

A relação da mulher com a Violência Obstétrica

Women's relationship with Obstetric Violence

La relación de la mujer con la Violencia Obstétrica

Recebido: 04/12/2024 | Revisado: 10/12/2024 | Aceitado: 11/12/2024 | Publicado: 13/12/2024

Míriam Silva Amenor

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4892-1931>
Centro Universitário Unincor, Brasil
E-mail: miriamamenortc@hotmail.com.

Susinaia Rosa Avelar Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9665-3134>
Centro Universitário Unincor, Brasil
E-mail: prof.susinaia.avelar@unincor.edu.br

João Paulo Soares Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4886-1718>
Centro Universitário Unincor, Brasil
E-mail: joao.fonseca@unincor.edu.br

Gabrielle Valério de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3041-5632>
Centro Universitário Unincor, Brasil
E-mail: gaby.tc.98@gmail.com

Resumo

Este estudo aborda a terminologia Violência Obstétrica (VO) definida como violência de atos ou intervenções desnecessárias afetando várias gestantes, assim, é uma invasão ao corpo feminino por parte do profissional da saúde que negligencia os direitos da mulher (Paula et al., 2020). As taxas de cesarianas apresentam grande crescimento, cujo índice deveria ser até 30%, mas o Brasil é um dos líderes mundiais nesse quesito. Visando diminuir essas taxas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, consolidando a técnica de humanização nos partos com propósito de oferecer acesso de assistência e qualidade. O objetivo geral foi identificar mulheres que já sofreram Violência Obstétrica. A pesquisa concentrou-se em uma microrregião, localizada no Sul de Minas Gerais, através do questionário aplicado em formato Bola de Neve. Para a realização do projeto foram incluídos os municípios que fazem parte dessa microrregião com uma amostragem de 38 puérperas. O presente estudo mostrou que uma parcela significativa das participantes sofreu algum tipo de Violência Obstétrica e não buscou ajuda por falta de apoio, ou por não saber a definição de Violência Obstétrica. Além disso, segundo o questionário aplicado, ficou evidente a falta de ética em algumas situações por parte dos profissionais de saúde. É de suma importância que o tema Violência Obstétrica seja cada vez mais discutido, para que haja uma conscientização na população de forma que todas saibam como agir e quais providências tomar nessas situações.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Cesariana; Humanização.

Abstract

This study addresses the terminology Obstetric Violence (VO) defined as violence of unnecessary acts or interventions affecting several pregnant women, thus, it is an invasion of the female body by the health professional who neglects women's rights (Paula et al., 2020). Cesarean section rates show great increase, whose index should be up to 30%, but Brazil is one of the world leaders in this regard. In order to reduce these rates, the Ministry of Health instituted the Humanization Program in Prenatal and Birth, consolidating the humanization technique in childbirth with the purpose of offering access to assistance and quality. The general objective was to identify women who have already suffered Obstetric Violence. The research focused on a microregion, located in the South of Minas Gerais, through the questionnaire applied in Snowball format. For the realization of the project, the municipalities that are part of this microregion with a sample of 38 puerperal women were included. The present study showed that a significant portion of the participants suffered some type of Obstetric Violence and did not seek help due to lack of support, or because they did not know the definition of Obstetric Violence. In addition, according to the questionnaire applied, the lack of ethics in some situations on the part of health professionals was evident. It is of paramount importance that the topic of Obstetric Violence is increasingly discussed, so that there is an awareness in the population so that everyone knows how to act and what measures to take in these situations.

Keywords: Obstetric Violence; Cesarean Section; Humanization.

Resumen

Este estudio aborda la terminología Violencia Obstétrica (VO) definida como violencia de actos o intervenciones innecesarias que afectan a varias mujeres embarazadas, por lo que es una invasión del cuerpo femenino por parte del profesional de la salud que descuida los derechos de la mujer (Paula et al., 2020). Las tasas de cesáreas muestran un gran aumento, cuyo índice debería ser de hasta el 30%, pero Brasil es uno de los líderes mundiales en este sentido. Con el objetivo de reducir estas tasas, el Ministerio de Salud instituyó el Programa de Humanización en Prenatal y Nacimiento, consolidando la técnica de humanización en los partos con el propósito de ofrecer acceso de asistencia y calidad. El objetivo general era identificar a las mujeres que ya habían sufrido violencia obstétrica. La investigación se centró en una microrregión, ubicada en el sur de Minas Gerais, a través del cuestionario aplicado en formato Bola de Nieve. Para la realización del proyecto se incluyeron los municipios que forman parte de esta microrregión con un muestreo de 38 puerperas. El presente estudio mostró que una parte significativa de las participantes sufrió algún tipo de Violencia Obstétrica y no buscaron ayuda por falta de apoyo, o por no conocer la definición de Violencia Obstétrica. Además, según el cuestionario aplicado, fue evidente la falta de ética en algunas situaciones por parte de los profesionales de la salud. Es de suma importancia que el tema de la Violencia Obstétrica se discuta cada vez más, para que haya una conciencia en la población para que todos sepan cómo actuar y qué medidas tomar en estas situaciones.

Palabras clave: Violencia Obstétrica; Cesárea; Humanización.

1. Introdução

De acordo com o Manual de Obstetrícia e Ginecologia (2019), a semiologia é uma ciência voltada para os estudos completos de uma anamnese e exame físico, ou seja, estuda todos os sinais e sintomas de um paciente. A obstetrícia trata-se do acompanhamento durante a gravidez, o parto e o puerpério, onde realizam-se exames obstétricos e laboratoriais, avaliações em casos de risco, com recomendações de autocuidado para a mãe e conselhos voltados para o seu recém-nascido (Carvajal & Barriga, 2019).

