



PARTO E NASCIMENTO NA REGIÃO RURAL: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

LABOR AND BIRTH IN THE RURAL REGION: OBSTETRIC VIOLENCE

PARTO Y NACIMIENTO EN LA REGIÓN RURAL: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Meyrenice Cruz da Silva¹, Bianca de Moura Feijó², Francisca Aslana Nargila Sousa Pereira Lopes³, Francisca Joseane Farias Guerra⁴, Idalina Santiago dos Santos⁵, Gezebely de Oliveira Rodrigues⁶, Marks Passos Santos⁷, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos⁸

RESUMO

Objetivo: investigar as formas de violência obstétrica na assistência prestada ao parto e ao nascimento. **Método:** estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal realizado com 169 puérperas em maternidades públicas. Os dados foram coletados por meio de questionário e a análise pelo *Software Microsoft Office Excel®-2013*. Posteriormente, as informações foram organizadas em um banco de dados e apresentadas em tabelas. **Resultados:** ao avaliar as formas de violência obstétrica, identificaram-se cuidado indigno e abuso verbal, discriminação baseada em certos atributos (por exemplo, raça), abandono, negligência ou recusa da assistência e detenção nos serviços prestados. **Conclusão:** a região rural brasileira investigada apresentou variados tipos de violência obstétrica, semelhantes aos dados nacionais, requerendo ações com vistas à sua eliminação. **Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Enfermagem; Parto; Abuso Físico; Exposição à Violência; Serviços de Saúde Rural.

ABSTRACT

Objective: to investigate the forms of obstetric violence in childbirth and birth care. **Method:** a quantitative, exploratory, descriptive and cross - sectional study with 169 mothers in public maternity hospitals. Data were collected through a questionnaire and analysis by *Microsoft Office Excel®-2013 Software*. Subsequently, the information was organized into a database and presented in tables. **Results:** when evaluating forms of obstetric violence, unfair care and verbal abuse, discrimination based on certain attributes (eg race), abandonment, neglect or refusal of care and detention in the services provided were identified. **Conclusion:** the Brazilian rural region investigated presented several types of obstetric violence, similar to the national data, requiring actions with a view to its elimination. **Descriptors:** Obstetric Nursing; Nursing; Parturition; Physical Abuse; Exposure to Violence; Rural Health Services.

RESUMEN

Objetivo: investigar las formas de violencia obstétrica en la asistencia prestada al parto y al nacimiento. **Método:** estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal realizado con 169 puérperas en maternidades públicas. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario y el análisis por el software *Microsoft Office Excel®-2013*. Posteriormente, las informaciones fueron organizadas en una base de datos y se presentaron en tablas. **Resultados:** al evaluar las formas de violencia obstétrica, se identificaron el cuidado indigno y el abuso verbal, la discriminación basada en ciertos atributos (por ejemplo, raza), abandono, negligencia o rechazo de la asistencia y detención en los servicios prestados. **Conclusión:** la región rural brasileña investigada presentó variados tipos de violencia obstétrica, semejantes a los datos nacionales, requiriendo acciones con miras a su eliminación. **Descriptores:** Enfermería Obstétrica; Enfermería; Parto; Abuso Físico; Exposición a la Violencia; Servicios de Salud Rural.

^{1,2,3,4,5,6}Graduandas em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira/UNILAB. Redenção (CE), Brasil. E-mail: mejestar21@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9764-9970>; E-mail: bibi_m1023@outlook.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0607-7933>; E-mail: aslana.nargila1@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5354-0110>; E-mail: jhosyguerra@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8473-1297>; E-mail: idalyna9@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3661-0551>; E-mail: gezebely@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0973-0774>; ⁷Mestre, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira/UNILAB. Redenção (CE), Brasil. E-mail: marks@aluno.unilab.edu.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1180-404x>; ⁸Doutora, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: saiwori.anjos@uece.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7559-8471>

INTRODUÇÃO

Entende-se que a violência obstétrica, reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS),¹ é um tema recente nas pesquisas acadêmicas e na formulação de políticas públicas, mas não na realidade de muitas mulheres. Ela é cada vez mais definida e visibilizada no ativismo social, mediado pelas redes sociais (*cyberativismo*), e amparada por uma base legal forte com vistas à sua superação.

Utiliza-se, no Brasil, o termo violência obstétrica para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, parto, pós-parto e abortamento. Entende-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade e impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.²

Sabe-se que são frequentes as atitudes desumanas na assistência ao parto tanto no setor privado, quanto no público. Um estudo sobre mulheres brasileiras relatou que cerca de um quarto delas passou pelo parto sofrendo alguma forma de violência na assistência, o que também foi referido por cerca de metade daquelas que passaram por um aborto.²

Implementaram-se diversas ações como forma de prevenir esse tipo de violência nas práticas de saúde. A Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde (MS), é uma delas e tem como objetivo programar uma série de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, para garantir o nascimento seguro, o desenvolvimento satisfatório e a qualidade de vida das crianças de até dois anos de idade e a redução da mortalidade materna e infantil. Outras estratégias são a Política de Humanização da assistência ao parto e ao nascimento e as casas de partos vinculadas ao Sistema Único de Saúde, exemplos de combate às diferentes dimensões da violência na assistência obstétrica.³

