

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR PARA O CONTEXTO DA
PANDEMIA DO COVID 19, SILÊNCIO, BRAMIDO E MEDO**

Geovana Alves da Silva
Natalia Silva de Andrade

Anápolis-Go
2020

GEOVANA ALVES DA SILVA
NATALIA SILVA DE ANDRADE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR PARA O CONTEXTO DA PANDEMIA DO
COVID 19, SILÊNCIO, BRAMIDO E MEDO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA - Centro Universitário de Anápolis/GO, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ma Meillyne Alves dos Reis.

Anápolis-Go
2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

GEOVANA ALVES DA SILVA
NATALIA SILVIA DE ANDRADE

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR PARA O CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID 19, SILÊNCIO, BRAMIDO E MEDO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis-Go, UniEVANGÉLICA para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Meillyne Alves dos Reis
Orientadora

Prof^a. Mestranda Ligia Braz Melo
Avaliadora

DEDICATÓRIA

Dedicatória de Geovana Alves

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Genésio, minha mãe Maria José que tornaram este sonho realidade e ao meu esposo Natan pelo apoio e carinho. Aos meus tios, tias, primos e afilhados.

Dedicatória de Natália Andrade

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus pois sem ele nada disso seria possível, Dedico também aos meus pais Jean Andrade e Rejane Andrade por sempre estarem ao meu lado me ajudando a trilhar o meu caminho, a minha Irmã Maria Clara que é minha amiga e sempre esteve ao meu lado e a todos os meus familiares e amigos que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado durante esses 5 anos.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos de Geovana Alves

Agradeço a Deus, a Ele toda honra e toda glória, nos momentos mais difíceis sei que me carregou no colo.

Aos meus pais que sempre me apoiaram, sendo os primeiros a torcerem por mim e não medirem esforços para me dar uma educação de qualidade.

À Professora e orientadora Mestranda Meillyne Alves dos Reis, meu profundo agradecimento, que tanto nos incentivou durante os anos de graduação e na elaboração do nosso TCC.

À minha dupla Natália de todas as horas, pelos momentos bons que passamos e ruins que superamos.

Aos docentes da faculdade UniEvangélica pelo conhecimento compartilhado.

Às minhas colegas de curso e amigas principalmente Dayane, Jhessyka, Poliana e Yasmin por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Agradecimentos de Natália Andrade

Sem a direção dada por Deus, a conclusão deste trabalho não seria possível. Por causa disso, dedico esta monografia a Ele. Com muita gratidão no coração.

Pelo carinho, afeto, dedicação e cuidado que meus pais Jean e Rejane, e a minha irmã Maria Clara me deram durante todo o meu percurso. Muito obrigada

Agradeço aos meus avós José Francisco, Diolina, Maria Madalena e Otacílio(in memoriam), maiores exemplos a serem seguidos, tudo o que eu sou hoje foi seguindo o exemplo de vocês. Muito obrigada

Agradeço a minha Dupla Geovana Alves, que sempre esteve comigo em todos os momentos, te levarei para sempre comigo. Muito obrigada.

Agradeço a todas as minhas amigas, em especial à Dayane, Jhessyka, Poliana e Yasmin que nunca se negaram a compartilhar seus conhecimentos,

medos e inseguranças comigo, que sempre seguraram na minha mão e não me deixaram desistir várias vezes. Isso fez toda a diferença. Dedico a minha monografia à elas. Muito obrigada.

Agradeço a todos os professores que influenciaram na minha trajetória. Em especial à professora Meillyne Alves dos Reis, minha orientadora, com quem compartilhei minhas dúvidas e angústias a respeito do tema.

E por fim agradeço a todos os meus familiares, tios(a) e Primos(a) que sempre me apoiaram durante a minha carreira profissional e vida pessoal.

RESUMO

Objetivo: O estudo objetivou revisar a literatura acerca da produção de conhecimento sobre violência obstétrica em tempos de pandemia de COVID-19 e elucidar as contribuições para o enfrentamento dessa problemática. **Método:** Trata-se de estudo de revisão da literatura entre novembro de 2019 e 2020, nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na SciELO (Scientific Electronic Library Online). **Resultados:** Para a redação final utilizou-se 07 artigos científicos, que após análise deram origem à 02 categorias temáticas a saber: COVID-19 e violência obstétrica: silêncio, bramido e medo, e COVID-19 e violência obstétrica: um olhar para além da pandemia. **Considerações finais:** Observou-se que a produção científica relacionada à violência obstétrica tem emergido gradativamente, e tomando proporções sombrias nesse período de pandemia de COVID-19. Assim, tornam-se prementes intervenções assertivas que contribuam para garantia dos direitos humanos dessas vulneráveis, com foco na recuperação da autonomia, prevenção de danos obstétricos, emocionais e físicos.

Palavras-Chave: Coronavírus; violência obstétrica; obstetrícia; Síndrome Respiratória Aguda Grave; SarsCov-2.

ABSTRACT

Objective: The study aimed to review the literature about the production of knowledge about obstetric violence in times of the pandemic of COVID-19 and to elucidate the contributions to face this problem. **Method:** This is a literature review study between November 2019 and 2020, in the electronic databases of the Virtual Health Library (VHL): Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), and Nursing Database (BDENF) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). **Result:** For the final writing, 07 scientific articles were used, which after analysis gave rise to 02 thematic categories, namely: COVID-19 and obstetric violence: silence, roaring and fear, and COVID-19 and obstetric violence: a look beyond the pandemic. **Final considerations:** It was observed that the scientific production related to obstetric violence has emerged gradually, and taking on gloomy proportions in this pandemic period of COVID-19. Thus, assertive interventions that contribute to guarantee the human rights of these vulnerable people, with a focus on the recovery of autonomy, prevention of obstetric, emotional and physical damage, become urgent.

Keywords: Coronavirus; obstetric violence; obstetrics; Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS-CoV-2.

RESUMEN

Objetivo: El estudio tiene objetivo de revisar la literatura acerca de la producción de conocimiento en violencia obstétrica en tiempos de pandemia del COVID-19, aclarando las atribuciones a frente a esta problemática. Se trata de un estudio de revisión de la literatura entre noviembre de 2019 e 2020, con bases de datos electrónicos de la biblioteca virtual de Salud(BVS): Literatura Latino-Americana e del Caribe en ciencias de Salud(LILACS) , Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Base de datos de enfermería (BDENF) e na Scientific Eletronic Library Online (SciELO).**Resultados:** Para el ensaio final se utilizo 07 artículos científicos, que después del análisis y dio lugar a 02 categorías temáticas al saber: COVID 19 e violencia obstétrica : silencio, rugido, miedo, COVID-19 y violencia obstétrica. **Consideraciones finales:** una mirada más allá de la pandemia. Se observo que la producción científica relacionada a la violencia obstétrica ha surgido gradualmente, tomando proporciones sombrías en este período pandémico de COVID-19. Así, se vuelven urgentes intervenciones asertivas que contribuyan a garantizar los derechos humanos de estos vulnerables. Enfocándose en recuperar la autonomía, previniendo daños obstétrico, emocional y físico

Palabras clave: Coronavirus; violencia obstétrica; obstetricia; Síndrome respiratorio Agudo severo; SARS-CoV-2.

LISTA DE TABELAS, FLUXOGRAMA E QUADROS

Quadro 1	Descrição das etapas da revisão sistemática segundo SOUZA et al., 2010	16
Figura 1	Fluxograma de identificação e seleção dos artigos nas bases de dados sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19 de 2019 à 2020.	18
Tabela 1	Distribuição dos artigos selecionados segundo as bases de dados indexadas	19
Tabela 2	Distribuição de artigos selecionados por ano de publicação.	19
Quadro 2	Distribuição de artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, segundo codificação, autor/ano e periódico.	19
Quadro 3	Apresenta a distribuição dos artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, conforme a codificação, título e o objetivo do estudo.	20
Quadro 4	Distribuição de artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, e principais resultados encontrados nos estudos.	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CPPP	Contato Prematuro Pele a Pele
CPP	Contato Pele a Pele
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Pesquisa Baseada em Evidências
PC	Parto Cesáreo
PHPN	Programa de Humanização no pré-natal e nascimento
PN	Pré-natal
PN	Parto Normal
RN	Recém-nascido
TP	Trabalho de Parto
VO	Violência Obstétrica
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	OBJETIVOS	07
2.1	<i>Objetivo Geral</i>	07
3	REFERENCIAL TEÓRICO	08
3.1	<i>O COVID-19: Pandemia e necessidade de isolamento social e intervenções no setor materno-infantil.</i>	08
3.2	<i>Violência Obstétrica: conceitos, cuidados e medidas preventivas:</i>	09
3.3	<i>Humanização da Assistência: Um enfoque ao parto seguro</i>	09
3.4	<i>As Boas práticas obstétricas: Parto e Nascimento</i>	12
3.5	<i>A construção do vínculo mãe e filho e o contato pele a pele</i>	14
4	METODOLOGIA	16
4.1	Tipologia	16
4.2	Fonte dos Dados	17
4.3	Seleção dos Artigos	17
4.3.1	<i>Crítérios de Inclusão da Amostra</i>	17
4.3.2	<i>Crítérios de Exclusão da Amostra</i>	18
4.4	Coleta dos Dados	18
4.5	Análise dos Dados	19
5	DISCUSSÃO DOS DADOS	22
5.1	<i>Categoria 1: Violência Obstétrica: Silêncio, bramido e medo</i>	22
5.2	<i>Categoria 2: Um olhar para a pandemia do COVID-19 e suas interfaces no setor materno-infantil</i>	24
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26
	Artigo aceito pela revista: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR PARA O CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19, SILÊNCIO, BRAMIDO E MEDO	31
	NORMAS DA REVISTA	47
	CARTA DE ACEITE	49

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a emergência e reemergência de doenças infecciosas como a COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) tem sido alvo de grande preocupação social em todo o mundo, não apenas pela letalidade, mas pelo impacto social e econômico (WHO, 2020). Os coronavírus são uma família de vírus que causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais (ICTV, 2020). Dentre os coronavírus o novo coronavírus 2 (SARS-CoV-2), responsável pela atual pandemia é responsável por uma síndrome respiratória aguda grave (SAHIN et al., 2020).

Após sua identificação na China, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de emergência de saúde internacional, pela sexta vez, pois impactou rapidamente mais de 20 países ocasionando inúmeras mortes, contágios e colocando populações inteiras em isolamento social (HESTER; WILLIAMS, 2020; SENHORAS, 2020).

Em média, 30.055.710 da população mundial apresentou confirmação para COVID-19 (OPAS, 2020). Segundo dados do Sistema Único de Saúde, o índice de casos no Brasil foi de 4.558.068, sendo 5% representados por gestantes e lactentes. Somente a região Centro-Oeste notificou 26,4%, dos casos detectados de COVID-19, e Goiás 26,8% em gestantes e lactentes (BRASIL, 2020). Ademais, as gestantes tem sido consideradas grupo de risco, sendo necessário investimentos em estudos e busca de evidências.

A gravidez é um período de modificações físicas, psíquicas e sociais na vida da mulher e de sua família, sendo considerado um fenômeno único e complexo, pois não advém somente dos cuidados prestados durante o período e sim ao contexto vivido pelos mesmos (LIMA et al., 2017). É portanto, um evento social, que vem permeado de inúmeros e diferentes significados. Ao longo do tempo, especialmente o nascimento, vem sofrendo alterações em seus aspectos relacionados a condutas e percepções tanto em relação a paciente quanto aos profissionais que a assistem nesse momento tão importante e significativo para as mulheres (ZANARDO et al., 2017).

Humanizar a assistência obstétrica é desmistificar conceitos, ampliar conhecimento e praticar atitudes não apenas com enfoque no parto, mas também no nascimento saudável e na prevenção da mortalidade materna e perinatal. Nesse

sentido foi implementado em 2000, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria 569/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Tal programa objetivou adequar o acompanhamento do Pré-Natal (PN) e do puerpério, fazendo com que a mulher, familiares e o recém-nascido (RN) sintam-se dignos ao serem recebidos por uma unidade de saúde e que o atendimento seja ético e benéfico, com o mínimo de práticas invasivas e já consideradas desnecessárias (BRASIL, 2012; WHO, 2017).

