

# **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VISÃO SOBRE UMA VISÃO SOBRE DESINFORMAÇÃO DE MÃES ATENDIDAS EM AMBIENTE HOSPITALAR**

## **OBSTETRIC VIOLENCE: A VIEW ON MISINFORMATION OF MOTHERS ASSISTED IN A HOSPITAL ENVIRONMENT**

*Amanda Lemos Araujo<sup>1</sup>, Thallyta Alves Bezerra<sup>2</sup>, Daniela de Andrade Cornélio<sup>3</sup>  
Fabiane Coelho Farias<sup>4</sup>*

*1Falog, Novo Gama - GO. Link do Currículo Lattes Link do Orcid  
id (Se não tiver, cadastre o seu link em <https://orcid.org/signin>)\* Dados  
do Corresponding Author. Tel. WWWWWW e E-mail address:  
WWWWW.*

*2Falog, Novo Gama - GO Link do Currículo Lattes Link do Orcid  
id (Se não tiver, cadastre o seu link em <https://orcid.org/signin>*

*3Falog, Novo Gama - GO Orcid <https://orcid.org/0000-0001-7636-3770> Pré-visualizar o registro público*

---

### **RESUMO**

**Objetivo:** Fazer um panorama da desinformação sobre a violência obstétrica com o intuito de identificar o grau de conhecimento das gestantes e mulheres que já tiveram filhos sobre violência obstétrica, verificar quais são as formas de informação que as mulheres recebem para evitar a violência. **Método:** O trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica, com abordagem quantitativa. **Resultados:** Ainda que seja preconizado que, durante o pré-natal, as mulheres tenham acesso a informações fundamentadas em evidências atualizadas e que têm direito a um tratamento respeitoso durante todo processo gravídico, a realidade se mostra divergente. **Conclusão:** Através do presente estudo, conclui-se que a realidade observada durante a realização do estudo é compatível com a afirmativa da literatura revisada sobre a falta de informações a respeito de violência obstétrica e os direitos da mulher durante a gravidez, parto, puerpério e eventuais abortos.

**Descritores:** Violência Obstétrica1; Saúde da Mulher 2; Direitos das Mulheres3.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To make an overview of misinformation about obstetric violence in order to identify the degree of knowledge of pregnant women and women who have already had children about obstetric violence, and to verify which forms of information women receive to prevent violence. **Method:** The work was conducted through a literature review, with a quantitative approach. **Results:** Although it is recommended that, during prenatal care, women have access to information based on updated evidence and that they have the right to respectful treatment during the entire pregnancy process, the reality shows divergence. **Conclusion:** Through this study, it is concluded that the reality observed during the realization of the study is compatible with the statement of the literature reviewed about the lack of information about obstetric violence and women's rights during pregnancy, childbirth, puerperium and eventual abortion.

**Descriptors:** Obstetric Violence1; Women's Health 2; Women's Rights3.

---



## Introdução

A violência obstétrica (VO) se caracteriza por qualquer ação realizada por profissionais de saúde durante o pré-natal, parto, puerpério ou abortamento que fira o direito da mulher, suas escolhas, sua integridade física, mental ou moral através de agressões físicas, verbais, psicológicas e intervenções desnecessárias e sem consentimento<sup>1-3</sup>. Por mais que as literaturas nacionais e internacionais venham abordando grandemente o tema, a VO não é sempre compreendida pela vítima como uma violência, devido à falta de conhecimento<sup>2</sup>.

Diante dessa temática, o presente trabalho procura evidenciar a desinformação das pacientes e a necessidade da discussão em relação aos tipos de violência obstétrica praticadas em atendimentos de saúde. A falta de conhecimento e de humanização na assistência ao parto e a falha no acolhimento à gestante são as principais causas para que a VO ocorra. É necessário que a mulher seja instruída sobre seus direitos como gestante, parturiente e puérpera para que se torne sujeito ativo no que diz respeito ao perinatal.

