

## **Violência obstétrica: Impactos físicos e psicológicos na vida das mulheres - Uma narração dos relatos e sequelas**

**Obstetric violence: Physical and psychological impacts on women's lives - A narrative of reports and after-effects**

**Violencia obstétrica: Impactos físicos y psicológicos en la vida de las mujeres - Una narración de relatos y secuelas**

Recebido: 09/03/2024 | Revisado: 13/04/2024 | Aceitado: 15/04/2024 | Publicado: 18/04/2024

**Maysa Rodrigues de Sousa**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9043-0417>

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: [maysasousa149@gmail.com](mailto:maysasousa149@gmail.com)

**Ruth Danielly Albano de Almeida**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0271-4790>

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: [ruhdani1@gmail.com](mailto:ruhdani1@gmail.com)

**Karina Maria Mesquita da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4123-7915>

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: [karina.mesquita@unitpac.edu.br](mailto:karina.mesquita@unitpac.edu.br)

**Miguel Emilio Sarmiento Gener**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0683-7066>

Centro Universitário do Maranhão, Brasil

E-mail: [fmttocantins@gmail.com](mailto:fmttocantins@gmail.com)

### **Resumo**

A experiência com o parto por muitas vezes é caracterizada por dor, sofrimento, constrangimento e agressão. Isso porque, além de intervenções desnecessárias e/ou dolorosas, também são comuns restrições cientificamente insustentáveis e atitudes profissionais que constituem violência obstétrica, seja ela física, psicológica ou verbal. Desta forma o objetivo deste estudo visa compreender e relatar a experiência de uma mulher vítima de violência obstétrica, seus acontecimentos e suas sequelas físicas e psicológicas. Como também desenvolver uma cartilha informativa para disseminar informações à gestante desde o pré-natal. De natureza qualitativa, o trabalho desenvolvido se baseia em pesquisa de relato de caso de cunho exploratória descritiva. O estudo contou com a participação de uma mulher que vivenciou a experiência de violência no parto, que por consequência, serviu de base para este estudo. A metodologia utilizada para coleta de informações foi um questionário desenvolvido pelas autoras e aplicado de maneira presencial, que continha 47 questões divididas em três blocos: pré-natal, parto e pós-parto. No relato feito pela participante da pesquisa sobre os momentos vivenciados durante o trabalho de parto, são perceptíveis as práticas, dores e o sofrimento resultantes da falta de informação sobre seus direitos durante o parto. Sendo assim, constata-se que as consequências da violência obstétrica podem deixar marcas que se perpetuam durante anos, traumas físicos como também psicológicos.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Trabalho de parto; Humanização; Direitos da mulher.

### **Abstract**

The experience of childbirth is often characterized by pain, suffering, embarrassment and aggression. This is because, in addition to unnecessary and/or painful interventions, scientifically unsustainable restrictions and professional attitudes that constitute obstetric violence, whether physical, psychological or verbal, are also common. The aim of this study is to understand and report on the experience of a woman who was a victim of obstetric violence, its events and its physical and psychological consequences. It also aims to develop an information booklet to disseminate information to pregnant women from prenatal care onwards. This qualitative study is based on a descriptive, exploratory case report. The study included the participation of a woman who had experienced violence during childbirth, which consequently served as the basis for this study. The methodology used to collect information was a questionnaire developed by the authors and applied in person, which contained 47 questions divided into three blocks: prenatal, childbirth and postpartum. In the research participant's account of the moments she experienced during labor, the practices, pain and suffering resulting from the lack of information about her rights during childbirth are noticeable. The consequences of obstetric violence can leave marks that last for years, physical as well as psychological trauma.

**Keywords:** Obstetric violence; Labor; Humanization; Women's rights.

## Resumen

La experiencia del parto suele caracterizarse por el dolor, el sufrimiento, la vergüenza y la agresión. Esto se debe a que, además de las intervenciones innecesarias y/o dolorosas, también son comunes las restricciones científicamente insostenibles y las actitudes profesionales que constituyen violencia obstétrica, ya sea física, psicológica o verbal. El objetivo de este estudio es, por lo tanto, comprender e informar sobre la experiencia de una mujer que fue víctima de violencia obstétrica, sus acontecimientos y sus consecuencias físicas y psicológicas. También pretende elaborar un folleto informativo para difundir información a las mujeres embarazadas desde la atención prenatal. Este estudio cualitativo se basa en un informe de caso exploratorio descriptivo. El estudio contó con la participación de una mujer que había sufrido violencia en el parto, que, en consecuencia, sirvió de base para este estudio. La metodología utilizada para la recogida de información fue un cuestionario elaborado por las autoras y aplicado de forma presencial, que contenía 47 preguntas divididas en tres bloques: prenatal, parto y postparto. En el relato de la participante en la investigación sobre los momentos vividos durante el trabajo de parto, se notan las prácticas, el dolor y el sufrimiento resultantes de la falta de información sobre sus derechos durante el parto. Esto demuestra que las consecuencias de la violencia obstétrica pueden dejar marcas que duran años, traumas físicos y psicológicos.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica; Trabajo de parto; Humanización; Derechos de la mujer.