Compreende-se que a mortalidade materna no Brasil ainda necessita ser reduzida, especialmente em regiões rurais do país.³ Dessa forma, pesquisas, a exemplo desta, que visam a verificar as características da assistência ao parto e ao nascimento nas parturientes atendidas em maternidades

públicas com enfoque na violência obstétrica, se fazem necessárias no sentido de servir como base para futuras intervenções baseadas em evidências com vistas a impactar a promoção de um parto ativo e humanizado contribuindo com a melhoria da qualidade de vida das parturientes e diminuindo a incidência da morbimortalidade presente no parto.

Encontra-se nesse âmbito, na área da saúde, uma oportunidade de atuação como agente educador que, para empoderar, precisa conhecer a sua população e contexto. Identificar essas características é uma forma de indicar ações necessárias para que o parto e o nascimento sejam ancorados nos direitos humanos das mulheres que são atendidas no sistema público de saúde.

OBJETIVO

- Investigar as formas de violência obstétrica na assistência prestada ao parto e ao nascimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo oriundo do Projeto de Iniciação Científica intitulado “Caracterização da assistência ao processo de parto e nascimento no Maciço de Baturité”, vinculado à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira/UNILAB, do tipo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e de base hospitalar. Fizeram parte da investigação 169 puerpéras. A pesquisa foi realizada em duas maternidades de referência para o Maciço de Baturité (CE), região rural do Nordeste brasileiro, no ano de 2016.

Utilizaram-se, para a seleção da amostra, os seguintes critérios de elegibilidade: puérperas com parto hospitalar tendo, como desfecho, um nascido vivo, independentemente de peso ou idade gestacional, com período mínimo de 12 horas de pós-parto e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram consideradas inelegíveis as mulheres que estavam impossibilitadas de responder à entrevista no momento da coleta de dados ou que se recusaram a participar.

Informa-se que os pesquisadores fizeram contato inicial com a puérpera, que se encontrava internada nas maternidades, no alojamento conjunto ou no quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP), seguindo os devidos cuidados com as participantes e respeitando o seu devido repouso pós-parto. Em seguida, apresentava-se e explicava-se o projeto de pesquisa esclarecendo alguma dúvida que

viesse a surgir. Posteriormente, era aplicado um questionário contendo questões relacionadas aos seguintes pontos: dados socioeconômicos, dados obstétricos e informações relativas ao parto.

Realizaram-se a tabulação e a análise dos dados por meio do *Software Microsoft Office Excel®-2013*. Posteriormente, as informações foram organizadas em um banco de dados e apresentadas em formas de tabelas e quadros visando a diferenciar a amostra investigada por meio de média, frequência e porcentagem.

Caracterizaram-se as formas de violência obstétrica pelas categorias de desrespeito e abuso,² para classificar os achados correspondentes à realidade rural do Nordeste brasileiro. Tais categorias foram elaboradas a partir de uma proposta⁴ que, por meio do relatório “Explorando evidências de falta de respeito e abuso em base à facilidade do parto”, sintetizaram as evidências e conhecimentos sobre a temática e, por meio de revisões de literatura, entrevistas e discussões com especialistas, desenvolveram um quadro teórico destacando sete categorias de desrespeito e abuso nas instituições de saúde.

Evidenciam-se as sete categorias a seguir: primeira categoria (abuso físico); segunda categoria (imposição de intervenções não consentidas); terceira categoria (cuidado não confidencial ou privativo); quarta categoria (cuidado indigno e abuso verbal); quinta categoria (discriminação baseada em certos atributos); sexta categoria (abandono, negligência ou recusa de assistência); sétima categoria (detenção nos serviços).

Aprovou-se o estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) - 49343315.8.0000.5576.

RESULTADOS

Aponta-se que as características e o perfil socioeconômico das entrevistadas mostraram que participaram do estudo mulheres com média de idade de 25,4 anos ($\pm 8,5$). A renda mensal média pessoal foi de R\$ 205,36, enquanto a renda familiar girava em torno de R\$ 921,91 em média. Obtiveram-se 83 (49,1%) puérperas que informaram ser primíparas e 86 (50,8%), multíparas.

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo perfil socioeconômico. Maciço de Baturité (CE), Brasil, 2017.

Variáveis		n	%
Nível de escolaridade	Analfabeta	1	0,5
	Ensino Fundamental	75	44,3
	Ensino Médio	84	49,7
	Ensino Superior	9	5,3
Cor	Branca	18	10,6
	Preta	3	1,7
	Parda/Morena/Mulata	144	85,2
	Amarela/Oriental	3	1,7
Estado Civil	Solteira	73	43,2
	Casada/União Estável	96	56,8
	Viúva	0	0,0
Atividade remunerada	Sim	61	36,0
	Não	108	63,9
Total		169	100

Acrescenta-se que, no que concerne à decisão sobre o tipo de parto, dentre as 169 mulheres entrevistadas, 126 (74,5%) alegaram que, no início da gravidez, tinham preferência por ter parto normal. Outras 30 (17,7%) informaram a preferência por parto cesárea e 11 (6,5%) relataram não ter preferência alguma sobre o seu tipo de parto.

