



Violência Obstétrica na perspectiva das mulheres: significados e impactos à saúde

Obstetric Violence from the perspective of women:
meanings and impacts on health

*Ana Carolina do Espírito Santo Silva*¹
*Cláudia de Azevedo Aguiar*²

RESUMO

Este estudo objetiva analisar os impactos da violência obstétrica sobre a saúde física e emocional, para isso, foram entrevistadas mulheres que se reconhecem como vítimas. Verificou-se que abuso físico, verbal e uso de intervenções excessivas estão presentes na assistência recebida.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica. Parto e Nascimento. Assistência Obstétrica.

ABSTRACT

This study aims to analyze the impacts of obstetric violence on physical and emotional health, and for this, women who recognize themselves as killed were interviewed. It was found that physical and verbal abuse and the use of excessive interventions are present in the assistance received.

KEYWORDS: Obstetric Violence. Childbirth and Birth. Obstetric Assistance.

* * *

Introdução

O parto é um evento histórico que tem apresentado mudanças culturais ao longo dos anos. Essas transformações ocorreram principalmente devido à substituição gradativa de parteiras – mulheres de confiança responsáveis por assistir e auxiliar as parturientes – por profissionais com ensino superior. A participação ativa dos profissionais no contexto assistencial trouxe melhorias aos índices de mortalidade materno-fetal, entretanto, representou significativas mudanças no cenário do parto, o qual

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. E-mail: carol.enf@outlook.com.br

² Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. E-mail: claudia.aguiar@uftm.edu.br

se tornou objeto de intervenções, muitas das quais injustificadas e excessivas. A mulher, nesse contexto, perdeu seu protagonismo, ficando o profissional a cargo de todas as decisões (PÉREZ et al, 2015; MOTT, 2002).

Práticas assistenciais excessivas e injustificadas são atualmente reconhecidas como uma forma de violência obstétrica, que impacta direta e negativamente a qualidade de vida das mulheres por resultar na perda de sua autonomia e no seu direito de livre arbítrio (BARBOSA et al, 2017; PÉREZ et al 2015).

A violência obstétrica se expressa através da assistência negligenciada, discriminação social, violência física, verbal e psicológica, uso inadequado de tecnologias e realização de procedimentos sem o consentimento explícito da parturiente, atingindo os direitos da mulher e interferindo no processo natural do parto e do nascimento (ANDRADE; SILVA, 2016. DINIZ et al., 2015). Este modelo, permeado por práticas intervencionistas, é predominante no Brasil e apresenta impacto negativo na saúde materno-fetal (BARBOSA et al, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o cuidado obstétrico deve ser individualizado e inclui: o respeito à privacidade, uso do plano de parto, presença de acompanhante, início espontâneo e não induzido do parto, de forma que a parturiente se movimente livremente e receba suporte contínuo durante o trabalho de parto. A recomendação sugere também que as intervenções cirúrgicas sejam evitadas e que a mãe e o bebê não sejam imediatamente separados após o parto (DINIZ et al, 2015).

A Classificação de Tesser et al (2015) adaptada por Diniz et al (2015) caracteriza as práticas assistenciais causadoras de danos (violência obstétrica) realizadas durante o ciclo gravídico-puerperal relatadas pelas participantes. Esta Classificação possui seis categorias de desrespeito e abuso, descritas no Quadro 1:

Quadro 1: Classificação Tesser et al (2015) adaptada por Diniz et al (2015)

Categorias de desrespeito e abuso	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou privativo	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”
Discriminação baseada em certos atributos	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos

De acordo com Aguiar (2010), a vivência do parto integra o conjunto de experiências mais significativas para a parturiente; porém, este momento é muitas vezes permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser responsáveis pela promoção de cuidado. Este quadro reflete negativamente na qualidade de vida das mulheres e interfere na fisiologia do parto e nascimento (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017). Para isso, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal, capaz de compreender a mulher em sua totalidade, considerando-a nas suas demais vertentes: física, mental, ambiente social, econômico e cultural.