Diante do contexto de violência contra a mulher e o grau de desinformação será utilizada como base de observação a unidade do SUS (Sistema Único de Saúde) voltada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) nº7 da Vila Zequinha, localizada no município de Novo Gama-GO, através dos casos de atendimento na unidade às mulheres gestantes ou que já tiveram filhos, do que sabem a respeito da violência obstétrica e das formas de prevenção.

O objetivo da pesquisa é fazer um panorama das pacientes que não tem informação sobre a violência obstétrica na ESF nº7, Vila Zequinha, Novo Gama-GO com o intuito de identificar o grau de conhecimento das gestantes e mulheres que já tiveram filhos sobre violência obstétrica, verificar quais são as formas de informação que as mulheres recebem para evitar a violência e identificar o grau e número de mulheres atendidas na ESF nº7, Vila Zequinha, Novo Gama-GO que já sofreram abuso obstétrico.

A metodologia utilizada trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa, exploratória, participante e revisão de bibliografia, observando gestantes e mulheres mães atendidas na unidade selecionada. Serão utilizados como base para a pesquisa bibliográfica manuais e publicações da Organização Mundial da Saúde, autores com publicações científicas que abordem a temática em questão, como Amanda Reis Trajano e Edna Abreu Barreto que fazem uma relação entre a violência obstétrica e a violência de gênero, Sônia Lansky et al que também reafirmam este ponto e constata em seu estudo a predominância de violência obstétrica na forma de intervenções não consentidas e com pouca descrição de informações.

Portanto, diante da discussão sobre violência obstétrica, a pergunta que norteia a pesquisa é: Como evitar a violência obstétrica e orientar as pacientes em momento de gestação? Faz-se necessário a discussão da temática através do levantamento diante das mulheres atendidas, como também o nível de desinformação das pacientes ao serem consultadas.

## **MÉTODO**

O trabalho foi realizado através de estudo observacional analítico transversal e exploratório, com abordagem quantitativa e procedimentos científicos de pesquisa bibliográfica e participante, oriundo de observações realizadas com mulheres gestantes e mães atendidas em ambiente hospitalar.

Trata-se de uma pesquisa científica com desenho de estudo transversal, com abordagem quantitativa, forma exploratória e procedimentos científicos de pesquisa bibliográfica e participante, utilizando-se da observação de atendimentos com gestantes e mulheres mães em ambiente hospitalar. Serão utilizados como base para a pesquisa bibliográfica manuais e publicações da Organização Mundial da Saúde, autores com publicações científicas que abordem a temática em questão, como Amanda Reis Trajano e Edna Abreu Barreto que fazem uma relação entre a violência obstétrica e a violência de gênero, Sônia Lansky et al que também reafirmam este ponto e constata em seu estudo a predominância de violência obstétrica na forma de intervenções não consentidas e com pouca descrição de informações.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em 2014 a OMS reconheceu a violência obstétrica como uma questão de saúde pública mundial que aflige tanto as mães quanto os bebês<sup>4</sup>. O termo violência obstétrica se refere aos tipos de violência praticadas pela equipe de saúde contra a gestante durante o pré-natal, parto, puerpério ou aborto<sup>1</sup>.

Diversos estudos realizados nos últimos anos acerca do tema, juntamente com movimentos sociais liderados por mulheres mães e profissionais de saúde, fomentaram a perceptibilidade sobre o tópico em questão e que diversas mulheres não têm conhecimento a respeito das práticas violentas realizadas no auxílio ao parto<sup>5</sup>. Apesar dessa quantidade de estudos, não foi encontrado nenhum que tenha sido realizado especificamente na região de Novo Gama, Goiás.

### **1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Devido à falta de informação sobre o assunto, muitas mulheres não se dão conta de que foram vítimas de violência obstétrica<sup>2</sup>.

A OMS se refere a violência obstétrica como uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, através de desumanização do tratamento, hipermedicalização e patologização dos processos naturais de parturição que causam na gestante a perda de sua autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade<sup>6</sup>.