## 1. Introdução

A maternidade é um dos momentos mais significativos e transformadores na vida de uma mulher, marcado por uma mistura de emoções que vão desde a expectativa e alegria até a ansiedade e o desconhecido. O parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher (Piccinini et al, 2008).

No entanto, o processo de gestação, parto e pós-parto, que deveria ser permeado por cuidado, respeito e apoio, muitas vezes se desdobra em experiências dolorosas e traumáticas para muitas mulheres ao redor do mundo. Entre essas experiências adversas, emerge um fenômeno preocupante e complexo: a violência obstétrica. A violência obstétrica engloba uma série de práticas desumanas, abusivas e desrespeitosas que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal, seja no pré-natal, durante o parto ou no pós parto imediato. Essas práticas podem envolver desde tratamento verbal ofensivo até procedimentos médicos desnecessários, forçados ou realizados sem o devido consentimento da mulher. Dessa forma, essa violência deve ser enfrentada por parte das instituições e profissionais de saúde em prol para garantir os direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres (Vieira, 2016).

A dor do parto, no Brasil, muitas vezes, é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo, agressões a parturiente ao bebê são licenciadas devido a cumplicidades de profissionais desqualificados. Além disso, a impunidade se torna mais nítida àqueles que realizam práticas sem escrúpulos e sentimento algum, que agridem o binômio mãe – bebê (Silva et al, 2017).

Estatísticas apontam que um quarto das brasileiras que vivenciaram partos normais referem ter sido vítimas de violência e/ou maus-tratos nas maternidades. Desta forma, ao observar o contexto de violência obstétrica, há uma necessidade de modificar essa realidade, humanizando a assistência à parturiente, o que inclui mudanças na ambiência e também no trabalho do profissional de saúde, principalmente o enfermeiro (De Medeiros, et al, 2018).

Desta forma, o objetivo deste estudo visa compreender e relatar a experiência de uma mulher vítima de violência obstétrica, seus acontecimentos e suas sequelas físicas e psicológicas. Como também desenvolver uma cartilha informativa para disseminar informações à gestante desde o pré-natal. De natureza qualitativa, o trabalho desenvolvido se baseia em pesquisa de relato de caso de cunho exploratória descritiva, examinamos não apenas as manifestações e causas desse fenômeno, mas também suas ramificações nas esferas física, emocional e social das mulheres. Além disso, discutimos possíveis estratégias de prevenção e intervenção, visando à promoção de uma assistência à saúde materna mais humanizada, respeitosa e empática. No decorrer deste artigo científico, abordamos os principais aspectos relacionados à violência obstétrica e suas implicações na vida das mulheres puérperas, contribuindo assim para um entendimento mais abrangente

desse problema, fomentando discussões e ações que visem a transformação positiva da assistência à saúde materna e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida das mulheres puérperas.

## **2. Materiais e Métodos**

O trabalho desenvolvido se baseia em pesquisa de relato de caso de cunho exploratória descritiva, de natureza qualitativa. Segundo Toassi et al. (2015), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das opiniões, sendo interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam de si mesmo. A pesquisa foi realizada pelas autoras no município de Araguaína, localizada no estado do Tocantins, tendo como público alvo mulheres que sofreram violência obstétrica.

Como critérios de inclusão foram utilizados: desejo em participar livremente do estudo e que durante o trabalho de parto sofreu algum tipo de violência obstétrica. Como critério de exclusão: não ter sofrido nenhuma conduta considerada violência obstétrica e não aceitar participar do estudo.

O instrumento de coleta de dados – ICD foi elaborado pelas autoras, o mesmo possui 3 etapas sendo elas: pré-natal, parto e pós parto, sendo um total de 40 perguntas distribuídas entre os tópicos mencionados. Instrumento precioso de conhecimento interpessoal que facilita, no encontro face a face, elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado (Toassi et al, 2025). A coleta de dados propriamente dita foi realizada de forma presencial com a participante em sua própria residência.

Foi realizado também um levantamento bibliográfico para a construção deste artigo científico, por meio de plataformas de pesquisas como Scielo, bibliotecas virtuais e Google acadêmico. Feito uma busca com palavras chaves como: “Violência Obstétrica”, “Tipos de violência obstétrica”, “Prevenção da violência obstétrica”, “assistência de enfermagem frente às violências obstétricas”, “assistência humanizada”. A partir disso, foram selecionados artigos científicos, dissertações e monografias entre os anos de 2010 a 2023.

As buscas destas informações possibilitaram as autoras observarem o impacto na vida das mulheres uma vez que as mesmas não possuem conhecimento e informação a respeito das práticas consideradas violência obstétrica, as mesmas não reconhecem aquela conduta como violenta uma vez que é uma violência que vem sendo reproduzida durante gerações e acaba sendo naturalizada.

