

Fatores associados à violência contra a mulher durante o parto no Brasil: Revisão integrativa de literatura



<https://doi.org/10.56238/sevened2023.006-139>

Thiago Miranda Soares Caram

Discente do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

João Vitor de Andrade Borges

Discente do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

Ana Luiza Pontes Costa Wolney

Discente do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

RESUMO

A violência obstétrica (VO) é entendida como toda violência física, moral, patrimonial ou psicológica vivida por uma parturiente no parto, no pós-parto e no puerpério. Nesse interim, a presente revisão integrativa foi elaborada com o intuito de identificar os fatores associados, na literatura científica, a persistência dessa violência obstétrica no Brasil. Tem como objetivo descrever os fatores associados em diferentes âmbitos sociais e a dificuldade encontrada pelas mulheres em reconhecer esse tipo de violência. Utilizou-se catorze artigos originais que respondem a pergunta norteadora desse estudo:

“quais os fatores associados a persistência da violência obstétrica no Brasil?”, encontrados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), utilizando os descritores em saúde – DeCS: “Obstetric Violence”; “Parturition” e “Brazil”, bem como sinônimos, que foram combinados com o operador booleano “AND”. Apurou-se que os estudos analisados apontaram que cada experiência de parto, pós-parto e puerpério é particular, mas que existem fatores que associam essa experiência a uma violência vivida, sendo elas pessoal, interpessoal, institucional e assistencial. dos artigos revisados, que as mulheres participantes dos estudos relataram suas experiências como parturientes sofreram diferentes tipos da violência obstétrica. Conclui-se que dos artigos revisados, as mulheres participantes dos estudos relataram suas experiências como parturientes sofreram diferentes tipos da violência obstétrica, sendo necessário a realização de posteriores estudos, no intuito de esclarecer de forma mais sólida a persistência desses relatos de VO no Brasil.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Parto, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A mulher, no Brasil, através de um grande passado histórico, é vítima de diversas violências e desigualdades que se entrelaçam firmemente criando uma raiz de estrutura social que perpetua desde o dia a dia e a rotina de trabalho da mulher até à prestação de serviços de saúde, o que inclui o processo de gestação, o parto e o puerpério. Seguindo essa linha de raciocínio, é notório que, somente em 1983, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, houve a inclusão da mulher nas políticas de saúde do país. (BRASIL, 1983).

Diante do exposto, é importante ressaltar que dentre as formas de violência, está a obstétrica, entendida como toda violência física, moral, patrimonial ou psicológica praticada contra a mulher no momento do parto, no pós-parto e no puerpério (MARQUES, 2020), que é



atingida pela falta de estudos em consequência de poucos instrumentos e de poucas informações, e que assola tantas mulheres brasileiras. Além disso, a pouca discussão, consequente da negligência dos próprios profissionais da área da saúde, entre o médico a paciente e dentro da equipe multidisciplinar, atenua um ato que traz dificuldade na efetividade de políticas públicas que combatam esse tipo de violência. (MELO *et al.*, 2022)

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Essa política, apesar de ser um marco no que tange aos direitos de saúde e de reprodução da mulher, vem também sendo ignorada e má praticada, o que acarreta, ainda mais, na reprodução da violência obstétrica no território nacional. (BRASIL, 2011).

É evidente que essa violência, mesmo que atinja mulheres de todo o país, é extremamente marcado pela teoria da diversidade e da universalidade do cuidado cultural, que é baseada no fato de que as estruturas sociais e as diversas culturas territoriais influenciam no estado de saúde da mulher, o que culmina, principalmente, em uma maior prevalência dentro de determinados grupos sociais que englobam, dentre outros: mulheres que se declaram pretas ou pardas, mulheres presas e mulheres que sofrem com qualquer tipo de violência advindos de seus parceiros. Isso mostra uma fragilidade e uma vulnerabilidade de determinados grupos que são marginalizados e que estão à mercê de uma sociedade excludente e desigual (MELO *et al.*, 2022).

