

Título: Violência obstétrica: impacto das intervenções médicas durante ciclo gravídico-puerperal.

RESUMO:

Introdução: Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, a taxa de cesáreas em um determinado país deve estar em um intervalo de 10% a 15%, tendo em vista que essa via de parto acarreta riscos por ser um procedimento cirúrgico de médio a grande porte. Contudo, essa via no Brasil em 2010 era cerca de 52,3%, segundo a UNICEF. Ademais, tendo conhecimento de práticas intervencionistas desnecessárias, como a episiotomia e a manobra de *Kristeller*, que não possuem benefícios comprovados nem para a mãe e nem para o bebê, cabe a análise acerca de intervenções médicas durante ciclo gravídico-puerperal que se desdobram em uma violência obstétrica no país. **Objetivo:** Descrever acerca do impacto da introdução de medidas médicas autoritárias e que não levam em consideração a autonomia da mulher sobre a escolha da via de parto, assim como durante a ocorrência dela e no período puerperal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática que utiliza artigos científicos das bases de dados como *Scielo* e *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*. **Resultados:** Foram selecionados 08 artigos desde 2011 acerca da violência obstétrica e das vias de parto, tanto na visão das equipes de saúde que estão em contato constantemente com grávidas e puérperas, quanto pela visão dessas mulheres. **Conclusões:** Compreender de fato o que é a violência obstétrica e como ela pode ocorrer durante o ciclo gravídico-puerperal. Essa compreensão, além de evitar a negligência do uso do termo, ainda reduz as chances de ocorrência de intervenções médicas que possam ser incluídas nessas ações. Nesse sentido, percebe-se que intervenções que utilizam da hierarquia médica sem considerar a autonomia da mulher tanto na escolha da via de parto quanto durante o procedimento em si, podem se encaixar como violência obstétrica e causarem consequências emocionais para essas mães durante o puerpério.

Palavras-chave: Vias de parto, Violência obstétrica, Obstetrícia, Cesariana, Grávidas-puérperas.

INTRODUÇÃO

O processo de parir ultrapassa a questão fisiológica, isso porque envolve uma experiência íntima, pessoal, sexual, emocional e espiritual com interações entre pessoas, grupos sociais e instituições. Nesse aspecto, a relação médico-paciente não deve ser banalizada, deve ser uma relação na qual haja a afirmação dos princípios éticos e que leve em consideração a autonomia e a decisão compartilhada.¹

No entanto, a construção dessa relação é lenta e, enquanto isso, situações de violência obstétrica permeiam a vivência das mulheres durante esse ciclo gravídico-puerperal.⁷

Nesse sentido, há duas questões importantes a serem pontuadas: a primeira é a escolha da via de parto e a segunda é o procedimento em si. Assim, segundo a Organização Mundial da Saúde, as taxas de cesáreas devem estar em um intervalo entre 10% a 15%.³ Sendo que há evidências de que, quanto mais as taxas de cesárea se distanciam dos 15% mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e neonatal.⁴ No entanto, a proporção de cesarianas chegou a 52,3% do total de partos em 2010.⁵ Essa discrepância entre a teoria e a prática está ligada a fatores como a conveniência, comodidade médica, rapidez e melhor rendimento financeiro, que propiciam que profissionais médicos optem pela exposição das parturientes à cesariana, mesmo sem haver indicação técnica.⁶

No entanto, essa relação na prática, a partir dos dados, torna-se preocupante, tendo em vista que o parto cirúrgico apresenta maiores riscos de infecções e hemorragias, além do risco do procedimento anestésico, isso porque é uma cirurgia de médio a grande porte, sendo necessária sua indicação em casos pontuais no qual a mãe e/ou o bebê correm risco de vida e então essa via de parto se mostra eficaz e importante para evitar agravamentos do quadro dos envolvidos³, sendo assim primordial na redução da morbimortalidade materna e neonatal quando indicada.⁶ Mas deve ser ressaltado que a partir de análises epidemiológicas, percebe-se que há um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas no Brasil.²

