

Violência obstétrica: a percepção das mulheres a partir da vivência do parto

Obstetric violence: women's perception from the experience of childbirth

DOI:10.34117/bjdv7n5-044

Recebimento dos originais: 07/04/2021

Aceitação para publicação: 03/05/2021

Lucia Regina de Azevedo Nicida

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira / Fiocruz
E-mail: lucia.nicida@gmail.com

Luiz Antonio da Silva Teixeira

Pesquisador e docente da Faculdade de Medicina Universidade Estácio de Sá, da Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira / Fiocruz
E-mail: luiz.teixeira@estacio.br

Thais Carneiro Leão Lima

Graduada pela Faculdade de Medicina Universidade Estácio de Sá.
E-mail: thathacarneiro@gmail.com

Diogo Eiras Pontes

Graduado pela Faculdade de Medicina Universidade Estácio de Sá. Médico de família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde / RJ
E-mail: eiraspontes@hotmail.com

Luiz Antonio da Silva Teixeira

E-mail: luiz.teixeira@estacio.br

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar os sentidos do termo violência obstétrica a partir de narrativas de mulheres. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas realizadas com sete mulheres domiciliadas no município do Rio de Janeiro, com partos realizados nos três últimos anos. Partindo do relato sobre a experiência de parto vivida pelas entrevistadas, foram captados quatro grandes sentidos de VO, quais sejam: violência verbal, desrespeito a vontades e direitos das mulheres, impedimento da presença do acompanhante de livre escolha da mulher, uso e não uso de intervenções e cuidados. As mulheres relataram experiências de cuidados que se aproximam desses sentidos, mas a maioria afirmou não terem sido vítimas de violência obstétrica e priorizaram o fato de terem tido um desfecho positivo de seus partos. O conceito de violência obstétrica apareceu como parte do universo de conhecimento das mulheres, mas em certa medida elas apresentaram insegurança quanto à validade dos mesmos. A discussão sobre VO foi associada a questões sobre autonomia e protagonismo das mulheres frente à relação com os profissionais que prestam cuidados. A presença do

acompanhante de livre escolha lhe conferiu maior confiança em viver a experiência do parto.

Palavras-chave: Parto, Assistência ao parto, Violência Obstétrica, Obstetrícia, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the meanings of the term obstetric violence based on women's narratives. It is a qualitative research, based on semi-structured interviews conducted with seven women domiciled in the city of Rio de Janeiro, with childbirth in the last three years. Based on the report on the experience of childbirth lived by the interviewed, four great meanings of VO were captured, that are: verbal violence, disrespect to the will and rights of women, impediment of the presence of the companion of free choice of the woman, use and non-use of interventions and care. Women reported experiences of care that approach these senses, but the majority stated that they had not been victims of obstetric violence and prioritized the fact that they had a positive outcome from their births. The concept of obstetric violence appeared as part of the women's knowledge universe, but to some extent they were insecure about their validity. The discussion about VO was associated with questions about women's autonomy and protagonism in relation to the relationship with the professionals who provide care. The presence of a free choice companion gave them greater confidence in experiencing the birth experience.

Keywords: Childbirth, Childbirth Care, Obstetric Violence, Obstetrics, Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre a assistência ao parto têm apontado que as mulheres brasileiras de risco obstétrico habitual convivem com diversos dilemas e desafios no que tange aos cuidados dispensados no campo da saúde materna e neonatal. Apesar dos avanços nas práticas de assistência baseadas em evidências científicas formalmente sistematizadas e em recomendações de organizações nacionais e internacionais – como as promovidas pela Rede Cegonha, pelo Projeto Parto Adequado e, em nível internacional, pela OMS –, tais dificuldades permanecem ocorrendo (BRASIL, 2011; TORRES et al., 2018).

Dentre os aspectos que divergem do que atualmente se considera como boas práticas de atenção obstétrica encontram-se a realização de procedimentos e intervenções de forma excessiva e desnecessária (incluindo a cesariana) e o uso de procedimentos para aceleração do parto com baixo uso de analgesia obstétrica (realizado com maior frequência entre as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas). Aspectos esses que integram um conjunto de elementos que acabam transformando o parto em uma experiência marcada pela dor e que pode causar danos tanto a mãe quanto aos bebês (DINIZ, 2009; LEAL et al., 2014).