Assim, pela importância do tema no que se relaciona ao cuidado na hora do parto, no pós-parto e no puerpério, ao crescente número de mulheres que sofrem, em silêncio e sem nenhum tipo de ajuda, com a violência obstétrica, às reduzidas pesquisas e estudos que abrangem o tema e ao descaso dos profissionais da saúde em relação a esse importante debate, esta revisão integrativa de literatura tem como objetivo caracterizar esse tipo de violência, descrever os fatores a ela associados, mostrar a percepção de diferentes âmbitos sociais e a dificuldade de reconhecimento da violência pela própria mulher.



2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, tendo como pergunta norteadora: “quais os fatores associados a persistência da violência obstétrica no Brasil?”.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), através do motor de busca Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores em ciências da saúde – DeCS “*Obstetric Violence*”; “*Parturition*” e “*Brazil*”, bem como sinônimos, que foram combinados com o operador booleano “AND”. A data da busca dos artigos foi em setembro de 2022.

Foram utilizados como critério de inclusão artigos completos em língua inglesa e portuguesa disponíveis, publicados nos últimos 5 anos, e que tivessem os descritores no título do artigo. Dessa forma, ao realizar a busca por artigos da literatura médica que se adequassem ao tema da presente revisão integrativa, foram encontrados um total de 44 artigos na base de dados selecionada, sendo que, desses, foram excluídas as revisões sistemáticas e artigos que não fizessem referência ao tema proposto, sendo selecionados 14 estudos de acordo com os critérios de inclusão para a descrição específica.

3 RESULTADOS

Os dados expostos no **Quadro 1** elucidam artigos incluídos na análise da revisão integrativa de literatura, bem como o desenho de estudo e seus principais achados acerca dos resultados, organizados em categorias como: pessoal; interpessoal; institucional e assistência.

Dessa forma, dado o estudo dos artigos apresentados, percebeu-se que a violência obstétrica possui tipos e prevalência diferentes, já que cada gestação e experiência de parto é um processo único e individual, com suas particularidades.



Quadro 1: Artigos incluídos na análise da revisão integrativa de literatura.

Categorias	Autoria (ano)	Desenho de estudo	Principais achados
Institucional	DORNELAS <i>et al.</i> (2022)	Estudo observacional, com abordagem descritiva.	A maior parte das mulheres relataram sofrer algum tipo de situação de violência obstétrica durante a assistência ao parto, uma minoria relatou o contrário.
	OLIVEIRA <i>et al.</i> (2022)	Estudo de coorte retrospectivo de aspecto observacional.	Todas as mulheres entrevistadas relataram ter sofrido pelo menos uma forma de violência obstétrica, tornando necessário uma maneira de otimizar a formação dos profissionais de saúde.
	LAMY <i>et al.</i> (2021)	Estudo prognóstico de abordagem qualitativa.	Evidenciou-se mudanças em relação às boas práticas da Rede Cegonha, mas ainda existem muitos desafios por conta do modelo de gestão hierárquico.
	COSTA <i>et al.</i> (2021)	Estudo prognóstico com abordagem qualitativa.	Conclui-se que os enfermeiros obstetras vivenciam desordem em relação à sua autonomia e como consequência, vivenciam sentimentos negativos na atuação.
	ANDRADE <i>et al.</i> (2018)	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.	Percebeu-se que os problemas existem em toda a cadeia de cuidados obstétricos, permitindo entender como as instituições de saúde se organizam para atender complicações maternas graves.
	BATISTA <i>et al.</i> (2017)	Estudo de prevalência, transversal.	Concluiu-se que as atitudes dos profissionais de saúde influenciam na satisfação dos acompanhantes, uma vez que vivenciam todo o processo parturitivo.
	SOUZA <i>et al.</i> (2017)	Estudo descritivo, transversal.	Identificou-se alta prevalência de depressão pós-parto, com associação a diversos indicadores de violência psicológica durante o parto, que caracteriza uma violência obstétrica.
	ZANCHETTA <i>et al.</i> (2021)	Pesquisa qualitativa, usando do método reflexivo.	Constatou-se ações como resistência ao assunto na rede hospitalar, negligência e questionamentos distorcidos.
Assistência	NASCIMENTO <i>et al.</i> (2022)	Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.	Percebe-se a necessidade de se discutir sobre o papel dos enfermeiros na assistência ao parto e prevenção da violência obstétrica, buscando ferramentas que podem aprimorar o atendimento.
	SUPIMPA (2021)	Relato de caso de abordagem qualitativa.	A pesquisa demonstrou que mulheres imigrantes vivenciam o processo de parto com expectativa, mas foram percebidos desafios culturais na formação e atuação da enfermagem.
	LANSKY <i>et al.</i> (2019)	Estudo transversal, com componente quantitativo e qualitativo.	Concluiu-se que a participação na exposição Sentidos do Nascer aumentou o nível de conhecimento sobre violência obstétrica entre as gestantes.