A assistência humanizada deve começar no pré-natal para que o binômio (mãe-feto) tenham segurança, atenção e informações verídicas, desta forma a parturiente transmite essas sensações ao neonatal e assim são capazes de ter um parto seguro e de qualidade (Moura et al., 2018).

Segundo Ribeiro et al. (2020), a terminologia VO surgiu nos anos 2000 com uma campanha de defesa em prol do nascimento humanizado. Não obstante, a VO é definida como uma violência de atos ou intervenções desnecessárias afetando várias gestantes, ou seja, é uma invasão ao corpo feminino por parte do profissional da saúde que está negligenciando os direitos da mulher, e as tornando vulneráveis ao sofrimento e até mesmo causando uma possível morte (Paula et al., 2020). A VO tem uma estimativa de 1,4 milhões de casos fatais a cada ano no mundo, 35% das mulheres grávidas são vítimas de vários tipos de violências durante o parto, sendo as mais comuns físicas, verbais ou psicológicas (Nascimento et al., 2022).

O objetivo geral foi identificar mulheres que já sofreram Violência Obstétrica.

A cesariana é um procedimento cirúrgico com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, quando realizada por motivos clínicos. Até o século XX, era considerada um procedimento raro e caracterizava apenas 6% dos nascimentos nos anos 70. Entretanto, com o aumento das taxas de cesarianas, o Brasil vem sendo um dos líderes nas estatísticas (Ferreira & Nascimento, 2021).

O Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas, alcançando 55% no sistema público e 86% no setor privado de assistência à saúde. Sendo contraditório a taxa de referência da população brasileira, que é de 25% a 30% (Schreck & Silva, 2023).

Além disso, é possível observar grande desigualdade na distribuição das taxas de cesariana no país, sendo maiores em regiões mais desenvolvidas, em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos, de cor da pele branca e com maior nível de escolaridade. As taxas também se distribuem diferentemente de acordo com as instituições hospitalares

existentes (hospitais públicos, financiados pelo Governo Federal; hospitais mistos, financiados tanto pelo setor público quanto pelo setor privado; e hospitais privados), sendo mais prevalentes nos hospitais privados, que possuem maiores prevalências de nascimentos de pré-termos tardios (34-36 semanas) e termos precoces (37-38 semanas), em comparação aos hospitais públicos (Dias et al., 2022).

Com os aumentos das taxas existe um seguimento cumulativo na realização exuberante de cesarianas, isto é, mais mulheres terão uma cesárea de reincidência. Essas cesarianas conseqüentemente aumentam os riscos de complexidades obstétricas e pós-parto, sendo assim, recomenda-se seguir protocolos clínicos, ou seja, mulheres com cesárea prévia e cicatriz transversal baixa podem ser submetidas à prova de trabalho de parto em gestações subsequentes, uma vez que são candidatas ao parto vaginal após cesárea (Dias et al., 2022). A OMS desenvolveu um sistema de monitoramento para avaliar essas taxas, com base nos preenchimentos de dados, e considerando as características das mulheres que são atendidas nas unidades. Denominado Classificação de Robson, este sistema é um mecanismo padrão usado no mundo todo para monitorar e avaliar de maneira comparativa as taxas de cesarianas no mesmo ou em diferentes ambientes hospitalares (Ferreira & Nascimento, 2021).

O parto humanizado tem sido citado com muita constância, com o intuito de garantir um bem-estar à parturiente e ao neonato. Ele é descrito como uma valorização e respeito à cultura, crenças e dignidade de uma mulher e controle sobre as decisões relacionadas ao parto (Santos et al., 2019). A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, isto é, o Programa de Humanização no Pré natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, consolidou a técnica de humanização nos partos com o propósito de oferecer um acesso de assistência e qualidade desde o pré-natal até o período neonatal. Humanizar na área da saúde tem uma importância significativa, pois a humanização reafirma o atendimento de qualidade ao paciente (Machado et al., 2022).

A atuação do enfermeiro no trabalho multiprofissional em saúde tem a finalidade de avaliar o psicossocial e nutricional, promover educação em saúde, aconselhamento perinatal e apoio na gestão do serviço. Destaca-se orientações sobre as alterações fisiológicas da gravidez, o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o parto, crescimento e desenvolvimento fetal e na amamentação. Vale ressaltar que as práticas contribuem para o conhecimento das gestantes sobre os fatores de risco, complicações gestacionais, bem-estar materno e neonatal, nas quais reduzem o medo ao parto e oferta à mulher uma participação ativa no cuidado e satisfação da assistência e reconhecimento do trabalho da equipe de enfermagem (Santos et al., 2019).

A violência institucional caracterizada por atos de desrespeito em relação aos direitos da mulher é nomeada Violência Obstétrica (VO):

A VO pode se manifestar de diferentes maneiras: negligência (omissão de atendimento), violência psicológica e verbal (ameaças, humilhação, ironias, coerção, julgamentos, xingamentos, comentários desrespeitosos, culpabilização da mulher), violência moral (associada à conduta profissional, como não reconhecer a mulher como protagonista do parto), violência física (negar alívio da dor, manipular e expor o corpo da mulher excessivamente, litotomia, amniotomia, episiotomia para fins de treino, manobra de Kristeller, enemas, medicalização excessiva), violência institucional (peregrinação por serviços de saúde, ausência de estrutura adequada, proibição de acompanhante, falta de privacidade) e violência sexual por assédio e estupro” (Zanardo *et al.*, 2017).

O debate sobre o termo agrega para uma melhoria na assistência dos movimentos sociais e de pesquisas, visando combater as práticas estruturais que reafirma a violência. Não obstante, a crescente interessada cientificamente e socialmente vem aumentando, teorias e metodologias relutantes são impostas aos pesquisadores que visam explorar esse tema, assim como a ausência de concordância entre as terminologias e definições usadas torna difícil medir o problema, o que impede a compreensão total de sua extensão e dificulta a realização de estudos sobre suas causas e conseqüências na saúde materno-infantil, os quais são poucos na literatura (Leite et al., 2020).