As discussões e reflexões sobre a assistência ao parto e nascimento ultrapassam os limites do mundo acadêmico, sendo possível perceber, nas últimas décadas, uma profusão de movimentos: documentários, ações no judiciário, investigações parlamentares, realização de fóruns, ciberativismo, reivindicando uma melhoria do cuidado e por vezes de denúncia de violação de direitos (DINIZ et al., 2015; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018). Composto esse quadro encontram-se as denúncias referentes a um conjunto de procedimentos nomeado como Violência Obstétrica (VO), demandando a construção de políticas públicas e a adoção de ações que contribuíssem para a melhoria do modelo de assistência “nos âmbitos público e privado e na formação de recursos humanos, bem como incentivar os governos e as instituições para pesquisas e intervenções” (DINIZ et al., 2015, p. 1). Compreendendo a complexidade, a relevância e a legitimidade desse problema enfrentado pelas mulheres, a VO passa a ser reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como problema de saúde pública (DINIZ et al., 2015; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018).

Embora a violência obstétrica tenha ganho maior visibilidade em tempos mais recentes, as discussões em torno do sofrimento das mulheres ocasionada por questões relacionadas a formas de cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal pode ser percebida ainda no século XX. A discussão sobre onde o conceito teria despontado ainda é assunto de debate, mas o que tem se mostrado como consenso é de que, o que hoje se pesquisa e se denuncia sob o nome de Violência Obstétrica, em diferentes espaços e diferentes momentos históricos veio recebendo diferentes denominações: violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional no parto, entre outras (DINIZ et al., 2015; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018).

Zanardo et al. (2017), em trabalho de revisão narrativa da literatura, concluem não existir uma definição única para o termo violência obstétrica. No entanto, quando observada as produções que analisam o fenômeno da VO, ela aparece associada a um conjunto de procedimentos e condutas realizados por profissionais de saúde, seja em instituição pública quanto nas particulares, envolvendo aspectos tais como: uso de tecnologias e intervenções de forma excessiva e por vezes desnecessárias, imposição de rotinas desnecessárias ou inadequadas, patologização dos processos, falhas e/ou negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e/ou psicológica que tem impacto negativo sobre a qualidade de vida das mulheres em situação de gravidez, parto e puerpério (DINIZ et al., 2015; GUIMARÃES; JONAS; DO AMARAL, 2018; ZANARDO et al., 2017).

No Brasil, embora o termo violência obstétrica seja bastante utilizado na área da saúde, ele ainda provoca discussões e resistências, sendo alvo de uma série de controvérsias, sobretudo quando se observa o posicionamento dentro do campo médico. Exemplo dessas controvérsias pode ser observado quando em 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro publicou um despacho se posicionando pela abolição do uso do termo violência obstétrica (BRASIL, 2019b). O documento seguia a compreensão do Conselho Federal de Medicina que, em parecer de 2018, sugeriu que a violência contra as gestantes deveria ter outra designação por envolver aspectos mais amplos que o manejo obstétrico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

O Despacho foi prontamente apoiado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) que viu na medida uma forma de pôr fim aos ataques dirigidos aos obstetras. No entendimento da FEBRASGO, a utilização do termo violência obstétrica “tenta demonizar a figura do médico obstetra, como único responsável pelas dificuldades do atendimento e por eventuais maus resultados na assistência ao parto e nascimento” (FEBRASGO, 2019, p. 1). Segundo a Federação, a violência obstétrica estaria relacionada a situações multifatoriais e nesse sentido considerava como inadequado o uso dessa expressão, no que tange a atuação médica ao prestar a assistência obstétrica (FEBRASGO, 2019).

Em posicionamento inverso, a nova diretriz do MS foi fortemente criticada pelos grupos voltados para os direitos das mulheres, que viram na medida uma forma de esconder o problema em lugar de buscar corrigi-lo (MPF, 2019). Observou-se que a referida publicação do MS ia de encontro às diretrizes do próprio Ministério quando se observava que, desde 2014, ele fazia uso da expressão em documentos internos e de divulgação (BRASIL, 2014). O Ministério Público Federal (MPF) - que estava responsável por um inquérito civil que coletou relatos de denúncias de violência obstétrica em diversas instituições de saúde do Brasil - recomendou que o MS retrocedesse e reconhecesse a legitimidade do uso do termo. Segundo o MPF, ao proibir o uso do termo, o MS estaria desconsiderando as orientações da OMS. Diante da recomendação, o MS, em Ofício de resposta ao MPF, de 07 de junho de 2019, sem utilizar o termo violência obstétrica, reconhece o direito legítimo das mulheres em usarem o termo que melhor representasse a experiência vivida na assistência obstétrica (BRASIL, 2019a; MINISTÉRIO, 2019).

Mendonça e Hirsch (2020), em estudo sobre os sentidos atribuídos ao termo violência obstétrica, afirmam que a ampliação da definição de formas de violência

exercidas durante a assistência ao parto também ampliou o número de mulheres que passaram a reconhecer terem sido vítimas de VO durante a assistência recebida. Apontam ainda que essa percepção sofre variações de acordo com a classe e a raça desta mulher, uma vez que esses fatores interferem no tipo de cuidados recebidos por elas.

