



RELATO DE PUÉRPERAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

REPORT OF PUERPERAS ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE IN PUBLIC SERVICES

RELATO DE PUÉRPERAS ACERCA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Laís Chaves do Nascimento¹, Kamyla Felix Oliveira dos Santos², Cristiani Garrido de Andrade³, Isabelle Cristinne Pinto Costa⁴, Fabiana Medeiros de Brito⁵

RESUMO

Objetivo: desvelar as formas de violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas. **Método:** estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 41 puérperas nas Unidades de Saúde da Família. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas e submetidos à Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** o estudo revelou as seguintes categorias temáticas: “Tipos de violência obstétrica vivenciados na gestação e no parto” e “As repercussões da violência obstétrica na vida das mulheres e os principais profissionais envolvidos”. **Conclusão:** observou-se que a dor, exames abusivos repetitivos, manobras sem evidências científicas de qualquer benefício e o descaso são as principais formas de violência obstétrica. **Descritores:** Enfermagem; Violência Obstétrica; Violência de Gênero; Puerpério.

ABSTRACT

Objective: to reveal the forms of obstetric violence suffered during pregnancy and childbirth from reports of puerperal women. **Method:** exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, performed with 41 mothers in the Family Health Services. Data were produced through interviews and submitted to the Content Analysis Technique in the Thematic Analysis modality. **Results:** this study revealed the following thematic categories: "Types of obstetric violence experienced during pregnancy and childbirth" and "Repercussions of obstetric violence on women's lives and the main professionals involved". **Conclusion:** pain, repetitive and abusive exams, maneuvers without scientific evidence of any benefit and neglect are the main forms of obstetric violence. **Descriptors:** Nursing; Obstetric Violence; Gender Violence; Puerperium.

RESUMEN

Objetivo: desvelar las formas de violencias obstétricas sufridas durante la gestación y el parto a partir de relatos de puérperas. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 41 puérperas en las Unidades de Salud de la Familia. Los datos fueron producidos por medio de entrevistas y sometidos a la Técnica de Análisis de contenido en la modalidad Análisis Temática. **Resultados:** el estudio reveló las siguientes categorías temáticas: “Tipos de violencia obstétrica vividos en la gestación y en el parto” y “Las repercusiones de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres y los principales profesionales envueltos”. **Conclusión:** se observó que el dolor, exámenes abusivos repetitivos, maniobras sin evidencias científicas de cualquier beneficio y el descaso de las principales formas de violencia obstétrica. **Descriptor:** Enfermería; La Violencia Obstétrica; La Violencia de Género; Posparto.

¹Enfermeira (egressa), Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCMPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: laa_8@hotmail.com;

²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCMPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: kamylaoliveira@hotmail.com; ³Enfermeira, Fonoaudióloga, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Docente, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCMPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: cristiani_garrido@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Fonoaudióloga, Doutora em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCMPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: belle_costa@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCMPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: fabianabrito_@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de parir era visto com naturalidade e a dor tida como castigo divino. Os partos ocorriam nas casas das mulheres, onde prestava-se o apoio necessário às parturientes por outras das proximidades ou de sua família, que compartilhavam suas próprias experiências e auxiliavam durante o trabalho de parto.¹

A gravidez, o parto e o nascimento, tidos até então como um acontecimento familiar, com o surgimento de novas tecnologias científicas e a medicalização do corpo feminino, tornaram-se um evento hospitalar, conduzido tecnologicamente, no qual o médico emerge como a figura principal, objetivando controlar situações de risco para a mãe e o filho.² Nesse sentido, o médico passou a assumir toda responsabilidade e a ter total autonomia no processo parturitivo, tomando todas as decisões sobre o andamento do processo e as medidas terapêuticas a serem usadas, independente da vontade da parturiente, que passou a ser um sujeito submisso diante de toda a hegemonia apresentada pelo condutor do parto.³

Para melhor esclarecimento dos profissionais, no ano de 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o manual das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, dividido em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; as claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas; as sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e práticas frequentemente usadas de modo inadequado.⁴

O Ministério da Saúde, ao longo dos anos, desenvolveu estratégias que visam um novo modelo de assistência ao parto, buscando atender as parturientes de forma humanizada e reduzir bruscamente as intervenções desnecessárias. Nessa perspectiva, em 2002, este, através da Portaria/GM nº 56, de 1/6/2000, estabeleceu o Programa de Humanização do pré-natal e nascimento, que tem como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, nas perspectivas dos direitos de cidadania.⁵