## **3. Resultados e Discussão**

### **3.1 Pré-Natal**

Segundo as informações da entrevistada, casada, 36 anos, ensino médio completo, vendedora em setor comercial, natural de Araguaína - TO, mãe de 3 filhos, o primeiro de 17 anos de idade, o segundo de 10 anos e o terceiro de 3 anos.

A entrevistada informou que a gravidez do seu primeiro filho foi desejada e esperada, e neste sentido, comparecia a USF do setor onde reside para realizar todas as consultas de Pré-natal, que eram agendadas mensalmente, e geralmente intercaladas entre consulta médica e consulta de enfermagem. Segundo De Lara et al. (2017), os cuidados com a mulher durante a gestação englobam ações de prevenção, promoção e educação em saúde, com o objetivo de manter a gestação com o menor risco possível para o binômio mãe-filho. A gestação envolve diversas mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais na vida da mulher. Portanto, a consulta de pré-natal contribui para que a gestante enfrente as mudanças com maior segurança.

Em relação aos sinais e sintomas frequentes na gestação, a mesma relatou que sempre se apresentava em bom estado geral, tranquila, disposta e sem queixas. Negou episódios de emese e cefaleia. Referente aos antecedentes pessoais, nega

tabagismo, etilismo, ITU, cardiopatias, diabetes e hipertensão. Aos antecedentes familiares, afirma que os avós possuem diabetes e hipertensão, nega gemelares, CA familiar, má formação e cardiopatias. Menarca aos 14 anos, sexarca aos 18 anos. Antecedentes obstétrico, gesta 3, nenhum aborto e 3 partos, sendo 1 normal e 2 cesarianos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), a realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e detecção precoce de patologias e riscos tanto maternos como fetais. Motivada pela chegada do seu primeiro filho, a entrevistada não poupou esforços para seguir as orientações conforme a equipe de saúde a instruíra. Realizou todos os exames laboratoriais do 1º ao 3º trimestre, exames estes que permitem identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, anemias, sífilis, HIV, hepatites, etc. Como também afirmou que seu cartão de vacina se encontrava atualizado, garantindo sua imunização.

Relata ainda, que tentava seguir todas as recomendações prescritas pela equipe multiprofissional, como a ingestão de líquido em média 2L, cuidados com a pele, em especial as mamas, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, cuidados com a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional, vestuário, observar os sinais de risco como sangramentos ou perda de líquidos, assim como o uso da suplementação férrea durante toda a gravidez e no resguardo.

O programa nacional de suplementação de ferro (PNSF) consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico. Ao ser questionada sobre o uso da medicação prescrita durante o pré-natal sendo elas o sulfato ferroso e o ácido fólico, a entrevistada conta que aderiu tranquilamente o uso destes medicamentos e que continuou fazendo uso no período do puerpério. Estes medicamentos são recomendados durante a gestação como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso após o nascimento do bebê, anemia e deficiência de ferro na gestante (Ministério da Saúde, 2013).

Durante a entrevista em relação às consultas de pré-natal, a participante se mostrou entusiasmada ao narrar sua experiência, tendo em vista que se empenhou desde o conhecimento da gestação em tornar aquele momento único. Ao ser questionada se durante as consultas houve orientação da equipe a respeito dos seus direitos no momento do parto e esclarecimento do que podia ou não podia acontecer durante o trabalho de parto, a participante hesitou em responder por um momento, mas logo em seguida, negou. Perguntamos logo em seguida se a mesma já tinha visto ou ouvido falar sobre o que é uma violência obstétrica e como ela acontece, a participante novamente nos respondeu que não, nunca teve acesso a essa informação.

Diante deste contexto, nota-se a necessidade de abordar essa temática visto que a educação em saúde referente a violência obstétrica é primordial para as gestantes durante as consultas de pré-natal, em palestras ou rodas de conversas nas UBS (Unidade Básica de Saúde), para que as mesmas, recebam essas informações sobre os seus direitos, e dessa forma garantia de uma assistência humanizada.

### **3.2 Parto**

A participante descreveu a partir de então o seu parto, relata que no dia 06 de junho de 2007 por volta das 22h14, deu entrada na maternidade de referência da sua cidade com 38 semanas de gestação, com ruptura da bolsa. A gestante chegou acompanhada pelo seu esposo onde o mesmo foi impedido de entrar e participar do trabalho de parto e nascimento do seu primogênito.

Apoio de familiares e amigos em todas as etapas da gravidez proporciona à gestante mais conforto e acolhimento. Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, foi publicada a Lei Federal nº 11.108 de 07/04/2005 que, em seu artigo 19, diz: “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto

e pós-parto imediato”. Mesmo depois de 2 anos em que a lei foi publicada ainda sim, foi restrita a entrada do acompanhante da parturiente, com isso, ela seguiu durante todo o trabalho de parto até o nascimento, sozinha e sem nenhum apoio familiar, fazendo com que a própria, perdesse o protagonismo daquele momento único em que ela idealizou e iniciando uma série de ações que ocasionaram diversas violências obstétricas.