Enquanto mulheres de camadas populares atendidas, por setor público, tenham o parto normal como sua preferência e as pesquisas indiquem que este desejo, em grande parte das vezes, consegue ser realizado, o poder de intervir no processo e nas formas pelas quais elas desejam ser cuidadas acaba por ser suplantado por imposições da equipe de assistência. E nesse formato de cuidado, por vezes elas ficam expostas a situações de violência física e verbal, negligência e discriminação social e racial (MENDONÇA; HIRSCH, 2020).

Por outro lado, mulheres de camadas médias, que possuem alta escolaridade, plano de saúde e que são atendidas pelo setor privado estão mais sujeitas a terem seus filhos por meio de cesárea e sujeitas a serem submetidas ao uso excessivo e desnecessário de intervenções médicas e farmacológicas, que contribuem para uma padronização do modelo de cuidado (LEAL et al., 2014; MENDONÇA; HIRSCH, 2020). Contudo torna-se necessário reafirmar que “(...) a mobilização política em torno do tema ampliou-se sensivelmente, dando visibilidade e reconhecimento a formas de violência há muito exercidas contra mulheres negras e/ou provenientes de camadas populares, cujas vozes não eram ouvidas” (MENDONÇA; HIRSCH, 2020, p. 10).

A existência desses diferentes entendimentos e posicionamentos, que complexificam os aspectos relacionados a VO, nos indica a pertinência de estudos em torno desse tema e de buscarmos compreender as concepções e percepções das mulheres que vivenciam a experiência da assistência ao parto, contribuindo para que as suas escolhas e direitos possam ser respeitados. Nesse trabalho discutiremos o conhecimento sobre violência obstétrica a partir de narrativas de mulheres domiciliadas no município do Rio de Janeiro que tiveram parto vaginal e cesariana.

2 MÉTODO

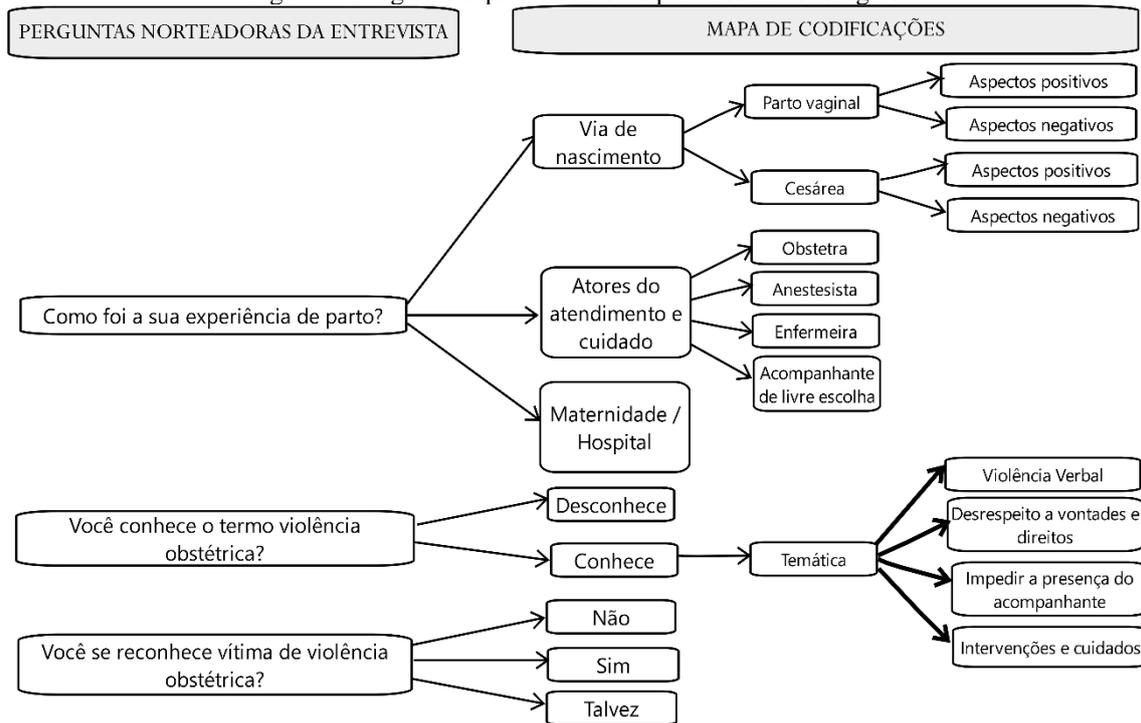
O estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas realizadas com mulheres domiciliadas no município do Rio de Janeiro. As entrevistadas foram convidadas a participar por intermédio de indicação interpessoal e da técnica conhecida como “bola de neve”. Nesse processo, as primeiras entrevistadas

indicaram outras possíveis participantes, possibilitando a ampliação da amostra. O critério para o número final de entrevistas foi o de saturação do tema.