Aconteceram reestruturações e novas adaptações à política de humanização em muitos serviços de saúde do país, porém as altas taxas de intervenções obstétricas

desnecessárias ainda são predominantes.⁶ Durante o trabalho de parto, a mulher sente contrações dolorosas, dor lombar, dificuldades respiratórias e seus sentimentos estão intensificados, como medos e inseguranças. Essa mulher precisa ser assistida por um profissional que respeite suas crenças, relatos e que ouça, aconselhe e apoie desde o pré-natal até o final da gestação, estendendo tal cuidado também ao período do parto.⁷

É de suma relevância ampliar as discussões acerca das formas violentas de prestar assistência a essa população. Assim, inicialmente, faz-se necessária a compreensão dos aspectos conceituais da violência que é definida como a modificação de uma diferença em desigualdade em uma relação hierárquica visando oprimir o outro que é objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e ação livre anuladas. Por outro lado, alguns autores definem que a violência também pode implicar na própria anulação das ações, levando à utilização da força, coação ou destruição em uma busca de autoafirmação.⁸

A violência obstétrica, por sua vez, é caracterizada por todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Podem ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. Estes podem ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material.⁹

É oportuno destacar que uma pesquisa revelou que “uma em cada quatro mulheres brasileiras que deram à luz em hospitais públicos ou privados relata algum tipo de agressão durante o parto”.^{10:12}

Condutas agressivas, como uso de palavras de baixo calão, gritos, opressão, procedimentos desnecessários, como episiotomia, uso de fórceps e outras manobras não recomendadas pelo manual de boas práticas, são frequentes, principalmente no cenário brasileiro onde a violência obstétrica é bastante expressiva, contudo esse tema ainda é pouco abordado na produção científica. Ressalta-se, de acordo com informações do Ministério Público de São Paulo, que a obstetrícia é mundialmente a área médica com maior número de infrações.¹¹

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, é necessário desvelar os relatos de mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica, seja no momento do parto, ou durante consultas do pré-natal, e no pós-parto, com fins de elucidar e melhor

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

Relato de puérperas acerca da violência...

compreender a subjetividade que envolve essa problemática, sensibilizando, assim, o olhar de estudantes e profissionais de saúde, com ênfase na Enfermagem, corroborando para a reformulação das práticas do cenário obstétrico e concretização das políticas de humanização. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo:

- desvelar as formas de violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário da pesquisa foi o município de Cabedelo na Paraíba. Destaca-se que o referido município é um centro urbano médio- grande da mesorregião da Mata Paraibana, que possui uma população estimada em 64.360 habitantes, dos quais, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 33.360 são mulheres¹², e contém 20 unidades de saúde da família (USF).

A população do estudo foi composta por em média 906 puérperas segundo os dados de 2012 da Secretaria Estadual de Saúde, disponíveis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) pertencentes ao município de Cabedelo (PB), Brasil. A amostragem estratificada proporcional de 5% de cada USF foi selecionada na intenção de envolver a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população das puérperas de todas as unidades do referido município, totalizando assim uma amostra de 45 participantes. Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados elegíveis: estar no período puerperal conforme o que preconiza o Ministério da saúde; maiores de 18 anos; ter capacidade cognitiva para responder aos questionamentos da pesquisa; ser usuária de uma das unidades de saúde da família do município selecionado. Vale destacar que, devido ao fato do questionário envolver questões que levam ao constrangimento e inquietação por se retratar da temática de violência, quatro puérperas não responderam a algumas perguntas, razão pela qual foram excluídas do estudo. Assim, a amostra final foi de 41 puérperas.

É mister destacar que o puerpério se inicia de uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Assim, o Ministério da Saúde didaticamente divide o

puerpério em: imediato (1° ao 10° dia), tardio (11° ao 42° dia) e remoto (a partir do 43° dia).²

A coleta de dados foi realizada nas USF de Cabedelo (PB), Brasil, no período de março a maio de 2015, em salas privativas para garantia do sigilo e anonimato das participantes, onde, utilizando um instrumento estruturado, foram coletadas inicialmente as informações acerca dos dados socioeconômicos e ginecobstétricos; em seguida, a coleta acerca dos objetivos propostos para esse estudo por meio de um roteiro de entrevista e com o auxílio de um gravador.

As entrevistas foram transcritas, na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso. Para manter o anonimato das participantes, os depoimentos foram referenciados pela letra P (de puérperas), seguida de números de um a 41 (P1, P2... P41).