Interpessoal	DALENOGARE <i>et al.</i> (2022)	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva exploratória.	Observou-se achados de violência psicológica, condições precárias de vivência e atitudes hostis durante o parto, o que deixa as mulheres em estado vulnerável em situação prisional.
	LIMA <i>et al.</i> (2021)	Pesquisa de abordagem qualitativa.	Observou-se que o racismo estrutural dificulta o acesso das mulheres negras aos seus direitos como parturiente, reforçando as práticas de violência na assistência ao parto.
Pessoal	MELO <i>et al.</i> (2022)	Estudo transversal de abordagem qualitativa.	Observou-se ausência de conhecimento do parto/trabalho de parto, resultante da falta de comunicação e acesso à informação.

4 DISCUSSÃO

4.1 PESSOAL

Dentre as principais definições em que o termo “Violência Obstétrica” (VO) se enquadra, existe uma linha de raciocínio que não se altera: o fato de que esse tipo de violência acomete inúmeras mulheres que sequer sabem que estão sendo violadas. Há uma gama de sentidos em que essa violência está presente, que inclui: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Isso é expresso em atitudes que abrangem: mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários. Além disso, o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas (exemplo: raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de edema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto) também se enquadram na chamada violência obstétrica.

Segundo Lansky *et al.* (2019), uma das grandes questões que atinge de maneira direta o combate à VO é a dificuldade que as mulheres têm em reconhecê-la durante o processo. É dito que a relação de poder entre profissionais e mulheres na atenção ao parto interfere no exercício da sua autonomia e preservação da integridade corporal e psicológica, para a decisão e escolhas informadas. Para isso, a exposição Sentidos ao Nascer, teorizada pelos estudos, contribuiu para o aumento do conhecimento das gestantes sobre VO, o que resultou em uma experiência de parto e nascimento mais satisfatória, além de ter contribuído para o aumento do conhecimento e do empoderamento das mulheres com relação às práticas assistenciais recomendadas.



De acordo com o autor supracitado, dentre os principais fatores associados à VO, estão: A prática clínica distanciada das evidências científicas, a falta de transparência e a concentração de poder na tomada de decisões nas relações profissionais e institucionais com os usuários da saúde favorece a banalização de procedimentos não recomendados, que passam a ser consideradas normais. Relacionando esses fatores à realidade, o estudo de Dornelas *et al.* (2022), mostram que a maioria das mulheres participantes referem ter sofrido pelo menos um tipo de situação que se encaixa dentro do quadro definido pela Organização Mundial da Saúde, que destaca cinco categorias de violência: intervenções rotineiras e medicalização desnecessárias; abuso verbal, humilhação ou agressão física; falta de material e instalações inadequadas; práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mulher; discriminação cultural, econômica, religiosa e étnica.

Entretanto, apenas uma pequena parcela delas perceberam ser violadas. O estudo “Nascer no Brasil”, observado pelos autores mostra - com a colaboração de um extenso número de mulheres, que os procedimentos relacionados ao trabalho de parto e parto são cada vez mais violentos, que as boas práticas durante o trabalho de parto foram observadas em menos da metade delas. Além disso, diversos outros estudos foram analisados e foi evidente que a maioria das mulheres observadas sofreram diversos tipos de VO, o que inclui, por exemplo, o uso de intervenções necessárias e a realização de procedimentos médicos sem consentimento prévio. Outras situações de relevância relatadas foram: a impossibilidade de comer/beber durante o trabalho de parto, ter a barriga espremida para ajudar no parto e a impossibilidade de escolher um acompanhante; e, novamente, a não percepção das mulheres que elas estão sendo violadas.