Detalha-se, em relação aos fatores influenciadores para a decisão sobre o tipo de parto no início da gravidez, que 24 (14,2%) puérperas informaram ser devido a histórias de parto dos familiares e amigas; cinco (2,9%), por conta da preferência do marido ao tipo de parto; 24 (14,2%) comunicaram ter medo do

parto normal; seis (3,5%), por ter medo do parto normal alterar o canal vaginal; 18 (10,6%) informaram querer ligar as trompas; 28 (16,5%) falaram ter medo de cesariana; 16 (9,4%) informaram ter medo de anestesia; quatro (2,3%) informaram querer agendar a data do parto; duas (1,1%), por quererem ter um profissional conhecido durante o parto; 22 (13,0%) informaram ter tido experiência anterior positiva com o parto normal; uma (0,5%), experiência anterior negativa com o parto normal; 12 (7,1%) mulheres informaram que buscaram informações na internet quanto aos tipos de partos; três (1,7%) buscaram informações em jornais e revistas quanto ao

assunto; dez (5,9%) assistiram a informações, pela televisão, sobre o parto; 66 (39,0%) puérperas informaram que decidiram sobre qual tipo de parto iriam ter por conta do parto normal ser melhor que a cesariana; 109 (64,5%) informaram que, no parto normal, há uma melhor recuperação e nove (5,3%) puérperas não souberam informar o fator influenciador de decisão sobre o tipo de parto.

Acrescenta-se ainda que, no período final da gravidez, próximo à data provável do parto, 83 (49,1%) mulheres informaram que já haviam decidido pelo parto normal, enquanto outras 47 (27,8%) alegaram que o parto a ser realizado seria o cesáreo e 39 (23,0%) não

sabiam ainda qual tipo de parto iriam realizar. Dentre essas, 75 (44,3%) informaram que as decisões sobre o tipo de parto foram tomadas por elas próprias, enquanto 53 (31,3%) afirmaram que as decisões sobre o tipo de parto foram tomadas pelos médicos, outras três (1,7%), por enfermeiros e 19 (11,2%) puérperas alegaram ter sido uma decisão conjunta entre elas e o médico.

Observou-se que, das 169 puérperas entrevistadas, 57 (33,7%) informaram que não entraram em trabalho de parto, enquanto 112 (66,2%) afirmaram ter entrado em trabalho de parto. A tabela 2 se refere às características desse trabalho de parto, independentemente do desfecho em um parto normal ou cesáreo.

Tabela 2. Distribuição das puérperas segundo dados do trabalho de parto. Maciço de Baturité (CE), Brasil, 2017.

Variáveis	Parto Normal	%	Parto Cesáreo	%
Foram oferecidos líquidos/alimentos durante TP	14	8,2	16	9,4
Parturientes solicitaram líquidos/alimentos durante TP	20	11,8	5	2,9
Administrado soro intravenoso durante TP	34	20,1	30	17,7
Administrada ocitocina	29	17,1	16	9,4
Administrado medicamento via vaginal para induzir/acelerar o parto	4	2,3	1	0,5
Rompimento das membranas na maternidade	22	13,0	10	5,9
Ficou fora da cama/deambulou durante TP	45	26,6	34	20,1
Uso de MNF para alívio da dor durante TP	Chuveiro	21	20	11,8
	Bola	2	3	1,7
	Massagem	2	0	0
	Banquinho para posição de cócoras	1	1	0,5
	Cavalinho	10	18	10,6
Total		100		100

Levantou-se que a média de tempo em que as mulheres tiveram seus partos foi de 38,2 (±5,5) semanas. Dentre as 169 puérperas, 137 (81,0%) informaram que os profissionais que

realizaram o parto não foram os mesmos que fizeram o pré-natal, enquanto 32 (18,9%) informaram que o profissional que realizou o parto foi o mesmo que fez o pré-natal.

Tabela 3. Distribuição das puérperas segundo dados acerca do acompanhante. Maciço de Baturité (CE), Brasil, 2017.

Variáveis		n	%
Acompanhante durante internação	Sim	158	93,4
	Não	10	5,9
Tipo de acompanhante	Companheiro/pai da criança	3	1,7
	Amiga	20	11,8
	Mãe	52	30,7
	Irmã	32	18,9
	Tia	7	4,1
	Cunhada	20	11,8
	Prima/Sobrinha	12	7,1
	Sogra/Avó	12	7,1
	Enfermeiro	1	0,5
Acompanhante de escolha da parturiente	Sim	131	77,5
	Não	29	17,1
Total		169	100

Constatou-se, dentre as informações descritas pelas puérperas, que a posição adotada durante o parto foi de 134 (79,2%) parturientes em decúbito dorsal, uma (0,5%) em decúbito lateral, uma (0,5%) de cócoras e uma (0,5%) em posição vertical. Constatou-se também que 54 (31,9%) mulheres apresentaram, em seu parto, a manobra de Kristeller.

