabia

que era assim que atendiam no hospital, que no momento não sentiu nada, mas depois lhe doeu bastante, quase não sentia as pernas, ao passo que o médico lhe disse ser normal.²⁹

A posição de litotomia também foi citada em estudo brasileiro. Os autores trazem a informação de que estudantes e residentes negociam entre si quem irá realizar uma episiotomia para fins de treino sem o consentimento da paciente. Apontam que mulheres são escolhidas para o treinamento de práticas como o uso do fórceps e até mesmo a realização de uma cesariana e, nessa lógica, os autores reforçam que é preciso rever os conteúdos de todas as profissões de saúde para que a prática dos alunos seja baseada em evidências científicas.²⁰

O artigo traz que a violência obstétrica tem envolvimento com a morbidade e mortalidade materna por meio do manejo agressivo do parto vaginal, com a negativa de qualquer forma de anestesia, além de danos associados ao uso em demasia, muitas vezes não informada, nem consentida, do uso de ocitocina, manobra de kristeller, uso do fórceps.²⁰

Nos Estados Unidos, também apontou alguns abusos em seu estudo, como o tratamento e consultas sem consentimento informado e práticas como administrar ocitocina até o bebê entrar em sofrimento. Algumas mulheres são tratadas com hostilidade extrema, incluindo a negação do alívio da dor e abuso de âmbito sexual. O autor afirma que as taxas para várias práticas prejudiciais estão aumentando, como o uso de ocitocina, induções e cirurgia cesariana, além da episiotomia.³⁰

Sabendo que na grande maioria das vezes todos esses procedimentos poderiam ser evitados e que a maior parte deles não tem recomendações clínicas, fica evidente a violência que as mulheres sofrem quando vão ao hospital para o dia tão esperado, o nascimento de seu(s) filho(s). Ao intervir em algo inato, os profissionais acabam por destruir sonhos e expectativas criadas por muitos meses.

Um estudo ao analisar os relatos observou algumas dinâmicas coercitivas por parte dos profissionais para realizar uma cesárea, entre elas a ameaça de que se as mulheres não obedecerem irão colocar vida do bebê e a própria vida delas em risco, o desrespeito aos desejos e escolhas das gestantes, a imposição de procedimentos dolorosos sem o correto alívio da dor, condicionamento do fim do sofrimento à aceitação da cirurgia cesariana, a impressão falsa de que poderiam passar por todo o trabalho de parto, mas posteriormente

ser indicada uma cesárea e o convencimento de que, se o parto for por via vaginal, pode acontecer de não haver profissionais como anestesista ou pediatra no momento ou ainda que estes profissionais serão desconhecidos do obstetra.¹³

A autora mostra outros tipos de violência, como a manobra de kristeller, o uso de fórceps, não explicar procedimentos para as pacientes, não solicitar o consentimento da parturiente para realizar determinados procedimentos, a aceleração do parto com ocitócitos e a privação de alimentos durante o trabalho de parto. Conclui dizendo que “a escolha é respeitada quando o desejo é pela cesariana, mas não quando o desejo é pelo parto normal”.¹³

O estudo que utilizou dois cenários de pesquisa, sendo um grupo de preparo para o parto humanizado e um documentário, reforça a violência sofrida por mulheres no ciclo gravídico-puerperal, como partos por conveniência de data para médicos, evitando, assim, finais de semana, horário noturno e feriados.³¹

No mesmo estudo, outra puérpera relatou que o pior de tudo tinha sido a episiotomia, que inflamou. Revela que se sentiu violada, violentada e estranha e não gostava quando seu marido tocava aquela região. Até o dia da entrevista sentia coceira no local dos pontos. Segundo a mulher, a episiotomia lhe afetou bastante a sexualidade e como lidava com o próprio corpo.³²

Narrativas de violência e desrespeito como essas, no momento do parto, são reincidentes e variam desde não realizar um procedimento desejado pela mulher, como analgesia para dor, alimentar-se e caminhar no hospital, as práticas que não desejam, como episiotomia, raspagem de pelos, lavagem intestinal, xingamentos e ofensas de cunho moral, administração de ocitocina intravenosa, ocasionando forte incômodo, pressão emocional para antecipar o parto, cesáreas e cicatrizes.