Entre os diversos tipos de violência obstétrica encontram-se a verbal, física, psicológica, discriminação relacionada a etnia, gênero, crenças religiosas, faixa etária (especialmente mulheres adolescentes), fatores sociais e econômicos, orientação sexual<sup>2,7,1</sup>.

A violência verbal se dá através de palavras rudes, sarcasmo, ofensas, chacotas. Episiotomia, manobra de Kristeller, uso indiscriminado de ocitocina, amniotomia, enema, jejum, cesáreas sem necessidade, “o ponto do marido”, toque vaginal em excesso, tricotomia, posição de parto diferente da preferida pela mulher, imobilização, não oferecer métodos de alívio da dor e procedimentos sem consentimento são os exemplos mais frequentes de violência física<sup>2,3</sup>.

É considerado violência psicológica ações que causem na mulher sentimento de abandono, vulnerabilidade, insegurança, inferioridade, negar a presença de um acompanhante de sua escolha, impedi-la de se expressar, ameaças<sup>8</sup>. Os tipos de discriminação são manifestados por meio de piadas, menosprezo, comentários maliciosos e ridicularizantes para com a parturiente<sup>2</sup>.

Em uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC foi comprovado que, no Brasil, uma a cada quatro gestantes é vítima de violência obstétrica, o equivalente a 25% das mulheres<sup>9</sup>. Segundo a OMS “todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”<sup>4</sup>.

A violência obstétrica ocorre com tanta frequência que já foi naturalizada e banalizada e, juntamente com a crença de que o parto é um processo doloroso, dificulta a percepção das mulheres de que foram vítimas dessa prática cruel e desrespeitosa<sup>1</sup>.

A VO também é compreendida como violência de gênero, pois, de acordo com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, violência de gênero é classificada como: “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto privado<sup>10</sup>. A violência psicológica e/ou sexual é frequente na VO e na Lei Maria da Penha, que defende os direitos das mulheres contra violência doméstica e institucional, nos parágrafos II e III do artigo 7º, diz:

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>11</sup>.

Durante o parto, mulheres são violentadas frequentemente por causa do papel social que ocupam, deixando claro que a VO é profundamente arraigada em questões de gênero. O fato de profissionais de saúde fazerem comentários desrespeitosos a parturiente e sua sexualidade, com frases como “não chorou na hora de fazer; ano que vem você volta; quando estava fazendo não reclamou”, realçam a violência de gênero, pois julgam as mulheres por exercerem sua sexualidade<sup>12</sup>.

A ampliação do nível de conhecimento sobre os direitos das mulheres a serem tratadas com respeito e dignidade durante a gravidez e o parto e formas de recorrer à justiça caso tenha algum de seus direitos infringidos pode impedir ou até mesmo acabar com os abusos e violências contra mulheres no atendimento de assistência ao parto no mundo<sup>4</sup>.

## 2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PROCEDIMENTOS LEGAIS

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas<sup>4</sup>.

A violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo e é sempre um fator presente entre as gestantes, mas a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que serão realizados na evolução do trabalho de parto leva as pacientes a se conformarem com diversas situações incômodas sem reclamar<sup>4</sup>.

Dentro dos serviços de saúde, usuárias e profissionais não associam os maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência. As gestantes e os profissionais de saúde consideram esses acontecimentos como prática rotineira ou como resposta ao esgotamento das equipes frente a mulheres queixosas e na maioria das vezes associam somente a agressão física ou sexual, mas não como práticas diárias ou falta de experiência na sala de parto<sup>4</sup>.

Além disso, fatores como a diferença racial, o estrato sócio demográfico, a renda e a escolaridade influenciam a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si. Em alguns serviços públicos de saúde no Brasil, onde são atendidas mulheres com baixa escolaridade e baixa renda, elas são consideradas sem autonomia e sem capacidade de decidir sobre seu corpo no parto<sup>4</sup>.

A violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias. Nesse sentido, ela faz parte da violência institucional, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros<sup>10</sup>.

Por isso, a frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência<sup>4</sup>.

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011), buscando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, com objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da

criança, desde o parto até os 24 meses de vida, assim como reduzir a mortalidade materna e infantil<sup>18</sup>.