Através do exame de verificação de dilatação cervical conhecido como “toque”, percebeu-se que havia 1cm de dilatação e sem contrações, devido ao problema em questão, foi informada que ficaria internada em espera do trabalho de parto. O que seria um dia memorável de alegria, carregado de fortes emoções, se tornou um momento de medo, angústia e sofrimento. Durante a internação a participante contou que foram realizados quatro toques vaginais de forma dolorosa por quatro profissionais diferentes, gerando na mesma, dor, incômodo, constrangimento e apreensão.

O exame de toque vaginal é fundamental para avaliação do progresso do trabalho de parto, pois permite definir não somente a dilatação do colo uterino como também posição, comprimento, consistência e tamanho do colo, apresentação, atitude e posição fetal, relação entre a apresentação e o colo uterino, características da bacia óssea materna, presença de membranas e sua reação às contrações uterinas. Por tanto, essa prática feita de forma rotineira, mostra que muitas das vezes o toque é feito unicamente com o objetivo de avaliar a dilatação do colo uterino (Narchi, 2011). Conforme foi aumentando a frequência destes toques realizados, foram feitos por avaliadores e profissionais diferentes, provocando desconforto, inseguranças e sem respeitar a privacidade da mulher, uma vez que ela relata que o local em que era realizado essas intervenções sempre contava com a presença de quatro ou mais pessoas no mesmo ambiente, pessoas estas em que ela não sabe dizer se eram profissionais ou acadêmicos da saúde.

“Naquela noite durante o trabalho de parto as dores foram aumentando cada vez mais, falei com os profissionais que passavam por lá sobre as fortes dores, porém, todas as vezes sentia que não dava importância, logo depois aplicavam mais medicamentos para sentir as contrações.”

Logo após esta fala, as autoras perguntaram se a mesma tinha conhecimento do que seria esse medicamento que foi administrado ou se algum profissional lhe informou para que objetivo estava realizando aquele procedimento: “Não, eles não me falavam o que estava fazendo ou aplicando, fizeram várias vezes esse medicamento e só depois que eu tive o meu filho, que cheguei em casa, me falaram que poderia ser o “sorinho” para acelerar as contrações, pois eu tinha poucas contrações.”

A ocitocina sintética conhecida também como “sorinho” é produzida em laboratório e administrada durante o trabalho de parto que tem como objetivo induzir e acelerar a parturição, agindo de modo semelhante ao hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior, cuja ação é estimular as contrações uterinas. Quando utilizada rotineiramente, sem critérios adequados, sem informar e sem o consentimento da mulher, caracterizam violência obstétrica (VO). O uso indiscriminado da ocitocina no período do parto pode produzir efeitos adversos na parturiente, como a taquissístolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, podendo provocar, inclusive, ruptura uterina, hemorragia materna e trauma na região perineal, durante a expulsão fetal, que pode ser classificado em episiotomia e lacerações perineais espontâneas (De Moraes, 2022).

Os minutos se tornaram horas para a entrevistada naquela sala de pré-parto, uma vez que sozinha, suas vontades não eram respeitadas. Durante a entrevista a própria, conta para as autoras que pediu para tomar água, pois devido a quantidade de tempo em que já se encontrava internada, sentia uma grande sede, e novamente seus pedidos não foram atendidos. “Eles falaram que eu não podia ingerir nenhum tipo de líquido, nem mesmo água, então passei aquela noite toda com muita sede”. A restrição da ingestão oral foi recomendada durante o trabalho de parto ativo devido ao risco de pneumonite por aspiração, que pode ocorrer como uma complicação de uma eventual anestesia geral. No entanto, este risco é muito baixo e a restrição da ingestão oral pode levar à desidratação, cetose e prolongamento do trabalho de parto (Febrasgo, 2018).

Dito isso, de acordo com o relatório de recomendações das diretrizes de assistência ao parto normal disponibilizado pelo ministério da saúde as mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água e quando não estiverem sob efeito de opioides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve. Negar esse pedido restringindo a mulher é uma violência obstétrica.

“Durante a madrugada comecei a sentir contrações mais intensas, sentia muita dor, então novamente fizeram o toque, porém não me falaram quantos centímetros de dilatação já estava. Pediram para eu fazer força e me colocaram deitada na maca de pernas para cima. Aquela posição ficou na minha memória, foi muito vergonhosa, lembro que tinha mais ou menos 4 a 5 pessoas na sala, homens e mulheres. Tentei, porém, não consegui, minutos depois me levaram para o banheiro e fizeram lavagem intestinal. No momento achei que tudo aquilo que eu estava passando era normal”.