2. Metodologia

Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e descritivo, numa pesquisa social (feita com pessoas) com a aplicação de questionário, por meio de uma entrevista estruturada (Pereira *et al.*, 2018) e, com uso de estatística descritiva simples (Shitsuka *et al.*, 2014).

Segundo Fonseca (2002), os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras são grandes, tornam-se um retrato bem real da população estudada, centrando-se na objetividade. Ela considera que a realidade só se compreende analisando os dados brutos através de instrumentos padronizados e neutros, utilizando-se uma linguagem puramente matemática para descrever as causas de um fenômeno.

Entrevistas estruturadas, ou formalizadas, são aquelas em que as perguntas são fixas, ordenadas e em grande número, possibilitando um grande quantitativo de dados (Gil, 2008).

O projeto de pesquisa teve o objetivo de identificar puérperas que já sofreram violência obstétrica. A pesquisa foi realizada em uma microrregião do Sul de Minas Gerais.

O questionário foi uma pesquisa online em formato denominado Bola de Neve, confeccionado pela pesquisadora, sendo iniciado por perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, seguidos por perguntas relacionadas sobre a definição de Violência Obstétrica, se as puérperas já sofreram ou não, se buscaram alguma ajuda e como foram tratadas desde o seu atendimento no pré-natal até o pós-parto.

Os critérios de inclusão estipulados foram puérperas acima de 18 anos e que residiam em um dos municípios da microrregião, e os de exclusão foram puérperas que não faziam parte da microrregião estudada.

A metodologia abordada neste estudo ofereceu risco mínimo. Ao responder as questões relacionadas à suas experiências com os atendimentos durante e pós a gestação, podem ter causado algum desconforto, pois não é um assunto que todas as mulheres tenham um conhecimento sobre.

Enquanto os benefícios foram para transmitir conhecimento, e de certa forma um apoio e melhoria na qualidade de cuidado. Contamos também com o termo de consentimento livre e esclarecido, nele visamos garantir um sigilo às informações dos participantes mediante a sua confirmação em participar da pesquisa, mas havia total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

A microrregião do Sul de Minas Gerais, no mês de abril/2024, contava com 94 puérperas, sendo a amostra calculada com 38 participantes, tendo sido o cálculo realizado com uma margem de erro de 10% e um nível de confiança de 90%.

Os dados obtidos foram analisados, interpretados e transcritos pelo autor da pesquisa no item Resultados e Discussão, através de valores absolutos e relativos, tabelados a partir da ferramenta Excel e do próprio google forms, sendo desenvolvidos em tabelas e gráficos, a fim de facilitar a visualização e compactação dos dados.

3. Resultados e Discussão

Esta seção, denominada resultados e discussão apresenta e discute os dados obtidos a partir do questionário aplicado a mulheres que são mães, com o objetivo de identificar puérperas que já sofreram Violência Obstétrica (VO). O questionário foi elaborado pelos pesquisadores com base nos objetivos da pesquisa e consiste em 20 questões. Foi aplicado à 38 mulheres que já sofreram ou não algum tipo de Violência Obstétrica, na microrregião de Três Corações.

Este estudo foi de caráter voluntário, e todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre todas as informações pertinentes, conforme os preceitos estabelecidos pela Resolução N° 466/12 de dezembro de 2012, Resolução 510/2016, que trata da pesquisa em Ciências Humanas, e Resolução 580/2018, sobre a pesquisa no SUS. Portanto, todos os participantes tiveram liberdade de participação, direito de desistência, garantia de sigilo e acesso a todas as informações produzidas durante a coleta de dados e aos resultados da pesquisa.

Foi encaminhada à instituição parceira uma carta de apresentação dos pesquisadores e do projeto. Após a liberação por parte da instituição, a aplicação do projeto será realizada. As entrevistas tiveram início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unincor. (CEP), CAAE: 81419024.7.0000.0295 e número do Parecer: 7.048.382.

3.1 Dados Sociodemográficos

Os resultados referentes ao perfil sociodemográfico das puérperas da microrregião de Três Corações são apresentados a seguir. A Tabela 1 exibe as características sociodemográficas das mães incluindo dados sobre idade, renda familiar, escolaridade, município de residência e profissão que atua. Essas tabelas fornecem uma visão abrangente sobre o perfil dessas puérperas.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico das puérperas da Microrregião de Três Corações.

VARIÁVEIS	N	%
Idade		
18- 28 anos	10	26,33%
29- 38 anos	05	13,15%
39- 49 anos	12	31,59%
Acima de 50 anos	11	28,93%
Renda familiar		
Não informa	03	07,89%
R\$700 - R\$ 2.000	09	23,67%
R\$2.000 - R\$ 5.000	18	47,40%
R\$5.000 - R\$8.000	05	13,15%
Acima de R\$8.000	03	07,89%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	02	05,26%
Ensino fundamental completo	01	02,63%
Ensino médio incompleto	01	02,63%
Ensino médio completo	10	26,31%
Ensino superior incompleto	07	18,42%
Ensino superior completo	17	44,75%
Município de residência		
Três Corações	37	97,37%
São Tomé das Letras	01	02,63%
Profissão que atua		
Auxiliar administrativo/ Atendente	03	07,89%
Assessora parlamentar	01	02,63%
Aposentada	01	02,63%
Auxiliar de limpeza/ Diarista	02	05,26%
Auxiliar de cozinha/ Copeira/ Confeiteira	05	13,15%
Comerciante	01	02,63%
Contadora	01	02,63%
Dona de casa	04	10,55%
Estudante	02	05,26%
Enfermeira	02	05,26%

Farmacêutica	01	02,63%
Gerente	01	02,63%
Maquiadora	02	05,26%
Professora	04	10,55%
Química	01	02,63%
Supervisora	01	02,63%
Servidora pública	01	02,63%
Secretário executivo	01	02,63%
Técnico de enfermagem	02	05,26%
Vendedora	02	05,26%

Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

A Tabela 1 mostra a idade das puérperas, destacando que a maioria das participantes se encontra entre 39 – 49 anos totalizando assim 31,59%.