O tratamento dos dados ocorreu mediante a técnica de análise de conteúdo, sendo a análise dividida em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹³

Cumpre assinalar que a pesquisadora respeitou os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, principalmente o princípio ético da autonomia, sobretudo o que se refere ao termo do consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (CEP/FCMPB), sob o protocolo nº 981.841 e CAAE 40969015.3.0000.5178.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante à caracterização das puérperas entrevistadas, foi possível perceber que estas se encontravam na faixa etária adulta, entre os 18 e 35 anos de idade. Com relação ao estado conjugal, 8(20%) eram casadas, 7(17%) solteiras e 26(63%) viviam em união estável com seus parceiros. Quanto ao grau de escolaridade, 18(44%) terminaram o ensino médio, 21(51%) concluíram o ensino fundamental e apenas 2(5%) tinham o curso superior. No que se refere ao número de partos, 16(39%) eram múltiparas e 25(61%) primigestas, sendo que 8(20%) já tiveram pelo menos um aborto. Com relação ao tipo de parto das puérperas, 17(41%) tiveram parto normal, 20(49%) cesariana e 4(10%) mulheres já tiveram os dois tipos de parto.

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

Relato de puérperas acerca da violência...

No que concerne aos questionamentos que retratam o objeto do estudo, observou-se que das 41 entrevistas, 7(17%) negaram veemente terem vivenciado algum tipo de violência obstétrica e 34(83%) revelaram que já sofreram, porém, destas, 16(39%) começaram a entrevista negando e conforme foram respondendo aos questionamentos foram desvelando e/ou descobrindo que já tinham sofrido algum tipo de maus-tratos, mas não o compreendiam como tal.

Com relação aos tipos de violência, 4(10%) mulheres relataram terem sofrido alguma agressão e 15(37%) foram violentadas de duas ou mais maneiras. Os tipos de violência mais mencionados foram: 4(10%) Manobras de Kristeller; 12(29%) ausência de técnicas de alívio da dor; 9(22%) descaso; 8(20%) exames de toque invasivos, constantes ou agressivos; 5(12%) a utilização da episiotomia sem o consentimento informado; e 3(7%) privação da liberdade ao acompanhante. Referente aos principais profissionais envolvidos durante a violência obstétrica foram citados os médicos por 9(22%) das entrevistadas, os enfermeiros por 5(12%) das mulheres e 20(49%) não souberam identificar qual era a função que os profissionais exerciam no momento da agressão.

Destaca-se que a análise dos dados empíricos fez emergir duas categorias temáticas: “Tipos de violência obstétrica vivenciados na gestação e no parto” e “As repercussões da violência obstétrica na vida das mulheres e os principais profissionais envolvidos”.

◆ Tipos de violência obstétrica vivenciadas na gestação e no parto

A violência obstétrica é ainda um aspecto pouco distinguido enquanto um ato violento, pois concomitantemente à sua ocorrência, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções que permeiam a gestação, parto e puerpério, o que, por muitas vezes, as fazem se calar. Nesse contexto, desvelar acerca desse tipo de violência é algo complexo, visto que envolve vários aspectos psicoemocionais que inicialmente podem gerar sentimentos de medo, insegurança, lembranças negativas, e o abster-se dessa situação possa ser a melhor escolha para não enfrentar e relembrar esses momentos que envolvem angústia e receio, contudo é necessário revelar os diversos tipos de violência obstétrica que envolvem um caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material que permeiam as instituições de assistência à saúde com a finalidade de sensibilizar a comunidade e os profissionais no combate a

essa prática que ocasiona diversas repercussões e transtornos na vida das mulheres.

No que concerne à violência obstétrica que envolve o **caráter físico**, esta é contemplada por ações que acontecem sobre o corpo da mulher, interferindo, causando dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada e comprovada por evidências científicas, tais como privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.¹¹ A Manobra de Kristeller foi citada por 4(10%) das entrevistadas conforme vislumbrado nos discursos a seguir:

[...] Empurraram minha barriga[...] doeu. (P8 e P16)

Um médico empurrou bastante ele aqui embaixo da minha costela, forçou muito o menino a sair. (P14)

Na sala da cesariana empurram minha barriga pra fazer força. (P15)

Em um estudo nacional¹⁵ que utilizou os dados da pesquisa Nascer no Brasil, de base hospitalar em 2011/2012, com 23.894 mulheres, averiguou-se que a manobra de Kristeller foi realizada em 37% das mulheres, valores ainda bastantes expressivos por se tratar de uma prática que deve ser evitada como uso rotineiro.