Em consonância, Oliveira *et al.* (2022), reiteram a falta de informação, a avaliação de outros aspectos diretamente relacionados à assistência recebida nos hospitais de ensino que evidencia situações tidas como VO, na medida em que desrespeitam diretrizes científicas para a garantia da qualidade da assistência, como a impossibilidade da presença de acompanhante escolhido pela parturiente, realização de procedimentos sem autorização da mulher, profissionais de saúde gritando para se comunicar com a mulher e ausência de acolhimento durante a vivência hospitalar. Eles usaram de argumentos constitucionais para se referir aos problemas anteriormente citados, como com a Lei nº 11.108, que garante a presença do acompanhante (indicado pela mulher) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para mais, foi salientado também a importância da presença do acompanhante no processo do parto, o que inclui: maior satisfação geral da mulher com a experiência do processo de parto (promovendo conforto e segurança), menor uso de medicamentos para dor alívio e redução do índice de intervenções como cesariana e episiotomia, e melhores índices de Apgar para bebês ao nascimento. Sendo assim, confirmado por Oliveira *et al.* (2022), que os acompanhantes conseguem avaliar a forma como a mulher foi assistida e que, apesar dos benefícios comprovados, a sua presença não foi capaz de



inibir totalmente as atitudes dos profissionais que caracterizam a violência verbal, física e psicológica. Na Pesquisa Nascer no Brasil, ter o acompanhante em todos os momentos foi associado à menor chance de as mulheres sofrerem violência e pode estimular uma relação mais cordial por parte dos profissionais de saúde. É dito também por Oliveira *et al.* (2022), que o cuidado prestado à mulher na obstetrícia é uma forma de preservar a dignidade, a privacidade e a confidencialidade e de libertá-las de maus-tratos relacionados, por exemplo, a escolha informada do tipo de parto e ao acolhimento/apoio durante o parto.

4.2 INSTITUCIONAIS

Vale frisar que os estudos mostram que entre as mulheres que se sentiram acolhidas e amparadas durante a internação, o profissional de saúde pertencia à equipe de enfermagem em mais da metade dos casos. Dentro disso, em um estudo realizado em uma unidade de Pré-Natal/Parto/Pós-Parto (PPP) de um hospital de ensino do Mato Grosso, feito com o intuito de analisar a assistência prestada após a inserção de enfermeiras obstétricas, constatou que a prática desses profissionais está associada aos princípios da humanização do parto e nascimento, promovendo a valorização/qualificação de seu processo de trabalho. Para mais, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a enfermeira obstétrica caracteriza-se pela singularidade na prestação de cuidados, que proporciona à mulher um cuidado livre de danos, proporcionando a promoção e prevenção de agravos, com foco no autocuidado, respeitando a dignidade humana e usufruindo plenamente dos direitos humanos, emponderando-os nas escolhas, para que as tentativas de práticas culturais nocivas não tirem seu protagonismo em caso de gravidez e os tornem fortalecidos nas escolhas de forma que a gravidez pode ser considerada um evento normal da vida.

Tratando do mesmo assunto anteriormente citado, Nascimento *et al.* (2022) destaca que a parturiente necessita da compreensão dos profissionais de saúde que na maioria das vezes parte dos enfermeiros, que estão presentes prestando suportes humanizados, qualificando o cuidado, e trazendo melhor desfecho no que concerne à experiência do parto vivenciada pelas mulheres. Dito isso, observa-se que são adotadas medidas desnecessárias, por parte dos médicos obstetras, que desencadeiam a violência a partir da fragilidade e da falta de conhecimento das parturientes, muitas vezes a fim de apenas acelerar o processo do nascimento. Os autores seguem dizendo que a enfermagem, nesse processo, tem atuado em discussões acerca da saúde da mulher e, em consequência disso, o Ministério da Saúde tem criado portarias, mecanismos e ferramentas que favorecem a atuação dos enfermeiros na atenção integral à saúde feminina, reconhecendo o parto como um processo natural, fazendo que a assistência seja humanizada a fim de amenizar intervenções e riscos significativos.