Tabela 4. Distribuição das puérperas segundo informações do parto. Maciço de Baturité (CE), Brasil, 2017.

Variáveis		N	%
Tipo de parto	Parto normal	65	38,4
	Parto a fórceps	1	0,5
	Parto cesáreo	103	60,9
Profissional que realizou o parto	Médico	99	58,5
	Enfermeiro	45	26,6
	Médico e Enfermeiro	4	2,3
	Parteira	3	1,7
	Profissional da saúde não se apresentou	2	1,1
	Não soube informar	16	9,4
Conhecimento de como ficou o períneo depois do parto	Não lacerou	29	17,1
	Lacerou, mas não suturou	2	1,1
	Lacerou e suturou	19	11,2
	Fez episiotomia e rafia	9	5,3
	Suturou, não sabe se lacerou/episiotomia	3	1,7
	Não soube informar	3	1,7
Aplicada anestesia peridural ou raquidiana no TP ou parto	Não	48	28,4
	Sim, no TP	5	2,9
	Sim, no parto	35	20,7
	Não soube informar	22	13,0
Posição do bebê no momento do parto	Cefálica	105	62,1
	Pélvica	8	4,7
	Transversal	3	1,7
	Não soube informar	46	27,2
Total		169	100

Complementa-se, ainda, que, dentre as 103 mulheres que tiveram como desfecho o parto cesáreo, 31 (18,3%) informaram que, no pré-natal, foi decidido que a via de parto iria ser o cesáreo, 14 (8,2%) disseram que foi durante a internação como gestante, 28 (16,5%) alegaram que foi decidido durante a admissão como parturiente, 28 (16,5%) informaram que foi decidido pela cesariana no pré-parto, seis (3,5%), na sala de parto e uma (0,5%) não soube informar.

Motivou-se cada procedimento da seguinte forma: duas (1,1%) informaram querer fazer a cesárea; 12 (7,1%) queriam fazer laqueadura tubária; quatro (2,3%) relataram que o motivo

foi circular no cordão; 18 (10,6%), por iteratividade; cinco (2,9%) informaram apresentação pélvica do bebê; seis (3,5%), posição do bebê transversal; 38 (22,4%) relataram que não tiveram dilatação suficiente para a passagem do bebê; quatro (2,3%) tinham oligodramnia; quatro (2,3%) informaram sofrimento fetal; 17 (10,0%) relataram pós-maturidade; cinco (2,9%), por aminorrexe; sete (4,1%) comunicaram estar com hipertensão durante o trabalho de parto; duas (1,1%) estavam com hemorragia e duas (1,1%) tinham com diabetes. Já os dados referentes ao acompanhante no momento do parto estão descritos na tabela 3.

Tabela 5. Distribuição das práticas de violência obstétricas identificadas segundo categorias de abuso e desrespeito. Maciço de Baturité (CE), Brasil, 2017.

Categorias de desrespeito e abuso	Variáveis	N	%
Categoria 1 Abuso físico	Episiotomia	9	5,3
	Parto Cesáreo	103	60,9
	Toques realizados no TP	25	14,8
	Média de toques	2,2	
Categoria 2 Intervenções não consentidas/ aceitas com base em informações parciais	PC por circular de cordão	3	1,7
	PC por pós-maturidade	17	10,0
	PC para realizar laqueadura	12	7,1
Categoria 3 Cuidado não confidencial / não privativo	Ausência de quarto privativo	25	14,8
	Ausência de acompanhante (TP, parto, puerpério)	11	6,5

Utilizando-se as categorias de desrespeito e abuso² que classificam os achados correspondentes à realidade rural do Nordeste brasileiro, não foram identificadas, por meio da fala das mulheres: a categoria 4 (cuidado indigno e abuso verbal); a categoria 5 (discriminação baseada em certos atributos - por exemplo, raça); a categoria 6 (abandono, negligência ou recusa da assistência) e, por fim, a categoria 7 (detenção nos serviços).

DISCUSSÃO

Revela-se, por meio deste estudo, a interface da assistência obstétrica prestada ao parto e ao nascimento em maternidades públicas do Maciço de Baturité, Nordeste do Brasil, visando a investigar as formas de violência obstétrica que são frequentes nas maternidades, tendo em vista as Boas Práticas recomendadas pela OMS.