Frente ao exposto, esta pesquisa pretende analisar os impactos da violência obstétrica sobre a saúde física e emocional das mulheres.

Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que possibilita a compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas às suas vivências do mundo social e à maneira como elas compõem, veem e vivenciam este mundo (POPE e MAYS, 2006). Este estudo tem caráter descritivo, exploratório e retrospectivo. De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), o estudo descritivo tem como pretensão descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Eram elegíveis ao estudo mulheres residentes em Uberaba/MG, que se reconhecessem vítimas de violência obstétrica e que tivessem dado à luz há, no máximo, 10 anos. Para isto, um convite de participação foi divulgado em redes sociais e aquelas que atendiam aos critérios de inclusão foram, então, convidadas a conceder uma entrevista online, atendendo às recomendações de distanciamento social em função da pandemia por COVID-19. Além disso, foi utilizada a técnica de amostragem por *bola de*

neve, uma forma não probabilística que usa redes de referência e indicações, permitindo o alcance de populações pouco conhecidas ou de difícil acesso (BOCKORNI; GOMES, 2021)

A coleta de dados ocorreu entre dezembro/2020 e agosto/2021. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado que contemplava aspectos socioeconômicos-demográficos, antecedentes de saúde e obstétricos, além de questões abertas referentes à experiência de violência obstétrica e os sentimentos atribuídos a estas vivências.

As entrevistas foram realizadas via plataforma de vídeo chamada (Google Meet) e áudio-gravadas, após autorização das participantes. Os dados foram transcritos na íntegra e analisados pela técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefevre e Lefevre (2003). O DSC busca atribuir um sentido às Representações Sociais (RS), preservando a sua dimensão individual articulada com a dimensão coletiva: para isso, é preciso descrevê-las. As opiniões ou expressões individuais que têm sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, e, a cada uma destas categorias estão associados os conteúdos das opiniões de sentido semelhante, presentes em diferentes depoimentos. Um depoimento síntese é formado a partir de diferentes discursos, em primeira pessoa do singular, como se uma fala individual contemplasse o coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

O número de participantes foi definido na medida em que ocorreu a identificação das ideias centrais do Discurso do Sujeito Coletivo, ou seja, quando os discursos puderam ser agrupados em representações coletivas. Para a caracterização da violência obstétrica vivenciada pelas participantes, utilizou-se a classificação de Tesser et al. (2015) adaptada por Diniz et al. (2015).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, conforme CAAE nº 13513019.4.0000.5154, atendendo a Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/16 que trata de pesquisa com seres

humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online.

Resultados e Discussão

Conforme quadro 1, participaram desta pesquisa nove mulheres, residentes no município de Uberaba – Minas Gerais, com idade entre 23 e 44 anos, a maioria de cor branca e com pós-graduação completa. Os estudos de Anunciação et al. (2017) e Marrero et al. (2018) demonstraram maior prevalência de violência obstétrica entre mulheres de cor parda ou negra e de menor escolaridade. O aumento do nível escolar está relacionado à ampliação do acesso a informação e, por isso, contribui para a reivindicação dos direitos do indivíduo; assim, auxilia no empoderamento pessoal para identificar a violência obstétrica (MARRERO et al., 2018).

Em relação ao estado civil, sete mulheres são casadas ou possuem união consensual; e, no que se refere à ocupação e renda familiar, todas exercem trabalho remunerado cuja renda da maioria das participantes (5) ultrapassa seis salários-mínimos. Em um estudo da mesma temática, a maior parte das entrevistadas possuíam renda mensal de até um salário-mínimo (RODRIGUES et al., 2017).