No Brasil vem ocorrendo um aumento significativo de gestações em mulheres com mais de 35 anos, principalmente no Sul e Sudeste, o que vai de encontro com os achados da presente pesquisa (IBGE, 2015).

De acordo com a tabela, 47,40% das participantes mencionaram ter uma renda familiar de R\$2.000 - R\$5.000.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2024), nos últimos anos a participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado significativamente, acompanhada pela luta por igualdade salarial. No entanto, muitas mulheres ainda estão concentradas em profissões com salários mais baixos, como nas áreas de educação, pequeno comércio e prestação de serviços para terceiros.

O nível de escolaridade tem influência no ganho salarial, observa-se que 44,75% das participantes tem o Ensino Superior Completo.

A educação é um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, segundo a Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996). Desde a década de 90, o Estado implementou diversas políticas de inclusão social voltadas para a população em geral, incluindo iniciativas para ampliar o acesso à educação superior. Essas ações buscaram criar oportunidades para promover o desenvolvimento econômico e social. Como resultado, houve uma transformação gradual no ambiente universitário, com um aumento significativo da presença de mulheres nos cursos de graduação (Nunes *et al.*, 2021)

A maioria das participantes que responderam ao questionário residem na cidade Três Corações, justificando o fato de a pesquisa ter a origem da mesma cidade.

Tabela 2 – Perfil Gestacional, de N.38, Três Corações, MG, Brasil, 2024.

VARIAVEIS	N	%
Quantidade de gestações		
1 gestação	13	34,20%
2 gestações	15	39,50%
3 gestações	09	23,70%
Mais de 4 gestações	01	02,60%
Quantidade de partos		
1 parto	13	34,20%
2 partos	18	47,40%
3 partos	07	18,40%

Parto cesárea ou normal		
Parto cesárea	25	65,80%
Parto normal	13	34,20%
SUS ou particular		
SUS	19	50,00%
Particular	19	50,00%
Quantidade de filhos vivos		
1 filho	11	28,90%
2 filhos	22	57,90%
3 filhos	05	13,20%
Idade do filho mais velho		
06 meses- 5 anos	12	31,59%
06 anos – 15 anos	07	18,41%
16 anos – 25 anos	12	31,59%
Acima de 25 anos	07	18,41%

Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

A Tabela 2 apresenta uma visão abrangente sobre o histórico gestacional das participantes. De acordo com os dados, 39,5% delas mencionam ter tido duas gestações.

No Brasil, cada vez mais o número de filhos por mulheres vem reduzindo significativamente devido a uma junção de fatores sociais, econômicos e culturais. A taxa de fecundidade passou de 2,4 mil filhos para 1,8 mil segundo o IBGE de 2017. De acordo com estudos, essa queda ocorreu devido ao desejo ou não das mulheres em ter filhos, o acesso à métodos contraceptivos, o custo de uma boa qualidade de vida, e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho em busca de ampliar suas oportunidades. Tudo isso vem influenciando cada vez mais as mulheres em não ter tantos filhos (Simão; Coutinho & Guedes, 2020).

Em relação ao tipo de parto, 65,80% das participantes relataram que foi cesariana.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) preconiza entre 10% a 15% a taxa para cesarianas, sendo assim, é evidente que há um aumento significativo no Brasil, o tornando um líder nas estatísticas, valendo ressaltar que a cesariana é uma intervenção obstétrica específica e é indicada clinicamente em último caso para prevenir a mortalidade materna (Ferreira & Nascimento, 2021).

De acordo com os resultados da pesquisa realizada, 50% dos partos foram realizados pelo SUS e os outros 50% pelo particular.

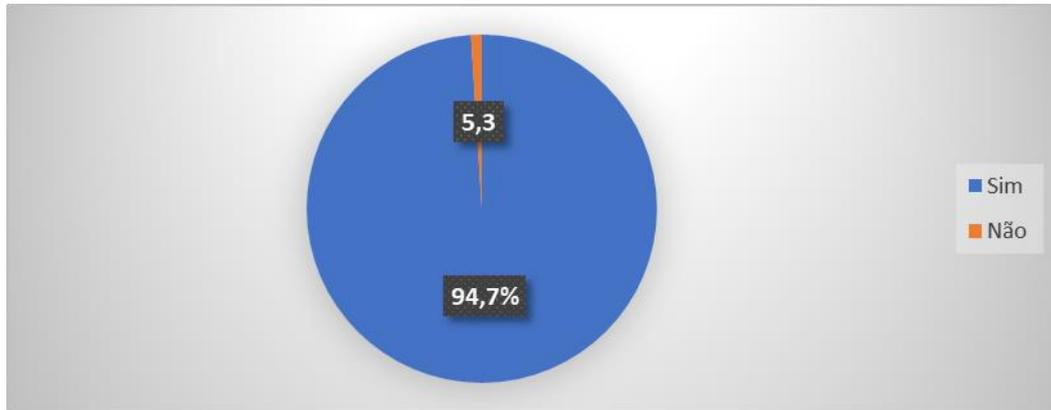
Segundo Schreck e Silva (2023), o número de partos realizados pelo SUS ainda é elevado em comparação ao setor privado, isso é em decorrência do acesso universal ofertado pelo sistema público, mas existe uma discrepância em relação ao tipo de parto realizados nos dois setores, com o Brasil liderando as taxas de cesarianas, 55% de partos cesáreas são realizados pelo setor público e 86% pelo setor privado.