Foi perceptível durante a entrevista a falta de comunicação e esclarecimentos da equipe multiprofissional com a parturiente, onde teria que ser um local seguro se tornou vazio e silencioso. Quando questionada se durante o trabalho de parto ela teria escolhido a posição que ela queria ou que idealizou para o nascimento do seu filho, ela nos afirma “me colocaram deitada na maca”, isso indica que a mesma não teve nenhuma participação na escolha e que foram todas impostas pela equipe.

A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher constitui-se como uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia que consiste na posição onde o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionados a 90<sup>o</sup>, expondo o períneo, prejudica a dinâmica do parto e pode dificultar a oxigenação do neonato (Suaia, 2016). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, no item 9 sobre processos operacionais assistenciais, garante a gestante “condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos”.

Outra fala durante a entrevista que chamou a atenção das autoras foi quando ela informou que foi levada para o banheiro e ali fizeram a lavagem intestinal. A lavagem intestinal consiste em utilizar um medicamento, para efetuar a limpeza do intestino com o objetivo de promover a retirada de resíduos fecais. Antigamente o uso rotineiro de preparações intestinais, como enemas, enteroclistmas e supositórios, era recomendado para facilitar a descida da apresentação fetal; estimular as contrações uterinas, reduzir a contaminação durante o parto e, assim, diminuir o risco de infecção para a mãe e seu filho. Entretanto, existem muitos riscos potenciais no uso dos enemas, principalmente daqueles com sabão (“soapsuds”). Há casos documentados de irritação retal, colite, gangrena e choque anafilático (Lopes, 2001). A parturiente deixou claro que jamais gostaria de passar por esse procedimento novamente.

Diante de tantos acontecimentos que ela já havia presenciado, a parturiente que já havia sofrido diversas formas de violência obstétrica desde o momento da sua internação, não imaginava que aquele dia se tornaria o momento mais traumático de sua vida. Ao passar das horas o dia foi chegando e ela acreditava que todo aquele sofrimento iria cessar. Por volta das 09:20 horas do dia 07 de junho, já com muitas dores foi submetida novamente ao exame do toque quando foi informada que já possuía 7 centímetros de dilatação, com isso, deitada novamente foi instruída a fazer força para a descida do bebê.

“Eu não tinha forças, tentava e não conseguia, foi então que uma mulher subiu ao lado da cama em que eu estava, colocou seus dois braços por cima da minha barriga e fez uma pressão como se estivesse empurrando o bebê. Na hora ela disse que estava me ajudando a nascer mais rápido. Era uma dor insuportável. Eu não tinha mais forças para reagir, não conseguia pedir para parar, eu não conseguia falar, me faltou ar, me faltou vida. Naquele momento eu apenas chorava silenciosamente”. Uma das manobras mais aplicadas e dolorosas durante o trabalho de parto é a Manobra de Kristeller. Ela surgiu no século XIX e consiste na aplicação de uma força externa na parte superior do útero durante as contrações a fim de facilitar a expulsão do feto (Gosch, 2020). Porém, essa manobra possui muito mais riscos do que benefícios e mesmo com as



evidências científicas sobre os potenciais danos causados pela manobra de Kristeller, muitas mulheres ainda são submetidas a esse procedimento.

Durante as narrativas são claras as diversas negligências a que a entrevistada foi submetida. Uma primípara que se encontrava sozinha e sem nenhum tipo de conhecimento ou informação para entender todo o contexto que estava acontecendo. Ela contava com os cuidados da equipe.

Com as tentativas incansáveis para a realização da descida do bebê, a equipe decidiu (sem informar ou o consentimento da parturiente) que iria realizar a episiotomia. A episiotomia se trata de um corte na vulva e na vagina feito com uma tesoura ou bisturi comumente chamado de “pique” ou “episio” no intuito de facilitar a saída do bebê. É um procedimento cirúrgico realizado rotineiramente no parto vaginal (Da Silva Leite et al, 2019).

Logo após esse procedimento, veio a notícia que seu filho tinha nascido. Exatamente às 10:10 horas da manhã seu filho nasceu e foi quando ela percebeu que todo aquele sofrimento tinha acabado. Sozinha naquela sala com aqueles profissionais que até então considerados estranhos para ela, avistou de longe seu filho e novamente chorou silenciosamente.

### **3.3 Pós-parto**

A violência obstétrica não se restringe apenas no momento do parto, ela pode acontecer desde o pré-natal até o puerpério. O pós-parto da entrevistada também foi marcado quando a mesma ainda na sala de parto foi impossibilitada de ter contato físico com o seu filho após o nascimento. “Quando ele nasceu, pegaram o meu bebê e me mostraram o rosto de longe e levaram para fazer os procedimentos”. O pavor de ter acontecido algo de errado durante o nascimento tomou conta da entrevistada, onde ela conta que esses procedimentos demoraram entre 20 a 30 minutos, e somente depois desse intervalo que teve o primeiro contato físico de fato com seu filho.