A OMS preconiza que a assistência ao nascimento deva ocorrer com o mínimo possível de intervenção. Assim, espera-se que a equipe de saúde no momento do parto seja capaz de resgatar a fisiologia do parto, incentivar a relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas, bem como destacar o respeito aos direitos de cidadania (VELHO; DOS SANTOS; COLLAÇO, 2014; WHO, 2017).

O paradigma da atualidade da qual as parturientes vivenciam, de acordo com algumas literaturas (BARBOSA, 2020; ZANARDO et al., 2017), não condiz com o preconizado pelos órgãos deliberativos (MS, 2018; OMS, 2020), sendo a violência obstétrica (VO), infelizmente, cada vez mais frequente nas maternidades. Nesse contexto, as mulheres que ora deveriam ser as protagonistas do processo de trabalho de parto, parto e nascimento, ficam sujeitas a normas e condutas profissionais e institucionais desnecessárias (ANDRADE et al., 2016; DE SOUZA, 2020; BARBOSA, 2020).

Dentre as violências obstétricas, podemos citar: uso da posição supina ou litotômica no momento do parto, infusão venosa de rotina, exame retal, administração de ocitocina sem indicação precisa, incentivo ao puxo prolongado, amniotomia precoce, manobra de Kristeller, toque vaginais repetitivos, restrição hídrica e alimentar, episiotomia, clampeamento precoce do cordão, outros (WHO, 2017). Conforme estudos, esses procedimentos que prejudicam, sobremaneira, a qualidade do ciclo gravídico puerperal e da mulher e família, em sua maioria, ocorrem por inabilidade dos profissionais da saúde, em especial devido às demandas de cuidados dessas mulheres e tempo limitado (DE SOUZA, 2020; BARBOSA, 2020).

Atualmente, os serviços de saúde obstétrica devido a COVID-19 têm exigido medidas rigorosas de biossegurança, segurança do paciente, controle de infecção nos cuidados em saúde, isolamento social, quarentena, restrições de

acompanhante nas salas de parto, assim como uma sobrecarga de trabalho que resulta em estafa física e mental dos profissionais de saúde.

Por conseguinte, ao considerarmos que a VO ao longo dos anos tem representado um importante problema de saúde pública de difícil manejo, associados ao atual contexto desafiador da pandemia de COVID-19, que se viu a necessidade da realização da presente investigação a fim de subsidiar a saúde materna e neonatal.

Diante do exposto questiona-se: O que tem se discutido em relação à VO nesse período de pandemia pelo SarsCov-2? O objetivo deste artigo foi revisar a literatura acerca da produção de conhecimento acerca da VO em tempos de pandemia de COVID-19 e elucidar as contribuições para o enfrentamento dessa problemática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar a produção científica a cerca da violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19.

3 REFERENCIA TEÓRICO

3.1 O COVID-19: Pandemia e necessidade de isolamento social e intervenções no setor materno-infantil.

O Coronavírus faz parte de uma família de vírus comum entre animais incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Ocasionalmente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas. A COVID-19 é uma doença provocada pelo SARS-CoV-2, com amplo espectro clínico variando de assintomático a quadros graves. As transmissões ocorrem por contato próximo de uma pessoa doente ou por contato ou gotícula (toque, aperto de mão, espirro, tosse, catarro). Em caso de sintomas positivos como febre, tosse, dor de garganta ou sensação de falta de ar, deve-se manter o isolamento e evitar o contato físico principalmente crianças, idosos e doentes crônicos (RODRIGUES, 2020).

Segundo o Diretor de Redação, Fernando Rodrigues, de o blog Poder 360º, em 24 de Setembro de 2020, são 32.401.660 casos confirmados mundialmente, sendo 987.156 óbitos e 23.668.981 casos recuperados. As Secretarias Estaduais do Brasil informam que são 4.689.613 casos confirmados no país, em 25 de Setembro de 2020, desses 4.040.949 estão recuperados e 508.127 em acompanhamento, sendo 140.537 óbitos acumulados, com isso é nos informado que a letalidade é de 3,0% no Brasil (RODRIGUES, 2020).

Inicialmente o MS considerava apenas idosos e pessoas com doenças crônicas como grupo de risco frente ao Coronavírus, porém a gestação foi caracterizada como um dos quinze fatores de risco com possíveis complicações, conseqüentemente as mulheres grávidas são consideradas grupos de risco. Com isso, a hiperglicemia ou hipertensão pré-existente devem ser monitorados, além disso, recomenda-se que na avaliação do exame físico da paciente, o PN contemple avaliações do aparelho respiratório tomando em atenção sinais de dispneia, a avaliação na ausculta pulmonar deve ser cuidadosa e deve ser aferido a temperatura da mesma (JUNIOR et al., 2020).

3.2 Violência Obstétrica: conceitos, cuidados e medidas preventivas

A Venezuela foi o primeiro país a adotar o termo “violência obstétrica” e na lei Venezuela ela é classificada como: “Em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa por: tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com conseqüente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher.” A VO e expressa desde a negligência, agressões verbais, discriminações sociais, agressões físicas até a violência sexual, pode ser considerada também violências a forma inadequada do uso de tecnologias, intervenções e procedimentos exagerados ou desnecessários (SENA *et al.*, 2017).

No intuito de prevenir a VO a enfermagem deve sempre conversar com a paciente explicando sempre o que ela tem, o que pode ser feito por ela e de que maneira ela pode ajudar, sempre ouvindo a paciente e trabalhando em conjunto com a sua equipe, promovendo também o direito a um acompanhante da sua escolha, a enfermagem também deve evitar procedimentos invasivos que causem dor e desconforto a paciente e coloquem em risco a paciente e o feto com exceção a situações estritamente necessárias, também se deve garantir acesso a um leito e a toda a assistência necessária, orientar a paciente em relação aos seus direitos de escolha relacionados a maternidade e a reprodução. Além disso, a enfermeira também deve investir em si mesma e estar em constante atualização para dar o melhor atendimento possível a sua paciente (MOURA *et al.*, 2018).

3.3 Humanização da Assistência: Um enfoque ao parto seguro

O termo humanização é considerado como polissêmico servindo de justificativa de diferenciação da prática médica tradicional, é associada aos direitos e dignidade humana que tem como base o conhecimento científico onde é defendido o protagonismo do paciente e suas decisões no que diz respeito ao seu corpo (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018). Abrange a obstetrícia onde inclui profissionais não-médicos como enfermeiras obstétricas, no qual o parto deve ser devolvido à mulher, e esta deve novamente retornar a ser a protagonista do seu parto

(HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

A necessidade de modificações e investimentos é motivo de resistência uma vez que o processo do termo humanização inclui desde as alterações estruturais, equipamentos e tecnologias e, principalmente, a adequação da postura e disposição dos profissionais envolvidos no processo (BRASIL, 2001). Para o MS, a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2015).

Na obstetrícia o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estrutura princípios onde todas as gestantes devem ter o seu tratamento de qualidade e dignidade assegurado não só no parto, mas durante a gestação e período pós-parto, conhecer e ter acesso à maternidade em que será realizado o parto, contando com a assistência humanizada e segura no atendimento à gestante e ao RN (BRASIL, 2002). Nesse programa o manejo das intervenções, ocorre somente mediante complicações durante o processo de nascimento e essas devem ser baseadas em evidências científicas (WHO, 2018).

O desígnio do PHPN é diminuir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, adotar medidas que assegurem o acesso, cobertura e qualidade do atendimento recebido pelas pacientes (BRASIL, 2000). Nesse sentido se faz necessário todo um preparo dessas mulheres especialmente para o processo do nascimento e pós-parto. No preparo da mulher para o parto é necessário a orientação quanto à fisiologia, alterações corporais e sentimentais durante o processo da gestação, pré-parto, parto, puerpério incluindo os cuidados ao RN e amamentação, como também os tipos de parto e sexualidade (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014). O principal objetivo dos profissionais que atendem os partos é, primeiramente definido como, o produto final de um RN saudável com potencialidades para desenvolvimento psicológico e social e uma mulher/mãe sem traumas devido ao processo de nascimento que experimentou (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Segundo as recomendações do MS, a primeira consulta de PN deve ser realizada até o quarto mês da gestação, visando garantir no mínimo seis consultas de acompanhamento devendo ser uma no primeiro trimestre, duas no segundo

trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. E uma consulta à puérpera até aos quarenta e dois dias após o nascimento. Deve-se ser assegurada a realização de exames laboratoriais como tipagem ABO-Rh (somente uma vez), VDRL, urina, Glicemia de jejum (a serem realizados na primeira consulta e na trigésima semana), urina (um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana), HB/Ht (na primeira consulta). Deve ser garantido às mulheres com gestação de risco o atendimento ou acesso à unidade referenciada para atendimento ambulatorial (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012).

Adotou-se diferentes estratégias para a garantia da humanização da assistência obstétrica, dentre elas pode-se citar a Lei Nº 11,108 de 7 de abril de 2005 obrigam a permissão da presença de um acompanhante, a escolha da paciente, em serviços de atendimento SUS, rede privada ou conveniada, durante o período do pré-parto, parto e pós-parto imediato. Podendo ser o marido, acompanhante, amigo(a) ou familiar próximo e a presença não envolve preparo técnico, sendo de grande importância pois é considerado como a base psíquica, emocional e o estímulo positivo nos momentos mais difíceis no processo do pré-parto e parto (BRÜGGEMANN et al., 2016).

Outra importante estratégia, inicia-se ainda no PN, com o plano de parto. O plano de parto tem como benefício promover a conversação interpessoal entre os profissionais de saúde e as gestantes, melhorar a percepção das mesmas sobre os processos envolvidos no trabalho de parto e parto, bem como, promover o empoderamento da sensação de controle, independência, protagonismo e satisfação da mulher no seu contexto atual, preparando-a para o parto (BRASIL, 2012; MEDEIROS et al., 2019).

O plano de parto é considerado uma tecnologia não invasiva que potencializa os cuidados humanizados e contribui para a melhoria da qualidade no atendimento (MEDEIROS et al., 2019). A construção do plano de parto durante o PN permite o empoderamento da gestante durante o processo de parturição, visto que se sentirão protagonistas de seus partos, sendo respeitadas suas decisões tornando um momento prazeroso, menos doloroso e inesquecível (MOUTA et al., 2017).

3.4 As Boas práticas obstétricas: parto e nascimento

A maternidade é um momento único na vida de toda mulher, que representa diversos fenômenos biológicos e psicoemocionais. O momento do parto é um grande desafio pois, o fenômeno doloroso causa muita insegurança e medo. Portanto acredita-se que as práticas das boas práticas obstétricas devem ser mais enfatizadas, pois visam a prestação de um cuidado holístico, com evidências científicas e mais satisfação de seus usuários (STRAPASSON; NEDEL, 2010; PEREIRA *et al.*, 2018).

De acordo com a pesquisa Nacer no Brasil, mulheres brasileiras com situação socioeconômica baixa são expostas a intervenções desnecessárias e a procedimentos dolorosos, mas também ao mesmo tempo tiveram mais acesso às boas práticas durante o trabalho de parto (TP) e parto. É importante desenvolver e ressaltar as boas práticas para aprimorar a qualidade de vida e a saúde da população, mas isso exige mais conhecimento, convicções, mudança de comportamento, superação de barreiras, de toda a equipe do ambiente hospitalar (LEAL *et al.*, 2014).

Os profissionais de saúde devem entender a importância da participação ativa e consciente da mulher no TP, nascimento e pós-parto. As gestantes devem ser bem informadas por meio, das consultas PN sobre os sinais e sintomas do TP, a realização do plano de parto, para terem condições de fazerem escolhas compatíveis no processo de parto e nascimento (STRAPASSON; NEDEL, 2010; LEAL *et al.*, 2014).

