



A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO PARTO E NASCIMENTO

OBSTETRIC VIOLENCE IN THE CONTEXT OF LABOR AND CHILDBIRTH

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL CONTEXTO DEL PARTO Y NACIMIENTO

Diego Pereira Rodrigues¹, Valdecyr Herdy Alves², Raquel Santana Vieira³, Diva Cristina Morett Romano Leão⁴, Enimar de Paula⁵, Mariana Machado Pimentel⁶

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica. **Método:** revisão integrativa, com coleta de dados nas bases de dados Web of Science, CINAHL, Scopus, MEDLINE, LILACS e a biblioteca virtual SciELO, com artigos dos últimos cinco anos, em idioma inglês, espanhol e português, obtendo 13 artigos selecionados que foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** foram identificadas as seguintes categorias <<Violência obstétrica: tipologia, definições, legislação>>; <<A violência obstétrica na percepção da equipe obstétrica>>; <<A violência obstétrica na percepção das usuárias>>. **Conclusão:** a violência obstétrica está inserida com as práticas dos profissionais de saúde, como a episiotomia, a manobra de kristeller, a medicalização do parto, e o cuidado no contexto do processo de nascimento deve ocorrer de forma respeitosa e, assim, enfrentar atos de violência. Desse modo, o estudo contribui para o conhecimento acerca das práticas desrespeitosas com a mulher no contexto da parturição. **Descritores:** Obstetrícia; Trabalho de Parto; Parto Normal; Violência contra a Mulher; Parto Humanizado; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

ABSTRACT

Objective: to analyze practices considered violent in obstetric care. **Method:** integrative review, with data collection in the Web of Science, CINAHL, Scopus, MEDLINE, LILACS databases and the SciELO virtual library with articles of the last five years in English, Spanish and Portuguese, obtaining 13 selected articles that were submitted to the Content Analysis technique, in the Thematic Analysis modality. **Results:** the following categories have been identified: 'Obstetric violence: typology, definitions, legislation'; << Obstetric violence in the perception of the obstetric team >>; << Obstetric violence in the perception of users >>. **Conclusion:** obstetric violence is inserted with the practices of health professionals, such as episiotomy, kristeller maneuver, medicalization of childbirth, and care in the context of the birth process should occur in a respectful way and, thus, face acts of violence. Thus, the study contributes to the knowledge about disrespectful practices with women in the context of parturition. **Descritores:** Obstetrics; Labor, Obstetric; Natural Childbirth; Violence Against Women; Humanizing Delivery; Reproductive Rights.

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas consideradas violentas en la atención obstétrica. **Método:** revisión integrativa, con recolección de datos en las bases de datos Web of Science, CINAHL, Scopus, MEDLINE, LILACS y la biblioteca virtual SciELO, con artículos de los últimos cinco años, en Inglés, español y portugués lenguaje, obteniendo 13 artículos seleccionados, que fueron sometidos a la técnica de Análisis de Contenido, en el modo de análisis temático. **Resultados:** se identificaron las siguientes categorías << Violencia obstétrica: tipologia, definiciones, legislación >>; << La violencia obstétrica en la percepción del equipo obstétrico >>; << La violencia obstétrica en la percepción de las usuarias >>. **Conclusión:** la violencia obstétrica está inserida con las prácticas de los profesionales de salud, como la episiotomía, la maniobra de kristeller, la medicalización del parto, y el cuidado en el contexto del proceso de nacimiento debe ocurrir de forma respetuosa y, así, enfrentar actos de violencia. De ese modo, el estudio contribuye al conocimiento acerca de las prácticas irrespetuosas con la mujer en el contexto de la parturición. **Descritores:** Obstétrica; Trabajo de Parto; Parto Normal; Parto Humanizado; Violencia contra la Mujer; Parto Humanizado; Derechos Sexuales y Reproductivos.

¹Mestre, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-8383-7663>; ²Doutor, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: herdyvalves@yahoo.com.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-8671-5063>; ³Graduada em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: raquel1712@oi.com.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2798-3345>; ⁴Mestre, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: divaleao@yahoo.com.br; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-6711-0755>; ⁵Especialista em Enfermagem Obstétrica, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: enimar.enfermagem@msn.com; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8811-5640>; ⁶Graduada em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: anairamdoce@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-5022-7260>

INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, teve o propósito de atender às reivindicações sociais pela melhor qualidade da assistência ao parto e nascimento, tema que tem sido objeto de atenção em várias regiões do país. O intuito era o de promover uma ampla discussão a respeito.¹ Nesse sentido, o referido programa é resultado de um movimento internacional iniciado há cerca de 30 anos contra a utilização, considerada irracional e danosa, de tecnologias invasivas durante o parto, objetivando priorizar a qualidade da interação mulher/usuária do serviço e profissional de saúde.²⁻³