Estudo¹⁶ de evidências científicas na Cochrane não conseguiram demonstrar os benefícios dessa prática, uma vez que os riscos potenciais com seu uso incluem rotura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas ou lesões cerebrais nos recém-nascidos e aumento da transfusão de sangue entre a mãe e seu bebê. Isto pode ser importante como fator desencadeante de sérios problemas, principalmente quando a genitora tem HIV, hepatite B ou outra doença viral.

É mister destacar que essa conduta de pressionar o fundo do útero se enquadra no grupo C do Manual da OMS como práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.⁴

No tocante às agressões de caráter físico, evidenciou-se, ainda, relatos de dor citados por 12(29%) das puérperas e a não utilização de técnicas de alívio quando solicitadas e/ou recomendadas. Podemos observar o forte impacto causado pela dor nas mulheres nos trechos dos depoimentos a seguir:

Senti muita dor e eles só davam remédio pra aumentar a dor. (P3)

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

Relato de puérperas acerca da violência...

Senti dor muito forte. Pedi pra darem algo e não deram. (P4)

Comecei a sentir dor de meia noite. De seis horas da manhã tava com três centímetros e não fizeram nada por mim. (P6)

Senti muita dor. Pedia alguma coisa pra aliviar e eles não davam, vieram dar só no final uma injeção. (P7)

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas, sim, com a experiência de gerar uma nova vida.¹⁷No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida. Tendo em vista esses aspectos, torna-se evidente que devem ser desenvolvidas ações para diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto relacionado às dores. A dor envolve um fenômeno multidimensional que pode ser abordada por meios de técnicas farmacológicas, que devem ser utilizadas com cautela, e as não farmacológicas, que são estimuladas inclusive pela OMS para utilização de todos os profissionais.

Dentre as técnicas não farmacológicas, pesquisas de evidência científica revelam como eficazes as massagens na região lombar,¹⁷⁻⁹ a aromaterapia,¹⁷ o uso dos aparelhos de correntes de baixa tensão, como o TENS,²⁰ os banhos de imersão,¹⁷ os exercícios respiratórios, o relaxamento muscular, o banho de chuveiro,¹⁹ a presença das doulas com medidas de apoio para o conforto materno,²¹ dentre outros. Contudo, mesmo diante de todas essas estratégias, a falta de manejo da dor fica evidente nos relatos não só referente à falta de analgesia quando solicitada, mas também aparece quando os profissionais da saúde desmerecem os sentimentos das parturientes, como se evidencia nos depoimentos:

[...] Aí ela (a médica) disse: Você está se fazendo! E eu quase morrendo de dor e ela só dizia que eu tava me fazendo. Até na sala do parto, a gente escuta, mesmo estando anestesiada, ela falando: - Eu sabia que ia acontecer alguma coisa com essa mulher, eu trouxe ela pra cá, mas eu sabia que ela não ia ter." E ela gritando comigo, toda hora gritando, me levou para sala de parto gritando que eu estava me fazendo, que não botava o menino para fora porque eu não queria. Eu estava nas últimas, só Deus comigo naquela hora, só Deus. (P9)

Eles poderiam ter me atendido muito melhor. Acho que me viram nova e acharam que era manha e não consideraram minha dor. (P10)

Na hora que a médica tava costurando ela disse que eu era mole, que não estava aguentando que já era a segunda que ela pegava assim. Eu fiquei calada porque se eu falasse alguma coisa ela ia fazer mais mal ainda. (P8)

Vale ressaltar que a estratégia do calar perante a dor para não sofrer é extremamente frequente e realizada como solução para evitar os maus-tratos, na perspectiva de que a mulher que colabora e não faz escândalo será melhor atendida.²² Diante dessas ponderações, foi possível observar que muitas mulheres já chegam às maternidades com a ideia de que se fizerem escândalo serão repudiadas, como se observa nos relatos:

Eu só fazia chorar porque o povo diz que quando faz escândalo eles deixam sofrer mais. Aí fiquei só na minha, andando, chorando baixo. Só não fazia escândalo. (P1)

Fiquei quieta. Me disseram que se eu ficasse fazendo escândalo iam me deixar sofrer lá. (P2)

A partir desses diálogos, podemos observar que há uma forte cultura disseminada entre as parturientes de que não é permitido demonstrar nenhum tipo de alteração em seu comportamento durante o trabalho de parto, principalmente se essa alteração estiver relacionada a gritos ou a choro alto. Esse tipo de violência foi fortemente disseminado para essas mulheres por meio de alguns profissionais e familiares que já passaram por isso na hora do parto ou que já observaram e amedrontam por meios desses atos de violência nas maternidades.