Quadro 2 – Quadro de dados sociodemográficos e obstétricos das participantes.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES									
Nome*	Laura	Beatriz	Adriana	Camila	Mariana	Érica	Júlia	Isabela	Sara
Idade	36	25	40	37	40	33	23	24	44
Local de residência	Uberaba	Uberaba	Uberaba	Uberaba	Uberaba	Uberaba	Uberaba	Uberaba	Uberaba
Estado Civil	Casada	Solteira	Divorciada	Casada	Casada	Casada	União Estável	Casada	Casada
Escolaridade*	P.G.C.	E.M.C.	E.S.C.	P.G.C.	P.G.C.	E.S.C.	E.M.C.	E.M.C.	P.G.C.
Raça/cor	Branca	Branca	Parda	Branca	Negra	Branca	Branca	Branca	Branca
Renda familiar (em S.M.)*	>6	3	4	>6	>6	>6	3	2	>6

Nº de pessoas que vivem com esta renda	4	4	2	4	4	5	3	4	3
Ocupação	Professora	Vendedora	Pedagoga	Assistente Social	Professora	Bombeira militar	Autônoma	Autônoma	Professora
Religião	Espírita	Católica	Espírita	Espírita	Evangélica	Não tem	Católica	Evangélica	Cristã
Nº de gestações	2	1	4	2	2	2	1	2	1
Nº e tipo de partos	1PV; 1PC	1PV	2PV; 1PC; 1A	2C	2PV	2PV	1PV	2PV	1PC
Nº de filhos	2	1	3	2	2	3	1	2	1
Acesso aos serviços de saúde*	Plano de saúde/ desembolso direto	Desembolso direto e SUS	Desembolso direto, plano de saúde e SUS	Plano de saúde	Plano de saúde; SUS	Plano de saúde	Plano de saúde	SUS	Plano de saúde

*Nomes fictícios para preservar a identidade das participantes.

*S.M. = Salários mínimos. Considerou-se, nesta pesquisa, o valor do salário mínimo no ano de 2021 (R\$1.100,00).

*P.V. = Parto Vaginal; P.C. = Parto Cesárea; A = Aborto.

*E.M.C. = Ensino Médio Completo; E.S.C. = Ensino Superior Completo; P.G.C. = Pós-graduação completa.

O estudo de Rodrigues et al. (2017) mostrou que, no imaginário social, a assistência privada de saúde concede mais apoio e mais segurança durante o processo parturitivo, ao contrário do serviço público de saúde. Este pensamento, portanto, não se confirma nesta pesquisa já que oito participantes acessam os serviços de saúde por meio de desembolso direto ou plano de saúde e, ainda assim, se tornaram vítimas de violência obstétrica. No mesmo sentido, Venturini et al. (2010) mostra que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos serviços de saúde durante a atenção ao parto, tanto públicos quanto privados.

Seis mulheres participantes do estudo relataram a realização de parto vaginal. Alguns estudos indicam que esta via de parto está relacionada ao maior tempo de permanência na instituição e à construção sociocultural do parto como um evento de dor e sofrimento (CASTRILLO, 2016; SADLER, 2016). Já o convencimento ao parto cirúrgico constitui-se como outra forma de manifestação de violência: a pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL; GAMA,

2014) mostrou que 70% das mulheres desejam o parto vaginal no início da gestação: poucas foram apoiadas em sua opção pelo parto vaginal e, ao longo do pré-natal, foram sugestionadas a mudar de decisão sob a perspectiva de que o parto cirúrgico seja mais seguro e mais prático.

No que se refere às demais experiências com a violência obstétrica, os resultados serão apresentados e discutidos conforme sugerido por Lefevre e Lefevre (2003), ou seja, a partir das ideias centrais identificadas nas narrativas, seguidas de seus respectivos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

Quadro 3 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em resposta à questão: *Quando percebeu que tinha sido vítima de violência obstétrica?*

Ideia Central – 1

Reconhecer a violência obstétrica após vivenciá-la, a partir da busca por informação ou de troca de experiências com outras mulheres.

Discurso do Sujeito Coletivo – 1

Eu não sabia o que era violência obstétrica, nunca tinha ouvido falar. Eu não tinha conhecimento desses direitos, eu achava que ser tratada dessa forma no parto era normal, pois aconteceu assim com as mulheres próximas a mim. Então eu tinha a crença de que aquilo era o certo, o normal a ser feito. Só depois que tudo aconteceu que eu tive acesso à informação. Fui ler, pesquisar, conversar sobre isso com outras mulheres. Eu assisti àquele documentário “O Renascimento do Parto”, onde as mães relataram coisas que eu também tinha vivido no momento do parto... foi aí que eu falei “eu sofri violência obstétrica”. Eu demorei muito para ter consciência de que o direito de ter um parto seguro e respeitoso tinha sido tirado de mim.