Observa-se que 57,9% das mulheres tem 2 filhos vivos, e 31,6% variam a idade do filho mais velho entre 06 meses a 05 anos e de 16 anos a 25 anos.

A maior prevalência de violência obstétrica em mães com filhos mais novos é decorrente de serem mais vulneráveis a tal condição e não terem nenhuma experiência ou conhecimentos sobre os seus direitos durante o parto. Aspectos culturais também influenciam pois, em algumas culturas, é esperado que as mães mais jovens “obedeçam” às orientações médicas sem questionar. Isso pode facilitar a imposição de intervenções desnecessárias como episiotomias rotineiras, uso inadequado de ocitocina ou partos cesáreos sem indicação (Cordeiro et al., 2024).

A seguir, serão analisados os resultados do questionário referente às perguntas específicas do tema da pesquisa.

Gráfico 1 - Violência Obstétrica é um termo usado para definir a negligência que várias gestantes sofrem, desde o pré-natal até o puerpério, seja ela física, psicológica, moral ou verbal. É um desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus direitos, afetando negativamente sua qualidade de vida e ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, entre outros. Você concorda com essa sendo a definição de Violência Obstétrica?

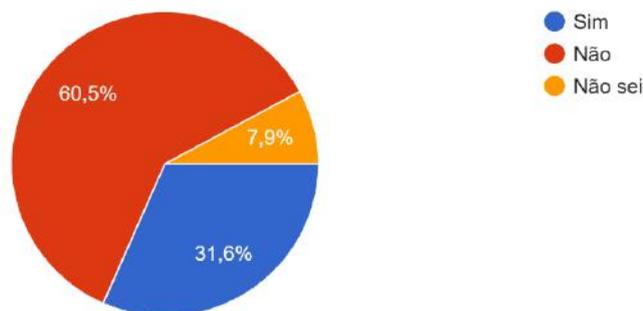


Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

De acordo com gráfico acima, 94,70% das participantes concordam com essa afirmação.

Segundo D' Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) a definição de Violência Obstétrica (VO) é intitulada desde a omissão do atendimento até aos diversos tipos de violência, seja ela psicológica, verbal, moral e física. Incluindo condutas inapropriadas, assim tornando um momento que seria especial para a gestante em uma situação desagradável e desnecessária.

Gráfico 2 - Você já sofreu algum tipo de Violência Obstétrica?

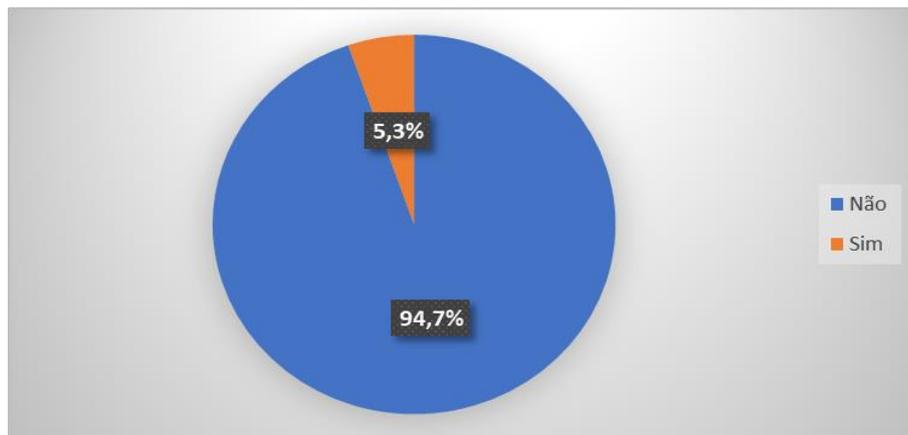


Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

Em relação ao Gráfico 2, 31,6% das mulheres confirmaram ter sofrido algum tipo de Violência Obstétrica.

A VO se encaixa em diferentes tipos, desde omissão de atendimento, violência psicológica, humilhação, ironias, julgamentos, comentários desrespeitosos, má conduta associada ao profissional de saúde, alguma violência física como: negar alívio da dor, manipular e expor o corpo da mulher excessivamente, medicalização excessiva e violência institucional (ausência de estrutura adequada, proibição de acompanhante, falta de privacidade) até violência sexual por assédio e estupro (Zanardo *et al.*, 2017).

Gráfico 3 - Se já sofreu, buscou algum tipo de ajuda?



Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

No contexto específico da pergunta anterior, 94,7% das participantes não buscaram nenhum tipo de ajuda.

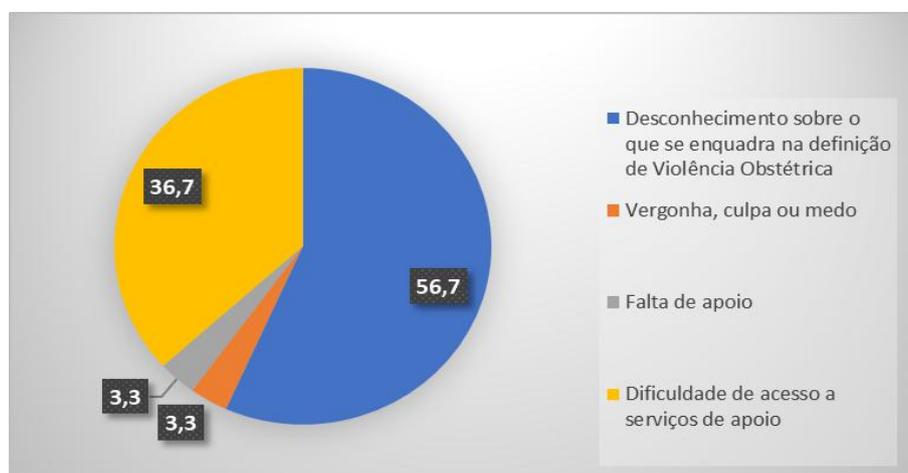
Infelizmente a desinformação faz com que alguns episódios que se enquadram na definição de VO seja considerado normal. Mesmo que algumas mulheres saibam sobre o assunto normalmente sua vontade e conforto não são respeitados (Cunha, 2015).