O MS ao instituir o PHPN com o objetivo de incluir os princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal, onde preconiza nas suas ações as orientações que estão fundamentadas na OMS, em relação aos partos normais divide as boas práticas obstétricas em quatro categorias. São elas: Práticas claramente úteis e que devem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do PN, esta classificação foi baseada em estudos feitos pelo mundo todo e se divide em: Categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser

estimuladas, tais como o respeito a escolha da mãe sobre o local de parto, fornecimento as mulheres de todas as informações e explicações necessárias, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o TP e ao término do nascimento, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio de dor, como massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto, prevenção da hipotermia do bebê e exame rotineiro da placenta e membrana ovulares (WHO, 2018).

Categoria B – Práticas claramente prejudicial ou ineficaz e que devem ser eliminadas, tais como o uso rotineiro de tricotomia, uso rotineiro de enema, infusão intravenosa de rotina no TP, exame retal, uso de pelvimetria por raios-X. Categoria C – Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, tais como pressão do fundo durante o TP, manipulação ativa do feto no momento do parto, clampeamento precoce do cordão umbilical e estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do TP (WHO, 2018).

Categoria D – prática frequentemente usadas de modo inadequado, como, por exemplo, restrição hídrica e alimentar durante o TP, controle da dor por agentes sistêmicos, monitoramento eletrônico fetal, uso de aventais estéreis durante a assistência ao TP e cateterização da bexiga (WHO, 2018).

No trabalho da equipe multidisciplinar para o atendimento das boas práticas obstétricas, tecnologias não invasivas representam a magnitude das ações da enfermeira obstétrica no cuidado durante todo o processo reprodutivo e não o controle do mesmo (ANDRADE *et al.*, 2017). Dentre as ações que se encaixam em técnicas não invasivas podemos citar: o entendimento da mulher como a protagonista de todo o processo parturitivo; não enxergar o parto como um evento biológico apenas, levar em consideração os fatores culturais, sociais, ambientais e místicos de cada um entendendo que cada ser é único, e sempre defender o respeito, a privacidade e a segurança de cada paciente (ANDRADE *et al.*, 2017; SILVA; LARA, 2018).

Já em relação a medidas não invasivas tomadas podemos destacar: água na aspersão que promove o uma sensação maior de bem-estar materno auxilia no processo de dilatação e diminuem os níveis de adrenalina causando uma dilatação cervical mais rápida e eficiente, a massagem que é uma estratégia de alívio da dor e desconforto no trabalho de parto, a respiração tranquila que deixa a mulher mais

calma e relaxamento, direito a acompanhante durante todo o processo da parturiente e permitir que a mulher opte pela posição mais confortável para ajudar na progressão do TP(ANDRADE et al., 2017; SILVA; LARA, 2018).

3.5 A construção do vínculo mãe e filho e o contato pele a pele (CPP)

A gravidez traz sentimentos únicos e experiências novas e marcantes que geram lembranças por toda a vida. Mãe e filho tem uma forte ligação desde a concepção da gravidez ao nascimento, nesta etapa são transmitidos sentimentos e sensações que influenciam na relação afetiva de ambos (LEITE *et al.*, 2014).

Na década de 90 logo após o nascimento o bebê era separado da mãe levado ao berçário, ambos se viam apenas para realizar a nutrição, eles acreditavam que dessa forma o RN ficava mais seguro, e as mães mais relaxadas e despreocupadas (THOMAZ *et al.*, 2005). Hoje após diversos estudos considera-se melhor para ambos permanecerem juntos após o nascimento (THOMAZ *et al.*, 2005; CASTELLO; MORAES, 2009).

O maior órgão do corpo humano e a pele e é nela o primeiro contato mãe e filho após o nascimento, esse contato corporal e essencial para o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do bebê (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016). Quando exposto ao frio o RN pode ter bruscas quedas de temperatura corporal e desenvolver problemas metabólicos, recomenda-se que o mesmo seja enxugado em toalhas quentes e colocado no abdômen da mãe pois o contato precoce pele a pele (CPPP) ajuda a manter a temperatura do bebê (LEITE *et al.*, 2014; SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

Durante as primeiras 6 a 8 horas os RN passam por processos de estabilidade durante a transição da vida intrauterina para a extrauterina, independentemente do tipo de parto todos os bebês passaram por essa fase de adaptação e o CPPP diminui os níveis de estresse do RN e tornam essa adaptação mais fácil (BRASIL, 2001; MOREIRA; LOPES; CARALHO, 2004).

O CPP deve ser iniciado imediatamente após o nascimento e deve ser prolongado e contínuo desde que mãe e filho estejam perfeitamente saudáveis, esse contato acalma o bebê e o deixa em sintonia com a mãe, além de auxiliar na estabilização sanguínea, nos batimentos cardíacos e na respiração das crianças. O CPP traz diversos benefícios fisiológicos e psicossociais entre a mãe-filho, nos

primeiros 40 minutos de vida o RN passa por um momento que se denomina inatividade alerta que serve e um período de alerta e serve para o RN explorar e conhecer o corpo da mãe (BRASIL, 2001; LEITE *et al.*, 2014; SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

A alta quantidade de cesarianas diminui o estado de alerta do bebê e a grande disseminação de analgesias na mãe podem a deixar sonolenta dificultando assim o CPPP, mas mesmo não podendo fazer o contato de imediato o mesmo deve ser feito assim que mãe e filho já estiverem em condições físicas e emocionais estabilizadas e deve ser prolongado até que ambos fiquem satisfeitos (DOS SANTOS *et al.*, 2012).

O hospital amigo da criança (IHAC) recomenda colocar o bebê em contato com a pele da mãe por no mínimo uma hora para que elas reconheçam o momento que seus bebês estiverem prontos para mamar, este é considerado o quarto passo de dez para o sucesso do aleitamento materno. O CPP tem um efeito positivo dentro da amamentação entre o primeiro e o quarto mês após o nascimento, este procedimento é considerado um procedimento seguro, barato e com comprovação científica de benefícios para a mãe e a criança (UNICEF, 2009).

O ambiente do nascimento de toda criança deve ser um local acolhedor, silencioso, com a temperatura ideal, com profissionais qualificados e treinados por meio de educação continuada realizada no âmbito hospitalar a importância desse contato entre a mãe e a criança, pois ao ter este contato com seu bebê a mãe fica mais aliviada, segura e não tem preocupações com separação abrupta do seu filho e troca de bebês no berçário (BRASIL, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia

Trata-se de um estudo revisão integrativa da literatura sobre violência Obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19.

A revisão integrativa é uma análise de pesquisas relevantes que dão suporte em uma decisão e podem ocasionar na melhoria da prática, pois faz a síntese de conhecimento de um determinado assunto, esse tipo de método permite que haja uma síntese de múltiplos estudos já publicados que dizem respeito a uma área particular. O seu propósito inicial é obter um profundo entendimento a respeito de um determinado assunto baseado em estudos anteriores, com essas sínteses se reduz as incertezas sobre recomendações práticas, e facilita na tomada de decisões a respeito das intervenções que poderiam resultar num cuidado mais efetivo e de menor custo/benefício. Na enfermagem ela tem um papel fundamental pois produz um saber fundamental e uniforme para que os enfermeiros realizem as práticas de boa qualidade, o método também permite que haja agilidade na divulgação do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é uma síntese de conhecimentos metodológicos que proporciona resultados significativos no campo prático, essa revisão é considerada a mais ampla das revisões pois, ela permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para a compreensão do fenômeno analisado, além de combinar dados da literatura teórica e empírica, devido a ampla amostra e o conjunto de multiplicidade gera um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem. O seu propósito geral é reunir conhecimento sobre um determinado tópico, pois determina um conhecimento atual sobre uma temática específica já que ela é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados. Além de a revisão auxiliar no desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, ela também auxilia no pensamento crítico que se é necessário na prática (SOUZA *et al.*, 2010).

Quadro 1 Descrição das etapas da revisão sistemática segundo SOUZA *et al.*, 2010

Etapas	Descrição	
Primeira etapa	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;	Definição de um problema, elaboração de objetivos, formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa;
Segunda etapa	Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/	Ajustar os critérios de inclusão e exclusão, acesso

	amostragem ou busca na literatura	eletrônico a base de dados;
Terceira etapa	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos	Organizar e sumarizar as informações de maneira sucinta para formação da base de dados;
Quarta etapa	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	Inclusão e exclusão de estudos, análise crítica de dados;
Quinta etapa	Interpretação dos resultados	Discussão dos principais resultados pesquisados;
Sexta etapa	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	Criação de um documento expondo as etapas percorridas e os resultados encontrados na análise dos artigos;

Fonte: elaboração própria, 2020.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é um estudo de resoluções de problemas para tomar partido em busca de uma evidência, competência, valores e preferências do profissional e do paciente, dentro do assunto do cuidado. Abrange o sinônimo de problema, a pesquisa e a análise crítica das evidências disponíveis, a efetivação prática das evidências e a avaliação do produto final (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

4.2 Fonte dos dados

De acordo com Gil (2010), a fonte dos dados deve fornecer conteúdos com respostas adequadas sobre os problemas propostos na pesquisa e informações para o pesquisador (GIL, 2010).

A amostra foi composta de artigos publicados em meios eletrônicos dispostos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e disponíveis em texto completo nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e na Base de Dados em Enfermagem (BDENF), no período compreendido entre 2016 e 2020.

Com foco na detecção dos artigos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): coronavírus; Síndrome Respiratória Aguda Grave; violência contra a mulher; e obstetrícia.

4.3 Seleção dos artigos

4.3.1 Critérios de inclusão da amostra

No âmbito da revisão integrativa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos online indexados nas bases de dados, textos completos disponíveis no período compreendido entre 2016 a 2020; artigos na íntegra publicados em português, inglês e espanhol; e relacionados ao tema, sendo excluída toda fonte alheia.

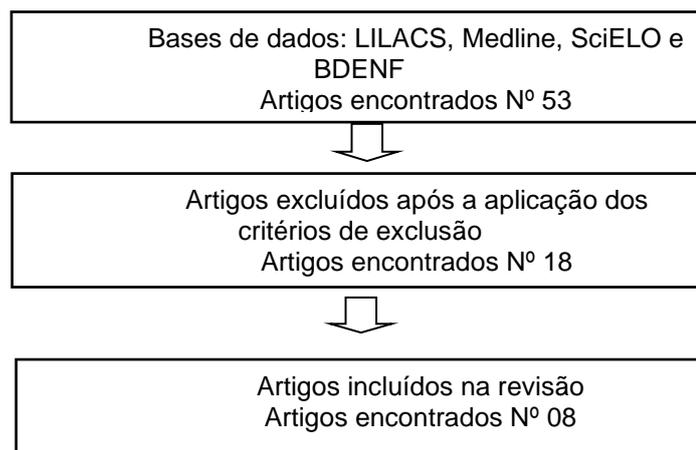
4.3.2 Critérios de exclusão da amostra

Dentre os critérios de exclusão adotou-se: artigos em outros idiomas que não contemplavam o período proposto, que não respondiam ao objeto de estudo. Cartas, editoriais, teses, dissertações, capítulos de livros e demais textos não científicos.

4.4 Coleta de dados

Após pesquisa nas bases de dados, foram identificados 53 artigos publicados. Posteriormente à análise de títulos, 18 desses foram selecionados para leitura de resumos e/ou texto completo, dos quais 10 por não se enquadrarem nos critérios de legibilidade. Ao final foram incluídos no estudo 08 artigos para a realização desse estudo. A figura 1 apresenta a síntese da seleção dos artigos.

Figura 1 Fluxograma de identificação e seleção dos artigos nas bases de dados sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19 de 2016 à 2020.



Fonte: elaboração própria, 2020

Os artigos analisados foram distribuídos de acordo com as bases de dados indexadas, conforme dispõe a Tabela 1:

Tabela 1 Distribuição dos artigos selecionados segundo as bases de dados indexadas

Bases de Dados	Total
Lilacs	02
Medline	03
SciELO	01
BDENF	02
Total	08

Fonte: elaboração própria, 2020.