Temos ainda como exemplo o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM), que propôs a qualificação da atenção e da gestão nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiros, a humanização do parto e do nascimento e a redução da taxa de mortalidade materna e infantil no país. Tal plano se deu a partir de uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações entre os profissionais, através do trabalho em rede nos serviços de saúde e atenção a gestante e puérpera<sup>18</sup>.

Especificamente em relação à qualificação das maternidades no contexto da rede materna e infantil, é preciso avançar ainda mais, buscando construir um conjunto de estratégias para alcançarem as ações propostas pela Rede Cegonha.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, as maternidades devem: garantir vaga às gestantes; garantir o direito a acompanhante de livre escolha; adotar as boas práticas de atenção segundo as recomendações da OMS; garantir privacidade da mulher no trabalho de parto e no parto; reduzir os índices de cesariana, de episiotomia e uso de ocitocina; promover o parto e o nascimento humanizados; promover a participação do pai no momento do nascimento e o contato entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento; garantir livre permanência da mãe e do pai juntos ao seu recém-nascido durante todo o tempo de internação na UTI; estimular a amamentação na primeira hora de vida; manter atuante comissão de investigação do óbito materno, fetal e infantil; manter ativos mecanismos de participação dos usuários e garantir gestão participativa e democrática, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde<sup>4</sup>.

Outras ações propostas pela OMS (2014)<sup>4</sup>, visando a assegurar assistência baseada nas competências, respeito e atenção adequadas, podem incluir líquidos e alimentos à disposição da gestante, possibilidade de mobilidade, informar às mulheres sobre seus direitos e garantir mecanismos de acesso à justiça nas situações de violação de direitos.

Pode-se destacar o apoio institucional como determinante e essencial para produzir mudanças nas equipes de saúde, contribuindo para modificação tanto das relações como corresponsabilizando os profissionais para mudanças nas práticas de cuidado e atenção a gestantes e puérperas. Novos modos que estimulem a autonomia das mulheres somente são possíveis ao romper-se também com modelos institucionais, de gestão, que possam ser mais democráticos e menos autoritários e controladores<sup>18</sup>.

Também os conceitos de acolhimento e vinculação são centrais para a construção de um novo referencial na atenção à gestante e ao recém-nascido no Brasil e contrapõem-se ao arranjo contemporâneo da atenção obstétrica e neonatal no mundo e no Brasil, compostas pela institucionalização e intensa medicalização do parto e nascimento. Além disso, há uma rede de saúde fragmentada que não se responsabiliza pelo cuidado e onde há assistência descontínua dos profissionais entre o pré-natal e o parto. Portanto, propõe-se um modelo onde o profissional de saúde esteja envolvido e corresponsável pelos processos de parto e nascimento.

Para que essas mudanças aconteçam, é importante que haja a demarcação do conceito de violência obstétrica e assim se esclareça à população sobre o assunto, sendo possível reconhecer esse fenômeno e denunciá-lo. Destacamos a necessidade de uma legislação que defina e criminalize a violência obstétrica, já que o Brasil não conta com marcos legais que a delimitem e facilitem a proposição de ações que enfrentem essa situação<sup>18</sup>.

Além disso, reforçamos as recomendações já divulgadas pelas OMS (2014)<sup>4</sup> quanto à necessidade de produzir pesquisas e dados sobre as práticas desrespeitosas, assim como as boas práticas na assistência à saúde nesse âmbito. A coleta, documentação e publicação desses dados são essenciais para melhoria de práticas, tornando os sistemas de saúde responsáveis pela forma como as mulheres são tratadas e por desenvolverem e implementarem políticas claras quanto aos direitos e normas éticas envolvidas nesse cuidado, assim como ampla divulgação de práticas respeitosas a serem seguidas<sup>4</sup>.

