

Violência obstétrica na perspectiva das egressas do Programa "Mulheres Mil"**Obstetric violence from the perspective of women who participated in the Program "Mulheres Mil"****Violencia obstétrica en la perspectiva de las egresadas del Programa "Mulheres Mil"****Recebido: 11/11/2018****Aprovado: 09/01/2019****Publicado: 15/05/2020****Uendel Gonçalves Almeida¹****Maria da Penha Rodrigues Firmes²****Ana Catarina Perez Dias³**

Este é um estudo transversal, quantitativo e qualitativo, do tipo estudo de caso, realizado em 2016, que tem como objetivo verificar a ocorrência de violência obstétrica entre as mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil em um município no interior de Minas Gerais. Para as variáveis quantitativas, foi realizada uma análise descritiva dos dados, e para a análise qualitativa, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática a partir de Bardin. A pesquisa teve a participação de 20 mulheres. A faixa etária mais prevalente foi de 36 a 40 anos (40%), 40% das mulheres declararam viver uma união estável, e 35% afirmaram possuir ensino médio completo. Verificou-se falta de informações que deveriam ser prestadas às gestantes. A cesariana vem sendo usada como uma prática de programação da mãe, e, além de não saberem as informações básicas sobre obstetria humanizada, as participantes desconheciam seus direitos, como o de ter um acompanhante. Assim, a forma mais eficaz de combate à violência obstétrica é despertar a população para a existência dessa realidade.

Descritores: Mulheres; Parto obstétrico; Violência contra a mulher.

The aim of this study was to verify the occurrence of obstetric violence among women who participated in the "Mulheres Mil" Program in a city in the countryside of Minas Gerais, Brazil. This is a cross-sectional, quantitative, and qualitative case study, carried out in 2016. For quantitative variables, a descriptive analysis was performed, and for qualitative data, the thematic content analysis from Bardin was used. The survey included 20 women. The most prevalent age group was from 36 to 40 years old (40%), 40% declared to live in a stable union, and 35% said they had completed high school. There were gaps in the information that should have been provided to the pregnant women. Cesarean sections are being used as a tool to schedule the mothers, and, in addition to not knowing basic information about humanized obstetrics, participants were unaware of their rights, such as that of having a person of their choice with them as they give birth. Thus, the most effective way to combat obstetric violence is to raise awareness about this reality in the population.

Descriptors: Women; Delivery, Obstetric; Violence against women.

Este es un estudio transversal, cuantitativo y cualitativo, del tipo estudio de caso, realizado en 2016, que tiene como objetivo verificar la aparición de violencia obstétrica entre mujeres atendidas por el Programa Mujeres Mil en un municipio en el interior de Minas Gerais, Brasil. Para las variables cuantitativas, fue realizado un análisis descriptivo de los datos, y para el análisis cualitativo, se utilizó el Análisis de Contenido Temático a partir de Bardin. La investigación tuvo la participación de 20 mujeres. El grupo etario más prevalente fue de 36 a 40 años (40%), 40% de las mujeres declararon vivir en una unión estable, y 35% afirmaron poseer enseñanza media completa. Se verificó la falta de informaciones que deberían ser prestadas a las gestantes. La cesárea viene siendo usada como una práctica de programación de la madre y, además de no saber las informaciones básicas sobre obstetricia humanizada, las participantes desconocían sus derechos, como el de tener un acompañante. Así, la forma más eficaz de combate a la violencia obstétrica es despertar a la población para demostrar la existencia de esa realidad.

Descriptores: Mujeres; Parto obstétrico; Violencia contra la mujer.

1. Enfermeiro. Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente. Professor de nível básico, técnico e tecnológico do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais, Almenara, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7875-6129 E-mail: uendelga@hotmail.com

2. Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuruí (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2463-7156 E-mail: penhafirmes@gmail.com

3. Nutricionista. Doutora em Nutrição Humana Aplicada. Professora da UFVJM, Diamantina, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6690-4139 E-mail: edh.ufvjm@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento técnico-científico e o acesso aos bens e serviços, a gestação e o parto tornaram-se foco dos estudos que buscavam redução na morbimortalidade materno-infantil, bem como a promoção da saúde. Essas evidências científicas acabaram por contribuir para o aumento da hospitalização do parto ao dar foco à medicalização, porém, destaca-se que essa estrutura facilita o atendimento às necessidades dos profissionais de saúde, e não necessariamente das parturientes¹. Embora fisiológico, o parto pode ser influenciado por fatores externos mas não menos importantes, como o estado emocional, fatores ambientais, valores culturais e pelos próprios antecedentes da gestante².