Os artigos analisados foram distribuídos de acordo com o ano de publicação, conforme disposto na a Tabela 2:

Tabela 2 Distribuição de artigos selecionados por ano de publicação

Ano de publicação	Total
2016	01
2020	07

Fonte: Elaboração própria, 2020

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados e dispostos de forma sistemática, por meio de quadros sinópticos, figuras e posteriormente categorizados. Para análise dos dados adotou-se as recomendações de Mendes, Silveira, Galvão (2008).

Os artigos selecionados para compor a amostra foram identificados com códigos para sintetização dos resultados, os códigos são representados pela letra "A" seguida do número cardinal, exemplo: A1, A3, A8, como pode ser observado no Quadro 1.

Quanto ao desenho metodológico, os artigos foram distribuídos/classificados por: código, autor/ano e periódico, conforme Quadro 2.

Quadro 2 Distribuição de artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, segundo codificação, autor/ano e periódico.

Código	Autor/ano	Periódico
A1	SADLER, Michelle <i>et al.</i> / 2016	Reproductive health matters
A2	DE SOUZA, Kleyde Ventura <i>et al.</i> / 2020	Cogitare Enfermagem
A3	BARBOSA, Jeanine <i>et al.</i> / 2020	SciELO - Scientific Electronic Library Online.
A4	KASANO, Juan Pedro Matzumura; SANTIBAÑEZ, Luis Meza; DÍAZ, Ither Sandoval / 2020	Rev Peru Investig Matern Perinat
A5	SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. / 2020	Sexual and Reproductive Health Matters
A6	VILLAVERDE, Jorge O. Alarcón / 2020	Rev Peru Ginecol Obstet
A7	LOPEZ, Miriam Yoana Correa; SARMIENTO, Tatiana Evelyn Huamán / 2020	Rev Int Salud Materno Fetal
A8	WOLFF, Cristina Scheibe; MINELLA, Luzinete Simões; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina Oliveira /2020	Revista Estudos Feministas, Florianópolis.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Em seguida os artigos foram distribuídos conforme o título e o objeto de estudo (Quadro 3), para facilitar a leitura sistemática do material e a prévia categorização dos dados.

Quadro 3 Apresenta a distribuição dos artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, conforme a codificação, título e o objetivo do estudo.

Código	Título do estudo	Objetivo do estudo
A1	Indo além do desrespeito e do abuso: abordando as dimensões estruturais da violência obstétrica.	Analisar o excesso de intervenções médicas durante parto, mesmo em partos fisiológicos e sem complicações, junto a uma propagação preocupante de abusos e práticas desrespeitosas para com as mulheres durante o parto.
A2	Direitos humanos das mulheres no parto frente a pandemia de covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica.	Provocar a reflexão de enfermeiras (os) obstétricas (os) a seguir na luta pela garantia de direitos das mulheres e de seus bebês, em meio à pandemia de COVID-19.
A3	Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID 19.	Problematizar o aumento das violências domésticas durante o isolamento social em tempos de pandemia.
A4	Recomendações em gestantes durante a pandemia por COVID 19.	Orientar quanto às novas recomendações para pré-natal, urgência obstétrica e parto durante a pandemia por Coronavírus.
A5	COVID-19 como fator de risco para violência obstétrica.	Evidenciar casos de implementação de medidas desnecessárias que vão contra os direitos da mulher.
A6	La pandemia del COVID-19 y la investigación en ginecología y obstetricia.	Refletir sobre a pandemia COVID-19 e pesquisa em ginecologia e obstetricia.
A7	Impacto del COVID-19 en la salud sexual y	Refletir sobre o impacto da covid-19 na saúde sexual e reprodutivo.

	reproductiva	
A8	Pandemia na necroeconomia neoliberal.	Refletir sobre as distintas formas de violência contra as mulheres que têm persistido e se ampliado no Brasil, especialmente mediante ao isolamento social.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os artigos foram analisados na íntegra pelos autores, e dispostos segundo o código e os resultados encontrados (Quadro 4).

Quadro 4 Distribuição de artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, e principais resultados encontrados no estudo.

Código	Resultados Encontrados
A1	A OMS demonstrou preocupação pois após se recomendar tecnologias para o parto o uso de medicamentos se tornou excessiva o que promoveu a mulher a autonomia e perspectivas para fazer julgamentos. A taxa de intervenções não justificáveis vem crescendo drasticamente porém se e discutido se a mulher tem total conhecimento para a tomada de todas as decisões que dizem respeito a ela, e com o acordo ficou estabelecido que a tomada de decisão poderia sem ser feita porém tendo como base as suas necessidades. A preocupação com as intervenções baseadas em evidencia, uma das razões para o debate do abuso da mulher durante o trabalho de parto. A OMS divulgou uma declaração poderosa sobre a prevenção e a eliminação do desrespeito a mulher durante o trabalho de parto organizando uma tipologia e a dividindo em sete temas: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, falta de atendimento profissional padrões de cuidado, relacionamento entre mulheres e provedores, condições do sistema de saúde e restrições
A2	As mulheres têm o direito de receber atenção qualificada em uma rede de atenção à saúde, cujos arranjos devem garantir o acesso, considerando a integralidade e a humanização do cuidado especialmente no setor materno-infantil. No cenário de alta complexidade da pandemia, deve-se ter à máxima atenção, uma vez que o COVID-19, busca as melhores respostas para a prevenção e nos convoca a uma ação coordenada efetiva. No contexto da pandemia, as mulheres podem encontrar mais dificuldades para que suas escolhas sejam escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde, relacionado às limitações que a crise sanitária impõe a todo o sistema. “[...]Toda mulher tem o direito à informação, a dar seu consentimento, a negar-se a consentir e que sejam respeitadas e defendidas as suas escolhas. Isto inclui o direito a ter o acompanhante de sua escolha com ela durante o trabalho de parto e nascimento [...]”.
A3	O isolamento social requerido pela pandemia da COVID-19 pode trazer segurança para algumas mulheres, contudo também é preciso desnaturalizar o olhar que generaliza e perceber que o mesmo acontecimento, em contextos diferentes, também pode afetar mulheres de formas diversas, gerando medo e dor. Especialmente no campo da área obstétrica evidenciou-se nesse período um aumento muito grande de violências obstétricas, chegando há 75% no Reino Unido, 65% na Austrália, e somado as violências contra a mulher no geral incluindo também as VO, ocorreram um aumento significativo de denúncias registradas na Argentina, Canadá, França, Alemanha, Espanha, Brasil e Estados Unidos.
A4	Garantir atenção adequada às emergências obstétricas, reservando vagas diferentes daqueles destinados ao cuidado de pacientes com COVID-19. O pessoal de saúde deve estabelecer rapidamente se um paciente infectado. A doença respiratória aguda (IRA) atende aos critérios para um possível caso de COVID-19 em tudo na triagem de casa. Respeitar os direitos das mulheres durante a assistência obstétrica à informação, a escolha e prestar uma assistência humanizada e integralizada.
A5	Os primeiros relatos de casos de infecção por COVID-19 em mulheres grávidas vieram da China. Em alguns de os primeiros artigos publicados, todos os bebês nasceram por cesariana, sem dar razões para tal intervenção. A incidência de cesáreas chegou a aumentar 92%, sem dar à mulher direito de escolha, tal justificativa para a realização do procedimento foi o “sofrimento fetal”, e este nem estava documentado nos prontuários, portanto poderia ter sido evitado, e cogita-se até a ocorrência de terem sido desnecessárias e realizadas devido ao medo dentro do cenário COVID-19. No contexto da pandemia evidencia-se que as medidas aplicadas as mulheres durante o trabalho de parto, parto e puerpério não são estritamente necessárias e não são baseadas em evidências. Eles desrespeitam a dignidade humana, negando direitos das mulheres. Pior, eles estão causando danos, estresse e medo. O cenário COVID19 nos lembra a fragilidade do avanço nos direitos desses grupos. Em vez do que ser uma resposta eficaz ao COVID-19, essas práticas prejudiciais são uma violação das regras femininas direitos humanos e uma manifestação encoberta de discriminação estrutural de gênero.
A6	Evidenciou-se que a gestante não está livre dessas infecções, embora até no momento, a

	incidência de COVID-19 em mulheres é menor do que em homens e que a idade mais afetada não é a reprodutiva, há preocupação com o nível de vulnerabilidade de a gestante, tanto devido ao seu estado fisiológico como social, especialmente em países com serviços de saúde insuficientes. Observa-se também que as condições de confinamento podem ter consequências negativas para elas, devido ao aumento da violência doméstica, o menos acesso a serviços de cuidados pré-natais e cuidados com o recém-nascido, e o efeito negativo que essa situação pode ter sobre sua saúde mental durante o período pós-parto, e seus reflexos diretos na violência obstétrica.
A7	Diante dessa pandemia os serviços e saúde sexual e fatores reprodutivos estão sendo seriamente afetados durante todo o mundo, pois os recursos são desviados para atender aos serviços de emergência de saúde, e essas áreas acabam sendo esquecidas sendo que as mulheres continuam precisando dos cuidados maternos, o que gera crise para aquelas que precisam dos serviços de saúde de rotina. O serviço de planejamento da família, as consultas pré e pós-natal, consultas para DST'S, fornecimento de anti-retrovirais para pacientes com HIV e atenção em casos de violência, também foram muito prejudicadas e isso pode gerar várias consequências a médio e longo prazo, se o surto imitar outras pandemias como Ebola, houve um aumento significativo em caso de morte materna (22%) e de gravidez não planejada (200%).
A8	Com a crise aumentando cada vez mais, e com a família constantemente em casa, a violência doméstica também se destacou durante essa pandemia, mas não somente devido a ela pois isso já vinha crescendo ao longo dos últimos anos devido ao uso de armas, a diminuição dos recursos de suporte, a falta de instituições e pessoal para assistir a essas vítimas. E além disso pesquisas revelam que em média 13 mulheres são mortas por dia e a população negra é a mais atingida, fora que a maioria destes crimes foram cometidos por seus parceiros ou ex-parceiros dentro do ambiente doméstico. Devido a pandemia da COVID 19 os casos de brigas de casais e violência doméstica vem sendo mais relatados na plataforma twitter.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A partir da análise crítica e detalhada dos artigos emergiram as seguintes categorias: Violência Obstétrica: Silêncio, bramido e medo; e Um olhar para a pandemia do COVID-19 e suas interfaces no setor materno-infantil.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Categoria 1: Violência Obstétrica: Silêncio, bramido e medo

O ano de 2020 começou como sendo promissor, especialmente para a ciência enfermagem, com o lançamento da Campanha Nursing Now, a qual reflete o Ano Internacional de Enfermeiras e Obstetizas declarado pela OMS (DE SOUZA et al., 2020). Concomitante a esse cenário a China se torna o epicentro de uma SRAG, conhecida por COVID-19, que em poucos dias se expandiu em diversos países do mundo. Esse evento levou a OMS a declarar estado de grave pandemia (DE SOUZA et al., 2020; VILLAVARDE, 2020). Com a pandemia, parece ser comum observar que durante a atuação dos profissionais junto as pacientes obstétricas a falta de cumprimento nos itens A, B, C e D referentes ao emprego do protocolo da OMS sobre as boas práticas obstétricas (WHO, 2017; WHO, 2018; WOLFF; MINELLA; LAGO; RAMOS, 2020; LOPEZ; SARMIENTO, 2020).

Como por exemplo, categoria A: liberdade de posição e movimento durante o parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; estímulo às posições não supinas durante o trabalho de parto. Exemplos referentes à categoria B: Uso rotineiro de tricotomia; uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto e revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto. Exemplos referentes à categoria C: pressão do fundo do útero durante o trabalho de parto. Exemplos referentes à categoria D: controle da dor por anestesia peridural; controle da dor por agentes sistêmicos (WHO, 2017; WHO, 2018).

Esses achados merecem atenção especial dos gestores em saúde para que essas mulheres não tenham seus direitos afetados e que esses tópicos façam parte das agendas dos profissionais obstetras e da sociedade em geral.