Segundo a OMS, os governos devem proporcionar maior apoio para pesquisas que visem a definir e mensurar os problemas nas instituições de saúde - públicas e privadas -, para também compreender o impacto dessas experiências nas escolhas das mulheres em relação à sua saúde. Assim como gerar evidências sobre a implementação e efetividade de intervenções com intuito de oferecer orientações técnicas aos profissionais de saúde e melhorar a qualidade da assistência<sup>4</sup>.

### **3. ACESSO A INFORMAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ**

Segundo a OMS, um grande número de mulheres que procuram assistência ao parto em instituições de saúde em todo o mundo vivencia abusos, negligência e são tratadas de formas desrespeitosas; atitudes que quebram a confiança das mulheres para com os profissionais de assistência obstétrica e podem cooperar para que as mulheres deixem de buscar e usufruir dos serviços de saúde obstétrica<sup>4</sup>.

O período de gestação e o parto podem afetar diretamente a individualidade de cada mulher de forma positiva ou negativa, dependendo dos eventos vivenciados por ela neste período tão relevante de sua vida. Para que as expectativas de um bom parto sejam atendidas, a assistência ao parto deve ser humanizada para que as mulheres possam exercer seu direito à autonomia, privacidade e ter sua individualidade respeitada<sup>2</sup>.

Em estudo realizado por Aguiar e Rodrigues em 2017, constatou-se que nem sempre a mulher percebe ter sofrido violência obstétrica por não ter conhecimento suficiente sobre o tema, o que a impede de ter autonomia para reivindicar seus direitos e o respeito devido dos profissionais de saúde<sup>2</sup>.

De acordo com as observações do estudo o pré-natal é o momento mais adequado para que a mulher, juntamente com a equipe que lhe atenderá integralmente, possa ter acesso a toda informação e direitos sobre a gravidez, o parto e o puerpério para que a promoção de conhecimento evite a violência obstétrica ou até mesmo impeça sua ocorrência<sup>2</sup>.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal estabelecem que: “mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas”<sup>13</sup>.

A questão do acesso à informação durante o pré-natal e a promoção de autonomia à mulher é particularmente essencial, visto que as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana recomendam que as mulheres recebam informações seguras e de qualidade que se embasam em evidências atuais, evidenciando riscos e benefícios das formas de parto e

nascimento e que a mulher deve ser incluída nas tomadas de decisões em todas as fases da gestação, do pré-natal até o puerpério<sup>14</sup>.

A violência obstétrica também se relaciona com a escolha das mulheres pela cesárea. A mulher perde autonomia nas decisões sobre seu parto e submete-se a orientações que não compreende totalmente, o que faz que profissionais esqueçam que é a mulher quem está com dor e que vai parir. O parto, então, tornou-se amedrontador para as mulheres e asséptico para os profissionais de saúde. Dessa forma, a mulher pode se tornar um objeto de manipulações sem consentimento ou sem a informação suficiente sobre os processos a serem realizados<sup>17</sup>.

Sendo assim, faz-se necessário o fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade com o objetivo de resistir a todas as formas de violência e investir esforços no sentido do respeito à vida humana. Como alternativa para essa mudança é necessária a elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades sociais, a valorização dos trabalhadores da saúde, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, baseadas em evidências científicas, e a distribuição de serviços e equipamentos de saúde que estejam articulados em rede e compreendam os sujeitos de forma integral<sup>17</sup>.

Nesse sentido, esforços institucionais têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de melhorar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, assim como na melhoria das condições de vida das mulheres, através da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde<sup>14</sup>. Desde os anos 2000 foi proposta e instituída uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros<sup>14</sup>.

Nesse sentido, desde abril de 2015 algumas disposições têm sido propostas na tentativa de modificar esse cenário, com o lançamento dos documentos do Ministério da Saúde “Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana” e “Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal”, que visam a qualificar a atenção e garantir a decisão pela via de parto de forma informada, levando em consideração os riscos e ganhos à saúde, de forma compartilhada entre a gestante e a equipe<sup>17</sup>.