Mesmo diante dessa elucidação, ainda hoje é possível constatar que as mulheres passam por inúmeras práticas desrespeitosas na assistência ao parto e nascimento, a saber: manipulação desrespeitosa de seu corpo com a medicalização, amniorrexe precoce, tricotomia, episiotomia, fórceps obstétrico, cesariana e manobra de Kristeller, práticas consideradas prejudiciais à saúde materna e do concepto. Essas práticas são realizadas sem o prévio conhecimento e consentimento da mulher anulando, com isso, o seu poder decisório, com o agravante do descumprimento das boas práticas do parto normal preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁻⁶

Essas práticas estão em desacordo com o Movimento de Humanização da Assistência e as Evidências Científicas no campo obstétrico. Desse modo, apesar de o conceito de humanização do parto e nascimento ser reconhecido e preconizado por entidades como a OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e conselhos e associações da classe médica e de Enfermagem, o processo parturitivo é passível de ser constituído por iniciativas violentas e desumanas que desrespeitam os direitos humanos e reprodutivos da mulher no parto caracterizando a violência obstétrica, expressão utilizada pelo movimento de humanização para designar todo ato e/ou conduta violenta contra a mulher na perspectiva reprodutiva.^{1,7}

Essa modalidade de violência resulta da precariedade do sistema de saúde,²⁻³ que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos além de promover práticas desrespeitosas e desumanas na atenção ao cuidado da mulher durante o processo de parto e nascimento.¹ Essa violência tem se

configurado na assistência à mulher onde, a cada quatro mulheres brasileiras, uma sofre tratamento desumano e discriminatório.⁸

OBJETIVO

- Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica.

MÉTODO

Revisão integrativa⁹ realizada a partir da questão norteadora: <<No processo de parto e nascimento, quais práticas assistenciais são vivenciadas como violência obstétrica?>>. As produções foram localizadas no mês de junho de 2016 nas bases de dados Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), SciVerse Scopus TopCited (SCOPUS), além da biblioteca Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se os descritores indexados (DeSC-BIREME) Violence Against Women, Humanizing Delivery e Sexual and Reproductive Rights. Na sequência, fez-se a expansão semântica para as palavras-chave Delivery, Obstetric, Obstetric violence, todas com correspondentes em inglês associadas aos operadores booleanos AND e OR. Durante a busca, adotaram-se as seguintes expressões: Violence Against Women OR Obstetric violence AND Delivery OR Obstetric OR Humanizing Delivery OR Sexual and Reproductive Rights. Ressalta-se a delimitação dos últimos cinco anos como recorte temporal, a partir de 2011, para a estratégia de busca.

A seleção das produções foi desenvolvida de modo duplo independente, com vistas a possíveis vieses nessa etapa. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram excluídas as produções referentes a: teses, dissertações, editoriais, resumos e carta de opinião. Foram localizadas 381 produções das quais 13 compuseram o corpus deste estudo (Figura 1).

Salienta-se que as produções que se apresentaram repetidas foram consideradas apenas uma vez. Para a extração dos dados dos estudos selecionados, conforme o fluxograma da figura 1, utilizou-se um formulário de coleta de dados, elaborado para este fim, contendo informações sobre a identificação do estudo e de conteúdo. A síntese final desenvolveu-se na forma descritiva, no que se refere aos resultados e às conclusões obtidos de cada um dos estudos.