A análise do DSC 1 nos permite observar que há a desinformação sobre o que é e como ocorre a violência obstétrica, bem como, quais os direitos da parturiente na assistência ao parto. Sens e Stamm (2019) ressaltam a necessidade de se priorizar a recuperação da autonomia da mulher, a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo e do acesso à informação. Neste sentido, Palharini (2017) defende uma formação sobre o parto que aconteça desde o ensino escolar até os diversos espaços não formais de educação e comunicação, tratando o tema “em suas esferas simbólicas, existenciais, sob as perspectivas histórica e de gênero, do campo da sexualidade e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, para além da esfera biomédica” (PALHARINI, 2017, p. 31).

Quadro 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em resposta à questão:
Quais foram os seus sentimentos em relação a experiência de violência obstétrica?

Ideia Central – 2

Sentir-se frustrada, triste, impotente, vulnerável e insatisfeita com a experiência do parto. Ao mesmo tempo, sentir-se aliviada pelo desfecho positivo do nascimento do bebê. Perceber que a assistência é mecanicista e desconsidera as necessidades biopsicossociais das mulheres.

Discurso do Sujeito Coletivo – 2

Não tenho boas lembranças desse momento. Senti que eu não tinha voz; o que eu pedia não era atendido; eles faziam os procedimentos e eu tinha que aceitar. Foi tudo muito mecânico, como se eu estivesse numa linha de produção. Como se eu fosse mais uma que estava ali, tanto fazia quem eu era. Era só mais um parto que eles iam acompanhar. Mas para mim, era meu primeiro filho. Foi uma situação completamente desagradável para mim, porque a minha vontade não foi respeitada. Eu senti medo, frustração, impotência e muita tristeza de ter vivenciado isso e não ter reagido. Minha vontade era de reagir. Hoje, eu penso: “Nossa, eu podia ter reagido, eu podia ter falado ou feito tal coisa”. Mas na hora não dá, você se sente vulnerável. Eu não me senti individualizada, como uma pessoa única, como um momento único meu – para eles, eu era mais uma. As pessoas que estão te atendendo não te conhecem e nunca mais vão te ver, não consideram que aquela experiência será única e importante para você. Então sinto que não fazem questão de oferecer um tratamento humanizado e respeitoso. Hoje o sentimento é de que tudo aconteceu do jeito que tinha que acontecer. Meu filho nasceu bem, com saúde. Mas eu queria que tivesse sido diferente. Se eu tivesse uma nova oportunidade, não seria daquela forma. Ter vivido a violência obstétrica ainda me entristece. O sentimento de frustração e de culpa me assombram o tempo inteiro. Muitas vezes eu me senti impotente como mulher, já que o corpo feminino foi feito para parir e eu não consegui ter nenhuma boa experiência no parto. Isso me fez muito mal, ainda me faz muito mal. Mas tento me curar e ressignificar o que aconteceu.

A medicalização e as intervenções excessivas no campo obstétrico resultaram na transformação do parto: de uma experiência pertencente ao universo feminino para um evento médico, que desconsidera os saberes e desejos das gestantes. Retirar o protagonismo da mulher neste cenário pode estar atrelado à visão estereotipada do corpo feminino e sua fisiologia: que são, historicamente, compreendidos como fragilizados e dependentes da tecnologia. Nesse sentido, é comum que a equipe profissional determine os critérios e intervenções que julgam adequados para a realização do parto, dando prioridade aos procedimentos cirúrgicos. Esse processo implica a subserviência e a vulnerabilidade das parturientes em face da vontade dos profissionais, tornando-as secundárias no nascimento de seu filho (GOMES; KUNZLER, 2015. NOGUEIRA; LESSA, 2003).