Em consonância, Costa *et al.* (2021), cita que a enfermeira enfrenta dificuldades em relação à autonomia técnica na condução do parto de risco habitual, pois elas relatam que a indicação de



procedimentos, a prescrição de condutas e a atenção ao parto são pouco desenvolvidas por elas. Por outro lado, suas vivências e valores afetam o cotidiano da prática profissional, interferindo diretamente em sua autonomia. Além disso, é mostrado que a institucionalização do parto resultou do desenvolvimento do saber médico e nos processos de medicalização.

Então, observa-se ainda que nas situações de divergência de opinião entre o profissional e a parturiente, o saber médico é priorizado, o que, em conjunto, faz com que a incorporação de boas práticas no parto seja insuficiente no Brasil. Provando isso, Batista *et al.* (2017), diz que alguns profissionais de saúde não realizam o acolhimento, desenvolvendo diversas outras tarefas de maneira simultânea e tecnicista, sem reflexão sobre aquilo que faz. Isso fere, por exemplo, a Rede Cegonha, deixando de ter um atendimento humanizado, deixando de ter um atendimento humanizado, com atenção à saúde da mulher. Esta desumanização da assistência no parto, bem como a violência obstétrica e o não cuidado, é caracterizada por uma violência consentida, já que as mulheres se veem numa relação de subordinação e temem pelo bebê e pelo atendimento.

4.3 ASSISTENCIAIS

Com isso, foi notável que a partir do século XX começa a se ter uma preocupação maior sobre a mulher, criando até políticas para evitar que esse tipo de violência, que agora era notável, acontecesse. Logo, criaram-se políticas públicas para que esse número diminuísse, sendo a mais destacada entre elas a Rede Cegonha, a qual tinha como objetivo promover um modelo qualificado e humanizado de atenção. Porém, em muitos casos, a mulher continuava sofrendo desigualdades e sendo suscetível a violência obstétrica. Ademais, como demonstra o estudo de Villar *et al.* (2022), no cenário atual, o modelo de cuidado obstétrico empregado é do tipo intervencionista, o que acaba culminando em um uso ampliado e sem critérios de intervenções durante o período de gravidez, parto e puerpério, o que demonstra essa contrariedade ao Ministério da Saúde.

Um exemplo disso, mostrado pelo artigo de Lamy *et al.* (2021) seria nas escolas médicas, onde é ensinado aos profissionais que as parturientes não têm direito de escolha e que a necessidade de ensino é mais importante que a autonomia ou a integridade delas, banalizando a violação dos direitos das mulheres. Outra situação relatada no artigo seria a falta de estrutura e de recursos humanos, assim como a superlotação, questões apontadas pelos profissionais como responsáveis pela violação de direitos, as quais geram uma insatisfação da mulher em relação ao profissional, podendo ser levado para o âmbito de violência.

Então, pode se notar que muitas maternidades espalhadas pelo Brasil, devido a diversos fatores, vão de contramão aos conceitos da política nacional da Rede Cegonha, e isso acaba gerando uma prevalência de VO. Além desse fator, o artigo de Leite *et al.* (2020) evidenciou que o termo VO é muito pouco estudado, gerando diversas lacunas sobre esse tema. Essa escassez de estudo se deve à falta de



consenso em relação à terminologia e à definição desse campo teórico e, principalmente, a inexistência de um instrumento validado para captar esse constructo de forma mais acurada. Essa falta de estudo dificulta com que Estado promova políticas públicas para prevenir esse tipo de violência, contribuindo para a preservação da VO no meio médico.

4.4 INTERPESSOAIS

Sob outro viés, é evidente que a violência obstétrica tem ligação direta com questões sociais, de modo que minorias como mulheres negras, pobres, sem escolaridade, presas ou imigrantes, são consideravelmente mais afetadas por ela. O estudo feito por Mourão (2020) trata especificamente da violência contra mulheres negras, que muitas vezes também tem pouca escolaridade, trazendo dados da pesquisa “nascer no Brasil” que constatam que as maiores vítimas da violência obstétrica são elas: “Os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores para as mulheres pardas ou pretas, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto por via vaginal, que não tiveram acompanhante durante a internação, atendidas no setor público ou que tiveram trabalho de parto.