Epidemiologicamente, no Brasil, baseado nos índices de parto cesariano, destaca-se o aumento da morbimortalidade, estabelecendo relação com o modelo intervencionista hegemônico vigente³ e contrariando a concepção inicial sobre partos hospitalares.

O Brasil passou a lutar contra os altos índices de cesarianas, principalmente para alcançar uma das Metas do Milênio, mas também buscando ampliar o acesso aos serviços de saúde materna no Sistema Único de Saúde (SUS) e implementar políticas de humanização no parto. As estratégias do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja proposta era atingir a Meta do Milênio nº 5, ou seja, reduzir em 75% a mortalidade materna e neonatal até 2015, resultaram em vários desafios para os serviços de saúde, ainda que tenham diminuído o impacto que tais ações deveriam exercer na melhoria da assistência e na redução da mortalidade materna³.

Devido a essa necessidade de reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde define como parto humanizado o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos 6 consultas de pré-natal, ter sua vaga garantida em um hospital na hora do parto, e, atualmente, ter o direito a um acompanhante de sua escolha. Em alguns serviços de saúde esse conceito se amplifica e passa a considerar, além da presença de um acompanhante, a possibilidade de ter música na sala de parto e a permissão de ficarem alguns minutos com o bebê antes de ele ser levado para o berçário⁴.

Além da consolidação de uma perspectiva que fomenta o parto humanizado, ainda existem muitos desafios que devem ser superados para que os índices de mortalidade diminuam. Dentre eles, destacam-se os abusos cometidos pelos profissionais de saúde contra gestantes e parturientes, levando a um prejuízo na qualidade e eficácia da assistência prestada, uma vez que parte das mortes evitáveis e das insatisfações das mulheres acerca da assistência no parto acontecem mesmo em instituições de saúde bem equipadas em termos de recursos e uso de tecnologias¹.

A violência institucional pode ser considerada uma das questões mais preocupantes da atualidade, já que é praticada por profissionais e serviços de saúde que deveriam estar voltados para a proteção dos cidadãos. Isso pode ser um dos fatores que mais impactam na qualidade da assistência prestada no parto e pré-parto e tem sido apontado como um dos motivos relacionados aos óbitos maternos evitáveis. Por se tratar de um fenômeno que se dirige especificamente às mulheres e por possuir manifestações particulares, as quais se referem claramente aos valores tradicionais e relações de poder desiguais que permeiam as relações de gênero em nossa sociedade, a violência obstétrica também pode ser denominada violência de gênero⁵.

A expressão violência obstétrica é utilizada para agrupar e descrever as várias formas de violência vivenciadas durante o processo do parto, sendo que é possível caracterizar desse modo até 52 situações de maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos⁶.

Podem ser inclusos como tipos de violência o uso inadequado e/ou desnecessário de tecnologia em intervenções e procedimentos, como por exemplo a venóclise, ocitocina de rotina e episiotomia, o que em face das evidências científicas do momento, resultam em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas⁷.

O combate a situações de violência durante os períodos gestacionais e maternos, a preocupação por qualidade no atendimento durante esses períodos vêm ganhando força dentro dos movimentos sociais. Conforme a Organização Mundial de Saúde⁸, não só no Brasil, mas mundialmente, muitas mulheres experienciam situações de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto serviços de saúde públicos e privados. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um forte influenciador negativo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto.

O conceito de parto humanizado criado pelo Ministério da Saúde em 2002 fomentou a inclusão da assistência humanizada como prática nos programas do Ministério da Saúde a partir de 2006. Mesmo com mais de 10 anos da inclusão da assistência humanizada ainda se observa despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da obstetrícia de várias categorias, como médicos, enfermeiros, enfermeiros obstetras ou auxiliares de enfermagem, gerando inúmeras violências obstétricas⁹.