Outra pesquisa¹² demonstrou em seus resultados que algumas mulheres relataram ouvir dos profissionais frases como “se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo” ou “se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”.

Diante dessas ponderações, é oportuno destacar que o descaso dos profissionais de saúde no que concerne às entrevistas deste estudo foi relatado por 9(22%) das puérperas, conforme vislumbrado nos discursos a seguir:

Parecia que tava colocando um bezerro pra fora. Eu não fui bem atendida não. (P20)

Aí ficou nisso de vai ser normal, vai ser cesárea. [...] aí meu pai chegou e fez um escândalo porque quando foram escutar o coração do bebê não conseguiram mais. (P21)

O menino tava já coroando e eu tive que ir andando para a sala de parto. Aí tive o menino no chão, fiquei lá jogada, parecendo uma cachorra. Em tempo de eu pegar uma infecção. (P22)

Eles tentaram, tentaram e o menino não saiu. O coração dele já tava quase parando e eles diziam que não sabiam explicar porque não tava dando. Aí quando foi pra cesárea descobriram que o menino estava atravessado. (P23)

Tive meu bebê sozinha. Senti muita dor. Fiquei numa cadeira sentada até o momento dele vir ao mundo tive ele sem nenhuma assistência. Sozinha! (P24)

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

Só fizeram o parto Cesário porque o bebê fez cocô dentro. (P4)

A partir desses relatos, foi possível observar que as mulheres são submetidas a um poder hegemônico hospitalar, assistidas em situações subumanas não só pela falta de estrutura mas também na falta de assistência digna.²³ Nessa perspectiva, o descaso é caracterizado como um tipo de **agressão psicológica que consiste em** uma ação verbal ou comportamental, provocando na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio a exemplo das ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens e ofensas.¹¹

Diante do abandono em que as parturientes são deixadas, os riscos de complicações durante o parto e pós-parto podem aumentar drasticamente. Através de uma pesquisa, evidenciou-se que o atendimento nos hospitais é representado por descaso, abandono e dor e que estes estão ligados à violência tanto psicológica quanto física.¹⁷

Outro tipo de violência vem merendo destaque como a de **caráter sexual**, esta é conceituada como toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Destacam-se, dentre elas, a episiotomia; o assédio; os exames de toque invasivos, constantes ou agressivos; a lavagem intestinal; a cesariana sem consentimento informado; a ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado; e a imposição da posição supina para dar à luz.¹¹

As entrevistadas mencionaram que no tocante a esse tipo de violência, 8(20%) foram submetidas no parto a exames de toque invasivos, constantes ou agressivos; 5(12%) à utilização da episiotomia e 3(7%) à utilização do Fórceps, ambos sem o consentimento informado. De acordo com o Manual de Boas Práticas ao parto e ao Nascimento, os exames vaginais repetidos ou frequentes, principalmente se feito por mais de uma pessoa, bem como a episiotomia, enquadram-se na categoria D das recomendações, que consiste em uma prática frequentemente utilizada de forma inadequada e que deve ser desestimulada.⁴

Os repetidos exames de toque abusivos são realizados em um parto para a verificação da dilatação do colo do útero. Uma manobra muito usada durante o exame de toque é a

Relato de puérperas acerca da violência...

“dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, emergindo como um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do parto e na grande maioria das vezes é realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente.¹¹ A falta de esclarecimento acerca dos procedimentos e a dor causada durante o mesmo foram evidenciadas também nos discursos:

Como é meu primeiro filho, eu não sabia como era o toque, se era só com o dedo, só que ela não fez com o dedo, ela colocou a mão até a metade do pulso, aí eu chorei, fechei as pernas porque não aguentei a dor. (P11)

Fizeram toque muitas vezes e doía. (P12)

Eles faziam toque direto, sem eu saber o por que. (P13)

Nesse contexto, um estudo da Cochrane com objetivo de averiguar a eficácia e consequência desse exame averiguou que não acharam nenhuma pesquisa apoiando ou rejeitando o uso de exames de toque de rotina para melhorar o trabalho de parto das mulheres. É surpreendente o uso generalizado de tal exame, tendo em vista que não há nenhum estudo que comprove sua eficácia, além do constrangimento que causa às parturientes.²⁴

Com relação à episiotomia, é oportuno mencionar que das puérperas entrevistadas nenhuma relacionou esse procedimento a uma forma de violência obstétrica. O fato só foi relatado após pergunta específica no instrumento de coleta de dados.