Questão 3.1: Se sim, qual ajuda?

A pergunta sobre qual o tipo de ajuda as participantes buscaram, tiveram as mesmas respostas. Algumas reafirmaram que não buscaram nenhum tipo de ajuda, outras falaram que não sofreram nenhum tipo de VO, algumas relataram que não buscaram ajuda por não saberem que tal ação se enquadrava em Violência Obstétrica. E poucas que buscaram ajuda, revelaram que foram a terapia ou informaram à alguém da equipe multidisciplinar do parto.

A desinformação e o medo do parto tornam a mulher vulnerável, com isso a VO se torna cada vez mais frequente e em alguns casos ela passa despercebida pela parturiente e até mesmo pelo acompanhante. Alguns fatores são evidentes nesse caso, como a falta de apoio emocional, culpa ou vergonha por acreditarem que a situação foi sua responsabilidade, medo de ameaças por parte dos profissionais de saúde, desvalorização da ajuda de profissionais psicoterapeutas (Martins *et al.*, 2019).

Gráfico 4 - Se não buscou ajuda, qual o motivo?



Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

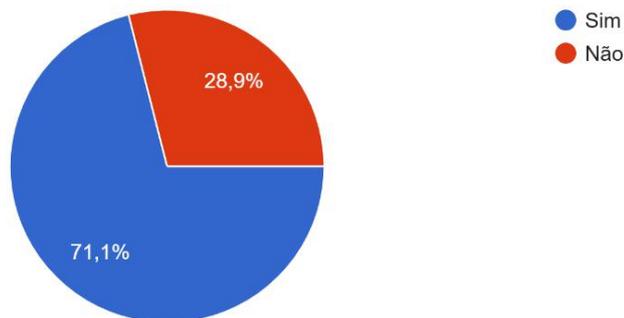
De acordo com o gráfico acima, 56,7% das participantes relataram não ter buscado ajuda por falta de conhecimento sobre o que se enquadraria na definição de Violência Obstétrica.

Segundo Almeida e Ramos (2020), muitas mulheres não tem uma autonomia em seus partos, em alguns casos há falta de consentimento e informação dos processos que serão realizados. Por isso, há uma dificuldade de reconhecer alguma prática da VO, visando que em alguns casos tanto a vítima quanto o acompanhante não têm dimensão técnica para contestar ou comprovar os atos técnicos realizadas pelos profissionais de saúde.

Pode-se observar que 36,7% das mulheres relataram que também não buscaram ajuda por terem dificuldade de acesso aos serviços de apoio.

A assistência social na área da saúde atua no atendimento direto aos pacientes, nos diversos espaços de atuação, que gira em torno da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade. Há algumas dificuldades enfrentadas por mulheres que sofreram violência obstétrica ao buscar serviços de apoio, como a falta de conhecimento delas sobre os seus direitos, restrito a serviços de saúde de qualidade especialmente em áreas rurais, longo tempo de espera para atendimento, profissionais com falta de conhecimento e profissionalismo, falta de apoio emocional e desrespeito aos direitos no não cumprimento das leis existentes (Delfino, 2016).

Gráfico 5 - Desde o seu atendimento no pré-natal até o pós-parto, você se sentiu respeitada e ouvida pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros etc.)?

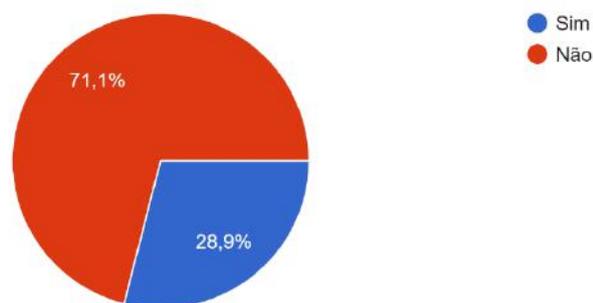


Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

De acordo com a questão acima, 71,10% das participantes afirmaram que foram respeitadas e ouvidas pelos profissionais durante toda a gestação até o pós-parto, já 28,9% negaram.

Diante todos os relatos de VO, é de suma importância que durante o atendimento gestacional a equipe multidisciplinar de profissionais de saúde seja capacitada, evolvida e comprometida, forneçam um atendimento humanizado com cuidados significativos com o outro, seja com gestos, expressões positivas ou um ato acolhedor. Dessa forma, a gestante se sente confortável a sanar dúvidas e acolhida em casos de insegurança (Silva *et al.*, 2023).

Gráfico 6 - Em algum momento durante o parto, você se sentiu exposta ou desconfortável de alguma maneira durante os procedimentos?

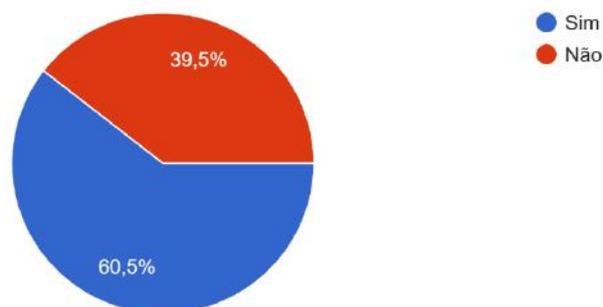


Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

Em relação ao gráfico acima, 28,9% das participantes afirmaram que se sentiram expostas ou desconfortáveis durante os procedimentos na hora do parto.