Estudo realizado em 2013 enfatizou que as mulheres desconheciam a razão pela qual realizaram alguns procedimentos e referiram que foi necessário realizar episiotomia e o uso de ocitocina sintética. Em um dos depoimentos, a puérpera disse que o parto foi muito difícil e por sorte uma mulher se empoleirou em sua barriga. Outra relata que ao chegar ao hospital com 7 cm de dilatação, sua bolsa amniótica foi rompida pelo médico que mandou ela se deitar. Quando foi examiná-la, falou à mulher que o que ele iria fazer não ia doer nada, que era para ela se

comportar bem, ela referiu muita dor ao toque vaginal.²⁴

Obstetras entrevistados neste estudo revelam que a prática mostra que é muito melhor suturar uma episiotomia do que um rasgo, ou seja, uma laceração. Porém, outro obstetra afirma que jamais faz episiotomia e esclarece que essa prática tem hoje, no mundo, quatro indicações, que são bastante infrequentes de ocorrer, de modo que ele não a realiza e revela que em 94% dos partos não existe indicação para real para fazê-la.²⁴

A cultura de dominação do saber médico está enraizada em muitas mulheres, que acreditam que devem obediência e gratidão eterna a esses profissionais. Acredita-se ser esse um dos motivos que fazem os trabalhadores na saúde obstétrica utilizarem tantas intervenções desnecessárias, pois assim se fazem essenciais no atendimento, mesmo que essa necessidade seja uma mentira contada por meio da violência e da selvageria.

Nos Estados Unidos, um estudo que comparou resultados em 13 instalações no Quênia depois da capacitação de provedores mostra que o cuidado não consensual era comum no início do estudo (61%), porém subiu para níveis mais altos na linha final (81%). Já a agressão física durante o trabalho de parto e parto diminuiu consideravelmente, saindo de 3,8% da linha de base para 0,4%. O estudo apontou que mulheres com melhor poder aquisitivo tinham mais chance de relatar abusos físicos. Além disso, mulheres que tiveram filho à noite sofreram 2,5% a mais de abusos físicos do que as que pariram durante o dia.³²

No México, uma pesquisa com 29 médicos relacionados com obstetrícia que trabalhavam em diferentes instituições e hospitais de estado de Puebla apontou que mais de 35% dos participantes já presenciaram práticas nocivas à mulher, como a realização de cesáreas e episiotomia sem indicação clínica e 17,8% informaram situações em que a paciente, ao referir dor, foi ignorada.²³

No Brasil, estudo produzido por Andrade et al. em 2016 com 522 pessoas teve por objetivo analisar em uma maternidade escola de referência da cidade do Recife os fatores relacionados com a violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto por via vaginal.³³

Tal estudo concluiu que 87% das pacientes sofreram algum tipo de violência durante o trabalho de parto e parto, sendo as práticas mais frequentes os esforços de puxo (65%), a administração de ocitócitos (41%) e uso rotineiro da posição de litotomia/supina

(39%). Os autores apontam outros dados, 31% das mulheres sofreram amniotomia precoce, 30% tiveram o clampeamento precoce do cordão umbilical, 19% tiveram a manipulação ativa do feto/toques vaginais repetitivos, 11% sofreram restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto, 10% sofreram exame retal, 9% foram vítimas da manobra de Kristeller e 2% sofreram episiotomia.³³

É importante pontuar que o trabalho também questionou sobre as boas práticas na maternidade e 95% das mulheres tiveram o direito ao acompanhante respeitado, 93% contaram com o apoio de profissionais no trabalho de parto e 89% das parturientes foram respeitadas em sua privacidade.³³

