

**Violencia obstétrica en la perspectiva de las egresadas del Programa "Mulheres Mil"**  
**Violência obstétrica na perspectiva das egressas do Programa "Mulheres Mil"**  
**Obstetric violence from the perspective of women who participated in the Program "Mulheres Mil"**

**Recibido: 11/11/2018**

**Aprobado: 09/01/2019**

**Publicado: 15/05/2020**

**Uendel Gonçalves Almeida<sup>1</sup>**

**Maria da Penha Rodrigues Firmes<sup>2</sup>**

**Ana Catarina Perez Dias<sup>3</sup>**

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.

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 obstetricia 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.

1. Enfermero. Magister en Salud, Sociedad y Ambiente. Profesor de nivel básico, técnico y tecnológico del Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia del Norte de Minas Gerais, Almenara, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7875-6129 E-mail: uendelga@hotmail.com

2. Enfermera. Magister y Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuruí (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2463-7156 E-mail: penhafirmes@gmail.com

3. Nutricionista. Doctora en Nutrición Humana Aplicada. Profesora de la UFVJM, Diamantina, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6690-4139 E-mail: edh.ufvjm@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo técnico-científico y el acceso a los bienes y servicios, la gestación y el parto se tornaron centro de estudios que buscaban la reducción en la morbimortalidad materno-infantil, así como la promoción de la salud. Estas evidencias científicas acabaron contribuyendo con el aumento de la hospitalización del parto al dar importancia a la medicalización, sin embargo, se destaca que esta estructura facilita al atendimento a las necesidades de los profesionales de salud, y no necesariamente a las parturientas<sup>1</sup>. Aunque fisiológico, el parto puede ser influenciado por factores externos, pero no menos importantes, como el estado emocional, factores ambientales, valores culturales y por los propios antecedentes de la gestante<sup>2</sup>.

Epidemiológicamente, en Brasil, basado en los índices de parto cesariano, se destaca el aumento de la morbimortalidad, estableciendo relación con el modelo intervencionista hegemónico vigente<sup>3</sup> y contrariando la concepción inicial sobre partos hospitalarios.

Brasil pasó a luchar contra los altos índices de cesáreas, principalmente para alcanzar una de las Metas del Milenio e, inclusive, buscando ampliar el acceso a los servicios de salud materna en el Sistema Único de Salud (SUS) e implementar políticas de humanización en el parto. Las estrategias del Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, cuya propuesta era alcanzar la Meta del Milenio nº 5, es decir, reducir en un 75% la mortalidad materna y neonatal hasta el año 2015, resultaron en varios desafíos para los servicios de salud, aunque haya disminuido el impacto que tales acciones deberían ejercer en la mejoría de la asistencia y en la reducción de la mortalidad materna<sup>3</sup>.

Debido a esta necesidad de reducir los índices de morbimortalidad materno-infantil, el Ministerio de Salud define como parto humanizado el derecho que toda gestante tiene de pasar por lo menos en 6 consultas de prenatal, tener su lugar garantizado en un hospital en la hora de parto, y, actualmente, tener el derecho a un acompañante de su elección. En algunos servicios de salud este concepto se amplía y pasa a considerar, además de la presencia de un acompañante, la posibilidad de tener música en la sala de parto y el permiso de estar algunos minutos con el bebé antes de ser llevado a la sala de neonatos<sup>4</sup>.

Además de la consolidación de una perspectiva que fomente al parto humanizado, aún existen muchos desafíos que deben ser superados para que los índices de mortalidad disminuyan. Entre ellos, se destacan los abusos cometidos por los profesionales de salud contra gestantes y parturientas, llevando a una pérdida en la calidad y eficacia de la asistencia prestada, dado que parte de las muertes evitables y de las insatisfacciones de las mujeres acerca de la asistencia en el parto suceden inclusive en instituciones de salud bien equipadas en términos de recursos y uso de tecnologías<sup>1</sup>.