Conforme observado no DSC 2, experienciar a violência obstétrica desencadeou nas mulheres os sentimentos de frustração, tristeza, impotência, vulnerabilidade e insatisfação. A partir dos discursos, verifica-se que a assistência desumanizada exerce impacto negativo na vida da mulher. O estudo de Souza, Rattner e Gubert (2017) mostra a associação direta entre a depressão pós-parto com a vivência de violência obstétrica, o que evidencia a urgência de sensibilizar os profissionais de saúde para uma assistência mais humanizada.

Quadro 5 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em resposta à questão: *A violência obstétrica teve algum impacto sobre a sua saúde física ou mental?*

Ideia Central – 3

Ter notado sequelas físicas em decorrência da violência obstétrica vivida, mas apenas impactos emocionais pontuais no momento do parto.

Discurso do Sujeito Coletivo – 3

Os impactos mentais foram relacionados ao meu estado emocional, principalmente no momento do parto e no puerpério, mas não sinto que tenha lesado a minha saúde mental de alguma forma. Já a minha saúde física foi prejudicada, sim. No início eu sentia muita dor pra fazer xixi e dificuldade para me sentar. Nos primeiros dias após o parto tive incontinência urinária. Além disso, por causa da episiotomia, eu demorei muito tempo pra conseguir ter relação sexual. Eu ainda sinto dores na região íntima... já se passou um tempo após o parto e eu ainda sinto dor. Então penso que se a episiotomia não tivesse acontecido, talvez isso seria diferente.

De acordo com o DSC 3, embora as vítimas tenham descrito sentimentos de cunho negativo, elas relatam que a vivência da VO não impactou de forma direta na saúde mental. Talvez em razão da normalização destes sentimentos e por considerarem que são passíveis de adaptação com o passar do tempo, assim como mostra o estudo de Lima e colaboradores (2017). Em relação à saúde física, a prática da episiotomia foi citada como causadora de danos tanto na questão sexual quanto urinária. Os resultados do estudo de Zanardo et al. (2017), em uma revisão narrativa sobre a violência obstétrica no Brasil, referem que intervenções como a posição de litotomia, manobra de Kristeller, episiotomia e amniotomia foram realizados em número excessivo e não encontram respaldo científico na literatura internacional.

Os sintomas físicos descritos pelas mulheres em decorrência da episiotomia vão ao encontro das evidências científicas sobre as

consequências desta prática: risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (TESSER et al., 2015 apud HEINONEN et al., 2011).

Apesar de algumas práticas obstétricas não serem violentas em si, passam a ser assim consideradas quando utilizadas inadvertidamente, por imposição ou em discordância com as evidências científicas. A episiotomia de rotina, por exemplo, anteriormente defendida pelos obstetras como uma estratégia de proteção à mulher e ao feto, é hoje considerado pelas evidências científicas como um procedimento desnecessário e prejudicial, que deve, portanto, ser evitado. O estudo de Amorim e Katz traz que a episiotomia pode aumentar “a frequência de dor perineal, dispareunia, perda sanguínea, laceração do esfíncter anal, lesão retal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou de melhorar os resultados neonatais”, além de não proteger o assoalho pélvico, como se acreditava. Além disso, as autoras defendem a não realização da episiotomia em todas as situações (AMORIM; KATZ, 2008; KATZ et al., 2020).

Quadro 6 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em resposta à questão: *Por que você se sentiu violentada?*

Ideia Central – 4

Ser submetida à procedimentos realizados sob justificativas infundadas e ter suas vontades desrespeitadas.