Em um estudo brasileiro foram entrevistadas 21 puérperas no município de São Paulo. Depoimentos de brutalidade no momento do exame de toque foram constatados, bem como relatos de profissionais que romperam a bolsa amniótica de gestantes sem indicação clínica. A realização de episiotomia, de exames sem consentimento, em que intervenções foram feitas e não foram negociadas, nem explicadas, além da negação por parte dos profissionais na obtenção para o alívio da dor das gestantes também são encontrados no artigo.²²

Por fim, uma publicação da Argentina inicia mostrando que as visões sobre a violência obstétrica, tanto entre mulheres e profissionais médicos, são divergentes. Para sistematizar as distintas visões, relatou a postura de médicos obstetras diante do parto humanizado, posturas que iniciaram a implementação de um programa federal no México, que contou com a participação de obstetras, médicos sem especialização e homeopatas, para formá-los e capacitá-los nas práticas do parto humanizado.³⁴

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa permitiu conhecer a produção científica nacional e internacional sobre a temática violência obstétrica no período de 2007 a 2016. Evidenciou-se que o ano de 2015 concentrou o maior número de publicações sobre a temática, sendo o Brasil o país com maior número de produções dessas pesquisas.

Observou-se que a violência obstétrica está deixando de ser algo velado para ser discutido, repercutindo no aumento de casos relatados nas publicações.

No mundo, a violência obstétrica está presente de várias formas e em vários estabelecimentos de saúde. Profissionais de

saúde são formados em distintos contextos educacionais. Remodelar/Mudar a forma de ensinar, ressaltando a ética, a boa vontade de fazer melhor e aplicar as evidências científicas na atenção obstétrica são bons princípios para a qualificação prática obstétrica.

Ao concluir este estudo surge o seguinte questionamento: “É possível mudar o cenário no qual se encontra a temática violência obstétrica no âmbito mundial?”. Afinal, apesar dos esforços mundiais, esta revisão apontou que a violência obstétrica se faz presente em diferentes âmbitos de cuidado confirmando que as ações ainda são insuficientes para sua erradicação.

Contudo, acredita-se que é possível mudar tal cenário, primeiramente é necessário repensar o ensino/prática dos profissionais médicos e enfermeiros, os quais, muitas vezes, ensinam e praticam conhecimentos arcaicos e os estudantes acabam reproduzindo tais práticas, demonstrando um retrocesso no processo. É preciso reforçar no ensino e na prática que a humanização do cuidado deve permear de maneira horizontal os currículos das faculdades dos cursos da área da saúde.

Além dos aspectos citados acima, acredita-se que é fundamental trabalhar na vertente de empoderar as mulheres a respeito das práticas seguras e naturais do processo de parturição para que as mesmas reconheçam a violência, denunciem e exijam o cuidado qualificado ao qual têm direito.

Ao finalizar esta pesquisa, almeja-se despertar reflexões, aprofundar e gerar novos conhecimentos acerca da violência obstétrica, seus avanços e retrocessos no âmbito mundial. Acredita-se que existe a necessidade de novos estudos na vertente do (re)conhecimento, bem como da conscientização por parte das mulheres e dos profissionais de saúde no que se refere à temática violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Silva EC; Santos IMM. A percepção das mulheres acerca da sua parturi(a)ção. Rev pesqui cuid fundam (Online). 2009;1(2):111-23. Doi: 10.9789/2175-5361.2009.v1i2.%p
2. Castro JC; Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Lat Am Enfermagem.2005;13(6):960-967. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007>.
3. Cechin PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. 2014.
4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para

a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

5. Mariani AC, Neto JON. Violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cad esc dir rel int (UNIBRASIL)*. 2016;2(25):48-60.

6. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará - Brasília; 2014. 465 p.