La violencia institucional puede ser considerada una de las cuestiones más preocupantes de la actualidad, ya que es practicada por profesionales y servicios de salud que deberían estar dirigidos a la protección de los ciudadanos. Esto puede ser uno de los factores que más impactan en la calidad de la asistencia prestada en el parto y preparto y ha sido apuntado como uno de los motivos relacionados a las muertes maternas evitables. Por tratarse de un fenómeno que se dirige específicamente a las mujeres y por poseer manifestaciones particulares, las cuales se refieren claramente a los valores tradicionales y relaciones de poder desiguales que permean las relaciones de género en nuestra sociedad, la violencia obstétrica también puede ser denominada violencia de género<sup>5</sup>.

La expresión violencia obstétrica es utilizada para agrupar y describir las variadas formas de violencia vividas durante el proceso del parto, siendo que es posible caracterizar de este modo a 52 situaciones de maltratos físicos, psicológicos y verbales, así como procedimientos innecesarios y dañinos<sup>6</sup>.

Pueden ser incluidos como tipos de violencia el uso inadecuado y/o innecesario de tecnología en intervenciones y procedimientos, como por ejemplo la venoclisis, oxitocina de

rutina y episiotomía, lo que, frente a evidencias científicas del momento, resultan en una serie de intervenciones con potenciales riesgos y secuelas<sup>7</sup>.

El combate a situaciones de violencia durante los períodos gestacionales y maternos y la preocupación por calidad en el atendimento durante esos periodos vienen ganando fuerza dentro de los movimientos sociales. Según la Organización Mundial de la Salud<sup>8</sup>, no solo en Brasil, sino que mundialmente, muchas mujeres viven situaciones de abusos, falta de respeto, maltrato y negligencia durante la asistencia al parto en servicios de salud públicos y privados. Esto representa una violación de la confianza entre las mujeres y sus equipos de salud, y puede ser también un fuerte influenciador negativo para las mujeres buscar y usar los servicios de asistencia obstétrica. Aunque la falta de respeto y el maltrato puedan ocurrir en cualquier momento del embarazo, en el parto y en el periodo posparto, las mujeres están especialmente vulnerables durante el parto.

El concepto de parto humanizado creado por el Ministerio de la Salud en 2002 fomentó la inclusión de la asistencia humanizada como práctica en los programas del Ministerio de la Salud a partir de 2006. Incluso con más de 10 años de la inclusión de la asistencia humanizada aún se observa falta de preparación, negligencia e impericia en la práctica de profesionales de la obstetricia de varias categorías, como médicos, enfermeros obstetras o auxiliares de enfermería, generando innumerables violencias obstétricas<sup>9</sup>.

Teniendo en cuenta la importancia del problema de la violencia en los días actuales, especialmente en un contexto en que se destacan las cuestiones de género y a las instituciones que violan los derechos de los ciudadanos, surge la pregunta: ¿Cuáles son las situaciones de violencia obstétrica institucional a que mujeres internadas en maternidades minera fueron sometidas, y cuáles son los aspectos asociados a este tipo de violencia? Así, este estudio tiene como objetivo verificar la aparición de violencia obstétrica entre las mujeres atendidas por el Programa Mujeres Mil en un municipio en el interior de Minas Gerais.

## MÉTODO

Se trata de un estudio de caso exploratorio, de abordaje cuantitativo y cualitativo, realizado en el Municipio de Almenara (Minas Gerais, Brasil).

Fueron entrevistadas, con uso de cuestionario semiestructurado, las egresadas del Programa Mujeres Mil, que participaron en este programa entre 2011 y 2015. El número de mujeres siguió el principio de saturación de la muestra y los datos fueron tratados según el análisis de contenido<sup>10</sup>, siendo seleccionadas las que atendieron los criterios de inclusión, hasta alcanzar el número total de sujetos.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres que participaban en el Programa Mujeres Mil en el periodo de 2011 a 2015; tuviesen hijos entre 2005 y 2015; puérperas cuyo parto fue realizado necesariamente en el ambiente hospitalario, público o privado, y que obtuvieron alta hospitalaria, junto al recién nacido, hasta el momento del estudio. Se destaca que hubo prioridad en las informaciones colectadas para los 20 (veinte) casos más recientes.