Tendo em vista a importância do problema da violência nos dias atuais, sobretudo num contexto em que se destacam as questões de gênero e a as instituições que violam os direitos dos cidadãos, surge a questão: quais são as situações de violência obstétrica institucional a que mulheres internadas em maternidades mineiras foram submetidas, e quais os aspectos associados a esse tipo de violência? Assim, este estudo tem como objetivo verificar a ocorrência de violência obstétrica entre as mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil em um município no interior de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso e exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no Município de Almenara (Minas Gerais, Brasil).

Foram entrevistadas, com uso de questionário semiestruturado, as egressas do Programa Mulheres Mil, que participaram desse programa entre 2011 e 2015. O número de mulheres seguiu o princípio de saturação da amostra e os dados foram tratados segundo a análise de conteúdo¹⁰, sendo selecionadas as que atenderam aos critérios de inclusão, até se atingir o número total de sujeitos.

Os critérios de inclusão foram: mulheres que participaram do Programa Mulheres Mil no período de 2011 a 2015; tiveram filhos entre 2005 e 2015; puérperas cujo parto foi realizado necessariamente no ambiente hospitalar, público ou privado, e que obtiveram alta hospitalar, juntamente ao recém-nascido, até o momento do estudo. Destaca-se que houve prioridade nas informações coletadas para os 20 (vinte) casos mais recentes.

O Ministério da Educação implantou o Programa Mulheres Mil inicialmente como projeto-piloto, com o objetivo de promover a inclusão social e econômica de mulheres em situação de vulnerabilidade, para permitir a melhoria do seu potencial de mão de obra, bem como as suas vidas e de suas famílias¹¹.

Inicialmente, ocorreu em 12 estados das regiões norte e nordeste do país, e foi idealizado por meio de uma parceria com a *Association of Canadian Community Colleges (ACCC)* do Canadá, em 2007¹¹. Diante dos resultados obtidos, o Programa foi instituído nacionalmente por meio da Portaria nº 1.015 de 21 de julho de 2011¹¹. O programa é executado pelas unidades da Rede Federal de Educação Profissional Científica e Tecnológica. O público-alvo do Programa Mulheres Mil são mulheres com idade igual ou superior a 16 anos, chefes de família, em situação de pobreza, cadastradas ou em processo de cadastramento no Cad Único, com as seguintes características: em vulnerabilidade e risco social; vítimas de violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral; com escolaridade baixa ou defasada; e, preferencialmente, ainda não atendidas pelo PRONATEC/BSM¹¹.

Durante o processo de coleta de dados foi feito contato com os sujeitos de pesquisa via telefone, pessoalmente ou por meio impresso. O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2016. Utilizou-se um questionário que abrangeu aspectos relacionados à assistência pré-natal, ao último parto da mulher, ao entendimento sobre violência obstétrica, à experiência do parto e ao auxílio durante o mesmo.

Os dados referentes à caracterização das participantes foram apresentados em valores mínimos, máximos, média e frequência simples. A segunda parte do roteiro da entrevista foi gravada em meio digital, posteriormente transcrita na íntegra e analisada por uma adaptação da Análise de Conteúdo Temática, elaborada por Gomes¹² a partir da proposta de Bardin.

Os procedimentos metodológicos que devem ser seguidos pela análise de conteúdo com abordagem qualitativa são: categorização, inferência, descrição e interpretação. A sequência que geralmente é a mais utilizada é: 1º decomposição do material em partes menores (identificar a essência do que foi exposto); 2º distribuição das partes em categorias (divisão dos recortes por semelhança, em grupos); 3º descrição do conteúdo de cada categoria (escolha dos discursos mais representativos); 4º inferência dos resultados (inferência baseada nas exposições verbais e não verbais do sujeito); 5º interpretação dos resultados obtidos embasada no referencial teórico (esclarecimentos sobre as percepções, angústias e incertezas, as quais foram devidamente anotadas no diário de campo)¹².