Ao longo dos anos os direitos das mulheres vêm sendo violados em relação ao parto e nascimento, e no atual cenário da pandemia pelo COVID-19 estas mulheres parecem ainda mais vulneráveis as imposições dos serviços de saúde (DE SOUZA et al., 2020; SADLER; LEIVA; OLZA, 2020). As mulheres têm encontrado maiores dificuldades para que suas escolhas sejam escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde, especialmente relacionado às limitações que a crise sanitária impõe a todo o sistema (DE SOUZA et al., 2020).

Tal situação tem gerado conflitos internos nas mulheres, como medo, angústia e até mesmo sensação de abandono. A pandemia, com sua obrigatoriedade de isolamento social, lhes retirou seus direitos ora adquiridos de obtenção da atenção qualificada, integralidade da assistência e humanização no cuidado durante o parto e nascimento. Resta agora, a estas mulheres se contentarem com o silêncio refletido em bramidos e gemidos de socorro (WOLFF; MINELLA; LAGO; RAMOS, 2020; VILLAVARDE, 2020).

O problema é ainda mais agravante, uma vez que as gestantes são consideradas grupo de risco perante a pandemia. Quando suspeitas ou confirmadas com o SarsCov-2 no momento do trabalho de parto e parto, as recomendações são para proibição de acompanhantes, ênfase na individualidade da assistência seguidas a avaliação da dinâmica uterina e do bem-estar fetal (SADLER; LEIVA; OLZA, 2020).

Essas condutas refletem claramente um aumento nos índices de VO, pois deixam as mulheres vulneráveis aos serviços de saúde, sem acesso ao grupo de

apoio as gestantes e educações em saúde tão importantes enquanto fonte de apoio, informação e gerador de opiniões na assistência materno-infantil.

A humanização da assistência ao parto e nascimento; segurança do paciente e construção do vínculo mãe e filho, bem como dos profissionais para com os usuários, a fim de promover um cuidado mais humano e seguro tem sido fragilizado nesses tempos de pandemia, o que necessita urgentemente de intervenções.

Acredita-se que com os dados aqui levantados, seja possível subsidiar as políticas de saúde para essas mulheres em tempos de pandemia e trazer à tona essa problemática para a discussão, haja vista que os estudos apontam que o vírus continuará circulando e as mulheres são gradativamente vez mais vulneráveis.

5.2 Categoria 2: Um olhar para a pandemia do COVID-19 e suas interfaces no setor materno-infantil

A COVID-19 é uma doença provocada pelo SARS-CoV-2, com amplo espectro clínico variando de assintomático a quadros graves. As transmissões ocorrem por contato próximo de uma pessoa doente ou por contato ou gotícula (toque, aperto de mão, espirro, tosse, catarro). Em caso de sintomas positivos como febre, tosse, dor de garganta ou sensação de falta de ar, deve-se manter o isolamento e evitar o contato físico, principalmente de crianças, idosos e doentes crônicos (LOPEZ; SARMIENTO, 2020).

A pandemia além de ser um problema de saúde pública é também um profundo choque social, no qual os grupos de risco estão nos esforços dos atendimentos (BARBOSA et al., 2020). Todavia, as gestantes somente receberam maior atenção nos últimos meses, sendo até então, consideradas pouco vulneráveis a complicações, haja vista a escassez de estudos. Nesse sentido, pouco se produziu para minimizar suas inquietações e enfrentar o inesperado.

A infecção pelo SARS-CoV-2 é marcada por algumas medidas de proteção e prevenção sanitárias, como: higienização das mãos com água e sabão; uso de álcool em gel 70%, evitar tocar olhos, nariz e boca, adoção da etiqueta respiratória (proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir como cotovelo flexionado ou lenço descartável) (KASANO; SANTIBAÑEZ; DÍAZ, 2020). Ainda, a OMS recomendou isolamento social, seguido de manutenção da distância social (mínimo

de um metro), que se evitassem aglomerações e a utilização de máscara em caso de quadro gripal ou infecção pela COVID-19 (KASANO; SANTIBAÑEZ; DÍAZ, 2020). Igualmente, as mulheres nesse momento de oscilações hormonais e conseqüente problemas físicos e emocionais, se viram literalmente isoladas, contribuindo para o sofrimento e ainda não adesão aos cuidados com sua saúde.

Para além da VO propriamente dita, essa mulher nesse contexto de pandemia tem sofrido ainda fragilidade na rede de atenção pré-natal e puerpério, uma vez que os serviços estão quase que exclusivamente, direcionado ao enfrentamento da COVID-19. Em sua grande maioria, as Unidades Básicas de Saúde reduziram os atendimentos a essas mulheres e os profissionais de saúde, gestores e mídia incentivados a saída de casa para as unidades de saúde somente em casos de extrema necessidade. Uma vez longe dos serviços de saúde, essas mulheres se encontram mais fragilizadas e com maiores riscos à sua saúde e do RN.

Esse distanciamento também parece contribuir para processos familiares interrompidos, sexualidade prejudicada e dignidade humana prejudicada. Nesse sentido, há evidências que o número de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) tem aumentado o que prejudica do desenvolvimento fetal (LOPEZ; SARMIENTO, 2020).

O número de violência contra a mulher, mesmo que ainda seja prematuro afirmar, tem aumentado com a pandemia segundo os meios de comunicação (WOLFF; MINELLA; LAGO; RAMOS, 2020). Ademais é oportuno lembrar que o profissional de saúde deve ter um olhar que ultrapasse a pandemia para que essa mulher seja atendida em sua integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente a pandemia pela COVID-19 representa um dos maiores desafios da humanidade em todos os âmbitos, e como não poderia ser diferente, na obstetrícia; área já carente de atenção e de cuidados padronizados. Mesmo com apenas sete meses de pandemia, já evidenciamos sete importantes investigações acerca da temática, o que, com certeza, ratifica a problemática da VO e sustenta a relevância dessa revisão da literatura.

Observou-se que a produção científica relacionada à VO tem emergido gradativamente, e tomando proporções sombrias nesse período de pandemia de COVID-19. Assim, tornam-se prementes intervenções assertivas que contribuam para garantia dos direitos humanos dessas vulneráveis, com foco na recuperação da autonomia, prevenção de danos obstétricos, emocionais e físicos.

Almeja-se que os nossos achados contribuam para a universalização do cuidado a essas mulheres e sua família de modo a fornecer condições capazes de oferecer os condicionantes para a construção da possibilidade de superação das vulnerabilidades que vão além da COVID-19.

Por fim, espera-se que os dados aqui suscitados possam contribuir para que o silêncio, bramido e medo gerado pela VO e suas interfaces com a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres não sejam mais relatados.

REFERENCIAS

ANDRADE, L. O. et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 6, p. 2576-2585, 2017.

BRASIL, M. S. **Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000** [internet]. Ministério da Saúde - Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial da União Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 08, Out. 2019.

BRASIL. M. S. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, M. S. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** [internet]. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Acesso em: 17/10/2019.

BRASIL, M. S. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Brasília,

MS: 2012. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

pdf> Acesso em: 23, Ago. 2018.

BRASIL. M. S. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, M. S. **Política Nacional de Humanização - PNH**. 1 ed. 2 reimpressões. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 18, n. 1, p. 3-4, Recife. Mar. 2018.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde soc.**, v. 27, n. 4, p. 1230-1245, São Paulo. Oct. 2018.

BRANDÃO, H. V.; CRUZ, C. M. S. Cesariana e risco para asma e rinite: revisão sistemática. **Revista da Sociedade Brasileira de**, v. 12, n. 3, p. 252-8, 2014.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21: 2555-2564. 2016.

CASTELLO, L; MORAES, K. B. O estabelecimento de contato afetivo durante a gestação, sob a perspectiva da Gestalt-Terapia The establishment of affectionate contact in the gestation period, under the perspective of the Gestalt-Therapy. **IGT na Rede**, 6.10. 2009.

COUTINHO, E. C. et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n. spe2, p. 17-24, São Paulo. Dec. 2014.

DE CARVALHO, R. L. R. et al. Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017.

DE PINHO ZANARDO, G. L. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, 29: 1-11. 2017.

DOS SANTOS, L. M. et al. Vivências de puérperas sobre o contato com o recém-nascido e o aleitamento no pós-parto imediato. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 4.3: 2570-2577. 2012

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal**. Barueri/SP: Manole, 2011.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2744, 2016.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639-649, Rio de Janeiro, Sept. 2005.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, Rio de Janeiro, 2014.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud., Maringá** , v. 19, n. 1, p. 115-124, Mar. 2014.

MALHEIROS, P. A et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, 21.2: 329-337. 2012.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 40, e20180233, Porto Alegre, 2019.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARALHO, M., orgs. **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p.

MOUTA, R. J. O. et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, 31.4. 2017.

PEREIRA, S. B. et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, Brasília, 2018.

SAMPAIO, Á. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 25: 281-290. 2016.

SILVA, C. A.; LARA, S. R. G. Uso do banho de aspersão associado à bola suíça como método de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto. **BrJP**, v. 1, n. 2, p. 167-170, São Paulo, June, 2018.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, Sept. 2010.

WHO. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns], 2017.

WHO. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

THOMAZ, A. C. P et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 10, n. 1, p. 139-146, Natal, Apr. 2005.

VELHO, M. B; DOS SANTOS, E. K. A; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 67.2: 282-289. 2014.

DE SOUZA, Kleyde Ventura et al. Direitos humanos das mulheres no parto frente a pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148>>. doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148

BARBOSA, Jeanine Pacheco Moreira et al. Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. 2020. **SciELO - Scientific Electronic Library Online**. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328>>.

KASANO, Juan Pedro Matzumura; SANTIBAÑEZ, Luis Meza; DÍAZ, Ither Sandoval. Recomendaciones en gestantes durante la pandemia COVID-19. **Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal**, v. 9, n. 1, p. 92-97, 2020. Disponível em:

<<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/191>>. doi.org/10.33421/inmp.2020191

SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. **Sexual and reproductive health matters**, v. 28, n. 1, p. 1785379, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379>>. doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379

VILLAVERDE, Jorge O. Alarcón. La pandemia del COVID-19 y la investigación en ginecología y obstetricia. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, v. 66, n. 2, 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/Natalia%20&%20Geovana/Artigo%2005.pdf>>. doi.org/10.31403/rpgo.v66i2243

WOLFF, Cristina Scheibe et al. Pandemia na necroeconomia neoliberal. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 28, n. 2, e74311, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2020000200100&lng=en&nrm=iso>. doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n274311.

CORREA-LOPEZ, Miriam Yoana; HUAMÁN-SARMIENTO, Tatiana Evelyn. Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. **Revista Internacional de Salud Materno Fetal**, v. 5, n. 2, p. e4-7, 2020. Disponível em: <<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/173>>.

SADLER, Michelle et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive health matters**, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002> Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0968808016300027>>.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

BRASIL. M. S. Coronavírus: O que você precisa saber. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>> > acessos em 25 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19. Coronavírus, 2020. Página inicial. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>

RODRIGUES, Fernando. Conheça os números do coronavírus no Brasil e no mundo. Poder 360º, 2020. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/conheca-os-numeros-do-coronavirus-no-brasil-e-no-mundo-94/>>. Acesso em 25 de Setembro de 2020.

JÚNIOR, A. T. et al. Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-orientacoes-da-febrasgo-para-avaliacao-e-tratamento-ambulatorial-de-gestantes/> . Acesso em: 23 Set. 2020.

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM OLHAR PARA O CONTEXTO DA
PANDEMIA DO COVID-19, SILÊNCIO, BRAMIDO E MEDO**

**OBSTETRIC VIOLENCE: A LOOK AT THE PANDEMIC CONTEXT OF
COVID-19, SILENCE, ROAST AND FEAR**

Meillyne Alves dos Reis

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Professora no Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil.

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO CEP: 75083-515.

E-mail: meillynealvesdosreis@yahoo.com.br; Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/3752988192749082> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5953-4398>

Geovana Alves da Silva

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil. Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO CEP: 75083-515.

E-mail: geovanabrasileira@gmail.com

Natalia Silva de Andrade

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil. Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO CEP: 75083-515.