El Ministerio de la Educación implantó el Programa Mujeres Mil inicialmente como proyecto piloto, con el objetivo de promover la inclusión social y económica de mujeres, en situación de vulnerabilidad, para permitir la mejora de su potencial de mano de obra, así como sus vidas y la de sus familias.<sup>11</sup>

Inicialmente, ocurrió en 12 estados de las regiones norte y noreste del país y fue idealizado por medio de una sociedad con la *Association of Canadian Community Colleges* (ACCC) de Canadá, en 2007<sup>11</sup>. Delante de los resultados obtenidos, el Programa fue instituido nacionalmente por medio de la Ordenanza nº 1.015 de 21 de julio de 2011<sup>11</sup>. El programa es ejecutado por las unidades de la Red Federal de Educación Profesional Científica y Tecnológica. El público-objetivo del Programa Mujeres Mil son mujeres con edad igual o superior a 16 años, jefes de familia, en situación de pobreza, registradas o en proceso de registro en el Cad Único, con las siguientes características: en vulnerabilidad y riesgo social; víctimas de violencia física,

psicológica, sexual, patrimonial y moral; con escolaridad baja o desfasada; y, preferiblemente, aún no atendidas por el PRONATEC/BSM<sup>11</sup>.

Durante el proceso de colecta de datos fue establecido contacto con los sujetos de investigación vía teléfono, personalmente o por medio impreso. El periodo de colecta de datos ocurrió entre los meses de julio y octubre de 2016. Se utilizó un cuestionario que abarcó aspectos relacionados a la asistencia prenatal, al último parto de la mujer, al entendimiento sobre violencia, a la experiencia del parto y al auxilio durante el mismo.

Los datos referentes a la caracterización de las participantes fueron presentados en valores mínimos, máximos, promedio y frecuencia simple. La segunda parte del guión de la entrevista fue grabada en medio digital, posteriormente transcrita en su versión integral y analizada por una adaptación del Análisis del Contenido Temático, elaborado por Gomes<sup>12</sup> a partir de la propuesta de Bardin.

Los procedimientos metodológicos que deben ser seguidos por el análisis de contenido con abordaje cualitativo son: categorización, inferencia, descripción e interpretación. La secuencia que generalmente es más utilizada es: 1º descomposición del material en partes menores (identificar la esencia de lo que fue expuesto); 2º distribución de las partes en categorías (división de los recortes por semejanza, en grupos); 3º descripción del contenido de cada categoría (elección de los discursos más representativos); 4º inferencia de los resultados (inferencia basada en las exposiciones verbales y no verbales del sujeto); 5º interpretación de los resultados obtenidos basada en las referencias teóricas (esclarecimientos sobre las percepciones, angustias e incertezas, las cuales fueron debidamente anotadas en el diario de campo)<sup>12</sup>.

El trabajo de campo ocurrió después de la aprobación del proyecto de investigación junto al Comité de Ética en Investigación (CEP/UFVJM), (dictamen nº 1.639.987) y se destaca que este cuestionario solo fue aplicado después de la lectura y de firmar el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA). Cada mujer fue informada sobre la finalidad de la investigación, el modo de la aplicación del instrumento y el destino de los datos colectados.

## RESULTADOS

La investigación tuvo la participación de 20 mujeres incluidas en el Programa Mujeres Mil. Fueron obtenidos datos cuantitativos y cualitativos, los cuantitativos apuntan el perfil socioeconómico y de salud relacionado al parto de las entrevistadas, y los cualitativos, exclusivamente, relacionados a la calidad de los tratamientos durante el parto.