O trabalho de campo aconteceu após a aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFVJM), (parecer nº 1.639.987) e destaca-se que este questionário somente foi aplicado após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada mulher foi informada sobre a finalidade da pesquisa, o modo da aplicação do instrumento e o destino dos dados coletados.

RESULTADOS

A pesquisa teve a participação de 20 mulheres inclusas no Programa Mulheres Mil. Foram obtidos dados quantitativos e qualitativos, sendo os quantitativos visando o perfil socioeconômico e de saúde relacionado ao parto das entrevistadas, e os qualitativos, exclusivamente, relacionados à qualidade dos tratamentos durante o parto.

A faixa etária mais prevalente foi de 36 a 40 anos (40%), 40% das mulheres declararam viver uma união estável e 35% afirmaram possuir ensino médio completo. Em relação às fontes de informação que as mulheres mais usam para adquirir novos conhecimentos, a maioria citou a internet (60%) como a principal fonte, e das 20 mulheres, oito (40%) tiveram dois partos até o momento da pesquisa, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos das mulheres participantes do Programa Mulheres Mil, Almenara/MG, 2016.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
25 a 30 anos	7	35
31 a 35 anos	5	25
36 a 40 anos	8	40
Estado civil		
Solteira	5	25
Casada	5	25
Separada	2	10
União estável	8	40
Escolaridade		
Fundamental incompleto	4	20
Fundamental completo	0	0
Médio incompleto	2	10
Médio completo	7	35
Superior incompleto	5	25
Superior completo	2	10
Fontes de Informação		
Jornal Escrito	0	0
Televisão	8	40
Rádio	0	0
Revistas	0	0
Internet	12	60
Outros	0	0
Número de partos		
1	7	35
2	8	40
3	3	15
4	1	5
5	0	0
6	1	5

DISCUSSÃO

Em relação a faixa etária, os dados encontrados nesta pesquisa diferem da maioria, uma vez que a faixa etária apontada como prevalente nos estudos está abaixo de 35 anos^{13,14}. Esse dado pode ser explicado pois a natureza do programa Mulheres Mil é capacitar e prover às mulheres formação para atuarem com melhor qualidade no mercado de trabalho, e assim, a procura por esse programa é feita por mulheres já inseridas no mercado de trabalho, com idades superiores a 35 anos.

Segundo pesquisa do IBGE¹⁵, um quarto da população entre 20 a 24 não concluiu o ensino fundamental, enquanto 22,57% dos brasileiros nessa faixa etária não concluíram o ensino médio - o que representa 3,9 milhões de habitantes. Segundo essa mesma pesquisa do IBGE, a globalização fez com que a internet fosse capaz de dominar não só as redes sociais, como também as fontes de informação.

A maioria das mulheres eram múltíparas, corroborando outras pesquisas^{13,14}. Dentre as entrevistadas, o total de partos foi 38, sendo que 24 foram partos normais e 14 por cesariana. Em muitos casos, o que atrai a gestante em relação à cesariana é a possibilidade de determinar o dia e a hora do nascimento, como no caso de uma entrevistada, que pôde chegar pouco antes do procedimento:

No pré-parto eu nem cheguei a ficar, eu já cheguei lá e fui praticamente pra cesariana (E5).

Em relação a esse dado estima-se que em 2012 as taxas de cesarianas no Brasil foram de 55,6%, sendo 40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados¹⁶. Outras pesquisas também apontam um número elevado de cesarianas^{17,18}. Para as mulheres que foram submetidas ou se submeteram à cesariana em relação às mulheres que tiveram partos normais,

percebe-se um aumento de mortalidade, morbidade severa, internação em UTI, uso de antibióticos, necessidade de transfusão, histerectomia e maior tempo de permanência no hospital¹⁹.

Em relação ao atendimento em saúde, principalmente no início da gravidez, o Brasil alcançou cobertura praticamente universal de assistência pré-natal, porém, ainda existem desigualdades no acesso a um cuidado adequado. Esse fato é importante, pois um atendimento de qualidade tem potencial de reverter os indicadores perinatais desfavoráveis que ainda podem ser observados no país¹⁴. Neste sentido, das vinte entrevistadas, quinze consideraram boa a assistência, o que pode ser considerado um índice bom de assistência pré-natal:

[...] minhas consultas de pré-natal foi muito boa eu fui atendida muito correta nas consultas na data certa e quem fazia era enfermeira e o médico. Eles falaram que eu tinha que tomar um remédio que era uma vitamina foi só isso (E12).