Discurso do Sujeito Coletivo – 4

Eu queria ter um parto livre de intervenções invasivas... mas, de alguma forma, fui conduzida a aceitar os procedimentos, pois me convenceram de que seria melhor assim. Então, aceitei. Se você me perguntar o que mais me violentou [...] foi o não acesso à informação, eu não sabia o que estava acontecendo. A equipe decidia sobre o meu corpo sem que eu tivesse direito de escolha. Não me informavam sobre meus sinais vitais, sobre a medicação que eu estava tomando, sobre os procedimentos que estavam sendo feitos. Se eu tivesse sido informada, em outro momento, talvez minha experiência de parto seria melhor. Mas essa falta de informação me machucou muito. Logo após o nascimento do meu filho, não me foi oferecida a chance de amamentá-lo, ter contato pele a pele, ou até mesmo de segurá-lo. Eu queria ter tido mais contato com ele, mas eu pedia para pegá-lo no colo e a equipe não deixava. Ele foi levado para realizar alguns procedimentos e depois para o berçário. Então eu pude ver meu bebê somente algumas horas depois... enquanto eu esperava, fiquei preocupada, desesperada, querendo segurar e amamentar meu filho. Eu pedia para ficar perto dele e, mesmo assim, não me permitiram vê-lo.

O não fornecimento de informações sobre procedimentos é uma queixa recorrente entre as participantes, e fere “o direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas” (TESSER et al., 2015, p.3).

O contato pele a pele e o aleitamento materno exclusivo logo após o parto têm benefícios imediatos e à longo prazo para a saúde da mãe e do bebê, e por isso, a primeira hora de vida é conhecida na literatura como a “hora de ouro”. Em relação à amamentação, o colostro garante ao recém-nascido a capacidade imunológica contra infecções; para a mãe, há o estímulo de liberação da ocitocina endógena, que induz a contração uterina e previne hemorragias puerperais – principal causa de mortalidade materna no mundo. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento favorece o estabelecimento do vínculo mãe-filho por meio da troca de sentimentos afetuosos entre ambos. Ademais, auxilia a manutenção da temperatura corporal do bebê, ajuda na adaptação da transição fetal-neonatal e favorece a colonização do intestino do recém-nascido por microrganismos da flora cutânea materna, conferindo maior imunidade ao bebê (HERGESSEL; LOHMANN, 2018. RAMIRO et al., 2021).

Como já citado na introdução desse estudo, Tesser et al. (2015) caracteriza as práticas assistenciais causadoras de danos realizadas durante o ciclo gravídico-puerperal. Esta classificação fora utilizada para melhor visualização das práticas mais frequentes das mulheres participantes do estudo e está descrita na tabela 1.

Tabela 1 – Frequência das categorias de violência obstétrica sofridas pelas participantes, Uberaba/MG, 2021.

Categorias de desrespeito e abuso (violência obstétrica)	N	%
Abuso físico	9	100%
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	8	88,8%
Cuidado não confidencial ou privativo	2	22,2%
Cuidado indigno e abuso verbal	6	66,6%
Discriminação baseada em certos atributos	1	11,1%

Conforme observa-se na tabela 1, os principais tipos de violência presentes no relatos que resultaram no DSC 5 descrito mais adiante foram: *abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; cuidado indigno e abuso verbal*. Brandt et al. (2018) revisa vinte e cinco artigos da literatura sobre as práticas de violência obstétrica e os resultados assemelham-se aos obtidos neste estudo. É sabido que o parto passou a ser tratado como um evento medicalizado com a centralização do profissional; nesse sentido, o autoritarismo médico anula o protagonismo da mulher e abre espaço para a violência obstétrica, que se expressa por meio de agressões físicas, morais, verbais e psicológicas, claramente encontradas nos discursos.

Quadro 7 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em resposta à questão: que tipo de violência obstétrica você sofreu?

Ideia Central – 5

Sofrer abusos físicos, verbais, cuidado não digno e imposição de intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.