Essa prática foi incorporada à assistência ao parto desde o início do século passado com a ambição de reduzir lacerações do períneo, diminuir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, bem como proteger o recém-nascido de possíveis traumas na hora do parto. A episiotomia, desde o começo, foi usada sem que existisse algum trabalho que avaliasse seus riscos. Todavia, é de suma importância destacar as possíveis complicações imediatas, como perda sanguínea, necessidade de sutura e dor perineal; e após o parto, disfunções intestinais, urinárias e sexuais que levam à conclusão que a redução desse procedimento é uma prioridade para a saúde das mulheres e para os profissionais que as atendem.²⁵

Outro tipo de violência obstétrica são as agressões institucionais, que convergem para dificultar, retardar ou impedir o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada, por exemplo, o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde e a omissão ou violação dos direitos da mulher

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

durante seu período de gestação, parto e puerpério.

Nesse contexto, pode-se notar com base em alguns depoimentos das entrevistadas que a privação do acompanhante ainda acontece em alguns serviços, contrariando, assim, a lei nº 11.108/2005²⁶, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Não tive acompanhante no parto porque o médico não deixou. Disse que não tinha roupa e que meu marido não podia entrar. Eu disse que era lei mas ele disse que não podia.[...] Meu marido tava sonhando em está lá naquela hora, no primeiro momento. Senti muita falta, porque na cesárea a pessoa fica muito apreensiva, toma anestesia e fica só, sem ninguém do lado. (P18)

Disseram que não podia ter acompanhante e pronto. Eu queria, mas deixei pra lá. (P19)

A **presença do acompanhante** durante o parto e nascimento é eficaz na redução dos sentimentos de dor e abandono nesses momentos. A figura do familiar ou conhecido traz conforto e tranquilidade às parturientes.²⁷ É importante frisar que a escolha da pessoa que estará ao lado dessa mulher deve ser feita por ela e as instituições devem apoiar.

Por outro lado, um estudo mostrou certa resistência da equipe quanto à presença do acompanhante, pois muitos profissionais veem que este é apenas um mero expectador, chegando a atrapalhar o trabalho da equipe por não entender como funciona a dinâmica do trabalho de parto ou algumas medidas que devem ser tomadas para melhorar o atendimento às mulheres.²⁸

É significativo mencionar que as **formas de violência material e midiática** não foram explicitadas pelas puérperas, entretanto abordar acerca dos seus aspectos conceituais favorece o conhecimento e a disseminação destes. O caráter material consiste em ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica, como cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante. Enquanto que o midiático são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos

Relato de puérperas acerca da violência...

mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. A exemplos da apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, a ridicularização do parto normal e o incentivo ao desmame precoce.¹¹

Dessa forma, diante do grande número de procedimentos desnecessários e falta de atendimento humanizado nas maternidades, a violência obstétrica deve ser denunciada pelas mulheres vítimas de tal descaso e desrespeito, principalmente por envolver um momento único em que a mulher deve ser protagonista desse processo.

♦ **As repercussões da violência obstétrica na vida das mulheres e os principais profissionais envolvidos**

Os profissionais da saúde são aqueles que deveriam estar mais preparados para dar maior suporte em atendimento humanizado às mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Infelizmente, na realidade obstétrica atual, ainda se evidencia condutas que divergem dessa assistência almejada, principalmente nos setores públicos.

Através das análises dos relatos das puérperas, é possível notar que as formas de violência citadas causam danos que irão repercutir ao longo das histórias obstétricas da vida dessas mulheres. Tais danos podem ser observados nos relatos a seguir:

Nunca mais na minha vida eu quero ter um filho num hospital publico. (P3)

Penso que em outra gravidez vou ser maltratada de novo. Passar por tudo de novo. (P5)

Marcou minha vida. Não me senti bem lá, quando lembro sinto medo de ir pra maternidade de novo. (P11)

Lembro que não podia fazer nada, Deus me sustentou e estou aqui contando a história. (P15)

Marcou porque não se trata ninguém assim. Se fosse rico ela não tratava assim. Ela conhece a cara do pobre. (P29)

O modelo de assistência obstétrica sem base em evidências científicas não respeita o direito da mulher e é alimentado por um método de formação de saúde extremamente falho e sem as devidas fiscalizações.²² Os traumas emocionais causados ficarão para sempre marcados na memória das vítimas e a ideia de sofrimento atrelada ao parir continuará passando de geração em geração.

