

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: OBSTÁCULOS E POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS

OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: OBSTACLES AND POSSIBILITIES FOR CHANGE

Carine Laura de Andrade (Orcid: 0000-0002-5744-306X)¹
Leticia Rodrigues Silva (Orcid: 0000-0002-7662-4894)¹
Victor Hugo Vilarinho Carrijo (Orcid: 0000-0003-1031-3329)¹
Marcos Sanguinete Alencar Souza (Orcid: 0000-0003-1194-4376)¹
Patricia Ribeiro Marcacine (Orcid: 0000-0003-1784-2231)²
Jéssica Carvalho Lima (Orcid: 0000-0003-0972-1886)¹
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (Orcid: 0000-0002-2317-1326)^{1,3}

RESUMO

A violência obstétrica é definida como qualquer ato de violência praticada à gestante, à parturiente ou à puérpera e/ou ao se bebê pelo profissional de saúde, englobando a violação da autonomia, da integridade física e emocional e das opções e preferências dessas mulheres. Ocorre com uma frequência elevada, em especial no Brasil, decorrente da fragilidade das ações de saúde voltadas para essa população. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde considerou esse tipo de agressão como uma questão de saúde pública. É possível perceber algumas ineficiências tanto na realização quanto na baixa qualidade do pré-natal, em relação às informações sobre os direitos e deveres das gestantes e puérperas e à consolidação da autonomia destas no Sistema de Saúde. Objetivando a modificação desse cenário, é possível observar estratégias de prevenção e enfrentamento da violência obstétrica com ações amplas, abordando e capacitando graduandos e profissionais da área da saúde, e desenvolvendo o conhecimento e a autoconfiança das mulheres sobre os seus direitos e deveres nessa fase do ciclo da vida.

Palavras-chave: Gravidez; Parto Normal; Cesárea; Fisioterapia.

ABSTRACT

Obstetric violence is defined as any act of violence practiced against pregnant women, parturients or puerperal women and / or their babies, by the health professional, including the violation of autonomy, physical and emotional integrity, as well as their options and preferences. It occurs with a high frequency, especially in Brazil, due to the fragility of health actions aimed at this population. This type of aggression was recently considered by the World Health Organization as a public health issue. It is possible to notice some inefficiencies in carrying out prenatal care and its low quality, in relation to information about the rights and duties of pregnant and puerperal women and the consolidation of their autonomy in the Health System. In order to modify that scenario, it is possible to observe strategies for preventing and coping with Obstetric Violence with broad actions, addressing and training undergraduates and health professionals, and developing women's knowledge and self-confidence about their rights and duties at this stage of the life cycle.

Keywords: Pregnancy; Natural Childbirth; Cesarean Section; Physical Therapy Specialty.

Contato
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

¹ Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Programa de Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

³ Departamento de Fisioterapia Aplicada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Violência obstétrica (VO), violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto, conforme denominado no Brasil, identificam qualquer ato de violência direcionado à gestante, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, desrespeitando sua autonomia, integridade física e mental, sentimentos, opções e preferências¹⁻⁴, sendo consideradas desde demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus-tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outros, abrangendo a não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem causar dano⁵⁻⁷.

TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Entre tais atos, os mais comuns são: episiotomia, indução do trabalho de parto (ocitocina), tricotomia, proibição do direito ao acompanhante^{8,9}, restrição ao leito e realização de cesáreas sem indicação e contra a decisão da gestante⁸. Além disso, comumente também ocorre violência verbal, por meio de frases ofensivas e humilhantes ditas pelos profissionais de saúde¹⁰.

A literatura mostra que 25% das mulheres que passaram pelo parto vaginal relataram ter sido vítimas de VO¹¹. A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados” verificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência¹².

A pesquisa “Nascer no Brasil”, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, identificou o excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias. Mais da metade das mulheres tiveram episiotomia, 91,7% ficaram em posição de litotomia no parto, apesar das evidências recomendarem posições verticalizadas. A infusão de ocitocina e a ruptura artificial da membrana amniótica para aceleração do trabalho de parto foram utilizadas em 40% das mulheres, e 37% delas foram submetidas à manobra de Kristeller (pressão no útero para a expulsão do bebê), procedimento agressivo e que pode trazer consequências deletérias para a parturiente e seu bebê¹³.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para associar as taxas de cesáreas realizadas com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, os números não devem ser maiores que 15%. No entanto, o Brasil apresenta uma taxa de 52% de cesarianas, sendo essa taxa maior nos hospitais particulares se comparados aos hospitais públicos¹³⁻¹⁵. Embora algumas mulhe-

res optem pela cesárea, essa decisão não é uma escolha da maioria que passa por esse procedimento¹⁵, visto que estudos mostram que aproximadamente 77,6% delas têm preferência pelo parto vaginal¹⁶, por isso é muito comum a associação da VO com a via de parto realizada/indicada pelo médico.