Em segundo plano, tangente ao procedimento, a violência obstétrica se caracteriza desde maus-tratos físicos, psicológicos e verbais e chegam até aos procedimentos que causam sentimentos de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional, insegurança e medo nessas mulheres. Ademais, há ações como os toques no corpo da mulher sem o seu consentimento, a imposição de valores, julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de

privacidade. Ainda, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, a falta de analgesia, o toque vaginal doloroso, negação de algum tipo de alívio para a dor, exames vaginais repetitivos, episiotomia e fórceps sem indicação, manobra de Kristeller, que é potencialmente danoso para a mulher e para o bebê são algumas das ações que caracterizam esse tipo de violência.⁴

Assim, a partir dos dados apresentados pela literatura, somente 5% dos partos de baixo risco ocorreram sem intervenções médicas desnecessárias. Nesse aspecto, as mais frequentes são: o uso da ocitocina e amniotomia (40%), manobra de Kristeller (37%) e episiotomia (56%). E somente 18,8% das parturientes tiveram assegurada a presença de acompanhante.⁵

É evidente, ainda, que a banalização do termo “violência obstétrica”, negligencia os casos nos quais essa prática ocorre. Nesse contexto, apesar de muitas mulheres desconhecerem a expressão, é possível identificar situações nas quais ocorrem esse tipo de violência.⁶ A partir dessa análise, o empoderamento feminino a partir da autonomia e do conhecimento promovem a defesa dos seus direitos sexuais e reprodutivos.⁸

Dessa forma, o objetivo deste resumo é descrever acerca do impacto da introdução de medidas médicas autoritárias e que não levam em consideração a autonomia da mulher sobre a escolha da via de parto, assim como durante a ocorrência dela e no período puerperal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa de análise quantitativa. A escolha desse método foi devido ao estabelecimento de critérios bem definidos para a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de agosto de 2021 e para a seleção dos artigos, foram utilizadas as seguintes bases de dados indexadas na *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*.

Primeiramente, foram identificados cerca de 250 artigos científicos utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS): parto, violência obstétrica. A partir dos critérios de inclusão: Brasil, língua portuguesa, compreendidos entre 2011 e 2021 foi possível encontrar cerca de 11 artigos. Excluindo-se as revisões sistemáticas, primordialmente, foi possível selecionar os 08 artigos utilizados.

Após a seleção, iniciou-se o processo de leitura fluente a fim de coletar dados e resultados importantes para o estudo. Esse processo de análise foi realizado de forma sistemática para a produção de conteúdo e assim responde ao objetivo proposto por este estudo: a análise temática. Os temas abordados nos artigos foram: violência obstétrica, vias de parto, empoderamento feminino no planejamento do parto, observação das equipes de enfermagem acerca das violências às grávidas e puérperas, análise acerca da violência obstétrica pelo olhar médico.

Além da análise qualitativa, os dados foram consolidados por meio de dados quantitativos.

Não houve a necessidade de envio para a apreciação do Comitê de Ética, visto que é um estudo secundário, baseado em artigos publicados.

RESULTADOS

A partir da análise dos artigos, percebe-se que há uma distribuição maior de artigos nos últimos anos, sendo que os resultados mais frequentemente estão relacionados à Obstetrícia, em especial a Enfermagem obstétrica e também ao direito da mulher grávida, além da saúde da mulher, relação médico-paciente, violência obstétrica.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos segundo ano de publicação, título e periódico.

| Data de publicação | Título | Nome da Revista |
|--------------------|---|--|
| 2013 ² | Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. | Saúde em Debate |
| 2018 ⁸ | O plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. | Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. |
| 2019 ¹ | Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. | Interface - Comunicação, Saúde, Educação. |
| 2019 ² | A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. | Interface - Comunicação, Saúde, Educação. |

| | | |
|-------------------|--|---|
| 2019 ⁴ | Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. | Saúde em Debate |
| 2019 ⁶ | Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. | Enfermería Actual de Costa Rica. |
| 2020 ⁹ | O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. | Interface - Comunicação, Saúde, Educação. |

Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo ano de publicação, título e metodologia.

| Data de publicação | Título | Metodologia |
|--------------------|---|---|
| 2014 ⁵ | Dignificação, participação e autonomia das mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal. | Observação não participante, consulta a documento da instituição de saúde e entrevista semiestruturada. |
| 2018 ⁸ | O plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. | Entrevista semiestruturada. |
| 2019 ¹ | Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. | Questionário. |
| 2019 ² | A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. | Questionário. |
| 2019 ⁴ | Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. | Entrevista. |

| | | |
|-------------------|--|-----------------------------|
| 2019 ⁶ | Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. | Entrevista semiestruturada. |
| 2020 ³ | O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. | Grupo focal. |

Os temas construídos por meio da análise temática foram: Institucionalização do parto, relação médico-paciente, a autonomia da mulher e a violência obstétrica.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos selecionados, foi possível identificar questões inerentes à institucionalização do parto, relação médico-paciente, a autonomia da mulher e a violência obstétrica.

Institucionalização do parto

A indicação da hospitalização para o acompanhamento do trabalho de parto e do parto em si começou a partir de 1940 a fim de reduzir os índices de mortalidade materno-infantil. A partir dessa ação, iniciou-se um processo de medicalização do corpo feminino e da submissão das parturientes a intervenções rotineiras desnecessárias.⁶

Somada a essa realidade, a cesariana surgiu como procedimento cirúrgico alternativo, indicado em casos pontuais e específicos com a finalidade de reduzir morbimortalidade materna e neonatal, como em casos de acretismo placentário e de mulheres infectadas pelo vírus da herpes, por exemplo.⁶ No entanto, por ser um procedimento cirúrgico, não pode ser praticado de maneira abusiva, visto que isso pode causar mais danos que benefícios devido aos riscos inerentes a essa via.⁷

Ademais, pensando ser uma realidade recente, percebe-se o desconhecimento da mulher sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, como a escolha pela via de parto em comum acordo com o médico, além do direito de receber informações sobre seu estado de saúde e sobre

os procedimentos com ela realizados de maneira correta, sempre que solicitado a partir de uma linguagem clara e respeitosa.⁶

Nesse contexto, cerca de um quarto das mulheres são impedidas de terem acompanhante no processo de parturição, o que consta um descumprimento da Lei 11.108/2005, que garante um acompanhante às parturientes durante todo o período, sendo que esse indivíduo pode ser qualquer pessoa de confiança dessa mulher.⁶

Esse conjunto de fatores demonstram que há uma falha na implementação da institucionalização do parto, tanto estruturalmente, quanto no repasse de informações acerca dos direitos das mulheres no período gravídico-puerperal.

Relação médico-paciente:

A partir de um estudo sobre a satisfação das mulheres com a assistência ao parto e o relacionamento com a equipe de profissionais da saúde, percebeu-se a insatisfação das mulheres em relação à experiência vivenciada no parto e puerpério.¹

Nesse aspecto, a troca de saberes entre a equipe de profissionais da saúde e a mulher é de suma importância, pois propicia uma discussão da concepção do cuidado e da humanização na assistência ao parto e ao nascimento.⁸

Ademais, a própria equipe médica concorda que mulheres informadas, esclarecidas, preparadas e orientadas previamente para o parto são mais fáceis de lidar durante toda internação e que o bom relacionamento e o diálogo facilitam a assistência.⁴

Em contrapartida, sabe-se que nem sempre essa boa relação acontece e chama atenção em um estudo transversal que apenas 35,5% das mulheres entrevistadas escolheram o tipo de parto conjuntamente ao médico, enquanto 39% das decisões foram tomadas exclusivamente pelo médico, demonstrando essa falha no diálogo acerca da via de parto.⁴