Estudos já realizados mostram que as mulheres vítimas de violência apresentam como repercussões o medo e a tristeza.²⁹ Através dos discursos, esses dados se confirmam como prova dos sentimentos

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

devastadores que são ocasionados na vida das vítimas de violência obstétrica.

É de suma importância que mudanças sejam realizadas na forma de assistir as parturientes e tais alterações devam sensibilizar os profissionais desde o momento da graduação. Iniciativas do Ministério da Saúde, como a elaboração de manuais técnicos e outros materiais educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto, embora relevantes, têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil. Assim, observa-se que não só médicos, mas também a equipe de enfermagem, tratam as parturientes com discursos grosseiros e demasiadamente autoritários. Nota-se também que na maioria das vezes esses profissionais são do sexo feminino que já vivenciaram o contexto do parto normal, mas que esse fato não as leva a ter um comportamento solidário e mais compreensivo com relação à vivência das mulheres¹⁵ conforme é observado nas falas seguintes:

Depois que a enfermeira levou ela, não tinha mais ninguém dentro da sala, o médico enrolou a mão com gaze e enfiou dentro de mim. Ele não disse nada porque tava fazendo aquilo. Fui pesquisar se isso era correto e não achei em nenhum lugar falando que isso era correto. Foi horrível. (P4)

Tava sentindo muita dor e fui segurar na roupa da enfermeira e ela disse com ignorância: pegue em mim não que você vai me sujar. Ai ela me deixou sozinha no meio do corredor pra eu andar. (P27)

E ela (a médica) só gritando e dizia: “- deixa ela aí, ela tá se fazendo”. Eu não gostei. Ai me levaram pra sala de parto e eu não podia mais nem andar. Ainda me chamou de manhosa. (P22)

Quando entrei na sala de cirurgia eles ficaram falando que já iam sair e eu cheguei. Ficaram reclamando, era uma enfermeira. (P23)

Lá (os profissionais) só faziam mandar a pessoa ter calma, e diziam que não podiam fazer nada. (P25)

Os profissionais de saúde são extremamente relevantes no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência de forma integral. A formação dos médicos obstetras, contudo, não vem obtendo sucesso perante a necessidade de tornar esses profissionais capacitados a prestar uma assistência de qualidade e humanizada, tendo em vista que estes são preparados para utilização de práticas intervencionistas. Já a formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de caráter mais humanizado e voltada para o respeito à fisiologia do parto.³⁰

Os profissionais envolvidos no momento do parto têm a oportunidade de colocar seu

Relato de puérperas acerca da violência...

conhecimento teórico e prático a serviço do bem-estar da mulher e do bebê. Podem minimizar os anseios, a dor, ficar ao lado, fornecer suporte, esclarecer, orientar, ajudar e assistir a parir e a nascer. É importante lembrar sua responsabilidade em um processo que envolve múltiplos nascimentos: o nascimento de um bebê, uma mãe, um pai, uma nova família.⁷

Apesar dos relatos citados anteriormente de maus-tratos pelos profissionais, em alguns destes é possível identificar a existência de intervenções por parte de outros profissionais para impedir alguns atos de violência.

Aí entrou outra médica que foi muito boa e ela disse: vocês querem matar o menino? Tão vendo que não pode ser normal? (P28)

[...]e a doutora que entrou disse que não, que eu não tinha passagem nenhuma pra ter normal. (P30)

A equipe de saúde pode orientar as mulheres quanto a reconhecer a violência obstétrica e em como lidar com a mesma, além de encaminhar para algum tipo de acompanhamento ou espaço quando necessário.

Sendo assim, o acesso a uma assistência integral e humanizada pode diminuir de forma drástica as repercussões negativas causadas por vivências marcadas pela dor, descaso e vergonha. O evento do parto é um momento particular que não deve deixar marcas, nem más lembranças para as parturientes. Além disso, as maternidades devem ser locais de acolhimento.

CONCLUSÃO

A realização da pesquisa possibilitou uma percepção mais profunda acerca dos principais tipos de violência vivenciados pelas mulheres atendidas em alguns serviços públicos, além de permitir o conhecimento acerca das repercussões dessas violências na vida das mulheres entrevistadas e a identificação dos principais profissionais envolvidos. Notou-se que a dor, exames abusivos repetitivos, manobras sem evidências científicas de qualquer benefício e o descaso são as principais formas de violência obstétrica sofridas pelas mulheres entrevistadas. Os médico e enfermeiros são citados como profissionais envolvidos e o trauma é retratado como a principal consequência na vida dessas mulheres.