Logo, os percentuais de mulheres que avaliaram os diversos aspectos da relação com os profissionais de saúde como ‘excelente’ foram maiores para as mulheres de cor branca, da classe A/B, com escolaridade superior completo, da Região Sul, submetidas à cesariana, que tiveram acompanhante durante a internação, atendidas no setor privado, e que não passaram pelo trabalho de parto.”. Nesse enfoque racial, Lima *et al.* (2021) também trata da ausência institucional como forma de violência - de forma que a mulher não recebe orientações, muitas vezes nem sabendo onde será seu parto - e como essa falta de orientação e de vínculo com a maternidade de referência é consideravelmente maior com as mulheres negras, gerando um maior risco de violência na hora do parto.

Sob outro enfoque nas minorias sociais, a autora Melo *et al.* (2022) evidencia o exemplo da mulher pobre e de baixa escolaridade, que é colocada em posição de desigualdade frente aos profissionais de saúde, os quais detêm o conhecimento científico e o prestígio de sua condição, e transformando a mulher em apenas um objeto de tratamento e não protagonista de seu próprio cuidado. Ademais, as mulheres imigrantes também são afetadas, como afirma Supimpa *et al.* (2021) com um estudo em São Paulo que verificou o perfil das mães imigrantes que tem seus filhos na cidade e constatou que o maior grupo de multíparas também teve um índice maior de início do pré-natal tardio e maior incidência de cesarianas, fatores que configuram violência obstétrica. No artigo, também é tratada a negligência do sistema em relação a dor dessas mulheres, que não recebem os métodos adequados para aliviar essa dor nem apoio ou suporte social dos profissionais de saúde em um momento tão desgastante, associando isso com o fato de que a incidência de depressão pós-parto é reportada



como duas vezes maior em mulheres imigrantes do que em nativas, refletindo evidentemente uma assistência precária no parto.

Concluindo, o estudo de Dalenogare *et al.* (2022) trata da violência obstétrica sofrida por mulheres presas, que frequentemente também são parte de outras minorias também, como afirma o perfil sociodemográfico do estudo: das mulheres brasileiras que gestam nas prisões 70% declaram-se negras, 56% são solteiras, 48% possuem de 1 a 7 anos de estudos e 62% estão presas em função do envolvimento com o tráfico de drogas. O artigo mostra como as relações de poder - com os policiais e funcionários da prisão tendo autoridade sobre as encarceradas – possibilitam atitudes de abusos com as gestantes, que vão desde violência física, com meios de tortura como ameaças e sufocamento, até outras formas expressas pela exposição à violência psicológica e negligência. Dessa maneira, é evidente que existe, além da violência de gênero por si só, a que provém da exclusão social, perpetuando uma marginalização de certas minorias sociais até em momentos que deviam ser seguros para a mulher: a gestação, o parto e o puerpério.

Por fim, a prevalência da violência obstétrica segundo Souza *et al.* (2017), impacta em um aumento no índice de depressão pós-parto com enfoque nas diferenças étnicas raciais, como nas mulheres negras e as adolescentes, que continuarão caso a negligência profissional se perpetue.

5 CONCLUSÃO

Então, diante da discussão sobre os artigos apresentados, pode-se observar que a mulher ainda sofre com a saúde brasileira, o que inclui, dentro disso, a violência obstétrica. Esse termo, ainda possui uma definição muito fluida, pelo fato de que as mulheres podem se sentir violadas de diferentes formas e, além disso, não sabem que estão sendo violadas em uma determinada ação, o que acarreta a difícil preconização do que será violência obstétrica. Além disso, pode-se notar que de fato, a VO ainda perdura pela sociedade brasileira que se deve pela falta de estudos sobre o assunto, pelo seu desconhecimento (que é abordado de forma superficial nas escolas médicas) e, dentre outros, pela falta de cumprimento dos hospitais do que é preconizado por políticas públicas como a Rede Cegonha.