Existem diversas técnicas hospitalares que ferem de alguma forma a dignidade, integridade e liberdade da mulher, assim ela se sente desconfortável, desrespeitada e pode ocasionar um evento traumático. Os diferentes fatores podem estar associadas à um modelo de assistência baseado em protocolos rígidos ou convenções institucionais. Algumas situações, são as induções de parto programado, cesáreas desnecessárias, uso de ocitocina e realização de amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto), manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) e a episiotomia (corte na região do períneo) (Zanardo *et al.*, 2017).

Gráfico 7 - Durante o parto, você foi informada e consultada sobre todas as intervenções médicas realizadas?



Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

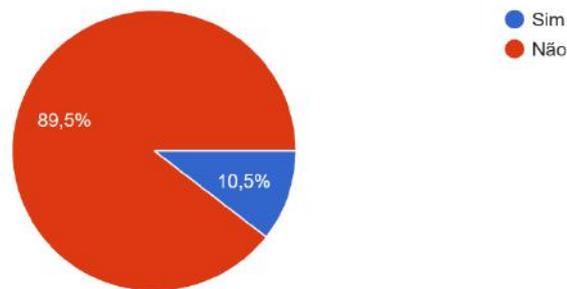
Em relação Gráfico 7, 60,5% das mulheres foram informadas e consultadas sobre as intervenções realizadas.

O artigo 19º da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), diz que todo e qualquer indivíduo tem o direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2018).

Mulheres durante o trabalho de parto devem ser respeitadas, ter acessibilidade à todas as informações sobre os procedimentos ou intervenção que serão realizados com evidências e então ser tomada possíveis decisões, contudo o profissional deve estabelecer uma relação de confiança e respeito com a mesma, respeitando seus desejos e expectativas (Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, MS, 2017).

Porém, não é sempre que procedimentos que serão realizados são informados ou esclarecidos à paciente, dessa forma, a omissão e falta de informação se enquadra na Violência Obstétrica e consequentemente à violação do direito humano à informação (Oliveira & Albuquerque, 2018).

Gráfico 8 - Alguma intervenção médica foi realizada sem o seu consentimento explícito?

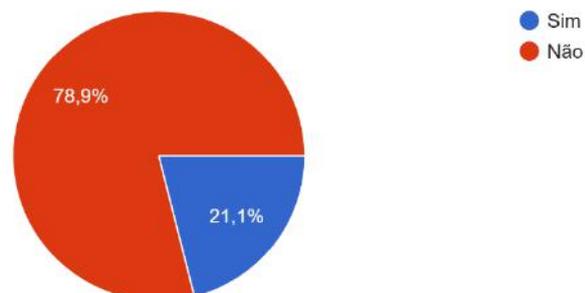


Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

De acordo com gráfico acima, 10,5% das participantes afirmaram houve intervenção realizada sem o seu consentimento explícito.

Em relação as intervenções que são realizadas, muitas mulheres durante o parto estão em um momento de fragilidade física e emocional, e é durante esse momento que algumas condutas podem conduzir as intervenções de forma adequada ou prejudicial à mulher. É preciso reconhecer as sutilezas do discurso médico, que podem acabar por cooptar a vontade da mulher e a induzi-la a procedimentos mais convenientes para o profissional (Flores & Netto, 2022).

Gráfico 9 - Em algum momento desde o pré-natal até o pós-parto, houve situações em que você se sentiu pressionada a aceitar alguma intervenção médica contra a sua vontade?



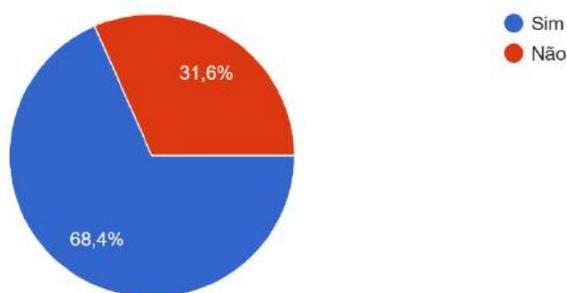
Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

De acordo com o Gráfico 9, 21,10% das participantes confirmaram ter sido pressionadas a aceitar alguma intervenção médica.

As intervenções obstétricas são realizadas com frequência nas maternidades e em unidades de saúde, e vem ocorrendo um aumento significativo de condutas inapropriadas causando eventos traumáticos que afetam a maioria das mulheres que são assistidas desde o pré-natal até o pós-parto (Santiago *et al.*, 2017).

A falta de orientações nas consultas de pré-natal é vista como principal motivo de aceitação de alguns procedimentos inadequados, visto que essas consultas tem como objetivo orientar e conscientizar as mulheres sobre todo o processo gestacional até o puerperal e discutir os procedimentos que podem ou não serem realizados. Visando desta forma, um parto tranquilo, satisfatório e humanizado para a mulher (Santiago *et al.*, 2017).

Gráfico 10 - Você teve a oportunidade de ter um acompanhante de sua escolha presente durante o trabalho de parto e parto?



Fonte: Questionário elaborado pelos autores (2024).

De acordo com gráfico acima, 68,4% das participantes afirmaram que tiveram direito à um acompanhante de sua escolha durante seu parto, em contrapartida 31,6% disseram que não tiveram esse direito.

Segundo o Ministério da Saúde, a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 diz que 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, parto e pós-parto imediato, e a Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005 regulamenta essa lei (Ministério da Saúde, 2022).

Visando a segurança da parturiente é seu direito ter um acompanhante durante o trabalho de parto, e caso haja o descumprimento contra sua vontade, implica em violência obstétrica. Visto que a presença do acompanhante em todas as fases do parto garante à parturiente a sensação de segurança necessária durante o processo do parto. O direito ao acompanhante deve e pode ser exigido pelas parturientes desde que tenham amplo conhecimento, sendo considerados os impactos de seu descumprimento na saúde da gestante e do bebê (Almeida & Ramos, 2020).