Discurso do Sujeito Coletivo – 5

Eu não queria, mesmo assim, o médico me aplicou ocitocina para acelerar o trabalho de parto. As contrações pioraram, eu senti muita dor. Eu já sabia que essa medicação faria minhas dores aumentarem. Então eu pedi para retirarem o soro e não retiraram. Em um momento eu mesma retirei o acesso, mas eles aplicaram novamente, mesmo contra minha vontade. Eu senti fome e sede o tempo todo, pois não me permitiam ingerir nenhum alimento ou líquido. Os exames de toque foram feitos com frequência, eram dolorosos e desconfortáveis. De tempo em tempo, os residentes de medicina iam até mim e repetiam o toque, e às vezes faziam o exame com brutalidade. Depois, o médico introduziu um instrumento na minha vagina para romper a bolsa. Durante a fase expulsiva, uma das enfermeiras da equipe subiu na minha barriga para pressionar e empurrar o bebê. Em todo o momento do parto, a equipe gritava muito comigo, me mandaram parar de gritar. Ouvi muitos comentários desnecessários... a equipe falava sobre outros assuntos que nada tinham a ver com o nascimento do meu filho. Comentavam sobre minha região genital de uma forma constrangedora e desconfortável pra mim. Após o nascimento, não me ofereceram a chance de ter contato pele a pele e nem de amamentar meu filho na primeira hora. O médico apenas me mostrou o bebê, sem que eu encostasse nele, e rapidamente o levou para fazer os procedimentos habituais. Eu estava com os braços amarrados, e mesmo após o nascimento do meu filho, não me desamarraram.

Foram identificadas, dentre os relatos, ações causadoras de dor ou dano físico ao corpo da mulher, sem recomendação baseada e comprovada por evidências científicas. Privação de alimentos, manobra de Kristeller, uso

rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica são exemplos de violência obstétrica citados por Nascimento (2017).

De acordo com Nascimento et al. (2017), o excesso de toques vaginais, muitas vezes realizados para fins de aprendizado, caracterizam abuso físico e ferem o direito à liberdade individual. A episiotomia e a amniotomia, segundo Rocha e Grisi (2017), são procedimentos invasivos e majoritariamente realizados sem o consentimento da mulher e devidas informações sobre sua necessidade.

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou propostas incentivando o parto vaginal, o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, estimulando a amamentação e a presença de um acompanhante no período do parto e pós-parto. As recomendações da OMS de 2014 visam a possibilidade de mobilidade, informação às mulheres sobre seus direitos, ingestão de líquidos e disposição de alimentos à gestante. Anos após o proposto, percebe-se que estas recomendações ainda não são fielmente seguidas.

Silva et al. (2017) em um estudo voltado para os sentimentos causados pela VO, coloca que “a dor do parto, no Brasil, é muitas vezes relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas que criam e reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo” (p. 32).

Isso posto, fica nítido que a violência obstétrica causa traumas na saúde psicológica de quem a vivencia, exercendo forte impacto sobre a qualidade de vida das mulheres.

Considerações finais

A VO implica consequências físicas e emocionais nas mulheres que a vivenciam. Nos relatos, percebe-se sentimentos de tristeza, frustração, impotência e desrespeito, sendo submetidas à procedimentos desnecessários muitas vezes sem seu consentimento e/ou explicação prévia por parte dos profissionais. Apesar dos sentimentos expostos pelas participantes, houve poucos relatos em relação ao desenvolvimento de traumas.

Por mais que a violência contra a mulher seja, na contemporaneidade, um assunto amplamente discutido, percebe-se que a disseminação de informações sobre a violência obstétrica ainda é insuficiente. Nesse sentido, surge a necessidade de se recuperar a autonomia e o empoderamento feminino, a partir da disseminação de conteúdos educativos que apoiem a apropriação do direito de decisão sobre seu próprio corpo, principalmente no que se refere ao ciclo gravídico-puerperal. A elaboração do plano de parto, por exemplo, é uma ferramenta de apoio às boas práticas.

No entanto, não se pode atribuir a incidência de violência obstétrica à desinformação das mulheres; assim como não se deve atribuir que a elaboração do plano de parto será suficiente para atender a expectativa de um parto respeitoso. É necessário, primeiramente, que haja mudança na qualificação profissional e na conduta dos atores da assistência em saúde, preocupando-se em assumir uma postura mais ética e humanizada, considerando e fazendo valer as políticas públicas voltadas para este tema.