Considera-se a violência obstétrica um novo campo de estudo no Brasil e no mundo, mas ela sempre esteve presente tornando-se um problema para a sociedade e ocasionando uma mobilização governamental para incentivar as boas práticas no momento do parto.¹ Os atos de violência contra a mulher no momento do pré-parto, parto e puerpério são comumente realizados nas maternidades brasileiras e as usuárias estão habituadas a essas práticas.⁴

Amplia-se o interesse acadêmico pelo tema da violência obstétrica nos últimos anos e a produção científica inclui pesquisas sobre a formação dos profissionais e sobre dados de base populacional, a exemplo da pesquisa brasileira sobre violência obstétrica e prevenção quaternária², que contribuiu, de forma inédita, para a visibilidade desse tipo de violência. De acordo com o cenário atual de assistência ao parto no Brasil, fez-se necessária a publicação da Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011, para que tecnologias, medicamentos, produtos e procedimentos, no momento do parto e nascimento, fossem revisados estabelecendo um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas baseados em evidência científica para a confirmação da

eficácia, segurança, efetividade e custeio das intervenções.⁵

Percebe-se que o perfil da parturiente apresentado neste estudo se assemelha ao perfil brasileiro obtido por meio da pesquisa “Nascer no Brasil” na qual foram entrevistadas 23.940 mulheres. No trabalho supracitado, o perfil das parturientes se constituiu por: média de idade de 25,6 anos; 64,7% se autodeclararam pardas ou pretas; cerca de 40% trabalhavam com remuneração e 46,9% eram primíparas.⁶

Verificou-se que as preferências no início da gestação das brasileiras entrevistadas no supracitado estudo revelaram, em 66% das entrevistas, que elas preferiam o parto normal; 27,6% relataram preferir o parto cesáreo e 6,1% não souberam definir sua preferência. Mas é sabido que essas porcentagens tendem a mudar ao longo da gestação e têm total dependência com os vínculos sociais da gestante.⁶

Citaram-se dois, entre vários fatores que influenciaram nessa escolha do tipo de parto pela mulher, como principais nesta pesquisa: o medo do parto normal - em sua maioria, associado ao medo da dor - e o relato de familiares e amigas a respeito da experiência do parto. Não obstante, em um estudo realizado em Mato Grosso do Sul, com 25 parturientes, os autores afirmam que, na maioria das vezes, por trás do desejo da mulher pela cesariana, existem três pilares de sustentação: o medo, a conveniência e a desinformação. As próprias experiências obstétricas anteriores da mulher influenciam, de maneira decisiva, a hora de sua escolha. Por esse motivo, devem ser investidos esforços para melhorar a assistência ao parto normal, pois se almeja diminuir o número de cesarianas sem indicações reais e, se o parto tiver uma assistência de qualidade, é evidenciado que a mulher torna a optar por ele.⁷

Detectam-se, dentre outros fatores que perpassam as influências, os significados que as mulheres atribuem aos tipos de parto e às

vantagens e desvantagens conferidas a eles. A principal vantagem atribuída pelas mulheres ao parto vaginal é a recuperação rápida para voltar aos afazeres da sua vida cotidiana. E a desvantagem mais citada é o medo das dores e de complicações e, até mesmo, da morte do bebê. Em contrapartida, revelam-se as vantagens mais apontadas do parto cesáreo: evitar o medo das dores e salvar a vida do bebê. E as desvantagens: as dores no pós-parto e os riscos inerentes à cirurgia.⁸

Refletem-se essas influências diretamente na escolha final do tipo de parto que será realizado. Em um estudo realizado em Mato Grosso do Sul, 56% dos partos foram cesarianas.⁷ Neste estudo, esse número foi de 60,9%, o que ultrapassa o número almejado pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

Lembra-se que o tipo de parto realizado, quase que exclusivamente até o século XIX, era o parto natural, conhecido também como parto normal ou vaginal, no qual, entre os povos primitivos, a mulher rapidamente se recuperava e voltava à sua rotina normal. Entretanto, na sociedade atual, o parto normal é incorrido pelo sentimento de dor, o que gera temor e ansiedade.⁹

Sabe-se que o parto cesáreo, por sua vez, surgiu com a finalidade de salvar a vida do feto e/ou da mãe. Com a evolução tecnológica e científica, passou a ser considerado como a forma mais segura de nascimento, mas, ao longo do tempo, assumiu outras possibilidades como: evitar as dores intrínsecas ao parir e, a partir disso, diminuir, por um lado, a ansiedade e o temor.⁸ Por essas e outras razões, em alguns países, como o Brasil, o percentual de cesarianas supera o de partos normais.¹⁰

Mostram-se dados onde o Brasil tem um elevado índice de cesarianas tanto na rede pública, quanto na privada.³ De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil é uma preocupação pelos altos índices de cirurgias cesarianas, o que ocasiona prematuridade fetal e aumento na morbimortalidade materna.¹¹ Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as taxas de cesariana na rede credenciada do país foram de 84,6%.¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde, os dados preliminares do ano de 2015 mostram que, no Sistema Único de Saúde, foram realizadas 424.065 cesáreas somente no Nordeste e 1.697.954 em todo o Brasil.¹²