O estudo permitiu a visualização do quanto frequente é a violência obstétrica na saúde pública e a importância de prestar uma assistência digna na hora do parto e após. O cuidado deve ser prestado de maneira humanizada, respeitando a mulher como

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

Relato de puérperas acerca da violência...

protagonista e minimizando os danos físicos, psicológicos, sexuais e de todos os outros; todavia, ressalta-se que o número de pesquisas sobre a temática no cenário nacional ainda é incipiente e demanda um maior envolvimento dos estudantes, profissionais e pesquisadores para o aprofundamento nessa área, com buscas de estratégias para reformular o cenário obstétrico, combatendo a violência obstétrica e planejando assistência paras as consequências advindas dessa realidade.

Ressalta-se que os aspectos relativos à percepção de puérperas acerca da violência obstétrica, elucidados no âmbito desta pesquisa, podem servir de suporte para a equipe de saúde, em especial para a Enfermagem, objetivando encorajar as parturientes a enfrentar o parto como uma experiência única que deve ser vivenciada por cada mulher, estimulando-a a buscar uma ressignificação desse momento a partir de uma percepção que vislumbra um parto.

REFERÊNCIAS

1. Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta paul enferm.* 1996;9(esp):91-101. (IMPRESSO)
2. Ministério da Saúde (BR), FEBRASGO, ABENFO. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2014 Oct 28]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
3. Lopes DM, Bonfim AS, Sousa AG, Reis LSO, Santos LM. Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. *Rev pesqui cuid fundam* (Online) [Internet]. 2012 Jan/Mar [cited 2014 Oct 28];4(1):2623-35. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532/pdf_472
4. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2014 Oct 28]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
6. Rattner D. Humanização na atenção a nascimento e partos: Ponderações sobre políticas públicas. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 28]; 13(Supl 1):759-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1>
7. Ministério da Saúde (BR). Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 May 15]. Available from: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf)
8. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí M, Cardoso R, Paoli MC (Org.). *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1985. p. 25-62.
9. Rede Parto do Princípio. Violência obstétrica “parirás com dor” [Internet]. [s.l]: Rede Parto do Princípio; 2012 [cited 2014 Oct 28]. Available from: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
10. Venturi G, Godinho T (Org.). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado*. [Internet]. Fundação Perseu Abramo e SESC; 2010 [cited 2014 Oct 29]. Available from: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
11. Violência Obstétrica: Você sabe o que é? Núcleo especializado de proteção e defesa dos direitos da Mulher e Associação Artemis. Escola de Defensoria pública de São Paulo; 2013.
12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente nos municípios com data de referência em 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [cited 2015 Mar 12]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Dec 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
15. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 May 02];30(Supl 1):S17-S47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>
16. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fetal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet].

Nascimento LC do, Santos KFO dos, Andrade CG de et al.

Relato de puérperas acerca da violência...

- 2009 Oct [cited 2015 Mar 12]; 7(4):CD006067. Available from: DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub2
17. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2015 May 03];19(4):774-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
18. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 Feb [cited 2015 Mar 13];15(2):CD009290. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub2>
19. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2007 Nov/Dec [cited 2014 Oct 28];15(6):1150-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_14.pdf
20. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 15];15(2):CD007214. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297467/pdf/emss-61312.pdf>
21. Santos DS, Nunes IM. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2015 May 09];13(3):582-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a18.pdf>
22. Andrade PB, Aggio MC. Violência Obstétrica: a dor que cala. In: III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2014 May 27-29. Universidade Estadual de Londrina. Londrina: UEL; 2014. p. 1-7. Available from: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf
23. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev bras enferm* [Internet]. 2006 Nov/Dec [cited 2015 May 09];59(6):740-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>
24. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 July [cited 2014 Oct 28];15(7):CD010088. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/pdf>

25. Riesco G LM, Costa ASC, ALMEIDA SFS, Brasile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2014 Oct 28];19(1):77-83. Available from: <https://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>
26. Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*; 2005.
27. Doudou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita MS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção das puérperas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 Apr/June [cited 2014 Oct 28];18(2):262-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>
28. Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. A percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 28];13(5):994-1003. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4079>
29. Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 28];14(4):683-93. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3523>
30. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2012 Apr/June [cited 2014 Oct 28];21(2):229-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2.pdf>

Submissão: 06/08/2015

Aceito: 23/03/2017

Publicado: 15/05/2017

Correspondência

Kamyla Felix Oliveira dos Santos
Rua Severino Nicolau de Melo, 225, Ap.310
Bairro Jardim Oceania
CEP:58037-700 – João Pessoa (PB), Brasil