O estudo contou com sete participantes. Todas são mulheres com partos realizados nos três últimos anos. A idade das participantes variou entre 19 e 33 anos. Entre as entrevistadas, quatro tiveram parto em instituições privadas, duas delas o nascimento foi via parto vaginal – PV e duas cesáreas – CS. As outras três entrevistadas o parto foi realizado em instituições públicas e todas tiveram parto vaginal - PV. As entrevistas foram realizadas em locais indicados pelas entrevistadas – em especial em suas casas e locais de trabalho. Foram conduzidas, entre os meses de novembro de 2018 e julho de 2019 por estudantes de Medicina de uma faculdade do Rio de Janeiro pertencentes a um programa de Iniciação Científica. Todas elas foram gravadas em MP3 e posteriormente transcritas. O roteiro semiestruturado de entrevistas investigou a assistência obstétrica recebida pela participante por ocasião da sua última gestação, seus conhecimentos e significações relativos ao termo violência obstétrica e se elas identificam terem sido vítimas de violência obstétrica.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo (BARDIN, 2011). Durante a fase de pré-análise nos aproximamos do conteúdo através da leitura flutuante do corpus documental. A partir de então, as entrevistas transcritas foram inseridas no software MaxQda onde construímos um banco de dados, o qual nos possibilitou a criação de códigos e sub-códigos, os quais haviam sido identificados na fase de pré-análise. A seguir, passamos para a fase de leitura profunda das entrevistas e análise do relatório extraído do software, sendo construídas três categorias temáticas a partir das perguntas norteadoras e ancoradas no referencial teórico referente a violência obstétrica e seus sentidos e cujo percurso metodológico pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Diagrama representativo do percurso metodológico.



Fonte: Elaborado pelos autores

Em referência aos aspectos éticos envolvidos no estudo, seguiram-se as recomendações contidas nas resoluções 466/2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que apresentam as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o número CAAE 022588-2018 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A SUA EXPERIÊNCIA DE PARTO

Em relação a experiência de parto vaginal, as mulheres entrevistadas identificaram como aspectos positivos o fato de terem tido uma recuperação rápida possibilitando a retomada de suas atividades de rotina tão logo regressaram para as suas residências. Aqueles partos em que não houve necessidade de sutura também foi sentido como positivo.

No meu caso eu acho que foi até positivo bastante porque eu tive um parto normal, eu não precisei de levar ponto, no dia seguinte eu já estava melhor. Então a questão da minha recuperação no dia mesmo que eu voltei, que eu fiquei lá dois dias no hospital, no dia que eu voltei eu já estava fazendo tudo direitinho, andando (...) bom acompanhamento das enfermeiras (...). (E01 – setor público)

A aprovação do parto vaginal também ocorreu naqueles casos em que ele evoluiu de forma rápida, quando a mulher teve autonomia, quando não houve necessidade de sofrer qualquer intervenção ou quando essa intervenção foi pouco invasiva. Suas expressões refletem o desejo em poder ter um tratamento de qualidade, em que os cuidados recebidos viessem acompanhados de informações e orientações que lhes conferissem autonomia e permitissem assumir uma posição de protagonista do evento

O parto (...) foi maravilhoso! (...) Por isso que eu acho que o meu trabalho de parto foi tão rápido. Só de três horas, no total. (...) Acho que o ponto positivo foi a orientação, foi o cuidado, aquela autonomia que eles dão pra gente, assim, tipo assim: “Você é a dona do seu parto. Você é a dona do seu corpo: “... A gente tá aqui só pra te auxiliar a você passar por isso com segurança”. Mas assim... Esse foi o ponto positivo.... (E03 – setor público)

O parto, assim, o trabalho de parto evoluiu muito bem, muito rápido. E o que eu achei mais interessante que ela me deu autonomia assim para poder ficar na banheira, se eu quisesse; na bola, se eu quisesse. Mas isso eu acho que também vai muito do lugar, porque tem lugar que não tem essa possibilidade. (...) detalhe, não teve nem episio e nem lacerei. Ela respeitou... ela foi assim até o meu limite, viu que realmente não ia lacerar ou se fosse lacerar ia ser muito pouquinho e deixou acontecer. E aí foi isso. (E06 – setor privado)