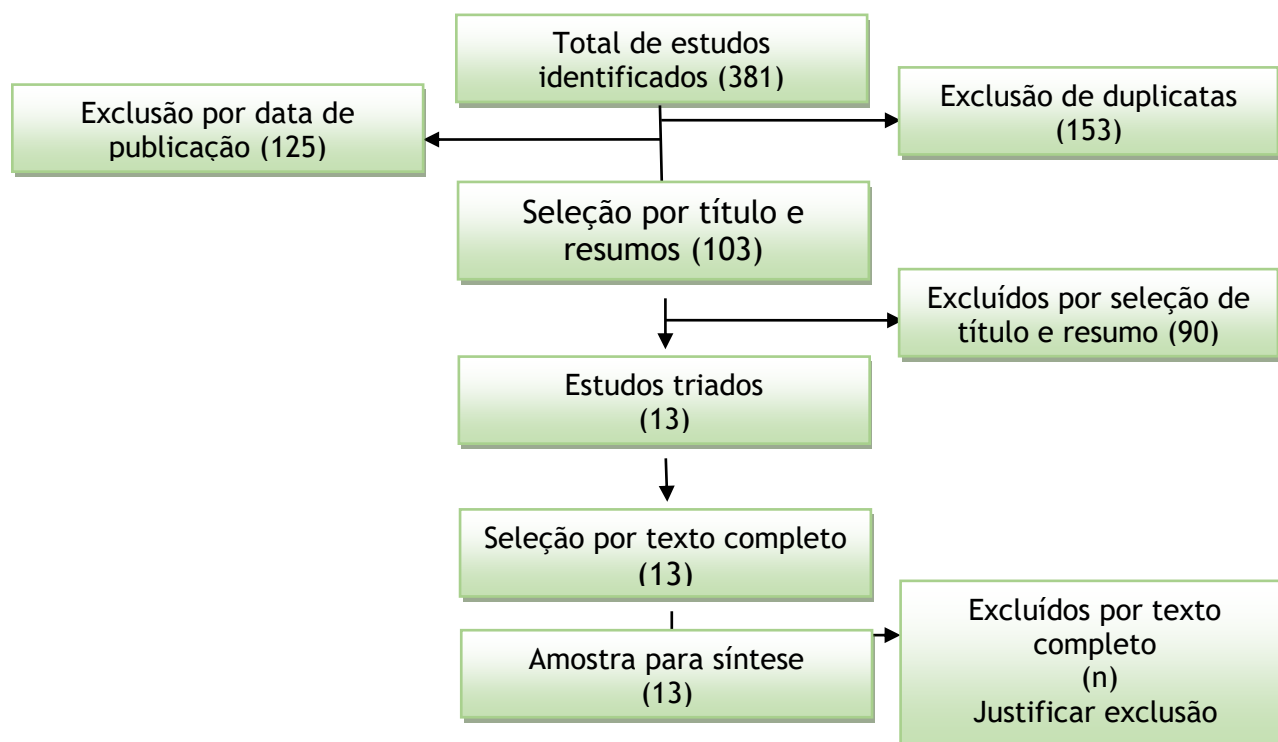


Figura 1: Estratégia de busca para a seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa. Niterói (RJ), Brasil, 2016.

Após sucessivas leituras dos artigos, realizadas por dois avaliadores, os dados foram agrupados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Temática,¹⁰ para a compreensão de núcleos temáticos mobilizados na construção dos problemas de estudo. Após esse procedimento, os estudos foram categorizados em quatro núcleos temáticos que subsidiaram a interpretação e a apresentação dos resultados da revisão, a saber: 1) A violência obstétrica: tipologia, definições e legislação; 2) Violência obstétrica na percepção da equipe obstétrica; 3) Violência obstétrica na percepção das usuárias.

Os estudos selecionados foram classificados em níveis de evidência (NE): Nível I - as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.¹¹

Ressalta-se que foram respeitados os aspectos éticos por meio da citação fidedigna das ideias, conceitos e definições empregadas pelos autores das produções utilizadas como resultados neste estudo.

RESULTADOS

A figura 2 apresenta a síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura. Para facilitar a identificação ao longo da discussão, eles foram identificados com os seguintes pontos: título do estudo; autores; base de dados do periódico; revista científica; ano de publicação. Assim, foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, apresentando-se os seus resultados em uma síntese do conhecimento da temática com as lacunas do conhecimento.

Constatou-se que os autores eram filiados a campos distintos do conhecimento como Medicina, Psicologia, Antropologia, Nutrição e Enfermagem. A maioria das publicações (53,8%) foi encontrada em periódicos internacionais, em comparação com as publicações em periódicos brasileiros (46,2%). No que tange à metodologia, dentre as treze produções, 46,2% eram baseadas na abordagem qualitativa; 30,7%, no método quantitativo; 15,4%, em revisão sistemática de literatura e 7,7% dos estudos eram publicações acerca de relato de experiência.

Observou-se que a maioria dos estudos estava na base de dados Scopus, com cinco artigos, variando entre 2011 e 2016, com predominância de dois (15,4%) artigos em cada ano referente a 2012, 2013 e 2014. No

ano de 2015, foram seis (46,1%) publicações, com o maior quantitativo, enquanto o ano de

2016 teve apenas uma (7,7%) publicação.

Título do estudo	Autores	Método	N E	Bases de dados	Ano
La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica	Maria Raquel Pozzio	Análise antropológica e de gênero	VI	Web of Science	2016
Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico	Vania Smith-Oka	Estudo etnográfico	V	Scielo	2015
Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção	Simone Grilo Diniz, Heloisa de Oliveira Salgado, Halana Fariade Aguiar Andrezzo, Paula Galdino Cardin de Carvalho, Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho, Cláudia de Azevedo Aguiar, Denise Yoshie Niy	Estudo reflexo	VII	Scopus	2015
Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente	Carlota J Pereira, Alexa L Domínguez, Judith Toro Merlo	Estudo prospectivo e descritivo	IV	Scopus	2015
Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women	Raquel Jewkes, Loveday Penn-Kekana	Revisão sistemática	V	Web of Science	2015
Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries	Mirjam Lukasse, Anne-Mette Schroll, Helle Karro, Berit Schei, Thora Steingrimsdottir, An-Sofie Van Parys, Elsa Lena Ryding & Ann Tabor On Behalf Of The Bidens Study group	Estudo transversal	IV	Scopus	2015
"Daí você nasceu minha filha": análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra	Jaqueline Fiuza da Silva regis, Viviane de Melo Resende	Estudo reflexivo	VII	Scielo	2015
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Michelle Gonçalves da Silva, Michelle Carreira Marcelino, Lívia Shélida Pinheiro Rodrigues, Rosário Carcaman Toro, Antonieta Keiko Kakuda Shimo	Relato de experiência	VII	LILACS	2014
Facilitators and	Meghan A.	Revisão	V	Web Of	2014

barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis	Bohren; Erin C. Hunter; Heather M. Munthe-Kaas; João Paulo Souza; Joshua P. Vogel; Metin Gülmezoglu.	sistemática		Science	
Violencia obstétrica: percepción de las usuárias	Pablo Terán, Carlos Castellanos, Mireya González Blanco, Damarys Ramos	Estudo prospectivo, descritivo, transversal exploratório	IV	Scielo	2013
Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	Janaina Marques de Aguiar; Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira; Lília Blima Schraiber	Abordagem qualitativa	VI	Scopus	2013
Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud	Josmery Faneite, Alejandra Feo, Judith Toro Merlo	Estudo descritivo transversal	IV	Scopus	2012
Transtornos de adaptação no pós-parto decorrentes do parto: estudo descritivo exploratório	Glauce Cristine Ferreira Soares, Daniela de Almeida Andretto, Carmem Simone Grilo Diniz, Nádia Zanon Narchi	Estudo descritivo exploratório	VI	LILACS	2012

Figura 2. Síntese dos estudos sobre as práticas na assistência obstétrica na perspectiva da violência obstétrica. Niterói (RJ), Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

◆ A violência obstétrica: tipologia, definições e legislação

A violência obstétrica tem sido objeto de estudo em diversas pesquisas^{3,5,12-16} que retratam os sofrimentos das mulheres na assistência ao parto e nascimento. Trata-se de temática abordada desde o final da década de 80 decorrente das atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto. Então, a terminologia violência obstétrica é utilizada para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, parto, pós-parto e ao abortamento.⁵

A tipologia da violência obstétrica, na última década, tem sido abordada em diversos países, principalmente na Venezuela, país precursor de legislação específica para o enfrentamento da questão. Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou essa modalidade de violência como sendo a apropriação do corpo da mulher considerando-o patológico com o abuso da medicalização, perda da autonomia e poder de decisão. Também caracterizou a violência obstétrica em sete categorias relacionadas com abuso físico; cuidado não consentido; abuso verbal; discriminação;

abandono, negligência ou recusa de assistência; detenção nos serviços (anulação da liberdade e autonomia) e imposição de intervenções obstétricas não consentidas sem bases científicas.^{3,5,15}

Como mencionado, a Venezuela foi o primeiro país a garantir, por meio de legislação específica, os direitos das mulheres a uma vida sem violência. Essa legislação foi aprovada no dia 25 de novembro de 2006, em comemoração ao Dia Internacional de Não Violência Contra a Mulher, da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, e publicada no Diário Oficial n.º 38.647 da Venezuela, de 19 de março de 2007. O documento estipula dezenove tipos de violência contra a mulher, dentre elas, a violência obstétrica, motivo desse termo legal constituir-se em nova nomenclatura de violência, sendo visto como um importante mecanismo para a garantia de uma assistência obstétrica livre de violência e promovendo uma estratégia para o enfrentamento da violência obstétrica por parte dos profissionais de obstetrícia e serviços de saúde.^{5,13-14}

Em uma pesquisa realizada em 2010, a respeito do conhecimento dessa legislação de proteção à mulher, foi constatado que 87% dos profissionais de saúde afirmaram que

Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS et al.

A violência obstétrica no contexto do parto...

detinham conhecimento a respeito, mas, dentre estes, somente 45,7% conheciam a existência da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência e 13% não tinham conhecimento da referida lei,¹³ mostrando que grande parte dos profissionais de saúde da Venezuela não tem conhecimento da tipologia como a definição e as medidas para o enfrentamento da questão por meio dos recursos legislativos.

Em estudo realizado em 2011, no mesmo país, foi observado que as principais transgressões à Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência aconteceram por meio de trato desumano em 66,8% dos casos (21,6% dos quais em razão das críticas aos gritos durante o parto; 19,5% pela proibição de perguntar algo e/ou manifestar seus medos e inquietudes; 15,3% pelas piadas acerca da sua condição, com comentários irônicos e desclassificatórios) e a realização de procedimentos médicos sem consentimento prévio em 49,4% dos casos (dos quais 37,2% pela realização de toques vaginais repetitivos e por múltiplos examinadores).¹⁴ Tais fatos representam uma violação dos direitos legais das mulheres na assistência obstétrica, especificamente para as venezuelanas.