Dentre as cinco restantes, três tiveram alguma queixa e duas acharam muito ruim. Destacam-se diversas histórias, algumas envolvendo dores, demoras, desatenção ou angústia: *Não foi muito bom não porque eu consultei com a enfermeira o médico me atendeu só uma vez e era eu mesmo que marcava os exames eu tomei todos os remédios que eles passaram que era vitamina 'E' as vacinas também (E18).*

Segundo o Portal Brasil²⁰, o ideal é que a mulher dê início ao pré-natal assim que descobrir a gravidez. Dessa forma, já inicia o vínculo com os serviços de saúde e realiza os primeiros exames e vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde, além de obter as orientações necessárias antecipadamente, podendo assim prevenir complicações e situações de risco. O portal destaca o fato de que o pré-natal pode ser realizado gratuitamente no SUS, o qual fornece não somente os exames, mas também medicamentos necessários à saúde da gestante e seu bebê.

Em relação ao atendimento da equipe de saúde durante o parto, é importante reforçar que cada caso pede procedimentos próprios. Às vezes é necessário realizar uma incisão, em outros casos, aplicar algum medicamento para controlar a pressão ou aliviar a dor. Essas situações são consideradas rotineiras desde que o quadro e a anuência da gestante sejam respeitados. Nesse aspecto, esse estudo apontou onze opiniões positivas, quatro regulares e cinco negativas, mantendo relação direta com o serviço anterior (equipe pré-natal), como num caso em que se reclamou da falta de preparo humanizado das enfermeiras:

...muito ruim porque as enfermeiras são muito mal educadas elas não me trataram bem (E8).

O acolhimento durante o atendimento do período pré-parto requer uma nova atitude de fazer em saúde e exige que os profissionais reforcem o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo. Dentro desse processo de acolhimento, pode e deve ser destacada a valorização da comunicação, principalmente através do uso de palavras de força e de incentivo, da interação positiva e do vínculo entre a equipe de enfermagem e a gestante, onde é respeitado um cuidado individualizado²¹.

O período de pré-parto marca o início da assistência em saúde do parto e o modo como esse atendimento é conduzido influenciará toda a percepção da gestante no decorrer dos demais períodos. Esse fato é verificado neste estudo, onde as gestantes bem recepcionadas no pré-parto se mostraram mais tranquilas para o parto, ainda que algo pudesse complicá-lo. Entender os procedimentos, ter a informação precisa do que está havendo e o que acontecerá, trouxe menos ansiedade na maioria dos casos.

Quanto ao pós-parto, pode-se dizer que foi o período com menores queixas, pois com ou sem inconvenientes, antes e durante o parto, o pós-parto alcançou o objetivo e geralmente estar com o bebê pareceu ser o suficiente naquele momento, dessa forma, a maioria das entrevistadas reconheceu esse período como bom ou regular em 95%.

Em relação ao tema “violência obstétrica”, foco da pesquisa, o número de mulheres que conhece esse conceito foi nulo. Muitas responderam de forma idêntica *que não sabiam*, situação também encontrada em outra pesquisa²². As entrevistadas revelaram ter noção de que isso não é uma coisa boa, entretanto, não souberam elaborar a ideia e muito menos descrever tipos de violência obstétrica.

Ainda nessa temática, apenas seis mulheres souberam associar possíveis situações de falta de atendimento e agressão física a casos de violência obstétrica. Houve ainda aquelas que associaram também assédio ou até ao abuso sexual. A pesquisa mostrou que 14 mulheres sequer faziam ideia do que seja a violência obstétrica e seis pensavam saber, tendo uma ideia totalmente restrita. Porém, a pesquisa identificou, através do histórico e das análises dos discursos, que dentre as vinte entrevistadas, dezesseis sofreram algum tipo de violência obstétrica, sem consciência disso.

Uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo apontou que uma a cada quatro mulheres sofre violência obstétrica. Muitas não sabem que sofreram violência, que pode ser configurada quando é realizado um procedimento desconhecido pela paciente ou mesmo quando feito um comentário²³.

Em um estudo, realizado em um hospital público de Catanduva, foi identificado que 27,9% das participantes sofreram situações de violência obstétrica². De maneira semelhante, outro estudo, realizado no Centro Obstétrico da Maternidade de um Hospital Universitário de Santa Catarina, em 2012, identificou, através de entrevistas conduzidas com puérperas, a ocorrência de violência obstétrica em 30% dos casos²⁴.

Neste sentido, o instituto argentino Insgenar, afirma que o desconhecimento quanto aos direitos das gestantes e parturientes se dá também em relação aos profissionais da saúde, que, com frequência, sequer se questionam acerca da legitimidade de suas práticas²⁵.

Os momentos mais dolorosos para as entrevistadas foram o corte para facilitar a abertura no parto normal (episiotomia - 9%), o trabalho de parto (contrações e momento de expulsão - 39%), medo de que algo possa dar errado ou que a criança venha nascer com algum problema (30%) e, o pós-cirúrgico (22%), especificamente citado por quem teve que passar pela cesariana.

Analisando as formas mais comuns de violência obstétrica, a ocorrência de conduta desrespeitosa e repreensão em 2,3% dos casos, falha no esclarecimento de dúvidas em 16,3%, proibição para acompanhante em 9,3% e procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos em 27,3%, dentre os quais destaca-se como maior queixa a episiotomia (25,5%), seguida de amniotomia artificial e enema (17% cada), e, em menor quantidade, tricotomia, jejum, decúbito, medicação estimulante, toques constantes, manobra de Kristeller e cesárea sem justificativa (8,5% cada um)².

A Pesquisa Nascer no Brasil²⁶, realizada em 2011 e 2012, também evidenciou, de forma ainda mais marcante, que os procedimentos relacionados ao trabalho de parto e nascimento do bebê estão cada vez mais violentos, com números alarmantes e crescentes no uso de medicação estimulante (36,4%), episiotomias (53,5%), manobras mecânicas para acelerar o nascimento (36,1%), cesarianas sem justificativa (52%), restrição ao leito (55,7%), jejum (74,8%), enema (91,7%) e amniotomia artificial (39,1%).

Outro estudo de revisão sistemática identificou que a violência institucional obstétrica mais citada foi a negligência, principalmente no que diz respeito a falta de orientações importantes dos profissionais às parturientes e a privação de assistência, sendo essa negligência praticada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem²⁷.

A manutenção de todas as formas de violência às quais as mulheres estão suscetíveis durante o período de parto faz com que estas se tornem reféns do medo de morrer ou de perder o bebê, sendo que elas podem até mesmo ser coagidas a permanecerem em silêncio, não denunciando a equipe de saúde, que poderá continuar perpetuando ações violentas²⁸.

Dentre as entrevistadas, sete se sentiram ofendidas/ameaçadas. O motivo, de modo amplo, foi o descaso ou abandono, que acabou por deixar as gestantes inseguras ou com medo. Conforme contam as seguintes entrevistadas:

Me deixaram muito tempo no corredor foi isso que eu achei ruim eu fiquei com medo (E2).

No pré-parto porque elas eram muito mal educadas comigo, as mulheres só ficava tipo assim com a cara ruim. Teve no pré-parto uma enfermeira que ela falou comigo assim que na hora de fazer ninguém grita e saiu me deixou falando sozinha sentindo dor (E8).

Teve uma enfermeira que falou assim essas mulheres inventa de ter o filho de madrugada! Como se a gente pudesse escolher a hora né (E9).

Ouvi sim por parte das enfermeiras umas falavam que eu era novinha demais, que eu não tava gritando na hora, que eu tava namorando e nem chamando minha mãe (E16).