E assim, o meu parto foi muito tranquilo. Eu consegui ter a dilatação necessária. Eu cheguei a 10 de dilatação sem nenhum tipo de medicação. A única medicação foi a anestesia quando eu cheguei a 8 de dilatação. Então assim, não tive problema nenhum, no momento do parto como a minha barriga ainda estava alta, eu tive que fazer força, né para o neném descer. Ela também não fez nenhum tipo de... como é que eu posso falar... de puxar a minha barriga ou qualquer coisa assim. Eu tive corte, eu tive que tomar ponto, mas foi na hora do neném sair. Ela também não me cortou, não fez nada disso. E assim, o momento ali foi muito bom graças a Deus inesquecível porque toda a equipe dela foi maravilhosa comigo. (E07 – setor privado)

No que tange aos aspectos negativos relacionados ao parto vaginal, as entrevistadas apontaram a questão da dor das contrações, mencionaram terem o conhecimento de casos em que o parto demora em sua evolução e que, por vezes, acabam por resultar na mudança para cesáreas. Expressaram preocupações com partos que deixam alguma sequela que prejudica a mulher, ou seja, que causou algum prejuízo físico ou emocional quando comparado ao seu estado de saúde anterior ao parto.

(...) as dores das contrações (...). (E01 – setor público)

Porque muita mulher reclamando, falando que chegou na hora ficou não sei quantas horas em trabalho de parto e não conseguiu ter. Não teve passagem ou então da própria violência obstétrica dos médicos. E aí que teve que dá ponto... não sei quantos pontos. Aí eu falei: “Ah, não quero!”. (E02 – setor privado)

Negativo do parto normal, em relação a recuperação, incontinência urinária. Eu acho que, não sei se é a força? Já me falaram que, às vezes, com cesárea

poderia também ficar por causa do peso da gestação em si, mas normalmente é pior. (E06 – setor privado)

Compondo esse quadro de aspectos negativos também foram citadas situações relacionadas a forma de atendimento, tais como: demora na chegada da equipe de cuidado para atendimento domiciliar de emergência e de ambulância para realização de seu transporte até a maternidade, e de se sentirem refém quanto se deparam com um atendimento que elas classificam como grosseiro e desrespeitoso, ficando a mercê do plantonista que está responsável por esse cuidado.

O ponto negativo, foi a questão mesmo mais burocrática, eu acho. Eu acho que a ambulância do Cegonha Carioca demorou, apesar de ter chegado é... Uma hora e pouca. (E03 – setor público)

(...) mas os pontos ruins que depende do plantão. O primeiro plantão foi ótimo, o segundo plantão foi péssimo. Fui tratada com ignorância, não gostei. Aí a médica me... ficou tipo debochando da minha cara. Falou que eu não estava em trabalho de parto ativo ainda. Que eu teria que voltar para casa. (...) Aí eu voltei para casa. Isso foi numa quinta. Voltei para casa. No sábado eu voltei para lá que eu já não estava aguentando. Aí eu fui bem atendida. (E04 – setor público)

No caso dos relatos sobre a experiência com cesariana, as entrevistadas apontaram como pontos positivos o fato de poder escolher o dia do nascimento e de entenderem o procedimento como uma forma de nascer que evita problemas inesperados. Assim, elas consideram que evitar a ocorrência desses problemas, seria uma forma de garantir um parto mais seguro e que preserva a vida do seu bebê.

Eu prefiro ter a cesárea porque eu escolho o dia que meu filho vai tá... vai nascer. Tudo no tempo dele também, claro, respeitando as semanas. E aí eu optei pela cesárea. (E02 – setor privado)

Foi uma cesárea, mas graças a Deus foi tudo maravilhoso, supertranquilo e hoje eu olho para alguns casos que eu acompanhei, até de amigas minhas, que tiveram problemas sérios, um inclusive veio a óbito, o bebê dela. (E05 – setor privado)

Observamos também a essa forma de nascer cirúrgica tem-se buscado a incorporação de rotinas e procedimentos comumente relacionados a partos vaginais.

(...) Eu conversei com ele antes de entrar na sala de parto. Conversei com ele e disse que assim que ele fosse tirar o meu filho, eu queria que ele abaixasse o pano para eu ver meu filho saindo de mim. E ele me respeitou. Eu falei que eu queria ter tido o primeiro contato dele sair e já vir direto pro meu peito. E ele fez isso também. (E02 – setor privado)

Como aspecto negativo foi mencionado a ausência do acompanhante de livre escolha da mulher no momento da aplicação da anestesia.