Embora o contato pele a pele precoce seja considerado uma prática evolutiva adequada, separar o RN de sua mãe logo após o nascimento tornou-se uma conduta comum em muitas sociedades industrializadas devido a hospitalização do parto e adesão a práticas rotineiras, impossibilitando um melhor vínculo mãe-bebê (Souza et al, 2020). O contato pele a pele na primeira hora de vida do RN saudável é o contato imediato e contínuo, no qual esse RN é colocado sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, sendo esse contato recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) quando o RN nasce em boas condições de vitalidade.

Dessa forma, o contato precoce entre a mãe e seu bebê necessita ser estimulado desde os primeiros minutos de vida, este momento precisa ser respeitado na sua individualidade e simbolismo. Nesse ínterim, a amamentação representa a melhor maneira de promover o contato pele a pele imediato, pois contribui para sucção eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe e filho (Dos Santos Fucks, 2015).

Durante o período pós-parto, quando já estava alojada em seu leito na enfermaria, ela conta que sentiu apoio necessário por parte da equipe de enfermagem, nas conversas, durante os procedimentos, na ajuda com a amamentação e com o banho. No momento que relatava sobre seu pós-parto já no seu alojamento, a entrevistada conta que teve uma experiência diferente de certa forma, referente ao que passou no trabalho de parto. Na ocasião em que, as autoras fazem as perguntas de acordo com o ICD (Instrumento de coleta de dados), perceberam que de fato, houve mais humanização na sua assistência durante o puerpério.

Depois de ter perdido seu protagonismo no nascimento do seu primeiro filho, o pós-parto veio como forma de alívio ao se lembrar de todo sofrimento e angústia a que foi submetida. Ela conta que se sentiu ouvida, cuidada e compreendida quando estava no alojamento. Teve apoio da equipe de enfermagem sempre que prestava seus cuidados nos procedimentos e apoio do psicólogo que fazia visitas de rotina, porém ela relata que não sentiu o mesmo apoio pela equipe médica. A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, obstetra, pediatra, psicólogo, assistente social e

nutricionista. Essa equipe tem como principal objetivo realizar promoção da saúde e prevenção de eventuais problemas, prestando assim uma assistência humanizada e eficaz.

Dentre os profissionais da equipe de saúde, o enfermeiro destaca-se como aquele que assiste a mulher de modo direto e individual durante o período puerperal. A enfermagem apresenta como foco de sua atenção o cuidado ao ser humano em todos os ciclos vitais para promoção de sua saúde, conforto e qualidade de vida (Figueiredo, 2015).

“Eu acho que deveria informar e se eles vissem que a pessoa não tem condições de ter o parto normal, que eles não forçassem como foi o meu. 24 horas de trabalho de parto, eles sabiam que eu não tinha condições, dilatei apenas 7 centímetros e eles forçaram meu parto.”

Durante todo o relato de parto a entrevistada se mostrou triste ao relembrar as cenas em que foi submetida e expressa uma indignação pois na época ela achava que tudo o que sofreu, tudo em que foi submetida era algo normal, e com isso veio o medo e pavor de engravidar novamente e ter que reviver toda essa experiência traumática. “Depois do nascimento do meu primeiro filho eu fiz de tudo para não engravidar novamente, depois de 7 anos que enfim tive meu segundo filho, porém convicta que não queria de forma alguma ter parto normal, queria cesariana, jamais queria passar por aquilo novamente, por isso em meus dois últimos filhos foram realizados parto cesáreo”.

Após 17 anos do dia 7 de julho de 2007, a entrevistada afirma que hoje reconhece todas as formas de violência obstétrica que sofreu, porém ainda sim, mesmo sabendo que ela foi a vítima, afirma que não tem coragem para denunciar e que não sabe onde fazer e para quem fazer essas denúncias. A mulher precisa e tem direito de um atendimento respeitoso mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade.

#### **4. Conclusão**

O combate à violência obstétrica no Brasil demanda esforços contínuos e coordenados, envolvendo uma variedade de atores sociais, desde o sistema de saúde até a sociedade civil, com o objetivo de garantir uma experiência de parto segura, respeitosa e digna para todas as mulheres. No contexto brasileiro, a abordagem da violência obstétrica é um assunto de grande complexidade e diversidade. Apesar do crescente reconhecimento da importância de garantir o respeito aos direitos das mulheres durante o processo de parto, enfrentamos desafios significativos. Embora tenham sido implementadas iniciativas, como campanhas de conscientização, treinamento de profissionais de saúde e legislação específica, a eficácia dessas medidas é frequentemente comprometida por lacunas na implementação e pela persistência de práticas culturais arraigadas.

Os traumas e violências sofridas durante o trabalho de parto não acontecem apenas de forma física, mas também psicológica. Experimentar um evento traumático, no qual ela se depara com um parto que rouba sua dignidade, arruína suas expectativas e que deixa cicatrizes internas de profunda tristeza, é um desafio, uma vez que para a mulher esse momento foi tão sonhado e idealizado. Para a entrevistada ela não acredita que de fato exista na prática a humanização dos cuidados durante o trabalho de parto, e afirma que o parto normal se tornou algo angustiante para ela.