É importante ressaltar, que os artigos também enfatizaram, que além da violência obstétrica persistir no Brasil, esta tem maior incidência em alguns grupos de classes sociais. Isso fica evidente nos artigos, que trouxeram essa maior incidência em: mulheres que se declaram pretas ou pardas, com menor grau de escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos e mulheres presas. Além disso, as mulheres presas relataram uma relação de poder, no qual policiais e funcionários da prisão cometem alguns abusos com as gestantes, que são expostas a alguns tipos de violência, que vai desde violência física à violência psicológica contra essas gestantes.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para mais, a ideia da humanização garante melhoria na assistência, onde se busca ir contra práticas violentas, assim, substituindo técnicas mecânicas e hostis pelo modelo mais centrado na mulher como ser individual, por meio de um diálogo sadio entre usuários e profissionais de saúde. Nascimento et al diz que, no contexto da educação e evolução das tecnologias leves para o cuidado, pode-se citar alguns exemplos de boas práticas a serem exercidas, sendo elas: explicação detalhada dos procedimentos adotados; escuta atenciosa da mulher; extinção de procedimentos invasivos, contraindicados e que provoquem dor e/ou desconforto físico e moral; garantia do direito legal à participação da família e acompanhante; medidas não farmacológicas para o alívio da dor no parto; primeiro contato pele a pele; corte tardio do cordão umbilical; garantia da escolha da mulher quanto a via e forma de parto, entre outros.

Essas ações, em conjunto, devem ser implementadas no sentido de promover saúde e diminuir o risco da existência de violência, e o profissional que possui tais conhecimentos sobre o cuidado ofertado irá prestar melhor assistência para as mulheres, resultando em uma mudança singular de cenário, onde o que antes era visto como momento de aflição, passa a ser um espaço acolhedor, sem traumas e/ou prejuízos a curto e longo prazos.



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. S. V. *et al.* Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. *Cadernos de Saúde Pública* (online), v. 34, n. 7, 2018.
- BATISTA, B. D. *et al.* *Factors associated with the birth companion's satisfaction with the care provided to the parturient woman.* *Cogit. Eferm.* (online), v. 22, n. 3, p. 01-09, 2017.
- BRASIL, Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2005.
- BRASIL, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde (1983). Brasília, DF: Centro Gráfico, 1983.
- COSTA, M. C. M. *et al.* *Living disorders in the practice of obstetric nurse care: the complex look at the phenomenon.* *Rev. Pesqui.* (Univeridade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Online), v. 13, p. 490-496, 2021.
- DALENOGARE, G. *et al.* *Childbirth and pregnancy in prison: social belonging and vulnerabilities.* *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.), v.1, n. 25, p. 263-272, 2022.
- DORNELAS, A. C. V. R. *et al.* Abuso, desrespeito e maltrato na assistência ao parto: contribuição das Coortes de Ribeirão Preto, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), v. 27, n. 02, p. 535-544, 2022.
- LAMY, Z. C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), v. 26, n. 3, p. 951-960, 2021.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019.
- LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* (Impr.), v. 24, n. 2, p. 483-491, 2022.
- LIMA, K. D. *et al.* Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva* (online), v. 26, p. 4909-4918, 2021.
- MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020.
- MELO, B. L. P. L. *et al.* Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. *rev.cuid.* (Bucaramanga.2010), v. 1, n. 13, p. 1-16, 2022.



NASCIMENTO, D. E. M. *et al.* *Experiences in obstetric violence: Good nursing practices in birth assistance*. Nursing (São Paulo), v. 25, n. 291, p. 8242-8253, 2022.

OLIVEIRA, L. L. F. *et al.* *Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil*. Rev. bras. enferm., v. 1, n. 75, 2022.

SOUZA, K. J. *et al.* *Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression*. Revista de Saúde Pública (online), v. 51, p. 69, 2017.

SUPIMPA, L. S. *Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento*. Biblioteca de Ciências da Saúde, p. 144, 2021.

VILLAR, V. C. F. L. *et al.* *Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de Facebook?* Cadernos de Saúde Pública (online), v. 38, n. 7, 2022.

ZANCHETTA, M. S. *et al.* *Reflexão metodológica sobre o trabalho de campo de pesquisa internacional multicêntrica Brasil-Canadá*. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 25, n. 2, 2021.

MOURÃO, L. M. A. *Por que mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica?* Monografia (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.