Enquanto na República Mexicana, em 2012, dados da Comissão de Direitos Humanos indicaram que 45% dos nascimentos foram por cesárea, corroborando o imaginário do parto como sendo um ato cirúrgico em uma dimensão do modelo biomédico, cultura perpetuada pelos profissionais de saúde e propagada junto à sociedade que permite considerar o corpo da mulher como máquina que necessita ser manipulada, além da utilização de práticas violentas e institucionalizadas, como o uso de fórceps abusivamente, medicação do corpo no processo natural do parto, episiotomia, dentre outros procedimentos percebidos como marcos da assimetria de poder que culminam em atos desumanos que configuram a violência obstétrica.^{5,13-16}

No México, a Lei Vera Cruz e a norma 007-SSA do Ministério da Saúde Mexicano promoveram questões importantes para a saúde reprodutiva propondo que fossem discutidas. Contudo, as queixas relacionadas com as condutas médicas junto às mulheres eram evidências de práticas desumanas e discriminatórias comprovadas pela Comissão de Direitos Humanos que começou a considerar essas condutas inadequadas para essa modalidade de violência, pois tais legislações não abordavam a temática estudada. A partir deste cenário, considerou-se necessário definir e especificar a violência

obstétrica para a criação de estratégias e programas para reduzi-la ou eliminá-la.¹⁶ Deve-se destacar que o México tem discutido muito a respeito da violência obstétrica, todavia, há carência no país tanto de definição, como de legislação específica a respeito.

No Brasil, também são utilizados diversos termos para designar o fenômeno: violência de gênero no parto e aborto; violência no parto; abuso obstétrico; violência institucional de gênero no parto e aborto; crueldade no parto; assistência desumana/desumanizada; violações dos direitos humanos das mulheres no parto; desrespeito e maus-tratos durante o parto.⁵ Essas definições permitem a procura de estudos que abordem a temática e contribuam para a formulação de estratégias para o enfrentamento da violência obstétrica, como a de promover uma legislação em que sejam garantidos os direitos das mulheres na parturição.

A violência na assistência à saúde vem sendo evidenciada no poder e na autoridade médica com a mulher em processo de parturição, avaliando-a como um sujeito em situação de fragilidade necessitando de cuidado, incapaz de tomada de decisões e reconhecimento de suas necessidades.³ Então, um dos pontos cruciais para a promoção da violência obstétrica é o exercício da autoridade e do poder dos profissionais de saúde que empregam práticas desumanas e discriminatórias no contexto do parto e nascimento.^{3,5} Há restrição à presença do acompanhante de livre escolha da mulher, durante o trabalho parto, parto e pós-parto, garantida pela Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, seja no SUS ou na rede privada.

A propósito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, desde 1985, que a mulher tenha um acompanhante tendo em vista os benefícios que esta prática oferece à mulher e ao bebê. Nesse contexto, pesquisa realizada em 2010 constatou que 24,5% das mulheres entrevistadas não puderam usufruir desse direito. Esta porcentagem significou que 55,6% das mulheres tiveram indícios de transtornos de adaptação no pós-parto, decorrentes do parto, e mostra a importância do acompanhante no evento do trabalho de parto e nascimento, garantindo suporte emocional contínuo à parturiente, sensação de segurança e proporcionando uma experiência de parto com maior satisfação.¹² Assim, os estudos mostraram a necessidade de uma conceituação da temática cujo foco deve estar no direito da mulher, com mecanismos legais a fim de que contribuam para o enfrentamento da violência obstétrica. Então,

faz-se necessária uma ampliação das discussões a respeito da temática, tanto quanto uma fundamentação da problemática, visto que os estudos avaliados ainda carecem dessas abordagens.

◆ **Violência obstétrica na percepção da equipe obstétrica**

Em estudo acerca da análise antropológica, foi percebido o significativo e aparente paradoxo entre a feminização da obstetria/ginecologia e a problematização da violência obstétrica, no qual foi possível classificar as posições dos ginecologistas ao questionarem seus próprios conhecimentos e práticas; aqueles que procuraram uma solução negociada entre poder, autoridade e conhecimento e os direitos das mulheres e aqueles que se apoiaram resistindo a uma mudança em sua prática profissional quando questionados em relação a um parto humanizado. Os profissionais mais jovens demonstraram maior flexibilidade e interesse nas boas práticas para o parto humanizado, ao contrário dos detentores de uma cultura obstétrica mais antiga, demonstrando maior resistência a mudanças de paradigmas no cuidado à saúde da mulher e respeito à sua autonomia, pois, quanto a essas práticas e sob esse ponto de vista, a fluência do discurso e a percepção de normalidade serviram como um sinal de naturalização da violência obstétrica, apoiando a ideia de que a mesma está intimamente enraizada na especialidade. O estudo evidenciou que, mesmo com o aumento do número de mulheres na área, o campo não se tornou mais feminino, mas, sim, que as mesmas eram as que tinham as práticas mais abusivas, tornando-se autoras de um processo violento em sua forma de negociar, compreender, reagir e promover as suas práticas equivocadas como da utilização da manobra de Kristeller, como forma de ajudar a paciente e acelerar o processo, e a institucionalização da violência obstétrica.¹⁶