Na hora, eu nem... Eu tava tão emocionada, tão nervosa, assim, tão ansiosa que eu nem me liguei. Só na hora que eu comecei a ficar meio grogue, assim, com a anestesia que eu perguntei: “Ah, cadê as pessoas?”. “Ah, elas estão entrando”. Eles falaram que só entrava depois da anestesia somente. (E02 – setor privado)

Nesse contexto, encontramos convergência com outros trechos de suas falas em que se referem ao anestesista como uma figura que lhes proporciona sensação de segurança, que lhes transmite tranquilidade e lhes dão suporte emocional nesse momento do cuidado.

Entrou o médico, o anestesista já entrou segurando a minha mão. (E02 – setor privado)

Sobre os atores que compõem a cena do parto, o anestesista também é referenciado como importante figura nos casos de partos vaginais, no sentido de que é associado ao estado de alívio das dores.

Eu ficava brincando que eu amo o anestesista dela, porque a gente sente dor e na hora que ele falou eu vou dar anestesia eu falei: - Meu deus eu sou apaixonada por você. Eu te amo. (risos). (E07 – setor privado)

Além do anestesista e do próprio obstetra foram encontradas referências positivas da atuação da equipe de enfermagem.

Tive um bom acompanhamento das enfermeiras lá e foi tranquilo. (...) Então, é, no caso quem me acompanhou na sala de parto foram as enfermeiras. (...) As enfermeiras me deram total assistência. (E01 -setor público)

A equipe de enfermagem me tratou super bem. (E04 – setor público)

A presença do acompanhante de livre escolha da mulher aparece associado ao sentimento de ter tido uma boa experiência de parto.

Meu acompanhante foi minha mãe. Foi ótimo. Maravilhoso. (E04 – setor público)

No que tange as expressões associadas a maternidade, enquanto local onde ocorreu o parto, foram relatos positivos e de satisfação, mesmo que em outras partes do

relato ela possa ter feito referência a algum maltrato recebido durante o processo de cuidado.

Em relação ao local, também, que é uma ótima maternidade. (E01 – setor público)

Agora a questão da maternidade ótima, tudo excelente. O parto, pós-parto, foi tudo bom. (E04 – setor público)

Então assim o meu atendimento na maternidade não tenho o que falar. Eu fui muito bem atendida desde que eu cheguei até o momento em que saí. (E07 - setor privado)

PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE O TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Quando foram questionadas sobre o conceito de violência obstétrica as entrevistadas demonstraram conhecimento do termo, com sentidos que dialogam com aqueles encontrados na literatura. Contudo, apesar da coerência e da consistência encontrada em suas falas, elas vieram acompanhadas de expressões de insegurança se esses saberes estariam corretos e se poderiam ser considerados como válidos.

É, o que o sei... eu sei é muito pouco sobre violência obstétrica, eu acho. Mas eu acredito que seja quando a mulher é coagida de alguma forma, é... por ela está na posição vulnerável, sentindo muitas dores. Eu tenho amigas que passaram por isso. Então... questão de ser coagida de alguma forma: Ah, você tem que ficar na posição tal, você tem que fazer desse jeito (...) ou então ela sofre psicologicamente por estar naquela posição... (E03 – setor público)

Olha, eu não sei assim conceitualmente falando se tá certo tô pensando, mas eu acho que é principalmente a equipe, não só o médico, porque pode ter violência por toda a equipe, enfermeiro, doula, sei lá, quem tiver ali no meio, de fazer um procedimento ou forçar alguma coisa que você não queira ou que você não consentiu. Você não acordou, vamos dizer assim, com a equipe. (...) Então violência obstétrica pra você seria, justamente, essas manobras de Kristeler sem levar a escolha da mulher (...) não deixar você livre (...). (E06 – setor privado)

Segundo os relatos analisados, o contado com o termo VO ocorreu através de conversa com parentes e amigas ou em grupos de rede social, com destaque para o Facebook, que foi citado nominalmente, onde puderam ter contato com relatos de mulheres que diziam terem sido vítimas de VO.

Foram identificados quatro eixos relacionados aos sentidos apontados para o termo:

a) Violência verbal

(...) quando falam coisas para você: "Ah você aguentou na hora e agora você não... e agora você tá chorando, tá se contorcendo de dor?". Isso pra mim é um tipo de violência também. (E02 – setor privado)

E xingamentos também, eu acho que não só a parte física de procedimento, mas também a parte de falar: Ah..., sei lá tipo, "... na hora de fazer você não reclamou, agora tá sentindo a dor e tá reclamando. Aguenta...". Esse tipo de coisa que mulher, eu acho, que nesse momento sensível não tem que escutar. (...) parte verbal, também, de falar coisas que a mulher não tem que ouvir nunca. (E06 – setor privado)

b) Desrespeito a vontades e direitos

Para mim violência obstétrica é quando não é respeitada as vontades da mulher. Por exemplo, ela quer um parto normal, aí o médico força para ser um parto cesárea. Isso pra mim é violência. (E02 – setor privado)