Recentemente, a VO foi reconhecida pela OMS como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês⁷. No entanto, o Ministério da Saúde (MS) aboliu o uso do termo “violência obstétrica”, por meio do despacho SEI/MS – 9087621¹⁷, alegando que ele teria conotação inadequada considerando que o profissional de saúde não tem a intenção de causar nenhum dano e que a expressão não agrega valor. Logo após, decidiu voltar atrás na decisão, por meio do Ofício nº 296/2019¹⁸, depois de receber uma recomendação do Ministério Público Federal (MPF) de que o termo não deveria ser abolido. A tentativa de extinguir o uso da expressão pelo MS deixa claro que a atenção à saúde da parturiente ainda é frágil e pouco consolidada no Brasil.

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Algumas estratégias para a prevenção e o enfrentamento da VO são propostas em revisão bibliográfica realizada por Jardim e Modena. Entre elas,

estão: a importância de profundas mudanças no modelo de formação dos recursos humanos da saúde nos cursos de graduação, pós-graduação, com discussão de temáticas que levem a reflexões sobre o contexto atual e mudanças necessárias para a construção de uma assistência respeitosa, humana e integral; investimentos para a formação de enfermeiras obstetras e obstetras que atuem na assistência ao parto fisiológico; fornecimento de informações às mulheres sobre as questões que envolvem a VO, fortalecendo-as como sujeito de direito e de autonomia na assistência que lhes é prestada; sustentação da garantia dos direitos fundamentais na assistência obstétrica na desmedicalização do nascimento e na prática baseada em evidências; ações voltadas para a conscientização da população sobre a questão da VO, dando visibilidade ao problema com a criação de canais para a denúncia e a responsabilização dos diferentes atores envolvidos; criação de leis, portarias e políticas públicas que protejam as mulheres contra a VO¹⁹.

Considera-se que a maneira eficaz e imprescindível de proteger a mulher da VO é aumentar sua autonomia, fornecendo-lhe informações durante o acompanhamento pré-natal. Nesse sentido, é fundamental que a gestante receba orientações e apoio a respeito das modificações ocasionadas pela gestação, sobre alimentação adequada, prática de atividades físicas e diárias, uso de substâncias perigosas, sinais e sintomas de risco, alívio de desconfortos, aleitamento materno, sobre seus direitos, sobre o local e tipos de parto, especialmente o fisiológico²⁰.

No entanto, resultados do estudo derivado do componente de avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizado entre 2013-2014, evidenciaram inadequação da infraestrutura da rede de atenção básica que realiza o pré-natal; baixa adequação de ações clínicas para a qualidade do cuidado e baixa capacidade de gestão das equipes para garantir o acesso e qualidade do cuidado²¹.

Ainda, o estudo “Nascer no Brasil”, identificou que apesar da cobertura da assistência pré-natal no Brasil ser praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, a adequação dessa é inadequada e com baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência sobre práticas para facilitar o parto, de grande relevância para a promoção do parto vaginal, evidenciando o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação²².

Estudo realizado com puérperas de maternidade pública do sul do Brasil para avaliar a relação entre assistência pré-natal e orientações para o parto na Atenção Primária à Saúde também evidenciou a baixa proporção de mulheres que foram orientadas sobre o trabalho de parto e o parto durante o acompanhamento pré-natal, e o recebimento de orientações inadequadas²³.

Os grupos de apoio ou rodas de gestantes são um exemplo de ação que complementa o atendimento das con-

sultas pré-natais e prepara o casal para o parto, ensinando exercícios corporais que facilitarão o trabalho de parto. Outras estratégias como essa devem ter como objetivo modificar a atitude da mulher e de seu acompanhante para que, ao invés de relacionar o parto com medo e dor, enxerguem esse processo com segurança, tranquilidade e participação ativa^{24,25}.