Ressalta-se, quanto à decisão final pelo tipo de parto, ainda majoritariamente do médico ou por ele influenciada, esse trecho dos resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”: no final da gestação, já havia a decisão pela realização de uma cesariana em um terço das

mulheres e, para um quarto, ainda não havia decisão quanto ao tipo de parto; 51,5% das mulheres apresentaram uma cesariana como via de parto final, sendo que 65,7% delas sem início de trabalho de parto. As maiores proporções de cesarianas foram observadas em gestantes com alguma intercorrência na gravidez (71,9% vs. 32,9%). Os dados deste estudo mostram que em 17,7% dos partos realizados nas instituições havia a decisão de parto cesáreo no pré-natal e 16,7% no momento de admissão na maternidade. Um estudo mostrou que um quinto do total das mulheres apresentou fonte de pagamento privado da assistência ao parto, buscando ter uma assistência melhor, o que demonstra uma significativa mudança no planejamento inicial da mulher que se torna vulnerável à institucionalização e à medicalização do parto.⁶

Encontra-se, dentre os tipos de violência mais velados, a restrição hídrica, mas é sabido que a ingestão de líquidos durante a fase ativa do trabalho de parto já está sendo indicada. Como exemplo, em um estudo realizado na Espanha, 33% das mulheres ingeriram líquidos no período ativo do trabalho de parto sem nenhuma complicação.¹³

Discorre-se que, de acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, em 2017, para a maioria das mulheres em trabalho de parto, não se deve determinar uma posição específica para o período de pré-parto e parto mostrando, também, que as intervenções em mulheres de risco habitual devem ser minimamente invasivas, sendo preconizada a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor.¹⁴

Evidencia-se, por meio dos achados deste estudo, que, em 26,6% das entrevistadas, foi administrada a ocitocina sintética, a posição litotômica foi a mais usada durante o parto normal e a posição verticalizada foi adotada por apenas 0,5% das gestantes. Observou-se que os métodos não farmacológicos para o alívio da dor foram pouco oferecidos para as gestantes em trabalho de parto, com o quantitativo de 20,3%.

Preconiza-se, segundo as Diretrizes de Parto Normal, que a escolha da posição de parto deve ser feita pela mulher.⁵ Em estudo sobre o parto humanizado, somente 48% das mulheres escolheram a posição de parto, mas esse número ainda se mostra ínfimo, tendo em vista a autonomia da mulher.¹⁵ No estudo ora apresentado, a maior parcela dos partos ocorreu em decúbito dorsal, o que demonstra, mais uma vez, uma falha na assistência, visto que, segundo o Ministério da Saúde, a recomendação de posições verticalizadas

durante o trabalho de parto auxilia na descida do bebê e na consequente progressão do parto. É notório, nesse sentido, que há uma falta de orientação e esclarecimento dessas mulheres.¹⁶

Esclarece-se que, com a valorização do parto humanizado, houve um crescimento nas taxas de uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Neste estudo, o método mais utilizado pelas parturientes foi o cavalinho (22,4% - 38/169). Em um estudo realizado em um hospital da rede pública de Fortaleza, o cavalinho foi utilizado de maneira exclusiva por 33,3% das parturientes (17/51) e associado à bola suíça em 11,7% dos trabalhos de parto (6/51). O mesmo consiste em um assento com um local que permite o apoio para os braços em que a mulher assume a postura sentada com as costas inclinadas para frente. O seu método de alívio está fundamentado no balanço pélvico que é proporcionado.¹⁶ O segundo método favorito foi o banho por aspersão (11,8% - 20/169). Em um estudo clínico experimental, randomizado e cego, realizado em São Paulo, se constatou que o banho quente, associado à terapia de exercício com a bola, trouxe uma diminuição significativa no escore de dor (p-value=0,0150).¹⁷ Na busca de realizar um menor número de intervenções, a equipe de profissionais da área obstétrica tem exercido papel relevante na implementação desses tipos de cuidado.

Identifica-se que, além do uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, há um outro fator importante para o cuidado com o aspecto psicológico da mulher, que é a presença do acompanhante durante a internação. Neste trabalho, esse índice foi de 93,4%, o que supera as estatísticas em nível de país estabelecidas por um estudo feito pela pesquisa “Nascer no Brasil” na qual a porcentagem foi de 75,5%.⁶ Porém, enquanto os dados da supracitada pesquisa apontam o pai da criança como acompanhante mais frequente e a mãe da puérpera como a segunda mais escolhida, no Maciço de Baturité, as mães das mulheres foram as mais solicitadas, seguidas pelas irmãs da puérpera, e os companheiros ocuparam o nono lugar, o que reflete os aspectos culturais dessa região.