Ademais, residentes em enfermagem obstétrica relataram ações por parte de profissionais de maus-tratos físicos, psicológicos e verbais até procedimentos que incidem sobre o corpo da mulher sem consentimento, o que demonstra, em muitos casos, abusos de poder e de autoridade.²

No entanto, cabe ressaltar que há uma diferença entre abuso de autoridade e o cuidado médico. Isso porque nas circunstâncias que a paciente questiona a conduta prescrita pelo médico e se recusa a seguir as recomendações, percebe-se o limite da autonomia da mulher, que é estabelecido pelo risco à mãe e/ou ao feto na avaliação profissional.¹

Dessa forma, percebe-se que é essencial uma boa relação médico-paciente, que respeite tanto a autonomia da mulher, quanto às recomendações médicas. Além disso, que tenha um bom diálogo entre ambas as partes. No entanto, percebe-se que isso nem sempre ocorre, extrapolando, em alguns momentos, diversos limites profissionais, por meio de abusos de autoridade com procedimentos não discutidos e realizados de maneira que firam a integridade física, psicológica e/ou emocional da parturiente.

Autonomia da mulher:

A autonomia é um processo que envolve a definição e expressão de preferências e escolhas em contextos livres de constrangimentos, coerções ou pressões e que para sua operacionalização, deve-se haver estabelecimento de condições ligados a fatores socioculturais.⁵

Em relação ao ciclo gravídico-puerperal, a mulher tem autonomia, mesmo que com limites estabelecidos quando há risco no entendimento do profissional à saúde da mulher e/ou do feto.² Assim, a autonomia feminina é um direito ético inquestionável cujo limite é estabelecido pelo profissional.²

Tal autonomia é potencializada pela obtenção de conhecimento e informações para que essas mulheres compreendam o que é violência obstétrica, quais são seus direitos, o que é o plano de parto, que é um instrumento imprescindível para garantir as escolhas das parturientes no momento do parto, como iluminação, som do ambiente, alimentação, tipo de analgesia, a posição, entre outros aspectos importantes do parto e puerpério⁸.

Violência Obstétrica:

Há uma série de ações que se constituem como violência obstétrica, como negligência na assistência, maus tratos físicos e/ou verbais, uso da episiotomia, episiorrafia, ocitocina, manobra de Kristeller, cirurgia cesariana sem indicação clínica, tricotomia, lavagem intestinal, indicação de repouso no leito prolongado, excesso de exame de toque vaginal e quaisquer outros procedimentos realizados sem o consentimento da mulher. Além disso, o descumprimento da Lei do Acompanhante, que permite à mulher a presença de um acompanhante de sua escolha durante o processo de parturição.⁶

A violência é sutil e subjetiva e engloba diferentes aspectos do ato em saúde e fere o direito da mulher de receber cuidado respeitoso, como também ameaça a vida, a saúde e a integridade física e dignidade humana.²

Nesse aspecto, no Brasil, na maioria dos nascimentos ocorre intenso processo de medicalização do parto, com intervenções desnecessárias e iatrogênicas.²

A Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência caracteriza a violência obstétrica como apropriação do corpo feminino e dos processos reprodutivos por profissionais da saúde gerando perda da autonomia e liberdade de escolha e consequentemente a perda na qualidade de vida das mulheres.²

CONCLUSÃO

Diante todos os dados levantados e apontados, percebe-se que a questão da violência obstétrica permeia questões delicadas como negligência não só dos médicos, como também da equipe de profissionais da saúde e a consequente perda da autonomia da mulher.

A partir disso, é imprescindível que as gestantes compreendam desde o princípio todos seus direitos reprodutivos e sexuais, assim como devem ter o conhecimento acerca do que é violência obstétrica a fim de reduzir essa realidade no país.

Ademais, durante o pré-natal, essas gestantes urgem buscar sempre profissionais que saibam dialogar de maneira mais clara possível para que, não somente haja garantia de um direito delas, como também para a realização de um plano de parto, que é essencial para assegurar a autonomia dessa mulher dentro do que é recomendado e instruído pelo profissional da saúde.