4. Conclusão

O presente estudo demonstrou que a violência obstétrica é uma realidade cada vez mais evidente no Brasil, afetando a saúde física e emocional das mulheres.

Em relação ao nível de conhecimento das mulheres sobre Violência Obstétrica, conclui-se que a grande maioria das participantes compreende o que se enquadra na definição de VO, justificado pelo nível de escolaridade das participantes, mas ainda existe uma minoria que não possui conhecimento sobre.

Justamente por saberem sobre a definição, isso influencia também na hora de buscar ajuda. Algumas mulheres buscaram algum tipo de ajuda após sofrerem uma VO, através de terapias ou até mesmo uma denúncia.

Mas infelizmente muitas mulheres não cogitaram buscar ajuda por falta de conhecimento e apoio, e também pela dificuldade que encontram no acesso aos serviços de saúde.

Diante disso, é de suma importância que o tema Violência Obstétrica seja cada vez mais falado e discutido para que haja uma conscientização na população de forma que todas saibam como agir e quais providências tomar nessas situações. Assim como, implementar as políticas públicas para prevenir e combater a VO de forma eficaz, no fortalecimento dos serviços de saúde e treinamentos para profissionais.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e sucesso deste artigo.

Referências

- Almeida, N. M. O & Ramos, E. M. B. (2020). O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. *Cadernos Ibero- Americanos de Direito Sanitário, Brasília*, 9(4), 643. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/643/774>.
- Cordeiro, V. M. C., Vieira, F. C. G., Moraes, V. M. C. C & Costa, M. S. (2024). Violência obstétrica vivenciada por mães adolescentes no processo do parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, pp.1-8. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16130/8745>.
- Cunha, C. (2015). Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. *Universidade de Brasília- Faculdade de direito*. https://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf.
- D'Oliveira, A. F.P., Diniz, S. G & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, v.359, pp.1681-1685. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7538580/mod_resource/content/1/dOliveira%2C%20Diniz%20e%20Schaiber%20%282002%29%20-%20Viol%C3%Aancia%20institucional.pdf.
- Delfino, C. (2017). Violência obstétrica e serviço social: limites e desafios na atualidade. *II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro*. <https://www.cressj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/116.pdf>.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. (2024). Mulheres no mercado de trabalho: desafios e desigualdades constantes. <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2024/mulheres2024.pdf>.
- Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Brasília, DF: Ministério da Saúde. (2017). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
- Ferreira, R. N. & Nascimento, G. Q. F. (2021). Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro. *Femina*, 49(7), 414-420. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1290589/femina-2021-497-414-420-analise-da-taxa-de-cesarianas.pdf>. Acesso em: 05 out. 2024.
- Flores, C. A & Netto, V. M. (2023). “É para o seu bem”: a "violência perfeita" na assistência obstétrica. *Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 33, 33-57. <https://www.scielo.br/j/physis/a/GmrkrNpcpspmMPG6JF717J/?format=pdf&lang=pt>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Estatística do Registro Civil*, v. 42. http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2015_v42.pdf.
- Leite, T. H., Marques, E. S., Pereira, A. P. E., Nucci, M. F., Portella, Y & Leal, M. C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 483-491. <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf>.
- Martins, F. L., Silva, B. O., Carvalho, F. L. O., Costa, D. M., Paris, L. R. P., Junior, L. R. G; Bueno, D. M. P & David, M. L. Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, (11). https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf.
- Ministério da Saúde. (2022). Lei garante à gestante o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/lei-garante-a-gestante-o-direito-a-acompanhante-durante-o-trabalho-de-parto-o-parto-e-pos-parto>.
- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2018). Artigo 19º: Todo ser humano tem direito à liberdade de expressão e opinião. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/novembro/artigo-19deg-todo-ser-humano-tem-direito-a-liberdade-de-expressao-e-opinioao>.
- Nunes, D. H., Pina, S. T & Silva, J. B. (2021). A representação feminina nas universidades e a concreção da cidadania. *Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas*, 21, 159-173. <https://san.uri.br/revistas/index.php/direitojustica/article/view/634>.

- Oliveira, L. G. S. M & Albuquerque, A. (2018). Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista Conselho de Justiça Federal*, 75, 36-50. https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf.
- Shitsuka, R. et al. (2014). Matemática fundamental para tecnologia. (2ed.). Editora Erica.
- Santiago, D. C., Souza, W. K. S & Nascimento, R.F. (2017). Violência obstétrica: uma análise das consequências. *Revista Científica da FASETE*. <https://www.scielo.br/j/physis/a/GmrkrNpcpkspmMPG6JF7T7J/?format=pdf&lang=pt>.
- Santos, A. B. B., Melo, E. V., Dias, J. M. G., Didou, R. N., Araujo, R. A. S., Santos, W. O & Araújo, L. B. (2019). Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 44, 3. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047748/44abcs172.pdf>.
- Schreck, R. S. C & Silva, K. L. (2023). Ações de humanização das enfermeiras obstétricas mineiras: resistência e contraconduta à medicalização do parto. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 27, p. 152. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/42252/38872>.
- Silva, J., Silva, D. B., Gomes, R. A & Braga, L.P. (2023). Violência contra as mulheres e suas formas de enfrentamento: um relato de experiência sobre o agosto lilás. *Revista Ciência Plural*, 9(2), 31413. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31413/17421>.
- Simão, A. B., Coutinho, R. Z., & Guedes, G. R. (2020). Desejo por filhos entre mulheres de alta escolaridade: conflitos, mudanças e permanências. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 37, 1-23. <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/G9Q6W5bnGfm69JHTwYSJfLP/?format=pdf&lang=pt>.
- Zanardo, G. L. P., Uribe, M. C & Nadal, A. H. R., Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, p.155043. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>.