El grupo etario más prevalente fue de 36 a 40 años (40%), 40% de las mujeres declararon vivir en unión estable y 35% afirmaron poseer enseñanza media completa. En relación a las fuentes de información que las mujeres usan para adquirir nuevos conocimientos, la mayoría citó a internet (60%) como la principal fuente, y de las 20 mujeres, ocho (40%) tuvo dos partos hasta el momento de la investigación, según la Tabla 1.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos y clínicos de las mujeres participantes del Programa Mujeres Mil, Almenara/MG, 2016.

Variables	N	%
<b>Grupo etario</b>		
25 a 30 años	7	35
31 a 35 años	5	25
36 a 40 años	8	40
<b>Estado civil</b>		
Soltera	5	25
Casada	5	25
Separada	2	10
Unión estable	8	40
<b>Escolaridad</b>		
Primaria incompleta	4	20
Primaria completa	0	0
Media incompleta	2	10
Media completa	7	35
Superior incompleta	5	25
Superior completa	2	10
<b>Fuentes de Información</b>		
Diario Escrito	0	0
Televisión	8	40
Radio	0	0
Revistas	0	0
Internet	12	60
Otros	0	0
<b>Número de partos</b>		
1	7	35
2	8	40
3	3	15
4	1	5
5	0	0
6	1	5

## DISCUSIÓN

En relación al grupo etario, los datos encontrados en esta investigación difieren de la mayoría, dado que el grupo etario apuntado como prevalente en los estudios está por debajo de los 35 años<sup>13,14</sup>. Este dato puede ser explicado pues la naturaleza del programa Mujeres Mil es capacitar y proveer a las mujeres formación para actuar con mejor calidad en el mercado de trabajo y, así, la búsqueda de este programa es hecha por mujeres ya insertas en el mercado de trabajo, con edades superiores a 35 años.

Según una investigación del IBGE<sup>15</sup>, un cuarto de la población entre 20 a 24 no concluyó la enseñanza primaria, mientras que 22,57% de los brasileros en este grupo etario no concluyeron la enseñanza media - lo que representa 3,9 millones de habitantes. Según esta misma investigación del IBGE, la globalización hizo que internet fuese capaz de dominar no sólo las redes sociales, como también las fuentes de información.

La mayoría de las mujeres eran multíparas, corroborando otras investigaciones<sup>13,14</sup>. Entre las entrevistadas, el total de partos fue 38, siendo que 24 fueron partos normales y 14 por cesárea. En muchos casos, lo que atrae a la gestante en relación a la cesárea es la posibilidad de determinar el día y la hora del nacimiento, como en el caso de una entrevistada, que pudo llegar poco antes del procedimiento:

*En el parto ni llegué a estar, llegué allá y fui prácticamente para la cesárea (E5).*

En relación a este dato, se estima que en 2012 las tasas de cesáreas en Brasil fueron de 55,6%, siendo 40% en los servicios públicos y 85% en los servicios privados<sup>16</sup>. Otras investigaciones también apuntan a un número elevado de cesáreas<sup>17,18</sup>. Para las mujeres que fueron sometidas o se sometieron a cesárea en relación a las mujeres que tuvieron partos

normales, se percibe un aumento de morbilidad severa, internación en UTI, uso de antibióticos, necesidad de transfusión, histerectomía y mayor tiempo de permanencia en el hospital<sup>19</sup>.