Proporciona-se, por meio do papel do acompanhante, nesse momento, calma e tranquilidade, diminuindo as experiências traumáticas associadas ao momento do trabalho de parto e parto¹⁸. Porém, pesquisa desenvolvida em Santa Catarina revelou que ainda há muito a ser construído para que haja o respeito da lei que garante a presença do acompanhante nesse cenário visto que os

profissionais consideram que a sala cirúrgica e de parto vaginal não é lugar para acompanhante e que o mesmo não pode entrar, pois não está emocional e psicologicamente preparado para o momento. Em muitos casos, o acompanhante precisa exigir para entrar.¹⁹

Reduziu-se, aos poucos, o uso de ocitocina para acelerar o processo de trabalho de parto, pois, atualmente, se preconiza o parto com o mínimo de intervenções de maneira. Um estudo realizado em Minas Gerais mostrou que essa redução, mesmo que pequena, tem acontecido. Há estudos que relacionam a atuação de enfermeiros obstetras no parto a uma menor taxa de intervenções.²⁰

Destaca-se, quanto às ações prejudiciais, a Manobra de Kristeller. Sobre ela, não há evidências que comprovem sua utilidade benéfica. O que se sabe é que essa pressão exercida sobre o abdômen da parturiente pode ser perigosa para o útero e gerar traumas em outros órgãos internos, assim como pode trazer prejuízos à segurança do bebê, o que torna essa prática não recomendada por seus riscos ocuparem uma significativa escala ante os seus benefícios.²¹ Ela é caracterizada como uma posição de grande passividade em relação à autoridade hospitalar.

Atenta-se para outra prática que é a episiotomia. Atualmente, é usada de maneira restritiva, sem caráter de rotina, pois há estudos que comprovam que a sua realização pode acarretar efeitos indesejáveis, como exemplo, a influência negativa no prazer durante o ato sexual, maior trauma na região perineal e maior tempo de recuperação, dentre outros prejuízos psicológicos que podem ser observados. Ela enquadra-se na categoria D das práticas que são frequentemente usadas de modo inadequado.²²

Percebe-se que, apesar das evidências sugerirem que as experiências de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas,^{2-4,23-4} atualmente, não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos.¹

Conceitua-se, por meio da Organização Mundial de Saúde, tal ato como prática de ofensa física ou verbal contra as mulheres grávidas durante a gestação, no trabalho de parto, no pós-parto ou em situação de abortamento.¹

Caracterizou-se a violência obstétrica neste estudo por meio da impossibilidade de

entrada na instituição, da imposição de dificuldades no atendimento, de abusos verbais feitos por profissionais, do despreparo na estrutura física, de empecilho na entrada do acompanhante escolhido pela gestante e de procedimentos desnecessários como a tricotomia, a manobra de Kristeller e a ocitocina sintética,² que se fazem presentes nas maternidades da zona rural do Nordeste brasileiro.

Relatou-se sobre o desrespeito e os abusos durante o parto em instituições de saúde que incluíram violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições após o parto por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos.²³⁻⁴

Constatou-se, na pesquisa “Violência Obstétrica: ofensa à dignidade humana”, que, das 326 mulheres, 86 informaram ter sofrido alguma forma de violência. O estudo também evidenciou que o enfermeiro é considerado um dos autores de agressões verbais às parturientes.⁹ Os dados deste estudo evidenciam que o profissional que se destacou na assistência aos partos foi o médico, realizando 58,5% dos procedimentos.

Propõem-se, por meio de alguns autores, classificações sobre a violência obstétrica.¹⁻² Neste estudo, optou-se por utilizar as categorias de desrespeito e abuso do estudo “Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer”² para classificar os achados correspondentes à realidade rural do Nordeste brasileiro. O autor faz um paralelo entre a categoria de desrespeito, os direitos correspondentes por categoria e, ainda, exemplifica as situações de violência obstétrica.

Puderam-se encontrar, dentre as sete categorias discriminadas pelo autor, três delas, segundo a fala das mulheres, relacionando-as à realização de episiotomias desnecessárias, partos cesáreos e toques vaginais (Categoria 1); partos cesáreos por

motivos duvidosos (Categoria 2) e cuidado não privativo (Categoria 3), ferindo o direito da mulher a um cuidado livre de danos e maus-tratos e ao direito à informação e privacidade, respectivamente.²

Denuncia-se que uma em cada quatro brasileiras entrevistadas afirmou ter sofrido alguma violência no momento do parto tanto em setores públicos, quanto em setores privados de saúde. O Nordeste foi a região que mais apresentou violência obstétrica verbal, com 27%. 60,9% dos procedimentos tiveram desfecho no parto cesárea e 39,0%, no parto normal (vaginal). 93,0% tiveram acompanhante durante o trabalho de parto, 82,5% relataram a presença de privacidade no momento do parto e 39,0% das gestantes relataram ter feito uso de métodos não farmacológicos para o alívio de dor.³

Demonstrou-se, na Venezuela, por meio de um estudo com 425 puérperas, que 70% dos casos de violência obstétrica relatados no estudo foram praticados por enfermeiros, embora haja, no país, uma lei orgânica que criminaliza as práticas de maus-tratos contra gestantes nos serviços de saúde.⁴

Aconselha-se, segundo a OMS, que, para evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro, as seguintes medidas devem ser tomadas: maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e a ação contra o desrespeito e os maus-tratos; começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.¹

CONCLUSÃO

Permitiram-se, por meio deste estudo, a identificação e a categorização das variadas formas de violência obstétrica na região rural brasileira onde se observaram casos de violação dos direitos das mulheres à assistência ao cuidado respeitoso, ao direito à vida, à saúde, à não discriminação, ou seja, aos direitos humanos fundamentais,

semelhantes aos dados nacionais e internacionais, requerendo ações com vistas à sua eliminação.