Eu acho que é muito isso. Na minha visão um pouco do não respeitar o corpo e as vontades da mãe (...). (E05 – setor privado)

c) Impedir a presença do acompanhante

Quando não deixam entrar acompanhante com a pessoa (...). (E02 – setor privado)

[Ficar] sem um acompanhante (...). [O] marido dela não podia ficar. Mas aí tipo, eu falei: gente se o acompanhante é para tá no trabalho de parto, ele não pode ficar na sala onde isso acontece.... (E03 – setor público)

d) Intervenções e cuidados

A primeira pra mim é esse, de uma médica que fala para você que não faz parto normal, só faz parto cesárea. Pra mim isso já é uma violência contra o corpo da mulher. Porque eu sempre fui desse pensamento, a palavra normal já diz que é normal. (...) Mas que em rede pública é o contrário. Da pessoa, tipo, às vezes, precisar eventualmente ir pra uma cesárea e não fazerem e deixarem a pessoa, enfim... (E05 – setor privado)

Eu, assim, me surpreendo ainda com histórias de pessoas que querem parto normal e chegam em cima da hora as médicas voltam atrás por uma facilidade e dizem: "E você não vai conseguir não, melhor fazer logo cesárea. Você vai sofrer", "E não vai dar certo", "E o neném tá assim, tá assado". Inventam algum tipo de história para elas conseguirem fazer a cesárea logo e se livrarem daquilo. Eu acredito nisso. (...) Do mesmo jeito que eu também não sou contra, se a mulher quiser fazer uma cesárea e o médico dela concordar... Aí beleza, faz cesárea. Mas a partir do momento que a mulher quer parto normal... (E07 – setor privado)

Então fazer, sei lá, uma episio sem te falar e depois você está cheio de problemas, sem nem ter te consultado. Um Kristeler... Sei lá, alguma coisa assim do tipo. (E06 – setor privado)

PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE TEREM SOFRIDO OU NÃO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em relação ao questionamento feito se as entrevistadas se reconheciam como tendo sido vítima de violência obstétrica encontramos apenas um caso em que a mulher identifica um fato sofrido como tendo sido uma experiência de parto negativa e o relaciona ao que ela entende como VO. Em dois relatos as mulheres ficaram em dúvida se o tratamento sofrido por elas se encaixaria como violência obstétrica. Todavia, acabam por concluir que não se encaixavam na categoria VO.

Relato 1 - E02 – setor privado

Momento 1 - Expressão da dúvida

Talvez o fato de ninguém ter entrado comigo durante a minha ida ao centro cirúrgico, posso ter sido.
Mas eu não sei... Tudo depois foi tão tranquilo, foi tão bom que eu não...

Momento 2 – Conclusão sobre ter sido vítima de VO ou não.

Então, eu acho que eu não sofri nenhum tipo de violência obstétrica (...) E ele me respeitou.

Relato 2 - E03 – setor público

Momento 1 - Expressão da dúvida

Assim, eu acho que o único comentário que eu sofri quando eu cheguei lá, que talvez possa se enquadrar, foi assim, uma enfermeira falou assim: “Ué gente, mas você não sabia que você tinha que ter vindo pra cá?”. Tipo assim, eu falei com ela: “Eu sabia!”, tipo, “Se eu soubesse que ia nas...” tipo assim, se a gente soubesse o exato momento que ia nascer, “eu teria vindo antes”. Tipo assim, eu achei que foi um comentário um pouco infeliz. (...) Então foi meio isso, e a questão da Cegonha Carioca por ter demorado.

Momento 2 – Conclusão sobre ter sido vítima de VO ou não.

Não. Assim, que eu saiba, não.

Por fim, verificou-se que grande parte das entrevistadas não se reconheceram como vítimas de VO.

Não. Não. De forma alguma. Assim, eu não estou por dentro desse assunto, mas assim, pelo pouco que eu já ouvi falar passa longe. Não. Não tive nenhum. (E01 – setor público)

Não. Graças a Deus, não. Eu não me lembro de nada assim que tenham falado ou que tenham me pressionado a fazer. Graças a Deus foi muito tranquilo. Não tenho nada a falar. (E06 – setor privado)

4 DISCUSSÃO

A percepção das mulheres sobre a sua experiência de parto apresentou diferenças quando observados os relatos daquelas que optaram pelo parto vaginal como via de nascimento daquelas que foram submetidas a cesariana. As primeiras apresentaram como questões positivas: não ter tido necessidade de “levar pontos”, ter um parto que evoluiu de forma rápida, viver a experiência com autonomia, receber orientações e informações de forma clara. Para aquelas que foram submetidas e/ou optaram pela cesariana apontaram como positiva as questões da possibilidade de escolha do dia do nascimento e de que, pelo entendimento dessas mulheres, o procedimento cirúrgico conferia menor risco para si e para o bebê.