En relación al atendimento en salud, principalmente en el inicio del embarazo, Brasil alcanzó cobertura prácticamente universal de asistencia prenatal, no obstante, aún existen desigualdades en el acceso a un cuidado adecuado. Este hecho es importante, pues un atendimento de calidad tiene potencial de revertir los indicadores perinatales desfavorables que aún pueden ser observados en el país<sup>14</sup>. En este sentido, de las veinte entrevistadas, quince consideraron buena la asistencia, lo que puede ser considerado un índice bueno de asistencia prenatal:

*[...] mis consultas de prenatal fueron muy buenas fui atendida muy correctamente en las consultas en la fecha marcada y quien las hacía era enfermera y el médico. Ellos dijeron que tenía que tomar un remedio que era una vitamina fue sólo eso (E12).*

Entre las cinco restantes, tres hicieron alguna queja y dos opinaron que la asistencia era muy mala. Se destacan diversas historias, algunas envolviendo dolores, demoras, falta de atención o angustia:

*No fue muy bueno porque consulté con la enfermera, el médico me atendió solo una vez y era yo misma que marcaba los exámenes, tomé todos los remedios que me pasaron, que eran vitamina 'E' y las vacunas también (E18).*

Según el Portal Brasil<sup>20</sup>, lo ideal es que la mujer inicie el prenatal inmediatamente después que descubra el embarazo. De esta forma, ya inicia el vínculo con los servicios de salud y realiza los primeros exámenes y vacunas recomendadas por el Ministerio de la Salud, además de obtener las orientaciones necesarias anticipadamente pudiendo así prevenir complicaciones y situaciones de riesgo. El portal destaca el hecho de que el prenatal puede ser realizado gratuitamente en el SUS, el cual fornece no solamente los exámenes, sino también medicamentos necesarios a la salud de la gestante y su bebé.

En relación al atendimento del equipo de salud durante el parto, es importante reforzar que cada caso pide procedimientos propios. A veces es necesario realizar una incisión, en otros casos, aplicar algún medicamento para controlar la presión o aliviar el dolor. Estas situaciones son consideradas rutinarias siempre que el cuadro y la anuencia de la gestante sean respetados. En ese aspecto, este estudio apuntó once opiniones positivas, cuatro regulares y cinco negativas, manteniendo relación directa con el servicio anterior (equipo prenatal), como en un caso en que se reclamó la falta de preparación humanizada de las enfermeras:

*...muy malo porque las enfermeras son muy maleducadas, ellas no me trataron bien (E8).*

La recepción durante el atendimento del periodo preparto requiere una nueva actitud de hacer en salud y exige que los profesionales refuercen el protagonismo de los sujetos envueltos en el proceso. Dentro de este proceso de acogimiento, puede y debe ser destacada la valorización de la comunicación, principalmente a través del uso de palabras de fuerza y de incentivo, de la interacción positiva y del vínculo entre el equipo de enfermería y la gestante, donde es respetado un cuidado individualizado<sup>21</sup>.

El período de preparto marca el inicio de la asistencia en salud del parto y el modo como ese atendimento es conducido influirá en toda la percepción de la gestante en el transcurso de los demás periodos. Este hecho es verificado en este estudio, donde las gestantes bien recibidas en el preparto se mostraron más tranquilas para el parto, aunque algo pudiese complicarlo. Entender los procedimientos, tener la información precisa de lo que está ocurriendo y lo que ocurrirá, trajo menos ansiedad en la mayoría de los casos.

En cuanto al posparto, se puede decir que fue el periodo con menores quejas, pues con o sin inconvenientes, antes y durante el parto, el posparto alcanzó el objetivo y generalmente estar con el bebé pareció ser lo suficiente en aquel momento, de esta forma, la mayoría de las entrevistadas reconoció este periodo como bueno o regular en un 95%.

En relación al tema "violencia obstétrica", enfoque de la investigación, el número de mujeres que conoce este concepto fue nulo. Muchas respondieron de forma idéntica *que no sabían*, situación también encontrada en otra investigación<sup>22</sup>. Las entrevistadas revelaron tener

noción de que eso no es una cosa buena, sin embargo, no supieron elaborar la idea y mucho menos describir tipos de violencia obstétrica.