E-mail: nataliasilva230598@gmail.com

Cácia Régia de Paula

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Professora Assistente da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Goiás, Brasil.

Endereço: Rua 227, Viela Q. 68, S / N - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, CEP: 74605-080.

E-mail: cregia@ufg.br; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5492608330851198>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9781-2918>.

Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-GO). Professora no Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil.

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO CEP: 75083-515.

E-mail: profglauciameireles@gmail.com; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/08339954131495788>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4247-7822>

Maria Beatriz Moreira das Chagas

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Goiás, Brasil. Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO CEP: 75083-515.

E-mail: mariabmoreira@outlook.com

Raquel Pereira de Mesquita

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA).
Goiás, Brasil. Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária - Anápolis - GO CEP:
75083-515.

E-mail: mesquita1994@gmail.com

Marcos André de Matos

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina (FEN/FM). Professor
da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).
Endereço: Rua 227, Viela Q. 68, S / N - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, CEP: 74605-
080.

E-mail:marcosmatos@ufg.br; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1492491906180226>; ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-8643-7032>

RESUMO: O estudo objetivou revisar a literatura acerca da produção de conhecimento sobre violência obstétrica em tempos de pandemia de COVID-19 e elucidar as contribuições para o enfrentamento dessa problemática. Trata-se de estudo de revisão da literatura entre novembro de 2019 e 2020, nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para a redação final utilizou-se 07 artigos científicos, que após análise deram origem à 02 categorias temáticas a saber: COVID-19 e violência obstétrica: silêncio, bramido e medo, e COVID-19 e violência obstétrica: um olhar para além da pandemia. Observou-se que a produção científica relacionada à violência obstétrica tem emergido gradativamente, e tomando proporções sombrias nesse período de pandemia de COVID-19. Assim, tornam-se prementes intervenções assertivas que contribuam para garantia dos direitos humanos dessas vulneráveis, com foco na recuperação da autonomia, prevenção de danos obstétricos, emocionais e físicos.

Palavras-Chave: Coronavírus; violência obstétrica; obstetrícia; Síndrome Respiratória Aguda Grave; SarsCov-2.

ABSTRACT: The study aimed to review the literature about the production of knowledge about obstetric violence in times of the pandemic of COVID-19 and to elucidate the contributions to face this problem. This is a literature review study between November 2019 and 2020, in the electronic databases of the Virtual Health Library (VHL): Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), and Nursing Database (BDENF) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). For the final writing, 07 scientific articles were used, which after analysis gave rise to 02 thematic categories, namely: COVID-19 and obstetric violence: silence, roaring and fear, and COVID-19 and obstetric violence: a look beyond the pandemic. It was observed that the scientific production related to obstetric violence has emerged gradually, and taking on gloomy proportions in this pandemic period of COVID-19. Thus, assertive interventions that contribute to guarantee the human rights of these vulnerable people, with a focus on the recovery of autonomy, prevention of obstetric, emotional and physical damage, become urgent.

Keywords: Coronavirus; obstetric violence; obstetrics; Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS-CoV-2.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a emergência e reemergência de doenças infecciosas como a COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) tem sido alvo de grande preocupação social em todo o mundo, não apenas pela letalidade, mas pelo impacto social e econômico (WHO, 2020). Os coronavírus são uma família de vírus que causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais (ICTV, 2020). Dentre os coronavírus o novo coronavírus 2 (SARS-CoV-2), responsável pela atual pandemia é responsável por uma síndrome respiratória aguda grave (SAHIN et al., 2020).

Após sua identificação na China, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de emergência de saúde internacional, pela sexta vez, pois impactou rapidamente mais de 20 países ocasionando inúmeras mortes, contágios e colocando populações inteiras em isolamento social (HESTER; WILLIAMS, 2020; SENHORAS, 2020).

Em média, 30.055.710 da população mundial apresentou confirmação para COVID-19 (OPAS, 2020). Segundo dados do Sistema Único de Saúde, o índice de casos no Brasil foi de 4.558.068, sendo 5% representados por gestantes e lactentes. Somente a região Centro-Oeste notificou 26,4%, dos casos detectados de COVID-19, e Goiás 26,8% em gestantes e lactentes (BRASIL, 2020). Ademais, as gestantes tem sido consideradas grupo de risco, sendo necessário investimentos em estudos e busca de evidências.

A gravidez é um período de modificações físicas, psíquicas e sociais na vida da mulher e de sua família, sendo considerado um fenômeno único e complexo, pois não advém somente dos cuidados prestados durante o período e sim ao contexto vivido pelos mesmos (LIMA et al., 2017). É, portanto, um evento social, que vem permeado de inúmeros e diferentes significados. Ao longo do tempo, especialmente o nascimento, vem sofrendo alterações em seus aspectos relacionados a condutas e percepções tanto em relação a paciente quanto aos profissionais que a assistem nesse momento tão importante e significativo para as mulheres (ZANARDO et al., 2017).

Humanizar a assistência obstétrica é desmistificar conceitos, ampliar conhecimento e praticar atitudes não apenas com enfoque no parto, mas também no nascimento saudável e na prevenção da mortalidade materna e perinatal. Nesse sentido foi implementado em 2000, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria 569/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Tal programa objetivou adequar o acompanhamento do Pré-

Natal (PN) e do puerpério, fazendo com que a mulher, familiares e o recém-nascido (RN) sintam-se dignos ao serem recebidos por uma unidade de saúde e que o atendimento seja ético e benéfico, com o mínimo de práticas invasivas e já consideradas desnecessárias (BRASIL, 2012; WHO, 2017).

A OMS preconiza que a assistência ao nascimento deva ocorrer com o mínimo possível de intervenção. Assim, espera-se que a equipe de saúde no momento do parto seja capaz de resgatar a fisiologia do parto, incentivar a relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas, bem como destacar o respeito aos direitos de cidadania (VELHO; DOS SANTOS; COLLAÇO, 2014; WHO, 2017).

O paradigma da atualidade da qual as parturientes vivenciam, de acordo com algumas literaturas (BARBOSA, 2020; ZANARDO et al., 2017), não condiz com o preconizado pelos órgãos deliberativos (MS, 2018; OMS, 2020), sendo a violência obstétrica (VO), infelizmente, cada vez mais frequente nas maternidades. Nesse contexto, as mulheres que ora deveriam ser as protagonistas do processo de trabalho de parto, parto e nascimento, ficam sujeitas a normas e condutas profissionais e institucionais desnecessárias (ANDRADE et al., 2016; DE SOUZA, 2020; BARBOSA, 2020).

Dentre as violências obstétricas, podemos citar: uso da posição supina ou litotômica no momento do parto, infusão venosa de rotina, exame retal, administração de ocitocina sem indicação precisa, incentivo ao puxo prolongado, amniotomia precoce, manobra de Kristeller, toque vaginais repetitivos, restrição hídrica e alimentar, episiotomia, clampeamento precoce do cordão, outros (WHO, 2017). Conforme estudos, esses procedimentos que prejudicam, sobremaneira, a qualidade do ciclo gravídico puerperal e da mulher e família, em sua maioria, ocorrem por inabilidade dos profissionais da saúde, em especial devido às demandas de cuidados dessas mulheres e tempo limitado (DE SOUZA, 2020; BARBOSA, 2020).

Atualmente, os serviços de saúde obstétrica devido a COVID-19 têm exigido medidas rigorosas de biossegurança, segurança do paciente, controle de infecção nos cuidados em saúde, isolamento social, quarentena, restrições de acompanhante nas salas de parto, assim como uma sobrecarga de trabalho que resulta em estafa física e mental dos profissionais de saúde.

Por conseguinte, ao considerarmos que a violência obstétrica ao longo dos anos tem representado um importante problema de saúde pública de difícil manejo, associados ao atual contexto desafiador da pandemia de COVID-19, que se viu a necessidade da realização da presente investigação a fim de subsidiar a saúde materna e neonatal.

Diante do exposto questiona-se: O que tem se discutido em relação à violência obstétrica nesse período de pandemia pelo SarsCov-2? O objetivo deste artigo foi revisar a literatura acerca da produção de conhecimento acerca da violência obstétrica em tempos de pandemia de COVID-19 e elucidar as contribuições para o enfrentamento dessa problemática.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo de revisão da literatura foi conduzido para identificar a produção científica relacionada à violência obstétrica em tempos de pandemia por COVID-19 entre novembro de 2019 e 2020, período no qual a OMS decretou tratar-se de uma emergência de Saúde Pública mundial (HESTER; WILLIAMS, 2020; SENHORAS, 2020).

Optou-se pela revisão da literatura, definida como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura direcionada a uma temática específica, composta por cinco etapas (Quadro 1). Ainda, permitem construir análise ampla da literatura, abordando, inclusive, discussões sobre métodos e resultados das publicações (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Ademais, esse método contribui no desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, auxiliando no pensamento crítico que se é necessário na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Quadro 1 Descrição das etapas da revisão de literatura segundo SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010

Etapas	Descrição	
Primeira etapa	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;	Definição de um problema, elaboração de objetivos, formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa;
Segunda etapa	Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura	Ajustar os critérios de inclusão e exclusão, acesso eletrônico a base de dados;
Terceira etapa	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos	Organizar e sumarizar as informações de maneira sucinta para formação da base de dados;
Quarta etapa	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	Inclusão e exclusão de estudos, análise crítica de dados;
Quinta etapa	Interpretação dos resultados	Discussão dos principais resultados pesquisados;
Sexta etapa	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	Criação de um documento expondo as etapas percorridas e os resultados encontrados na análise dos artigos;

Fonte: elaboração própria, 2020.

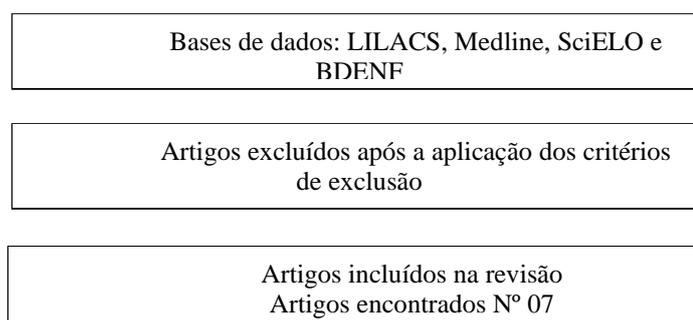
Na enfermagem o conhecimento da revisão integrativa tem sido amplamente consumido, fortalecendo o saber do cuidado para que os enfermeiros realizem suas atividades assistenciais, educacionais e gerenciais de forma integral e resolutiva (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

O objeto de estudo foi à produção de conhecimento em periódicos dispostos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e disponíveis em texto completo nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando os descritores controlados combinados com operadores booleanos: “coronavirus” AND “violência obstétrica” AND “obstetrícia” AND “*Síndrome Respiratória Aguda Grave*”; e “SarsCov-2” AND “violência obstétrica” AND “obstetrícia” AND “*Síndrome Respiratória Aguda Grave*”. A coleta de dados se deu no mês de setembro de 2020.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos online indexados nas bases de dados, textos completos disponíveis no período compreendido entre 2019 a 2020; artigos na íntegra publicados em português, inglês e espanhol; sendo excluída toda fonte alheia. Dentre os critérios de exclusão adotou-se: Cartas, editoriais, teses, dissertações, capítulos de livros e demais textos não científicos. Tomou-se o cuidado em excluir os artigos que se repetiam entre as bases.

Desse movimento foram identificados 52 artigos publicados. Posteriormente à análise de títulos, 17 desses foram selecionados para leitura de resumos e/ou texto completo, dos quais 09 artigos se enquadraram nos critérios de legibilidade. Ao final foram incluídos no estudo 07 artigos para a realização desse estudo. A Figura 1 apresenta a síntese da seleção dos artigos.

Figura 1 Fluxograma de identificação e seleção dos artigos nas bases de dados sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, 2019 à 2020.