Estudo realizado em uma maternidade no México analisou as “microagressões” e as frustrações dos médicos, incluindo a raiva para com as mulheres, o tratamento impaciente, os comentários irritados, o desprezo em relação às mesmas, demonstrando uma violência de cunho verbal. Comentários negativos sugerindo que as mulheres deviam mudar ou se adequar para ser mães, depreciando a sua condição materna, as “microagressões” contra as mães, seja por sua condição social ou econômica em que, muitas vezes, são alvo de críticas como forma de as envergonhar e moralizar sobre as práticas de nascimento.^{3,16}

Outro pressuposto que prevaleceu em relação às mulheres foi o de que sua sexualidade era desenfreada e havia hiperfertilidade considerando suas pacientes muito promíscuas, suposições baseadas em classe e impressões gerais das pacientes como múltiparas, caracterizando estereótipos perfeitos. A falta de cooperação, ou melhor, de seguir as ordens, pois cooperar implicaria alguma igualdade ou propósito comum, mas, na realidade, era a de seguir e respeitar as ordens médicas, tornando o processo mais fácil (para os médicos). Foi observado que esta percepção pareceu justificar não só as repreensões verbais, mas o tratamento físico e as intervenções que podem ter alguma justificativa médica, mas que, para a mulher, traduziram-se muito bem como aspectos punitivos. A hierarquia e a autoridade médica a exames vaginais repetitivos por parte dos médicos e também dos residentes contra a sua vontade,¹⁷ pois a hierarquia e a autoridade médicas permitem o emprego de rotinas institucionais, em consonância com o serviço de saúde, que estabelece como lei todos os atos vivenciados.^{3,16}

A trajetória profissional permite vivenciar situações desrespeitosas e, muitas vezes, violentas e que existe diferença entre os dois tipos de assistência ao parto: a obstetria baseada em evidências, que oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções, e o modelo hospitalar tradicional tecnocrático, o que demonstra a necessidade de mudanças no modelo da assistência obstétrica desde a formação dos profissionais em Obstetria para a diferenciação da formação médica tradicionalista, fato este que acontece ao longo dos anos. O despreparo, a negligência e a imperícia na prática de profissionais de saúde constituem um cotidiano “comum” nas maternidades. A falta de preparo institucional hospitalar, em diversas variantes (estrutura física, estrutura com pessoal capacitado e estrutura de diretrizes assistenciais), pode influenciar aspectos de violência contra a mulher, além da utilização de termos depreciativos com a utilização de frases violentas e desrespeitosas.¹⁵

Dentre as queixas dos profissionais, a sobrecarga de demandas, as condições estruturais e a precariedade de recursos materiais e humanos foram apontadas como dificuldades enfrentadas cotidianamente. E as consequências vão desde a falta de anestesistas de plantão para analgesias de parto, proibição de acompanhantes homens, configuração da imagem da mulher com alguém ignorante, com dificuldades de

compreensão do que é explicado, com uma sexualidade difícil de ser controlada pelo número de filho e pouca idade, sem contar a agressividade de algumas pacientes com os profissionais, que eles atribuem à sua condição econômica e social, ignorância, à violência no meio social,³ onde seus achados corroboram o estudo¹⁷ em que a imagem das mulheres atendidas é permeada pela ridicularização da mulher, com uma mulher ignorante, hiperestimulada em sua sexualidade e agressividade por conta de sua condição socioeconômica, perpetuando o preconceito e atos de violência.

Esse estereótipo de mulheres que são pacientes difíceis, aquelas que não colaboram, não cumprem as ordens, não fazem força quando ordenadas, são rudes no trato, que recusam ou dificultam o exame vaginal,³ perpetua uma imagem das mulheres que permitem atos de violência obstétrica, pois rompe com o protagonismo médico perante o desrespeito da autoridade e poder médico exercidos na assistência ao parto e ao nascimento.^{3,16-17} Nessas situações, os profissionais utilizam uma conduta “mais ríspida”, com ameaças e “aumentam a voz” de maneira a forçar a paciente a “colaborar”. Essas ações de uso corriqueiro são consideradas como necessárias para legitimar o exercício da autoridade como, também, ameaças de abandono e banalização do sofrimento da paciente que não “colabora”,³ pois a negligência e imperícia permanecem com prática para a punição das mulheres.¹⁵

O reconhecimento de maus-tratos e desrespeitos é percebido e nomeado como violência. Já em outra situação, estas condutas são necessárias como parte do exercício da autoridade profissional: o que difere é o julgamento moral ao qual a paciente é submetida, da intensidade do ato e do contexto da situação. Estes exibem uma dificuldade de reconhecer a violência na assistência à saúde pelo entendimento de alguns profissionais de saúde de que a violência provocaria uma maior gravidade do ato, causador de dano físico ou emocional propositalmente, humilhação intencional e preconceito. No entanto, frases irônicas, igualmente moralistas e preconceituosas, frequentemente ditas em tom de “brincadeira”, foram vistas como uma forma de humor,¹⁷ corroborando um estudo¹⁶ que estabelece que os profissionais de saúde não reconhecem que essas práticas constituem atos de violência. Além disso, o desrespeito, o tratamento grosseiro, com imposição de valores ou julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de privacidade, discriminação social

ou étnica, desrespeito à autonomia e negligência no atendimento constituem atos de violência perante a conduta do profissional de saúde.³