Todavía sobre este tema, solo seis mujeres supieron asociar posibles situaciones de falta de atendimento y agresión física a casos de violencia obstétrica. Hubo, además, entrevistadas que asociaron el asedio o, inclusive, el abuso sexual. La investigación mostró que 14 mujeres no sabían ni siquiera qué era violencia obstétrica y seis pensaban saber, teniendo una idea totalmente restringida. Sin embargo, la investigación identificó, a través del historial y de los análisis de los discursos, que entre las veinte entrevistadas, dieciséis sufrieron algún tipo de violencia obstétrica, sin conciencia de esto.

Una investigación de la Fundação Perseu Abramo apuntó que una de cada cuatro mujeres sufre violencia obstétrica. Muchas no saben que sufrieron violencia, que puede ser configurada cuando es realizado un procedimiento desconocido por la paciente o, inclusive, cuando es hecho un comentario<sup>23</sup>.

En un estudio, realizado en un hospital público de Catanduva, fue identificado que 27,9% de las participantes sufrieron situaciones de violencia obstétrica<sup>2</sup>. De manera semejante, otro estudio, realizado en el Centro Obstétrico de la Maternidad de un Hospital Universitario de Santa Catarina, en 2012, identificó, a través de entrevistas conducidas con púerperas, la aparición de violencia obstétrica en un 30% de los casos<sup>24</sup>.

En este sentido, el Instituto Argentino Insgenar, afirma que el desconocimiento en cuanto a los derechos de las gestantes y parturientas se da también en relación a los profesionales de salud, que, con frecuencia, ni siquiera se preguntan acerca de la legitimidad de sus prácticas<sup>25</sup>.

Los momentos más dolorosos para las entrevistadas fueron el corte para facilitar la abertura en el parto normal (episiotomía - 9%), el trabajo de parto (contracciones y momento de expulsión - 39%), miedo de que algo pueda salir mal o que el bebé nazca con algún problema (30%) y, el posquirúrgico (22%), específicamente citado por quien tuvo que pasar por la cesárea.

Analizando las formas más comunes de violencia obstétrica, la aparición de conducta irrespetuosa y reprensión en un 2,3% de los casos, falla en la aclaración de las dudas en un 16,3%, prohibición del acompañante en un 9,3% y procedimientos obstétricos sin autorización o aclaraciones en 27,3%, entre las cuales se destaca como mayor queja la episiotomía (25,5%), seguida de amniotomía artificial y enema (17% cada), y, en menor cantidad, tricotomía, ayuno, decúbito, medicación estimulante, toques constantes, maniobra de Kristeller y cesárea sin justificativa (8,5% cada uno)<sup>2</sup>.

La Investigación Nacer en Brasil<sup>26</sup>, realizada en 2011 y 2012, también mostró, de forma aún más marcante, que los procedimientos relacionados al trabajo de parto y nacimiento del bebé están cada vez más violentos, con números alarmantes y crecientes en el uso de medicación estimulante (36,4%), episiotomías (53,5%), maniobras mecánicas para acelerar el nacimiento (36,1%), cesáreas sin justificativa (52%), restricción al lecho (55,7%), ayuno (74,8%), enema (91,7%) y amniotomía artificial (39,1%).

Otro estudio de revisión sistemática identificó que la violencia institucional obstétrica más citada fue la negligencia, principalmente en lo que respecta a la falta de orientaciones importantes de los profesionales a las parturientas y a la privación de asistencia, siendo esta negligencia practicada, principalmente, por médicos y profesionales de enfermería<sup>27</sup>.

La manutención de todas las formas de violencia a las cuales las mujeres están susceptibles durante el periodo de parto hace que estas se tornen rehenes de miedo de morir o de perder al bebé, siendo que ellas pueden, inclusive, ser coaccionadas y permanecer en silencio, no denunciando al equipo de salud, que podrá continuar perpetuando acciones violentas<sup>28</sup>.