Outros estudos também evidenciam falas das parturientes nesse sentido, como exemplifica o relato “*Mas na hora de fazer você chorou?*”. Esta frase vinda de um profissional, mostra que o atendimento violento começa na concepção e visão pessoal que esse profissional possui de que a relação sexual é algo sujo e de que pelo fato de a parturiente ter realizado o ato sexual ela deve sofrer as dores do parto como forma de punição²⁸.

Além das agressões verbais, uma outra forma de violência destacada pela pesquisa é o desrespeito ao direito da parturiente de ter um acompanhante durante o procedimento. Um estudo identificou que, de vinte entrevistadas, somente uma foi informada de que poderia ter um acompanhante. Em dezesseis situações, não houve informação de que a gestante poderia requisitar esse acompanhante, e em três casos, negaram o direito, mesmo com o pedido da gestante²⁸.

Nessa pesquisa houve também relatos de algumas parturientes segundo os quais lhes foi negado o direito de ter um acompanhante:

[...] não, eles falaram que não podia ter um acompanhante durante o parto. Eu queria que ou a minha sogra ou minha mãe entrasse comigo, mas eles não deixaram entrar (E7).

A negação do direito ao acompanhante viola não somente as diretrizes nacionais do parto humanizado, mas também a lei 11.108/2005, que garante o direito a um acompanhante durante todo o processo de parto. Nesse sentido, o contato e o carinho, principalmente de papéis familiares importantes às gestantes, são fatores poderosos que podem influenciar de forma positiva a experiência do parto²⁸.

Assim, as gestantes sofrem com vários tipos de violência verbal e física durante o processo de gestação, desde o período pré-natal, até o pós-parto. Sendo que essas violências incluem: a negação no alívio da dor quando indicado pela rotina do hospital e com a anuência da gestante; impedimento da escolha por parte das gestantes pela posição que lhes deixe mais confortáveis; tratamento áspero e grosseiro, chegando a casos de humilhação e xingamentos; proibição ou supressão das possibilidades de gritar e de ter um acompanhante¹. Destaca-se também que a violência pode partir da instituição de uma forma mais ampla, devido ao sistema que não funciona de forma correta, ou à violência cometida por profissionais, quando deixam seus valores socioculturais e opiniões pessoais influenciarem no cuidado prestado²⁸.

Toda mulher tem direito ao pré-natal de qualidade, e este busca a saúde e o bem-estar dela e do bebê. Porém, ainda há registros de casos de maus-tratos e omissão, inclusive na hora do parto. A prevenção e o combate à violência obstétrica são caminhos importantes a se seguir.

Pode-se observar que a violência à qual a mulher está exposta começa muito antes da parturição. Ela se inicia no período pré-natal, que muitas vezes começa atrasado ou inclui menos consultas do que o previsto, e segue até o período do parto, onde essas mulheres encontram situações em que seus direitos são negligenciados pelos serviços de saúde e/ou pelos profissionais.

Os casos de violência, quando praticados pela equipe, acontecem geralmente devido às relações de poder. Os profissionais se colocam numa posição acima das mulheres, e dessa forma, as tratam de maneira inferior, seja física ou verbalmente. Nesse contexto os relatos das mulheres aparecem principalmente ao descrever situação de distanciamento entre elas e a equipe, gerando falta de informações suficientes sobre os procedimentos e tomadas de decisão que não incluem a gestante, e discursos preconceituosos, principalmente devido a valores pessoais dos profissionais.

CONCLUSÃO

Na pesquisa, foi possível identificar os tipos de violência obstétrica aos quais as mulheres assistidas pelo programa foram submetidas. Foi elaborada uma cartilha educativa voltada aos profissionais da área da saúde e às mulheres atendidas pelo SUS, que concretiza os objetivos específicos do trabalho.

O estudo apresenta limitações, principalmente relacionada ao tamanho amostral que, apesar de se tratar de uma amostra intencional de um cenário específico, possui o potencial de contribuir para o estado da arte da temática do estudo sobre a violência obstétrica.