Fonte: elaboração própria, 2020

Visando à sistematização dos dados os artigos foram inicialmente apresentados em tabelas e, posteriormente comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, definindo-se duas categorias empíricas. Para análise dos dados adotou-se as recomendações de Mendes, Silveira, Galvão (2008).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os artigos selecionados para compor a amostra foram identificados com códigos para sintetização dos resultados, os códigos são representados pela letra “A” seguida do número cardinal, exemplo: A1, A3, A7, como pode ser observado no Quadro 1. Verificou-se baixa produção de conhecimento sobre a temática, tendo em vista o impacto da pandemia na obstetrícia. Os artigos foram publicados nos meses 2019 de 2020. Quanto ao desenho metodológico, os artigos foram distribuídos/classificados por: código, autor/ano e periódico, conforme Quadro 2.

Quadro 2 Distribuição de artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, segundo codificação, autor/ano e periódico.

Código	Autor/ano	Periódico
A1	DE SOUZA, Kleyde Ventura <i>et al.</i> / 2020	Cogitare Enfermagem
A2	BARBOSA, Jeanine <i>et al.</i> / 2020	SciELO - Scientific Electronic Library Online.
A3	KASANO, Juan Pedro Matzumura; SANTIBAÑEZ, Luis Meza; DÍAZ, Ither Sandoval / 2020	Rev Peru Investig Matern Perinat
A4	SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. / 2020	Sexual and Reproductive Health Matters
A5	VILLAVARDE, Jorge O. Alarcón / 2020	Rev Peru Ginecol Obstet
A6	LOPEZ, Miriam Yoana Correa; SARMIENTO, Tatiana Evelyn Huamán / 2020	Rev Int Salud Materno Fetal
A7	WOLFF, Cristina Scheibe; MINELLA, Luzinete Simões; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina Oliveira /2020	Revista Estudos Feministas, Florianópolis.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Em seguida os artigos foram distribuídos conforme o título e o objeto de estudo (Quadro 3), para facilitar a leitura sistemática do material e a prévia categorização dos dados.

Quadro 3 Apresenta a distribuição dos artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, conforme a codificação, título e o objetivo do estudo.

Código	Título do estudo	Objetivo do estudo
A1	Direitos humanos das mulheres no parto frente a pandemia de covid-19: o quefazer da enfermagem obstétrica.	Provocar a reflexão de enfermeiras (os) obstétricas (os) a seguir na luta pela garantia de direitos das mulheres e de seus bebês, em meio à pandemia de COVID-19.
A2	Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID 19.	Problematizar o aumento das violências domésticas durante o isolamento social em tempos de pandemia.
A3	Recomendações em gestantes durante a pandemia por COVID 19.	Orientar quanto às novas recomendações para pré-natal, urgência obstétrica e parto durante a pandemia por Coronavírus.
A4	COVID-19 como fator de risco para violência obstétrica.	Evidenciar casos de implementação de medidas desnecessárias que vão contra os direitos da mulher.
A5	La pandemia del COVID-19 y la investigación en ginecología y obstetría.	Refletir sobre a pandemia COVID-19 e pesquisa em ginecologia e obstetrícia.
A6	Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva	Refletir sobre o impacto da covid-19 na saúde sexual e reprodutivo.
A7	Pandemia na necroeconomia neoliberal.	Refletir sobre as distintas formas de violência contra as mulheres que têm persistido e se ampliado no Brasil, especialmente mediante ao isolamento social.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os artigos foram analisados na íntegra pelos autores, e dispostos segundo o código e os resultados encontrados (Quadro 4).

Quadro 4 Distribuição de artigos sobre violência obstétrica em tempos de pandemia do COVID-19, e principais resultados encontrados no estudo.

Código	Resumos
A1	As mulheres têm o direito de receber atenção qualificada em uma rede de atenção à saúde, cujos arranjos devem garantir o acesso, considerando a integralidade e a humanização do cuidado especialmente no setor materno-infantil. No cenário de alta complexidade da pandemia, deve-se ter à máxima atenção, uma vez que o COVID-19, busca as melhores respostas para a prevenção e nos convoca a uma ação coordenada efetiva. No contexto da pandemia, as mulheres podem encontrar mais dificuldades para que suas escolhas sejam escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde, relacionado às limitações que a crise sanitária impõe a todo o sistema. “[...]Toda mulher tem o direito à informação, a dar seu consentimento, a negar-se a consentir e que sejam respeitadas e defendidas as suas escolhas. Isto inclui o direito a ter o acompanhante de sua escolha com ela durante o trabalho de parto e nascimento [...]”.
A2	O isolamento social requerido pela pandemia da COVID-19 pode trazer segurança para algumas mulheres, contudo também é preciso desnaturalizar o olhar que generaliza e perceber que o mesmo acontecimento, em contextos diferentes, também pode afetar mulheres de formas diversas, gerando medo e dor. Especialmente no campo da área obstétrica evidenciou-se nesse período um aumento muito grande de violências obstétricas, chegando há 75% no Reino Unido, 65% na Austrália, e somado as violências contra a mulher no geral incluindo também as VO, ocorreram um aumento significativo de denúncias registradas na Argentina, Canadá, França, Alemanha, Espanha, Brasil e Estados Unidos.

A3	Garantir atenção adequada às emergências obstétricas, reservando vagas diferentes daqueles destinados ao cuidado de pacientes com COVID-19. O pessoal de saúde deve estabelecer rapidamente se um paciente infectado. A doença respiratória aguda (IRA) atende aos critérios para um possível caso de COVID-19 em tudo na triagem de casa. Respeitar os direitos das mulheres durante a assistência obstétrica à informação, a escolha e prestar uma assistência humanizada e integralizada.
A4	Os primeiros relatos de casos de infecção por COVID-19 em mulheres grávidas vieram da China. Em alguns de os primeiros artigos publicados, todos os bebês nasceram por cesariana, sem dar razões para tal intervenção. A incidência de cesáreas chegou a aumentar 92%, sem dar à mulher direito de escolha, tal justificativa para a realização do procedimento foi o “sofrimento fetal”, e este nem estava documento nos prontuários, portanto poderia ter sido evitado, e cogita-se até a ocorrência de terem sido desnecessárias e realizadas devido ao medo dentro do cenário COVID-19. No contexto da pandemia evidencia-se que as medidas aplicadas as mulheres durante o trabalho de parto, parto e puerpério não são estritamente necessárias e não são baseadas em evidências. Eles desrespeitam a dignidade humana, negando direitos das mulheres. Pior, eles estão causando danos, estresse e medo. O cenário COVID19 nos lembra a fragilidade do avanço nos direitos desses grupos. Em vez do que ser uma resposta eficaz ao COVID-19, essas práticas prejudiciais são uma violação das regras femininas direitos humanos e uma manifestação encoberta de discriminação estrutural de gênero.
A5	Evidenciou-se que a gestante não está livre dessas infecções, embora até no momento, a incidência de COVID-19 em mulheres é menor do que em homens e que a idade mais afetada não é a reprodutiva, há preocupação com o nível de vulnerabilidade de a gestante, tanto devido ao seu estado fisiológico como social, especialmente em países com serviços de saúde insuficientes. Observa-se também que as condições de confinamento podem ter consequências negativas para elas, devido ao aumento da violência doméstica, o menos acesso a serviços de cuidados pré-natais e cuidados com o recém-nascido, e o efeito negativo que essa situação pode ter sobre sua saúde mental durante o período pós-parto, e seus reflexos diretos na violência obstétrica.
A6	Diante dessa pandemia os serviços e saúde sexual e fatores reprodutivos estão sendo seriamente afetados durante todo o mundo, pois os recursos são desviados para atender aos serviços de emergência de saúde, e essas áreas acabam sendo esquecidas sendo que as mulheres continuam precisando dos cuidados maternos, o que gera crise para aquelas que precisam dos serviços de saúde de rotina. O serviço de planejamento da família, as consultas pré e pós-natal, consultas para DST’S, fornecimento de anti-retrovirais para pacientes com HIV e atenção em casos de violência, também foram muito prejudicadas e isso pode gerar várias consequências a médio e longo prazo, se o surto imitar outras pandemias como Ebola, houve um aumento significativo em caso de morte materna (22%) e de gravidez não planejada (200%).
A7	Com a crise aumentando cada vez mais, e com a família constantemente em casa, a violência doméstica também se destacou durante essa pandemia, mas não somente devido a ela pois isso já vinha crescendo ao longo dos últimos aos devido ao uso de armas, a diminuição dos recursos de suporte, a falta de instituições e pessoal para assistir a essas vítimas. E além disso pesquisas revelam que em média 13 mulheres são mortas por dia e a população negra e a mais atingida, fora que a maioria destes crimes foram cometidos por seus parceiros ou ex-parceiros dentro do ambiente doméstico. Devido a pandemia da COVID 19 os casos de brigas de casais e violência doméstica vem sendo mais relatados na plataforma twitter.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A partir da análise crítica e detalhada dos artigos emergiram as seguintes categorias: COVID-19 e violência obstétrica: silêncio, bramido e medo, e COVID-19 e violência obstétrica: um olhar para além da pandemia.

Categoria A - COVID-19 e violência obstétrica: silêncio, bramido e medo.

O ano de 2020 começou como sendo promissor, especialmente para a ciência enfermagem, com o lançamento da Campanha *Nursing Now*, a qual reflete o Ano Internacional de Enfermeiras e Obstetrias declarado pela OMS (DE SOUZA et al., 2020). Concomitante a esse cenário a China se torna o epicentro de uma SRAG, conhecida por COVID-19, que em poucos dias se expandiu em diversos países. Esse evento levou a OMS a declarar estado de grave pandemia (DE SOUZA et al., 2020; VILLAVERDE, 2020). Com a pandemia, parece ser comum observar que durante a atuação dos profissionais junto as pacientes obstétricas a falta de cumprimento nos itens A, B, C e D referentes ao emprego do protocolo da OMS sobre as boas práticas obstétricas (WHO, 2017; WHO, 2018; WOLFF; MINELLA; LAGO; RAMOS, 2020; LOPEZ; SARMIENTO, 2020).

Como por exemplo, categoria A: liberdade de posição e movimento durante o parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; estímulo às posições não supinas durante o trabalho de parto. Exemplos referentes à categoria B: Uso rotineiro de tricotomia; uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto e revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto. Exemplos referentes à categoria C: pressão do fundo do útero durante o trabalho de parto. Exemplos referentes à categoria D: controle da dor por anestesia peridural; controle da dor por agentes sistêmicos (WHO, 2017; WHO, 2018).

Esses achados merecem atenção especial dos gestores em saúde para que essas mulheres não tenham seus direitos afetados e que esses tópicos façam parte das agendas dos profissionais obstetras e da sociedade em geral.

Ao longo dos anos os direitos das mulheres vêm sendo violados em relação ao parto e nascimento, e no atual cenário da pandemia pelo COVID-19 estas mulheres parecem ainda mais vulneráveis as imposições dos serviços de saúde (DE SOUZA et al., 2020; SADLER; LEIVA; OLZA, 2020). As mulheres têm encontrado maiores dificuldades para que suas escolhas sejam escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde, especialmente relacionado às limitações que a crise sanitária impõe a todo o sistema (DE SOUZA et al., 2020).

Tal situação tem gerado conflitos internos nas mulheres, como medo, angústia e até mesmo sensação de abandono. A pandemia, com sua obrigatoriedade de isolamento social, lhes retirou seus direitos ora adquiridos de obtenção da atenção qualificada, integralidade da assistência e humanização no cuidado durante o parto e nascimento. Resta agora, a estas

mulheres se contentarem com o silêncio refletido em bramidos e gemidos de socorro (WOLFF; MINELLA; LAGO; RAMOS, 2020; VILLAVERDE, 2020).

O problema é ainda mais agravante, uma vez que as gestantes são consideradas grupo de risco perante a pandemia. Quando suspeitas ou confirmadas com o SarsCov-2 no momento do trabalho de parto e parto, as recomendações são para proibição de acompanhantes, ênfase na individualidade da assistência seguidas a avaliação da dinâmica uterina e do bem-estar fetal (SADLER; LEIVA; OLZA, 2020).