Outra opção para aumentar a autonomia e a satisfação da mulher nos momentos de trabalho de parto e nos momentos seguintes a ele é o Plano de Parto, ferramenta que funciona como uma lista em que a mulher pode explicar tudo que deseja para esse momento, desde a temperatura da sala até os procedimentos mais complexos, como não autorizar a episiotomia, ou realizar o contato pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o parto^{26,27}. O ideal é que este seja discutido durante o pré-natal para que se defina se a saúde da mãe e do bebê é compatível com as exigências feitas, pois, no momento do parto e no pós-parto, a mulher se encontra muito vulnerável e, por isso, pode não ter a mesma clareza ao se posicionar sobre os detalhes que são tão importantes e que, se não forem levados em consideração, podem gerar graves consequências tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Sua elaboração precisa ser estimulada por profissionais que acreditam nas evidências científicas e defendem os direitos das mulheres, para que sua proposta não seja vista como mais um formulário a ser preenchido de maneira burocrática e sem valor⁸.

Mulheres que optam por escrever o plano de parto, em sua maioria, passam por uma experiência mais agradável do parto; e alguns aspectos que se podem destacar são a permissão do contato pele a pele, escolha da posição de parto, ingestão de alimentos e líquido durante o trabalho de parto, partos vaginais, clampeamento tardio do cordão e a não obrigatoriedade da tricotomia na região do períneo²⁶.

Ademais, a fim de proporcionar um cuidado integral às mulheres, ressalta-se a importância da assistência ao pré-natal, ao parto e à maternidade por meio de uma equipe multiprofissional. Dentre os membros dessa equipe, cabe destacar o papel do fisioterapeuta. Este profissional pode estar presente em todos os momentos da gestação, trabalho de parto e no pós-parto imediato e tardio, buscando amenizar as diversas alterações fisiológicas que ocorrem durante o período gestacional, assim como as alterações que decorrem do parto, seja ele por via vaginal ou cesárea²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta incidência da VO nas gestantes e parturientes e esse número elevado de intervenções negativas têm reflexo direto na saúde das mulheres, já que grande parte pode desenvolver transtornos físicos e/ou psicológicos, podendo ocorrer implicações sobre o sistema de saúde, que deverá prestar assistência a essas usuárias. Diante desse contexto, faz-se necessária a redução da VO. Para que isso ocorra, são

imprescindíveis várias ações, desde a formação adequada dos profissionais de saúde das diversas áreas que estão envolvidas nessa fase da vida das mulheres até o processo constante de educação permanente nos diferentes níveis de atenção à saúde, alcançando a conscientização das gestantes e parturientes de que tenham acesso aos seus direitos, empoderando-se com relação a eles.

REFERÊNCIAS

1. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(11):1681-1685.
2. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface* 2009; 13(supl 1):759 – 768.
3. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project Harvard School of Public Health. 2010. P. 1 – 57.
4. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.* 2015; 25(3):1-8.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

6. Bohren MA, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. *Post. Reprod. Health (Online)* 2014; 11(1):71.
7. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:69.
8. 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*. 2015; 10(35):1-12.
9. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol soc* 2017; 29:e155043.
10. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Obstetric violence according to obstetric nurses. *Rev Rene* 2014; 15(4):720-728.
11. Alvarenga SP, Kalil JH. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. *Rev Univ Vale Rio Verde* 2016; 14(2):641-649.
12. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013.
13. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(Supl. 1):17-32.
14. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(1):215-226.
15. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & contexto enferm* 2016; 25(1):e3570014.
16. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc. Anna Nery* 2018; 22(1):e20170013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho SEI/MS – 9087621, de 03 de maio de 2019. Solicitação de posicionamento do Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. [acessado 2019 ago 25]. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d-6481d07e735f33d87d40984dd1b39a-32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d-8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0.
18. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde das Mulheres. Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, 07 de junho de 2019. [acessado 2019 ago 25]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>.

19. Jardim DMB, Modena CM. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018; 26:e3069.
20. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Rev. gaúcha enferm* 2019; 40:e201802.
21. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(5):e00110417.
22. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Da Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): S85-S100.
23. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev. gaúcha enferm*. 2017; 38(3):e0063.
24. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. eletrônica enferm*. 2017; 13(2):199-210.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: manual técnico. 2012. [acessado 2019 ago 31]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
26. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Cantera-Jordana M, Martinez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3):520-526.
27. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AKG, Souza RA et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev. enferm. UFSM*. 2017; 7(1):144-151.
28. Santos MB, Martinis JV, Cruz JS, Burt JS. Papel da Fisioterapia em Obstetrícia: avaliação do nível de conhecimento por parte dos médicos e equipe de enfermagem, gestantes e puérperas da rede pública de Barueri/SP. *Rev. Bras. Pesq. Saude*. 2017; 19(2):15-20.