A violência obstétrica pode ser praticada por qualquer profissional de saúde sendo eles médicos(as), psicólogos(as), assistentes sociais, enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, fisioterapeutas, que atuem ou não no Setor de Ginecologia e Obstetrícia. Podendo ser praticada tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada, contra mulheres atendidas pelo SUS, plano de saúde ou atendimento particular. Caso as mulheres identifiquem algum tipo de violência obstétrica, é possível realizar denúncias no Ministério Público Federal, no Conselho Estadual ou Municipal de Saúde, no Ministério da Saúde (136), pelo Disque Denúncia de Violência contra a Mulher (180), na ouvidoria do hospital, e nos conselhos profissionais, como o Conselho de Classe dos Médicos (CRM - Conselho Regional de Medicina) e o Conselho Regional de Enfermagem (Coren).

Uma sugestão valiosa para lidar com a questão da violência obstétrica é garantir que as informações sobre como denunciar estejam amplamente disponíveis na atenção básica de saúde. Ao fornecer essas orientações durante o pré-natal ou



consultas regulares, as mães estarão mais bem preparadas e conscientes de seus direitos ao chegarem à internação hospitalar para o parto. É de suma importância que as mulheres estejam cientes dos seus direitos em relação à denúncia da violência obstétrica. O conhecimento desses direitos não apenas induz as gestantes a tomarem decisões informadas durante o processo de parto, mas também as fortalece para enfrentar eventuais práticas inadequadas ou abusivas. Além disso, a conscientização sobre os meios de denúncia contribui para a promoção de um ambiente de assistência à saúde mais transparente e responsável. Conceder autoridade às mulheres com informações sobre seus direitos, cria-se uma base para a defesa da dignidade e respeito durante a experiência do parto, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais ético e comprometido com o bem-estar materno.

Aperfeiçoar a qualidade do atendimento prestado por profissionais de saúde durante o trabalho de parto é essencial para garantir uma experiência segura e respeitosa para as mulheres. Profissionais qualificados têm a capacidade de oferecer suporte emocional, esclarecer dúvidas e respeitar as escolhas da gestante, criando um ambiente acolhedor. Além disso, ao proporcionar um atendimento aprimorado, é possível reduzir as ocorrências de traumas obstétricos e facilitar uma transição mais suave para a maternidade, afetando positivamente tanto a saúde da mãe quanto a do recém-nascido a curto e longo prazo. Portanto, investir na formação contínua dos profissionais de saúde e na implementação de práticas baseadas em evidências é fundamental para transformar a experiência do parto e promover a saúde materna e infantil.

Com o intuito de contribuir na assistência prestada à gestante, diante deste estudo entendemos que uma das atuações mais eficazes contra a violência obstétrica deva ser no compartilhar dessas informações através da cartilha dos tipos de violência obstétrica desenvolvido pelas autoras. Essa cartilha ilustrativa traz os tipos de procedimentos que são considerados uma violência obstétrica (Figura 2), como também traz a importância da denúncia e como realizar essa denúncia (Figura 1). Com essa cartilha introduzida nas palestras e nas consultas de pré-natal na atenção primária à saúde irá levar informações sobre seus direitos e assim buscando conscientização das mulheres a respeito destas práticas ainda no início de sua gestação. Assim também como a conscientização da equipe de saúde a fim de prevenir que práticas como essas voltem a se repetir.

Para trabalhos futuros, as autoras sugerem que seja explorado a definição do fenômeno e suas implicações para as mulheres e a saúde pública. Um aspecto interessante seria investigar a legislação existente em diversos países, destacando lacunas, erros e avanços necessários para proteger os direitos das gestantes. Além disso, seria relevante examinar a perspectiva dos profissionais de saúde, considerando os desafios enfrentados na assistência ao parto e as estratégias para promover e educar uma nova cultura de cuidado e respeito.

**Figura 1** - Página 4 e 1 da cartilha informativa sobre como denunciar uma violência obstétrica.



Fonte: Autoria própria.

A denúncia das práticas caracterizadas como violência obstétrica se torna importante uma vez que ela irá intervir a fim de que essas práticas sejam abolidas, possibilitando apoio às mulheres e um atendimento respeitoso mantendo a dignidade da mulher. É abordado na cartilha o caminho a ser feito para realizar essas denúncias por meio do Ministério da Saúde (ligue 136), pelo disque denúncia de violência contra a mulher (ligue 180), nas ouvidorias do hospital e nos conselhos profissionais, Conselho de Classe dos Médicos (CRM) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Figura 2 - Página 2 e 3 da cartilha informativa, sobre definição e exemplos de violência obstétrica.

**O que é?**

É o desrespeito à autonomia e ao **corpo da gestante** podendo se manifestar por meio de violência verbal ou física, e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários.

Pode ser praticada por **qualquer profissional** que preste assistência obstétrica, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Lembrando que a qualquer momento **a parturiente ou o acompanhante** pode pedir a troca do profissional!