No entanto, sabe-se que na realidade vivenciada, muitas gestantes e puérperas passam por situações constrangedoras e traumatizantes no ciclo gravídico-puerperal ocasionados pelo abuso de autoridade de profissionais, como médicos. Esses abusos se caracterizam como intervenções médicas autoritárias que podem ocorrer tanto na escolha da via de parto, quanto no procedimento em si.

Ao se tratar da escolha da via de parto, percebe-se em vários estudos que são muitos os casos nos quais a mulher não obtém a explicação sobre as vias de parto possíveis, quais os benefícios e malefícios de cada uma delas e orientações médicas sobre qual é a melhor via para o seu caso em específico. Ao invés disso, em cerca de 39% dos casos, o médico escolhe sozinho qual será o procedimento realizado.

Já em relação ao procedimento em si, desde a chegada da mulher no ambiente hospitalar, ela pode sofrer abusos físicos, psicológicos e/ou verbais, como insultos, exames de toque repetitivos e sem seu consentimento, procedimentos invasivos também sem o seu consentimento, entre diversos outros. Dentre os mais comuns, temos o do uso da ocitocina, amniotomia, manobra de *Kristeller* e episiotomia.

Nesse contexto, esses procedimentos que ferem o direito da mulher e colocam em risco sua saúde física e/ou emocional constituem a violência obstétrica.

No entanto, cabe ressaltar que há um limite para essa autonomia da mulher, que é estabelecido pelo risco materno e/ou fetal, sendo assim, a mulher deve sim questionar e dialogar com a equipe médica, mas também deve seguir as recomendações dessa equipe principalmente caso haja risco à saúde dela ou do bebê.

Assim, é possível verificar que a temática abordada é de extrema delicadeza justamente por ser subjetiva, no entanto, é importante o seu debate a fim de acrescentar à comunidade médica e também à sociedade, que tem que conhecer e compreender seus direitos.

REFERÊNCIAS

1. SENS, Maristela Muller e Stamm, Ana Maria Nunes de Faria. **Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2019, v. 23 [Acessado 28 Agosto 2021] , e180487. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180487>>. Epub 10 Jul 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.180487>.
2. SENS, Maristela Muller e Stamm, Ana Maria Nunes de Faria. **A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2019, v. 23 [Acessado 28 Agosto 2021] , e170915. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/Interface.170915>>. Epub 26 Ago 2019. ISSN 1807-5762.
<https://doi.org/10.1590/Interface.170915>.

3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Janeiro 2018. [Acesso 26 Agosto 2021]. Acessado em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>

4. FERNANDES, Juliana Azevedo, Campos, Gastão Wagner de Sousa e Francisco, Priscila Maria Stolses Bergamo. **Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante**. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. 121 [Acessado 28 Agosto 2021] , pp. 406-416. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>.

5. SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia das mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal**. Salvador; s.n; 2014. 113P p. 2014 [online]. [Acessado 26 Agosto 2021]. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120523>>.

6. NASCIMENTO, Samilla Leal do et al. **Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto**. *Enfermería Actual de Costa Rica* [online]. 2019, n.37, pp.66-79. ISSN 1409-4568. <<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.35264>>.

7. LEÃO, Míriam Rêgo de Castro et al. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 8 [Acessado 26 Agosto 2021] , pp. 2395-2400. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>.

8. MELO, Paula Titara Silva de et al. **O PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO FEMININO**. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Anais. Campo Grande(MS) CCARGC, 2018. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/cobeon/61310-O-PLANO-DE-PARTO-COMO-ESTRATEGIA-DE-EMPODERAMENTO-FEMININO>>. Acesso em: 26/08/2021 21:05

9. MENEZES, Fabiana Ramos de et al. **O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2020, v. 24 [Acessado 28 Agosto 2021] , e180664. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180664>>. Epub 23 Set 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>.