Entre las entrevistadas, siete se sintieron ofendidas/amenazadas. El motivo, de modo amplio, fue la negligencia o el abandono, que acabó dejando a las gestantes inseguras o con miedo. Según cuentan las siguientes entrevistadas:

*Me dejaron mucho tiempo en el corredor eso no me gustó me dio miedo (E2).*

*En el parto porque ellas eran muy maleducadas conmigo, las mujeres siempre hacían cara fea. Hubo en el parto una enfermera que me dijo que en la hora de hacerlo nadie grita y salió, me dejó hablando sola sintiendo dolor (E8). Hubo una enfermera que dijo así ¡estas mujeres inventan de tener un hijo de madrugada! Como si pudiésemos elegir la hora (E9).*

*Escuché por parte de las enfermeras, unas decían que yo era muy joven, que no estaba gritando en ese momento, en que estaba teniendo relación y ni llamando a mi mamá (E16).*

Otros estudios también apuntan testimonios de las parturientas en este sentido, como ejemplifica el relato “*Pero en la hora de hacerlo ¿lloraste?*”. Esta frase, proveniente de un profesional, muestra que el atendimento violento comienza en la concepción y visión personal que este profesional posee de que la relación sexual es algo sucio y de que por el hecho de la parturienta haber realizado el acto sexual, debe sufrir dolores de parto como forma de punición<sup>28</sup>.

Además de las agresiones verbales, otra forma de violencia destacada por la investigación es la desconsideración al derecho de la parturienta de tener un acompañante durante el procedimiento. Un estudio identificó que, de veinte entrevistadas, sólo una fue informada de que podría tener un acompañante. En dieciséis situaciones, no hubo información de que la gestante podría requerir este acompañante, y en tres casos, negaron el derecho, inclusive con el pedido de la gestante<sup>28</sup>.

En esta investigación hubo también relatos de algunas parturientas según los cuales se les fue negado el derecho de tener un acompañante:

*[...] no, ellos dijeron que no podía tener un acompañante durante el parto. Yo quería que o mi suegra o mi mamá entrasen conmigo, pero ellos no las dejaron entrar (E7).*

La negación del derecho al acompañante viola no solamente las directrices nacionales del parto humanizado, sino también la ley 11.108/2005, que garantiza el derecho a un acompañante durante todo el proceso de parto. En este sentido, el contacto y el cariño, principalmente de papeles familiares importantes a las gestantes, son factores poderosos que pueden influir de forma positiva a la experiencia del parto<sup>28</sup>.

Así, las gestantes sufren varios tipos de violencia verbal y física durante el proceso de gestación, desde el periodo prenatal, hasta el posparto. Siendo que estas violencias incluyen: la negación en el alivio del dolor cuando es indicado por la rutina del hospital y con anuencia de la gestante; impedimento de la elección por parte de las gestantes por la posición que las deje más cómodas; tratamiento áspero y grosero, llegando a casos de humillación e insultos; prohibición o supresión de las posibilidades de gritar y de tener un acompañante<sup>1</sup>. Se destaca también que la violencia puede partir de la institución de una forma más amplia, debido al sistema que no funciona de forma correcta, o a la violencia cometida por profesionales, cuando dejan sus valores socioculturales y opiniones personales influir en el cuidado prestado<sup>28</sup>.

Toda mujer tiene derecho a un prenatal de calidad, y este busca la salud y el bienestar de ella y del bebé. Sin embargo, aún hay registros de casos de maltrato y omisión, inclusive en la hora del parto. La prevención y el combate a la violencia obstétrica son caminos importantes a seguir.

Se puede observar que la violencia a la cual la mujer está expuesta comienza mucho antes del parto. Esta se inicia en el periodo prenatal, que muchas veces comienza atrasado o incluye menos consultas que lo previsto, y sigue hasta el periodo del parto, donde estas mujeres encuentran situaciones en que sus derechos son descuidados por los servicios de salud y/o por los profesionales.