**Fique Ligada**

**A PARTURIENTE TEM O DIREITO** de saber sobre seu estado de saúde e sobre os procedimentos indicados.

**PROFISSIONAL DE SAÚDE TEM A OBRIGAÇÃO** de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, riscos e alternativas disponíveis.

**Exemplos de violência obstétrica**

- Episiotomia (corte do períneo) **sem necessidade** ou sem informar à mulher
- Manobra de Kristeller (**pressão sobre a barriga** da mulher para empurrar o bebê)
- Impedir a mulher de se movimentar** durante o parto ou amarra-la
- Negar anestesia**, inclusive no parto normal
- Dificultar o aleitamento** materno na primeira hora
- Proibir a entrada do acompanhante** escolhido pela mulher
- Xingar, humilhar, gritar, **desrespeitar** a parturiente
- Realizar **toques vaginais** sem necessidade, ou por várias pessoas diferentes
- Realizar **lavagem intestinal**, e **restringir** ingestão de alimentos e líquidos

Fonte: Autoria própria.

Dentro da cartilha de forma ilustrativa e linguagem clara é abordada a definição, alertas quanto aos seus direitos e alguns exemplos de violência obstétrica para que toda mulher que tenha acesso, passe a considerar violência obstétrica todo ato praticado pela equipe de saúde que ofenda, agrida ou cause constrangimento às mulheres gestantes. lembrando-as que toda autonomia deste momento deve ser garantida a mulher.

## Agradecimentos

Agradecemos a todos que participaram direta e indiretamente na realização deste trabalho.

## Referências

- Febrasgo. (2024). Recomendações Febrasgo parte II - Cuidados Gerais na Assistência ao Parto (assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito). <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-cuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito>
- Figueiredo, J. V., Fialho, A. V. M., Mendonça, G. M. M., Rodrigues, D. P. & Silva L. F. (2018). Pain in the immediate puerperium: nursing care contribution. *Rev Bras Enferm* 71(3): 1424-1431. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0345>
- Fucks I. S., Soares, M. C. & Kérber, N. P. C., et al. (2015). A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Avances en Enfermería*, 33(1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>
- Gosch, C. S., Pereira, I. B., & Mundoco, L. S. (2020). Assistência ao parto em maternidade do Tocantins: análise centrada na realização da manobra de kristeller. *Revista Brasileira De Educação E Saúde*, 10(2), 18–22. <https://doi.org/10.18378/rebes.v10i2.7525>
- Lara, S. R. G., Cesar, M. B. N., Waksman, R. D., & Farah, O.G.D. (2017). Enfermagem em obstetrícia e ginecologia. Manole. 269 p. (*Manuais de especialização Einstein*).

- Lopes, M. H. B. M., Silva, M. A. S., Christóforo, F. F. M., Andrade, D. C. J., Bellini, N. R., Cervi, R. C., & Amaral, M. C. E. (2001). O uso do enteroclistma no preparo para o parto: Análise de suas vantagens e desvantagens. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 49–55. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692001000600009>
- Medeiros Moura, R. C., et al. (2018). Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Revista Enfermagem em Foco*, 9(4), 60-65. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1333>
- Ministério da Saúde, A importância do pré-natal. Biblioteca Virtual em Saúde. 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/>.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília-DF. 2013. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf).
- Moraes, A. C. M. M., Melo, L. V., Moutran, L. G., Santiago, R. C., & Maia, J. S. (2022). Parto e ocitocina: a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 7(12), 11–20. <https://doi.org/10.24281/remecs2022.7.12.11-20>
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
- Rabelo, L. R. & Oliveira, D. L. (2010). Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 213-220. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100030>
- Sauaia, A. S. S. & Serra, M. C. M. (2016). “Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco”. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília*. 2(1), 128-147. <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076>
- Silva Leite, I. M., & Valentim de Souza, D. H. A. (2019). Violência obstétrica: o relato de uma dor. *Revista InterScientia*, 7(1), 162–180. <https://doi.org/10.26843/interscientia.v7i1.784>
- Silva, F. M., Silva, M. L. & De Araújo, F. N. F. (2017) Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 3(4), 25-34.
- Souza, H. L. R. e, Fernandes, F. E. C. V., Pereira, R. C. L. F., & Melo, R. A. (2020). Compreensão da enfermagem sobre o contato pele a pele entre mãe/bebê na sala de parto. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 10, e93. <https://doi.org/10.5902/2179769242729>
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da Saúde. (2a ed.), Editora da UFRGS. 7.5) Yin, R. K. (2015). O estudo de caso. Ed. Bookman.
- Vieira, R. S. et al. (2016). Violência obstétrica-práticas no processo do parto e nascimento: uma revisão integrativa.
- Zanon, N., Camargo, J. C. S., Salim, N., De, M., Menezes, O., & Bertolino, M. (n.d.). (2024). Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. The use of the “purple line” as an auxiliary clinical method for evaluating the active phase of delivery. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300012>