A presente pesquisa trouxe visibilidade para o problema da violência obstétrica. Este trabalho pôde alcançar sua função social pela elaboração de uma cartilha educativa a ser disponibilizada para a população de gestantes, podendo ser difundida para outros municípios.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psicol.* [Internet]. 2013 [citado em 06 fev 2020]; 25(3):585-602. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a11v25n3.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>
2. Biscegli TS, Grió JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enferm.* [Internet]. 2015[citado em 06 fev 2020]; 9(1):18-25. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>
3. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 06 fev 2020]; 21(4):819-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf>
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva. *Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
5. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet] 2012[citado em 06 fev 2020]; 21(2):458-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>
6. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* [Internet]. 2014[citado em 06 fev 2020]; 23(3):869-83. Disponível em: DOI: 10.1590/S0104-12902014000300011
7. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2015[citado em 06 fev 2020]; 10(35):1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013>
8. Organização Mundial da Saúde. *Declaração da OMS: prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.* Genebra: OMS; 2014. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/mulher/declaracao-da-oms-para-prevencao-e-eliminacao-de-abusos-desrespeito-e-maus-tratos-durante-o-parto-em-instituicoes-de-saude>
9. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Carcaman Toro R, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado em 06 fev 2020]; 15(4):720-8. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400020
10. Bardin, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.

11. Ministério da Educação (Br). PRONATEC. Brasil Sem Miséria. Mulheres Mil 2014. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social; 2014. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/185.pdf>
12. Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadoras. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2011. p. 79-108.
13. Gomes RNS, Gomes VTS, Caldas DRC, Lago EC, Campos FKL, Gomes MS. Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/MA. Rev Interdisciplin. [Internet]2015[citado em 06 fev 2020]; 7(4):81-90. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/474/pdf_161
14. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 [citado em 06 fev 2020]; 37:140-7. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do registro civil. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
16. Ministério da Saúde (Br). DATASUS: Sistema de Informações de Nascidos Vivos [Internet]. Ano [citado em 25 ago 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>
17. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015[citado em 06 fev 2020]; 31:2390-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2390.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00123114>
18. Freitas PF, Moreira BC, Manoel AL, Botura ACA. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [citado em 06 fev 2020]; 31(9):1839-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1839.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00002915>
19. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ [Internet]. 2007 [citado em 06 fev 2020]; 335(7628):1025. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/335/7628/1025>. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>
20. Plaza M. Blog da saúde. Promoção da saúde. Pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/30114-pre-natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel>
21. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. Escola Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2015 [citado em 06 fev 2020]; 19(3): Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0424.pdf. DOI: 10.5935/1414-8145.20150056
22. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MÍMR. Women's perception on obstetric violence. Rev Enfer UFPE on line [Internet]. 2016 [citado em 06 fev 2020]; 11(1):40-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876>
23. Portal Brasil. Fiocruz vai estudar motivos da opção por parto normal ou cesariana. Brasília, DF: Portal Brasil; 2014.

24. Müller J, Collaço VS, Santos EKA. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. Rev Científica CENSUPEG. 2014; 2(2):75-88.
25. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev Redbioética/UNESCO [Internet]. 2013[citado em 06 fev 2020]; 1(7): 25-34. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
26. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa [Internet]. Rio de Janeiro: FioCruz; 2014 [citado em 25 ago 2018]. (Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>
27. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. Est Cient UNIFAP. [Internet]. 2015[citado em 06 fev 2020]; 5(1):57-68. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>
28. Gómez Pérez BA, Oliveira EV, Lago MS. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. Rev Enferm Contemp. [Internet]. 2015 [citado em 25 ago 2018]; 4(1):66-77. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472>. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v4i1.472

CONTRIBUIÇÕES

Uendel Gonçalves de Almeida contribuiu na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação. **Maria da Penha Rodrigues Firmes** participou na análise e revisão. **Ana Catarina Perez** atuou na análise e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Almeida UG, Firmes MPR, Perez Dias AC. Violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa “Mulheres Mil”. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(2):296-306. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

ALMEIDA, U. G.; FIRMES, M. P. R.; PEREZ DIAS, A. C. Violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa “Mulheres Mil”. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 2, p. 296-306, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Almeida, U.G., Firmes, M.P.R., & Perez Dias, A.C. (2020). Violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa “Mulheres Mil”. REFACS, 8(2), 296-306. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.