Essas condutas refletem claramente um aumento nos índices de violência obstétrica, pois deixam as mulheres vulneráveis aos serviços de saúde, sem acesso ao grupo de apoio as gestantes e educações em saúde tão importantes enquanto fonte de apoio, informação e gerador de opiniões na assistência materno-infantil.

A humanização da assistência ao parto e nascimento; segurança do paciente e construção do vínculo mãe e filho, bem como dos profissionais para com os usuários, a fim de promover um cuidado mais humano e seguro tem sido fragilizado nesses tempos de pandemia, o que necessita urgentemente de intervenções.

Acredita-se que com os dados aqui levantados, seja possível subsidiar as políticas de saúde para essas mulheres em tempos de pandemia e trazer à tona essa problemática para a discussão, haja vista que os estudos apontam que o vírus continuará circulando e as mulheres são gradativamente mais vulneráveis.

Categoria B - COVID-19 e violência obstétrica: um olhar para além da pandemia.

A COVID-19 é uma doença provocada pelo SARS-CoV-2, com amplo espectro clínico variando de assintomático a quadros graves. As transmissões ocorrem por contato próximo de uma pessoa doente ou por contato ou gotícula (toque, aperto de mão, espirro, tosse, catarro). Em caso de sintomas positivos como febre, tosse, dor de garganta ou sensação de falta de ar, deve-se manter o isolamento e evitar o contato físico, principalmente de crianças, idosos e doentes crônicos (LOPEZ; SARMIENTO, 2020).

A pandemia além de ser um problema de saúde pública é também um profundo choque social, no qual os grupos de risco estão nos esforços dos atendimentos (BARBOSA *et al.*, 2020). Todavia, as gestantes somente receberam maior atenção nos últimos meses, sendo até então, consideradas pouco vulneráveis a complicações, haja vista a escassez de estudos. Nesse sentido, pouco se produziu para minimizar suas inquietações e enfrentar o inesperado.

A infecção pelo SARS-CoV-2 é marcada por algumas medidas de proteção e prevenção sanitárias, como: higienização das mãos com água e sabão; uso de álcool em gel 70%, evitar tocar olhos, nariz e boca, adoção da etiqueta respiratória (proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir como cotovelo flexionado ou lenço descartável) (KASANO; SANTIBAÑEZ; DÍAZ, 2020). Ainda, a OMS recomendou isolamento social, seguido de manutenção da distância social (mínimo de um metro), que se evitassem aglomerações e a utilização de máscara em caso de quadro gripal ou infecção pela COVID-19 (KASANO; SANTIBAÑEZ; DÍAZ, 2020). Igualmente, as mulheres nesse momento de oscilações hormonais e conseqüente problemas físicos e emocionais, se viram literalmente isoladas, contribuindo para o sofrimento e ainda não adesão aos cuidados com sua saúde.

Para além da violência obstétrica propriamente dita, essa mulher nesse contexto de pandemia tem sofrido ainda fragilidade na rede de atenção pré-natal e puerpéreo, uma vez que os serviços estão quase que exclusivamente, direcionado ao enfrentamento da COVID-19. Em sua grande maioria, as Unidades Básicas de Saúde reduziram os atendimentos a essas mulheres e os profissionais de saúde, gestores e mídia incentivados a saída de casa para as unidades de saúde somente em casos de extrema necessidade. Uma vez longe dos serviços de saúde, essas mulheres se encontram mais fragilizadas e com maiores risco à sua saúde e do RN.

Esse distanciamento também parece contribuir para processos familiares interrompidos, sexualidade prejudicada e dignidade humana prejudicada. Nesse sentido, há evidências que o número de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) tem aumentado o que prejudica do desenvolvimento fetal (LOPEZ; SARMIENTO, 2020).

O número de violência contra a mulher, mesmo que ainda seja prematuro afirmar, tem aumentado com a pandemia segundo os meios de comunicação (WOLFF; MINELLA; LAGO; RAMOS, 2020). Ademais é oportuno lembrar que o profissional de saúde deve ter um olhar que ultrapasse a pandemia para que essa mulher seja atendida em sua integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente a pandemia pela COVID-19 representa um dos maiores desafios da humanidade em todos os âmbitos, e como não poderia ser diferente, na obstetrícia; área já carente de atenção e de cuidados padronizados. Mesmo com apenas sete meses de pandemia, já evidenciamos sete importantes investigações acerca da temática, o que com certeza ratifica a problemática da violência obstétrica e sustenta a relevância dessa revisão da literatura.

Observou-se que a produção científica relacionada à violência obstétrica tem emergido gradativamente, e tomando proporções sombrias nesse período de pandemia de COVID-19. Assim, tornam-se prementes intervenções assertivas que contribuam para garantia dos direitos humanos dessas vulneráveis, com foco na recuperação da autonomia, prevenção de danos obstétricos, emocionais e físicos.

Almeja-se que os nossos achados contribuam para a universalização do cuidado a essas mulheres e sua família de modo a fornecer condições capazes de oferecer os condicionantes para a construção da possibilidade de superação das vulnerabilidades que vão além da COVID-19.

Por fim, espera-se que os dados aqui suscitados possam contribuir para que o silêncio, bramido e medo gerado pela violência obstétrica e suas interfaces com a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres não sejam mais relatados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

SENHORAS, Eloi Martins. Coronavírus e o papel das pandemias na história humana. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 1, n. 1, p. 31-34, 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/6120-24075-1-PB.pdf>>. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3760078>

HESTER, Rebecca J.; WILLIAMS, Owain David. The somatic-security industrial complex: theorizing the political economy of informationalized biology. **Review of International Political Economy**, v. 27, n. 1, p. 98-124, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09692290.2019.1625801>>. <https://doi.org/10.1080/09692290.2019.1625801>

BOUZA, José. Mariá. Eirós. et al. **Síndrome Agudo Respiratório Severo y Gripe Aviar**. Madrid: Real Academia Nacional Medicina, 1 ed, 2004.

BRASIL, M. S. **Covid-19 Painel Corona vírus**. Atualizado em:20/09/2020 18:00. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 set. 2020>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>.

LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 39-46, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100039&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.

WHO. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns], 2017.

WHO. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLACO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 67, n. 2, p. 282-289, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

DE SOUZA, Kleyde Ventura et al. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148>>. doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148

BARBOSA, Jeanine Pacheco Moreira et al. Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. 2020. **SciELO** -

Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328>>.

KASANO, Juan Pedro Matzumura; SANTIBAÑEZ, Luis Meza; DÍAZ, Ither Sandoval. Recomendaciones en gestantes durante la pandemia COVID-19. **Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal**, v. 9, n. 1, p. 92-97, 2020. Disponível em: <<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/191>>. doi.org/10.33421/inmp.2020191

SADLER, Michelle; LEIVA, Gonzalo; OLZA, Ibone. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. **Sexual and reproductive health matters**, v. 28, n. 1, p. 1785379, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379>>. doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379

VILLAVERDE, Jorge O. Alarcón. La pandemia del COVID-19 y la investigación en ginecología y obstetricia. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, v. 66, n. 2, 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/Natalia%20%26%20Geovana/Artigo%2005.pdf>>. doi.org/10.31403/rpgo.v66i2243

WOLFF, Cristina Scheibe et al. Pandemia na necroeconomia neoliberal. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 28, n. 2, e74311, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2020000200100&lng=en&nrm=iso>. doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n274311.

CORREA-LOPEZ, Miriam Yoana; HUAMÁN-SARMIENTO, Tatiana Evelyn. Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. **Revista Internacional de Salud Materno Fetal**, v. 5, n. 2, p. e4-7, 2020. Disponível em: <<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/173>>.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.



Título em português

English title

Autor 1

Formação acadêmica mais alta, pela Instituição XXXXX
 Instituição: (instituição onde trabalha atualmente)
 Endereço: Rua AAAA, 1155, Bairro AAAA - Cidade, Estado, CEP: xxxxx-xxx
 E-mail: xxxxx@hotmail.com

Autor 2

Formação acadêmica mais alta, pela Instituição XXXXX
 Instituição: (instituição onde trabalha atualmente)
 Endereço: Rua AAAA, 1155, Bairro AAAA - Cidade, Estado, CEP: xxxxx-xxx
 E-mail: xxxxx@hotmail.com

Autor 3

Formação acadêmica mais alta, pela Instituição XXXXX
 Instituição: (instituição onde trabalha atualmente)
 Endereço: Rua AAAA, 1155, Bairro AAAA - Cidade, Estado, CEP: xxxxx-xxx
 E-mail: xxxxx@hotmail.com

(máximo 8 autores)

RESUMO

Entre 3 e 15 linhas, descrevendo o resumo do trabalho a ser publicado.

Palavras-chave: Entre 3 e 5 palavras-chave, separadas por vírgula.

ABSTRACT

Between 3 and 15 lines, describing the abstract of the paper to be published.

Keywords: Between 3 and 5 keywords, separated by commas.

1 INTRODUÇÃO (Times New Roman 12, com negrito)

Descrever a contextualização, questão de pesquisa e justificativa da pesquisa. O Brazilian Congress trabalha com fonte Times New Roman 12, espaçamento entre linhas 1,5. Ainda, o máximo são 8 autores, e a extensão máxima do trabalho são 20 páginas, já considerando as referências. Os trabalhos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

2 FORMATO DO TEXTO

Os autores devem utilizar normas ABNT para citações e referências. As legendas de elementos gráficos devem aparecer acima do elemento, centralizada e em fonte Times New Roman, tamanho 10. A fonte do elemento deve aparecer após o elemento, alinhada a esquerda e em fonte Times New Roman, tamanho 10.

Quadro 1 - Hierarquia das necessidades de Maslow

Necessidades	Características
Fisiológicas	São as que ocupam maior relevância. Dentro das necessidades fisiológicas estão as necessidades de sexo, sono, exercício, alimentação e outras necessidades fisiológicas.
Segurança	Nesse grupo está à liberdade, segurança; estabilidade, confiança, ordem, lei, limites e outros.

Fonte: adaptado de Maslow (1954).

2.1 SUBTÍTULO DE SEÇÕES

Os subtítulos devem estar em caixa alta, sem negrito, fonte Times New Roman, tamanho 12. Demais subtítulos de outros níveis devem obedecer às normas vigentes da ABNT.

3 AGRADECIMENTOS

Seção opcional, onde o autor pode agradecer agências de fomento, ou outro tipo de agradecimento aplicável.

REFERÊNCIAS

(referências utilizando normas ABNT)

SAMPAIO, C. A. C.; ALVES, F. K.; FALK, V. C. V. Arranjo socioprodutivo de base comunitária: Interconectando o turismo comunitário com redes de Comércio justo. **Turismo Visão e Ação**, v. 10, n 2. p. 244-262, 2008.

SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. 3ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.



CARTA DE ACEITE

Autor(es): MEILLYNE ALVES DOS REIS (meillynealvesdosreis@yahoo.com.br), Geovana Alves da Silva (geovanabrasileira@gmail.com), Natalia Silva de Andrade (nataliasilva230598@gmail.com), Cacia Regia de Paula (cregia@ufg.br), Glaucia Oliveira Abreu Batista Meireles (profglauciameireles@gmail.com), Maria Beatriz Moreira das Chagas (mariabmoreira@outlook.com), Raquel Pereira de Mesquita (mesquita1994@gmail.com), MTÍaturcloo:sVAIONdLrEeNdCeIAMOatBosST(mEaTrRcloCsAm:aUtoMs@OuLfHgA.bRr).PARA O CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19, SILENCIO, BRAMIDO E MEDO

Eixo: Eixo 04 - Enfermagem

Modalidade: Artigos completos (pesquisas concluídas)

Prezado(a) Participante:

É com grande satisfação que comunicamos que o seu trabalho foi aceito para apresentação no(a) I Brazilian Congress of Health, promovido pelo "Brazilian Journals Publicações de Periódicos e Editora Ltda. - Brazilian Congress", que ocorrerá nos dias 23 a 24 de novembro, 2020, ONLINE.

São José dos Pinhais - PR, 08 de novembro de 2020

Prof. Dr. Edilson Antonio Catapan
Coordenação Geral do Evento