Los casos de violencia, cuando son practicados por el equipo, suceden generalmente debido a las relaciones de poder. Los profesionales se colocan en una posición por encima de las mujeres, y de esta forma, las tratan de manera inferior, sea física o verbalmente. En este contexto, los relatos de las mujeres aparecen principalmente al describir situación de

distanciamento entre elas y el equipo, generando falta de informaciones suficientes sobre los procedimientos y tomada de decisión que no incluyen a la gestante, y discursos prejuiciosos principalmente debido a valores personales de los profesionales.

## CONCLUSIÓN

En la investigación, fue posible identificar los tipos de violencia obstétrica a los cuales las mujeres asistidas por el programa fueron sometidas. Fue elaborado un folleto educativo dirigido a los profesionales del área de salud y a las mujeres atendidas por el SUS, que concretiza los objetivos específicos del trabajo.

El estudio presenta limitaciones, principalmente relacionadas al tamaño de la muestra que, a pesar de tratarse de una muestra intencional de un escenario específico, posee el potencial de contribuir para el estado del arte de la temática del estudio sobre la violencia obstétrica.

La presente investigación trajo visibilidad para el problema de la violencia obstétrica. Este trabajo puede alcanzar su función social por la elaboración de un folleto educativo a ser colocado a disposición para la población de gestantes, pudiendo ser difundida a otros municipios.

## REFERENCIAS

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 en 06 feb 2020]; 25(3):585-602. Disponible en: <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 en 06 feb 2020]; 9(1):18-25. Disponible en: <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 en 06 feb 2020]; 21(4):819-27. Disponible en: <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. Disponible en: <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 en 06 feb 2020]; 21(2):458-66. Disponible en: <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 en 06 feb 2020]; 23(3):869-83. Disponible en: 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 en 06 feb 2020]; 10(35):1-12. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
8. Organización 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. Disponible en: <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 en 06 feb 2020];

- 15(4):720-8. Disponível en:  
[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014\\_art\\_mgsilva.pdf](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 en:  
<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 feb 2020]; 7(4):81-90. Disponível en:  
[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/474/pdf\\_161](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 feb 2020]; 37:140-7. Disponível en:  
<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 en:  
<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 feb 2020]; 31:2390-400. Disponível en: <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 feb 2020]; 31(9):1839-55. Disponível en:  
<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 feb 2020]; 335(7628):1025. Disponível en:  
<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 en:  
<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 feb 2020]; 19(3): Disponível en:  
[http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en\\_1414-8145-ean-19-03-0424.pdf](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 en 06 feb 2020]; 11(1):40-6. Disponible en: <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 en 06 feb 2020]; 1(7): 25-34. Disponible en: <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 en 25 ago 2018]. (Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento). Disponible en: <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 en 06 feb 2020]; 5(1):57-68. Disponible en: <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 en 25 ago 2018]; 4(1):66-77. Disponible en: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472>. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v4i1.472

### CONTRIBUCIONES

**Uendel Gonçalves de Almeida** contribuyó en la concepción, delineamiento, análisis, interpretación de los datos y redacción. **Maria da Penha Rodrigues Firmes** participó en el análisis y revisión. **Ana Catarina Perez** actuó en el análisis y revisión.

### Cómo citar este artículo (Vancouver)

Almeida UG, Firmes MPR, Perez Dias AC. Violencia obstétrica en la perspectiva de las egresadas del Programa "Mulheres Mil". REFACS [Internet]. 2020 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 8(2):296-306. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

### Cómo citar este artículo (ABNT)

ALMEIDA, U. G.; FIRMES, M. P. R.; PEREZ DIAS, A. C. Violencia obstétrica en la perspectiva de las egresadas del Programa "Mulheres Mil". **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 2, p. 296-306, 2020. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

### Cómo citar este artículo (APA)

Almeida, U.G., Firmes, M.P.R., & Perez Dias, A.C. (2020). Violencia obstétrica en la perspectiva de las egresadas del Programa "Mulheres Mil". **REFACS**, 8(2), 296-306. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.