Um estudo demonstrou a necessidade de uma assistência respaldada no direito da mulher em que, durante a assistência à mulher, todo procedimento e plano de cuidado tem de ser explicado e esta explicação, ofertada pelo profissional de saúde, culmine em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que constitui um direito da mulher e que cabe a ela recusar ou concordar com as práticas que serão empregadas na sua assistência. As ações características de violência obstétrica não são bem distinguidas pela equipe de saúde. Igualmente, os mecanismos de reclamação e agências de assistência às mulheres vítimas de violência obstétrica e violência em geral são desconhecidos pelos integrantes da equipe de saúde.¹³

◆ Violência obstétrica na percepção das usuárias

Em um estudo com puérperas, foi observado que 51% das mulheres analisadas foram submetidas à cesárea, uma proporção quase duas vezes e meia maior que o índice de 15% estipulado pela Organização Mundial da Saúde e que, dessas, 24,5% não puderam ficar com acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em desacordo com a Lei n.º 11.108/2005. Esse fato rompe com os direitos sexuais, reprodutivos e humanos no parto e nascimento e com as expectativas das mulheres quanto ao seu direito de escolha. Para a avaliação de Transtornos de Adaptação (TA) no pós-parto decorrentes do parto, faz-se necessário lembrar que uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos é apontada na determinação de transtornos e depressão pós-parto. Ambas as questões (a do acompanhante e a do tipo de parto) se relacionam especialmente ao atual modelo de atenção obstétrica prevalente na maior parte das instituições de saúde, rompendo com os direitos legais e o protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento que não têm sido prioridade.^{12,18}

Outro estudo demonstrou que 49,4% das mulheres manifestaram algum tipo de trato desumano por parte dos profissionais de saúde, com práticas de descuido para a mulher expressando condutas de violência obstétrica, com 66,8% de mulheres submetidas a procedimentos médicos sem o seu consentimento; 36,7% perceberam que

Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS et al.

foram violentadas e 20,5% não reportaram ter sofrido algum tipo de prática violenta durante a sua assistência. Com relação tipo de trato desumano, 23,8% relataram que foram impedidas de ter contato com o recém-nascido e 21,6% receberam críticas por chorar e gritar durante o trabalho de parto; 19,5% sentiram que era impossível manifestar suas ansiedades e inquietações com medo de represálias.^{14,19}

Ao relacionar o tipo de violência com o seu causador, observou-se que, para todos os tipos, a enfermeira foi vista como a causadora de maior frequência e, em segundo lugar, o médico. Em relação ao tipo de procedimento realizado sem consentimento, 37,2% reportaram a realização de toques vaginais dolorosos e repetitivos; 31,3% descreveram a administração de medicamentos para acelerar o parto; 24,9% afirmaram que foram obrigadas a permanecer em decúbito dorsal, sem liberdade de movimentação, e apenas 12,7% receberam explicação sobre o consentimento informado. Outro ponto percebido foi que 27,3% das mulheres reconhecem a expressão violência obstétrica, mas apenas 19,3% sabem onde denunciá-la, o que significa um pequeno grupo em comparação com o empenho das autoridades em divulgar o entendimento das medidas punitivas aos profissionais de saúde frente ao descumprimento da Lei Orgânica para o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência.^{14,19} Os resultados mostram a gravidade do quadro de violência obstétrica que anula os direitos das mulheres, além de romper com o protagonismo de cada uma no parto e nascimento.

Em outro estudo, foi observado que as mulheres percebem como desnecessários os exames vaginais repetitivos e a episiotomia e consideram essa prática desconfortável e desumana. Já a cesariana é vista como antinatural por elas, que acreditam que esse procedimento vem sendo utilizado de forma indiscriminada. Em relação a ter ou não confiança na equipe de saúde, relataram que há desconfiança em relação aos profissionais sob a justificativa de que a maioria deles não tem o devido preparo e é considerada incompetente quanto à assistência ao parto de forma natural. As mulheres também relataram que foram submetidas a abuso físico e verbal, a um tratamento rude, desrespeitoso, insultante e raivoso por parte de equipe de saúde, inferindo-se que os maus-tratos ainda ocorrem de acordo com a condição socioeconômica e nível de escolaridade da mulher,^{19-20,21-22} prática essa do cotidiano das maternidades cujo propósito é o de expressar uma cultura

A violência obstétrica no contexto do parto...

institucionalizada em que o agir profissional acontece de forma desrespeitosa e violenta.