Além disso, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançaram medidas de incentivo ao parto natural, dentre eles um projeto piloto que está sendo implantado em 23 hospitais privados e cinco maternidades do SUS, com taxas de cesarianas superiores a 88% e 60%, respectivamente. O projeto envolve estratégias que vão desde a adequação de recursos humanos para incorporar equipe multiprofissional nesses serviços, capacitação profissional para ampliar a segurança na realização do parto normal, engajamento da equipe e das gestantes, até a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto<sup>14</sup>.

A mudança mais recente nessa direção foi a aprovação da Resolução n. 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina - CFM, que resolve que cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, visando a garantir a segurança do feto<sup>17</sup>.

A medida assegura o direito da mulher de optar pela cesariana, garantindo sua autonomia, desde que a gestante tenha recebido todas as informações referentes ao parto vaginal e à cesariana, incluindo seus benefícios e riscos. Segundo o CFM (2016), dentre os motivos para implementação dessa medida estão o reconhecimento do direito cidadão da mulher e sua



autonomia ao decidir, juntamente ao médico, pelas opções de tratamento, assim como a reafirmação da necessidade de esclarecer e proteger a população, informando o paciente com base na melhor evidência científica, nesse caso desmistificando temores em relação ao parto e assegurando o direito da mulher de escolher a via de parto, sendo necessária concordância entre o médico e a gestante, a explicitação do desejo da mesma e a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela dupla, onde constem as informações anteriormente prestadas pelo médico, assim como as vantagens e desvantagens potenciais da operação<sup>17</sup>.

No modelo atual de atenção ao parto no Brasil, a atuação dos profissionais de saúde não está baseada em evidências e estaria atrelada ao desconhecimento e a uma crença dos profissionais de que a experiência profissional valeria mais do que a produção científica atual da área obstétrica. Além disso, haveria ainda o medo de represália ou a dificuldade de lidar com membros da própria equipe de saúde que tenham divergências em relação a uma perspectiva alternativa ao modelo centrado no médico<sup>14</sup>.

As demandas por cesariana parecem se basear na ideia de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia utilizada no parto operatório; (Ministério da Saúde, 2014). Também o incremento das cesáreas nos últimos anos está relacionado com fatores sócio demográficos e culturais; por exemplo, dados da pesquisa Nascir no Brasil mostraram que o uso da ocitocina na aceleração do trabalho de parto era mais frequente em usuárias do SUS e nas gestantes de menor escolaridade. Nesses mesmos grupos foi verificado que a frequência do uso de analgesia foi menor<sup>14</sup>.

A associação de intervenções dolorosas pode ocasionar o medo do parto vaginal, além da crença de que o trabalho de parto não trará resultados. Os efeitos indesejados das intervenções podem gerar novas intervenções (uso de substâncias para induzir o parto, rompimento de membrana, episiotomia) - chamada “cascata de intervenções”, o que pode aumentar as chances e atratividade de escolher pela cesárea apontam que o momento do parto passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à vida, já que perdem seu papel de protagonistas, tornando-se frágeis e submetendo-se a tecnologias muitas vezes violentas.

Pelo desejo de evitar esse sofrimento, a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, já que o parto vaginal pode ser considerado degradante<sup>17</sup>. Por outro lado, os autores apontam que o planejamento das cesarianas é um modelo conveniente para os profissionais, que trocam a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento das cirurgias.

Nesse sentido, o uso excessivo da cesariana nas últimas três décadas tem sido associado aos seguintes fatores, considerados determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto. Por essas razões, vários obstetras foram se sentindo pouco preparados para acompanhar o parto, e essas situações geraram uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos<sup>14</sup>.

Diferentes estudos buscaram entender a preferência das mulheres brasileiras pelo parto cesáreo e estes mostraram que a maioria das mulheres declararam preferência pelo parto vaginal. Porém, através da apresentação de dados superestimados de risco fetal, da interpretação da dor da gestante como uma exigência para a realização da cesárea, assim como a priorização das agendas e conveniências dos médicos, esses acabavam optando pela cesárea, contrariando o desejo das mulheres de terem um parto normal, especialmente no setor privado.

Outro fator apontado na escolha pelas cesáreas seria a preocupação de preservar a genitália feminina<sup>15</sup>.