Verificou-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública sistêmico e multifatorial, de grande repercussão sobre a saúde materna e infantil, sendo que medir e compreender melhor o abuso e o desrespeito às mulheres contribuem para eliminar suas formas e preveni-la. Espera-se o engajamento dos profissionais envolvidos com a assistência como um agente promotor dos direitos das mulheres fazendo uso de abordagens humanas centradas nas necessidades do binômio mãe-filho e ancoradas em fortes evidências científicas.

Relacionaram-se as limitações do estudo com o local e o período de aplicação do questionário. O fato de o preenchimento ter ocorrido durante o pós-parto imediato, enquanto as puérperas ainda se encontravam na instituição, corroborava a exposição de emoções mais diversas, cujo período propiciava a potencialização de efeitos hormonais, se adequando à nova etapa de vida. Além disso, houve o receio de tecer críticas aos profissionais que estavam naquele mesmo ambiente ou até o exarcerbamento dessa crítica mediante o sentimento de inconformismo aflorado e, ainda, a dificuldade em alcançar uma amostra mais significativa, visto que os partos com algum tipo de intercorrência eram encaminhados para hospitais de referência e não foram inseridos na pesquisa.

Conclui-se que houve uma especificidade referente ao local do estudo ser na zona rural mostrando que tais dados abrem precedentes para novas pesquisas que busquem avaliar a compreensão dos profissionais e que permitam identificar outras formas de violência obstétrica que, muitas vezes, são negligenciadas. Recomenda-se, ainda, a discussão desse assunto nas políticas de violência contra a mulher com o intuito de promover o empoderamento e o entendimento sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [cited 2018 May 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf
2. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Obstetric violence and quaternary prevention: what it is and what to do. *Rev*

Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12. Doi:

[https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

3. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, Benneman RM. Maternal and child health service in Brazil: the evolution of health care and the public policies of the Ministry of Health. *Rev Serv Público*. 2014 Apr/June; 65(2): 227-44. Doi:

<https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>

4. Teran P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013; 3(73):171-80.

5. Ministério da Saúde (BR), 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Mar 15]. Available from:

http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf

6. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S101-16. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>

7. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(Spe):119-26. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>

8. Melo JKF, Davim RMB, Silva RRA. Advantages and disadvantages of labour and normal cesarean: view puerperal. *J Res Fundam Care (Online)*. 2015 Oct/Dec; 7(4):3197-205. Doi: [10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3197-3205](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3197-3205)

9. Pereira JS, Silva JCO, Borges NA, Ribeiro MMG, Auarek LJ, Souza JHK. Violência Obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Braz J Surg Clin Res [Internet]*. 2016 [cited 2017 Sept 12];(15)1:103-8. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf

10. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atualização das taxas de partos na saúde suplementar [Internet]. Brasília: ANS; 2016 [cited 2017 Feb 05]. Available from: Available from:

Silva MC da, Feijó BM, Lopes FANSP et al.

Parto e nascimento na região rural: a violência...

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>

11. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [cited 2018 Mar 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3

12. Ministério da Saúde (BR), Informações de Saúde, DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Nascidos Vivos - Minas Gerais - Dados preliminares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2017 Feb 05]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinaasc/cnv/pnvuf.def>

13. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(3):520-6. Doi: [10.1590/0104-1169.0067.2583](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583)

14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. Committee Opinion [Internet]. 2017 Feb [cited 2017 Oct 02]; 687:1-9. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co687.pdf>

15. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2016 May; 24(47):65-73. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001](https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001)

16. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementation of humanized care to natural childbirth. *J Nurs UFPE on line*. 2016 Feb;10(2):593-9. Doi: [10.5205/revol.8557-74661-1-SM1002201628](https://doi.org/10.5205/revol.8557-74661-1-SM1002201628)

17. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):478-84. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012](https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012).

18. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl 1):140-53. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013](https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013)

19. Brüggemann OM, Ebele RR, Ebsen ES, Batista BD. In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(Spe):152-8. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019](https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019)

20. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014 Apr; 48(2):304-13. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633](https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633)

21. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl 1):17-47. Doi: [http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513](https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513)

22. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb; 2:CD000081. Doi: [10.1002/14651858.CD000081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3)

23. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod health matters*. 2016 May;24(47):56-64. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004](https://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004)

24. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis [Internet]. Bethesda: USAID-TRAction Project; 2010 [cited 2018 Mar 28]. Available from: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf

Submissão: 10/01/2018

Aceito: 30/08/2018

Publicado: 01/09/2018

Correspondência

Meyrenice Cruz da Silva

Rua Hagapinto Sampaio, 576

Alto Guaramiranga

CEP: 62700-000 – Canindé (CE), Brasil