Destaca-se, por fim, que este estudo não finda a discussão sobre o tema e apresenta limitações no que se refere às características sociodemográficas das participantes, não apresentando heterogeneidade em relação à escolaridade, renda e raça/cor.

Referências

- AGUIAR, J.M. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>
- AMORIM, M.M.R.; KATZ, L. *O papel da episiotomia na obstetrícia moderna*. *Femina*, v.1, n. 36, p. 47-54, 2008.
- ANDRADE, P.O.N. et al. *Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco*. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, v.16, n.1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
- BARBOSA, L.C.; FABBRO, M.R.C.; MACHADO, G.P.R. *Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas*. *Av. Enferm*, v.35, n.2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>

- BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. *A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração*. Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR, v. 22, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
- BRANDT, G.P. et al. *Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto*. Revista gestão & Saúde, n. 19, v. 1, p. 19-37, 2018.
- BRASIL. *Manual técnico: pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.
- BRASIL. *Resolução nº 466*, de 12 de Dezembro de 2012.
- BRASIL. *Resolução nº 510*, de 07 de Abril de 2016.
- CASTRILLO B. *Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica*. Sexualidad, Salud y Sociedad, v. 26, n. 24, p. 43-68, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- DINIZ, S.G.; SALGADO H.O.; ANDREZZO H.F.A. et al. *Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção*. Journal of Human Growth and Development, v.25, n.3, p. 377-384, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. *Métodos de pesquisa*. Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009
- GOMES, P.C.F.; KUNZLER, I.M. *Violência obstétrica e relações de poder no parto* [Relatório técnico-científico] XXIII Seminário de Iniciação científica, 2015. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/5086>
- KATZ, L.; AMORIM, M.M.; GIORDANO, J.C.; BASTOS, M.H.; BRILHANTE, A.V.M. *Quem tem medo da violência obstétrica?* Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, v.2, n. 20, p. 627-631, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. *Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa*. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n.1, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul, Brasil: Educs; 2003.
- MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O.M.; COSTA, R. et al. *Violência institucional referida pelo acompanhante da parturiente em maternidades públicas*. Acta Paulista de Enfermagem, n. 33, p. 1-9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020ao02202>
- MOTT, M.L. *Parto*. Revista Estudos Feministas, v.10, n.2, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200009>

NOGUEIRA, A. T.; LESSA, C. *Mulheres contam o parto*. 1. ed. São Paulo: Itália Nova Editora, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, 2014.

PALHARINI, L. A. *Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil*. Cadernos Pagu, n. 49, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>

PÉREZ, B.A.G.; OLIVEIRA, E.V.; LAGO, M.S. *Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto*. Revista Enfermagem Contemporânea, v.4, n.1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.472>

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2006.

RAMIRO, N.C.M.P.; PEREIRA, M.S.; SOUZA, R.S. et al. *Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida*. Global clinical research journal, n.1, v.1, 2021. Disponível em: <https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/14/21>

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; PENNA, L.H.G. et al. *O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica*. Texto Contexto Enfermagem, v.26, n.3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>

RODRIGUES, F.A.C.; LIRA, S.V.; MAGALHÃES, P.H.; FREITAS, A.L.V.; MITROS, V.M.S.; ALMEIDA, P.C. *Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à rede cegonha*. Reprodução e climatério, v.2, n. 32, p. 78-84, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>

SADLER, M.; SANTOS, M.J.; RUIZ-BERDÚN, D. et al. *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. Reprod Health Matters, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

SENS, M.M.; STAMM, A.M.N.F. *Percepção de médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente*. Interface (Botucatu), n. 23, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180487>

SILVA, F.M.; SILVA, M.L.; ARAÚJO, F.N.F. *Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro*. Revista prevenção de infecção e saúde, n. 3, v. 4, p. 25-34, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924/pdf>

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.D. *Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer*. Rev Bras Med Fam Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

VENTURINI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. *Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

ZANARDO, G.L.P.; URIBE, M.C.; NADAL, A.H.R.; HABIGZANG, L.F. *Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia & sociedade, n. 29, 2017

Recebido em novembro de 2022
Aprovado em dezembro de 2022.