Dessa forma, apontam a necessidade de profundas transformações na assistência obstétrica no Brasil, visando à prevenção de cesáreas e episiotomias desnecessárias e a promoção do parto vaginal normal, sem intervenções. Mudanças em relação a uma maior compreensão do corpo feminino por parte dos profissionais da saúde devem estar relacionadas ao direito de acesso à informação baseada em evidências científicas, liberdade de escolha da mulher quanto à posição durante o trabalho de parto e direito à privacidade e a um acompanhante de sua escolha, assim como direito ao controle da dor e à prevenção da dor considerada iatrogênica<sup>15</sup>.

Percebeu-se também um tabu diante da problemática, visto que algumas mulheres demonstraram receio em compartilhar alguns tópicos. Quando questionadas sobre tal comportamento, a resposta era sempre a mesma: medo de problemas ou possíveis represálias.

Algumas das mulheres que sofreram abusos durante o parto e só se deram conta durante a conversa com as pesquisadoras atribuíram o que lhes aconteceu a falta de empatia, educação e profissionalismo da equipe. As mulheres que não tiveram sinais de VO em seus relatos, em sua grande maioria, disseram que tiveram sorte de serem bem tratadas. O que comprova que a falta de conhecimento faz com que as mulheres acreditem que ser tratada de forma respeitosa e digna seja um favor que elas alcançam aceitando as imposições dos profissionais de saúde e não um direito que deve ser reconhecido<sup>4</sup>.

Embora as mulheres tenham o direito de utilizar algum método de alívio da dor, nenhuma das 15 mulheres que compartilharam suas experiências fizeram uso de analgésicos, mesmo quando solicitado por elas. A resposta era que a dor fazia parte do processo e que a tendência seria piorar e que nada poderia ser feito a respeito, caracterizando esse fato como uma violência física<sup>2,3</sup>.

Ainda que seja preconizado que, durante o pré-natal, as mulheres tenham acesso a informações fundamentadas em evidências atualizadas e que têm direito a um tratamento respeitoso durante todo processo gravídico, a realidade se mostra divergente<sup>13,14</sup>. Em um total de 15 mulheres ouvidas durante as observações deste estudo, uma disse ter recebido orientações apenas sobre seus direitos no pré-natal e uma afirmou ter sido informada sobre violência obstétrica e seus direitos.

## CONCLUSÃO

Através do presente estudo, conclui-se que a realidade observada durante a realização do estudo é compatível com a afirmativa da literatura revisada sobre a falta de informações a respeito de violência obstétrica e os direitos da mulher durante a gravidez, parto, puerpério e eventuais abortos.

A ausência de conhecimento sobre seus direitos e as práticas obstétricas violentas as quais podem ser expostas durante a gravidez e o parto, condiciona as mulheres a acreditarem que um tratamento respeitoso e digno deve ser merecido através de repressão de seus desejos e medos e submissão à decisão dos profissionais de saúde. Com isso, torna-se improvável que denúncias sejam realizadas e medidas preventivas sejam tomadas ou que esses profissionais sejam culpabilizados.

A desinformação fomenta os casos de violência obstétrica e lhe confere pouca visibilidade, o que impede que grandes movimentos em prol de mais fiscalização e medidas punitivas eficazes sejam implementadas.

Para mudar a realidade atual, é imprescindível que haja uma promoção de conhecimento sobre VO e como ela infringe os direitos das mulheres em quaisquer etapas da gravidez e parto, a fim de expandir o número de pessoas cientes de quais práticas são classificadas como violência obstétrica e poderem exigir das instituições e profissionais o atendimento a que tem direito e formas de denunciar qualquer violação do mesmo.

Recomenda-se a realização futura de um estudo mais aprofundado e com número superior de amostras que possa abranger o município de Novo Gama-GO, utilizando-se de um período de tempo maior para obtenção da maior quantidade de dados possíveis.