Estudo multicêntrico realizado em países da Europa para avaliar a assistência recebida, de acordo com a opinião das mulheres, constatou que uma em cada cinco grávidas que frequentaram a rotina de cuidados no parto e nascimento relataram ter havido algum tipo de abuso. As mulheres afirmaram que os profissionais alegavam certeza de que sabiam o que era melhor para a mulher, mas acabavam adotando posturas e atitudes que as desagradavam porque eram vistas como desumanas perante a sua condição feminina e faziam com que se sentissem privadas de sua autonomia e dos seus direitos.^{20,21}

CONCLUSÃO

Práticas no cuidado na assistência obstétrica como episiotomia; manobra de Kristeller; proibição de movimento; imposição da posição ginecológica ou litotômica; proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto e pós-parto; toda e qualquer ação ou procedimento que seja realizado sem o consentimento da mulher e que não seja baseado em evidências científicas atuais, sejam de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material, são consideradas violência obstétrica. Vale ainda ressaltar que tanto as usuárias, quanto os profissionais apontaram para a ineficiência dos hospitais, cuja estrutura física não fornece às mulheres um ambiente propício, acolhedor, seguro para que elas tenham seus filhos de forma digna e onde sejam desenvolvidas as boas práticas para o trabalho de parto e nascimento. Torna-se necessária uma capacitação dos profissionais de saúde para promover uma assistência humanizada e adequada para o cuidado à saúde da mulher.

Portanto, há a necessidade de estudos que destaquem a temática junto aos profissionais da área de saúde, com ênfase nas boas práticas nela inclusas e a observância e o cumprimento das legislações, punições e formas de denúncia, a fim de promover uma reflexão junto aos mesmos, tendo em vista uma possível transformação em sua prática apresentando formas não violentas, não impostas de estabelecer a autoridade profissional por meio da criação de um vínculo baseado no respeito mútuo e na segurança quanto às técnicas utilizadas durante o período, seja ele no trabalho de parto, no parto ou no puerpério.

De igual forma, faz-se necessária a realização de pesquisas que empoderem a mulher por meio de conhecimento a respeito

da violência obstétrica: suas definições, leis, formas de denúncia e, ainda, a respeito das boas práticas para o trabalho de parto e nascimento tendo como finalidade não só oferecer-lhes o poder de escolha, mas garantir-lhes os direitos legais.

REFERÊNCIAS

- Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28]; 19(4): 614-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/en_1414-8145-ean-19-04-0614.pdf
- Aguiar JM, D'oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface comun saúde educ [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 28];15(36): 79-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>
- Aguiar JM, D'Oliveira AFL, Schraibe LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 28]; 29(11): 2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>
- Souza AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lanski S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 28];20(2):324-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf
- Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. Rev bras crescimento desenvolv hum [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];25(3):377-84. Available from: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>
- Rodrigues DP, Alves VH, Branco MBLR, Mattos R, Dulfe PAM, Vieira BDG. Obstetrical violence as practice in health care to woman during labor: reflective analysis. J nurs UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];9(Supl. 5):8461-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10613/11595>
- Rede Parto do Princípio [Internet]. Violência Obstétrica: parirás com dor. Brasília; 2012 [cited 2017 Jan 28]. Available from: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28]; 10(35): 1-12. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 28];8(1):102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 LDA; 2011.
- Benevides JL, Caoutinho JFV, Tomé MABG, Gubert FA, Silva TBC, Oliveira SKP. Characterization of chronic injuries in the elderly assisted in the family health strategy. J nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2017 Ago 30];11(5):1943-52. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23330/18924>
- Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchi NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. Online braz j nurs [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 28];11(3):907-22. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884/pdf>
- Faneite J, Feo A, Merlo JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev obstet ginecol Venezuela [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 28];72(1):4-12. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n1/art02.pdf>
- Terán P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev obstet ginecol Venezuela [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 28];73(3):171-180. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
- Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Obstetric violence according to obstetric nurses. Rev RENE [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 28];15(4):720-8. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514/pdf_1
- Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y La violencia obstétrica. Rev estud fem [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 28];24(1):101-17. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n1/art02.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00101.pdf>

17. Smith-Oka V. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in México. *Soc sci med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];143:9-16. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26331863>

18. Regis JFS, Resende VM. "Daí você nasceu minha filha": análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. *DELTA* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];31(2):573-602. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/delta/v31n2/1678-460X-delta-31-02-00573.pdf>

19. Pereira CJ, Domínguez AL, Merlo JT. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev obstet ginecol Venezuela* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];75(2):81-90. Available from:

<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v75n2/art02.pdf>

20. Lukasse M, Schroll A, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Parys AV, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28];94(5):508-17. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25627169>

21. Jewkes, R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 28]; 12(6): 1-4. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488340/pdf/pmed.1001849.pdf>

22. Bohren MA, Hunter EC, Munthe KHM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod health* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 28];11(1):3-17. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247708/pdf/12978_2014_Article_330

Submissão: 11/08/2017

Aceito: 13/11/2017

Publicado: 01/01/2018

Correspondência

Diego Pereira Rodrigues
Rua Desembargador Leopoldo Muylart, 307
Bairro Piratininga
CEP: 24350-450 – Niterói (RJ), Brasil