7. Phillips E, McGrath P, Vaughan G. 'I wanted desperately to have a natural birth': mothers' insights on vaginal birth after Caesarean (VBAC). *Contemp Nurse.* 2009;34(1):77-84. PMID: 20230174

8. Rodrigues DP; Alves VH; Penna LHG; Pereira AV; Branco MBLR; Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2015;19(4):614-620. Doi: 10.5935/1414-8145.20150082

9. Ministerio da Saúde (BR). Câmara dos Deputados. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil: Distrito Federal, 2007.

10. Martins AC; Barros GM. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev dor*. 2016;17(3):215-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>

11. Wolff LR; Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde soc.* 2008;17(3):138-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>

12. Thomson G; Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *J psychosom obstet gynaecol.* 2008;29(4):268-73. PMID: 19065396

13. Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2012.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília; 2005.

15. Carneiro R. To go past the Bojador, one must go beyond pain": labor suffering and its potencial. *Sex salud soc.* 2015;1(20):91-112.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>

16. Sánchez SB. Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? [tese]. Países Baixos (NL): Utrecht Universiteit; 2014.

17. Díaz CB. Federación de Asociaciones de Matronas de España. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas prof.* 2011;12(3):82-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-009-1246-2>. 21

18. Regis JFS; Resende VM. Then you delivered my daughter": critical discourse analysis of a letter to the obstetrician. *DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*. 2015;31(2):1-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-445000967380245314>

19. Meghan A; Bohren JP; Vogel EC; Hunter OL; Suprita K; Makh JP; et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*. 2015;1(1):1-30. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

20. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>

21. Jones CB; Breckenridge JP; Devaney J; Kroll T; Lazenbatt A; Taylor J. Disabled women's experiences of accessing and utilising maternity services when they are affected by domestic abuse: a critical incident technique study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):181-89. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0616-y>

22. Aguiar JM; D'Oliveira AFPL; Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2287-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

23. Pintado-Cucarella S; Penagos-Corzo JC; Casas-Arellano MA. Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;83(3):173-8. PMID: 26058170

24. García-Jordá D; Díaz-Bernal Z; Acosta Álamo M. Childbirth in Cuba: analysis of the experience of medically supervised delivery from an anthropological perspective. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(7):1893-1902. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700029>
25. Barros FC; [Victora CG](#); [Barros AJ](#); [Santos IS](#); [Albernaz E](#); [Matijasevich A](#); et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *The Lancet*. 2005;365(9462):847-854, 2005. Doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)71042-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71042-4)
26. Santos ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico. [dissertação]. Florianópolis (SC):Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis;2002.
27. Sanfelice CFO; Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso?. *Rev gaúch enferm*. 2014;35(1):157-160. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014>.
28. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. 2015.
29. Yaiahuanca A; Socorro RD. A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo - Brasil. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo;2015.
30. Susan Hodges MS. Abuse in Hospital-Based Birth Settings? *J Perinat Educ*. 2009;18(4): 8-11. Doi: [10.1624/105812409X474663](https://doi.org/10.1624/105812409X474663)
31. Carneiro R. To go past the Bojador, one must go beyond pain": labor suffering and its potencial. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2015; 5(8): 91-112. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>
32. Abuya T;Ndwiga C; Ritter J; Kanya L;Ben Bellows, Nancy Binki, Charlotte E. Warren. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0645-6>
33. Andrade PON; Silva JQP;Diniz CMM; Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev bras saúde mater infant (Online)*. 2016;16(1):29-37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
34. Pozzio MR. La gineco-obstetricia em México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Rev Estud. Fem [online]*. 2016;24(1):101-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>.

Submissão: 13/12/2017

Aceito: 22/05/2018

Publicado: 01/07/2018

Correspondência

Greice Carvalho de Matos

Rua Gomes Carneiro, 01

Universidade Federal de Pelotas - Faculdade de Eermagem

CEP: 96010-610 — Pelotas (RS), Brasil