Pode-se concluir que o termo violência obstétrica, de acordo com as pesquisas revisadas, não tem um conceito único, nem definido em termos legais devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida. Dessa forma, seus direitos e autonomia são minimizados e a violência não pode ser denunciada ou mesmo criminalizada. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica (inclusive em termos de descritores), preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações.

As práticas carregadas de significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelas ideologias médica e de gênero, se tornam naturalizadas na cultura institucional. Esses significados favorecem as condições de existência e perpetuação desse tipo de violência que, por sua vez, não deve ser compreendida apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais.

Os resultados encontrados nesta revisão narrativa expressam a necessidade de promover um entorno de saúde mais adequado tanto para as usuárias como para os profissionais, no qual os procedimentos sejam mais regularizados, claros e organizados, e propiciem um ambiente mais seguro. Os profissionais atendem demandas de acordo com sua experiência e as ferramentas que são proporcionadas pelos órgãos de saúde, que por vezes são insuficientes para a quantidade de usuários e problemas que devem resolver. As usuárias acabam se adaptando ao ambiente no qual vão ter seu filho e muitas vezes, para evitar a dor e sair rapidamente daquele

local, cedem a intervenções desnecessárias que podem ser perigosas ou prejudiciais para sua saúde. Por isso, mudanças nas práticas assistenciais vigentes devem ser feitas para reduzir as intervenções desnecessárias.

No entanto, diversas estratégias alternativas possíveis ainda esbarram no modelo de atenção predominante, que está focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Menezes FR, Sales AAS, Lopes TC, Reis GM, Jardim DMB. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. Interface-CSE [online]. v. 24. [Acesso 26 Set 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>.
2. Aguiar EMG, Rodrigues MS. Violência obstétrica durante o processo de parturição: relato de mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. RBCV v. 5 n. 2 (2017). [Acesso 26 Set 2021]. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/784>.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Violência obstétrica atinge 1 a cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa. [Acesso 26 Set 2021]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/>.
4. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [Acesso 27 Set 2021]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf).
5. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. REF [online]. 2018, v. 26, n. 1 [Acesso 26 Set 2021], e43278. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.
6. (Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 2002).
7. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. CSC [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acesso 27 Set 2021], pp. 2811-2824. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.
8. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Violência obstétrica; post 2 da série 16 dias. [Acesso 27 Set 2021]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/violencia-obstetrica-post-2-da-serie-16-dias/>.
9. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [Acesso 27 Set 2021]. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files_pesquisaintegra.pdf)
10. Brasil. Câmara dos Deputados. Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União. 2 ago 1996.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União. 8 Ago 2006.

12. Trajano AR, Barreto EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface - CSE* [online]. 2021, v. 25 [Acesso 30 Out 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200689>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.51 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html).
15. Dias, M. A., Domingues, R. M., Pereira, A. P., Fonseca, S. C., Gama, S. G., Theme, M. M. et al. (2008). Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1521-1534. Acesso em 04 de dezembro de 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>
16. Andrade, B. P. & Aggio, C. M. (2014, maio). Violência obstétrica: a dor que cala. In *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas* (pp. 01-07), Londrina: Universidade Estadual de Londrina. ISSN: 2177-8248 Acesso em 02 de agosto, 2016, em Acesso em 04 de dezembro 2022. Disponível em [http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)
17. *Resolução CFM n. 2.144*, de 17 de março de 2016. (2016). É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. *Diário Oficial da União*, Seção I, p. 138. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Acesso em 04 de dezembro 2022. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2144\\_2016.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2144_2016.pdf)
18. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. (2011). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde Acesso em: 04 de dezembro de 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
19. Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. Acesso em 04 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt> União (Brasília, DF), 23 dez 2005.
20. Brasil, Ministério da Saúde. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora MS; 2006.
21. Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS). LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais. Disponível em: <<http://www.feneis.br/>>. Acesso em: 29Jun 2013.

22. Pinott KJ, Boscolo CC. A Dramatização como Estratégia de Aprendizagem da Linguagem Escrita para o Deficiente Auditivo. Rev Bras Ed Esp. 2008; 14(1):121-40.