Tal entendimento demonstra que a associação entre a realização de cesárea e a diminuição de riscos do parto vai na contramão de resultados de estudos recentes, como os apresentados pela pesquisa nacional Nascer no Brasil que nos apontam que os nascidos de cesárea apresentam risco mais elevado de morbidade respiratória leve e grave, quando comparados aos nascidos de parto vaginal, compreendendo que o trabalho de parto é um dos aspectos que compõem o processo de maturação pulmonar da criança (LEAL et al., 2014). A cesariana também se constitui como fator de risco para o desenvolvimento de uma placentação anormal nas gravidezes subsequentes (LEAL et al., 2014); além de estar associada à ocorrência de near miss materno (DOMINGUES et al., 2016) e de nascimentos pré-termo (LEAL et al., 2016).

Pelas justificativas apresentadas pelas entrevistadas em relação a escolha da cesárea como via de nascimento, é possível inferir que existe uma lacuna entre aquilo tem sido produzido pela ciência e indicado pelas recomendações do movimento pela humanização do parto, e o conhecimento assimilado pelas mulheres que vivem a experiência de nascimento de seu filho. Já que esses estudos e movimento tem indicado que um parto seguro estaria associado ao incentivo ao parto vaginal e marcam uma posição crítica em relação ao uso irracional de intervenções e tecnologias no parto. Esse resultado nos aponta também para a importância de que sejam desenvolvidas estratégias de comunicação em saúde e divulgação científica como um ponto importante para o esclarecimento de dúvidas e o compartilhamento de informações sobre boas práticas que

tenham respaldo científico e que confirmam segurança em momentos de tomada de decisão pelas mulheres.

Quanto aos aspectos apontados como negativos observa-se que a questão da dor das contrações é um ponto nevrálgico quando elas pensam na possibilidade de optarem por um parto vaginal, especialmente por já terem ouvido relatos de outras mulheres que ficaram muito tempo em estado de sofrimento sem que medidas para alívio dessa dor tivessem sido tomadas pelos profissionais da assistência.

A insegurança quanto a qualidade de cuidado a ser recebida no momento de chegada na maternidade, durante o trabalho de parto e parto foi um forte componente em seus relatos, com ênfase para os atendimentos por plantonista. Nesses casos, elas entendem que estariam à mercê de “caírem” em um bom plantão ou não. Para aquelas que tem a possibilidade de contratar de forma particular, ainda assim, elas expressaram a insegurança com relação ao atendimento nos casos de parto vaginal, uma vez que esse profissional contratado por ter outros compromissos profissionais e pessoais, não teria condições de garantir tal atendimento e, por fim, ela também estaria sujeita ao atendimento do plantonista. Sobre a insegurança quanto a qualidade do atendimento no acolhimento, este foi mais frequente nas mulheres que tiveram filho no setor público, quando comparado com os relatos das mulheres que foram atendidas no setor privado.

Garantir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher em todos os momentos do trabalho de parto e parto foi apontado pelas entrevistadas como um aspecto fundamental. Presença considerada como necessária inclusive no momento de aplicação da anestesia, nos casos de cesárea. Esse resultado encontra correspondência com estudos da Nascir no Brasil em que a grande maioria das mulheres relatou que ter um acompanhante presente de forma contínua foi “útil ou muito útil”, além de possibilitar uma experiência de menor vulnerabilidade quanto a ocorrência de violência obstétrica (DINIZ et al., 2014).

No que diz respeito ao conceito de violência obstétrica, entre os sentidos relatados pelas entrevistadas, foram elencados aqueles que a relacionam com violência verbal, desrespeito as escolhas e direitos das mulheres, impedir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher. Quanto a presença do acompanhante, algumas delas, possuem o conhecimento de que este é um direito garantido por lei, mas que mesmo assim não tem garantia de seu cumprimento. Também foi identificado como violência obstétrica o uso rotineiro e desnecessário de intervenções no parto vaginal, em que foram citadas de forma

específica a realização de episiotomia de forma rotineira e a manobra de Kristeler, assim como a realização de cesárea por conveniência do médico.

Contudo, também foram associadas ao conceito de violência obstétrica situações em que não é respeitado o desejo de realização de uma cesárea como via de nascimento, quando esse desejo parte da própria mulher, ou ainda quando são negligenciados o oferecimento e usos de procedimentos e intervenções que possam minimizar sofrimentos que possam ocorrer durante a evolução do trabalho de parto e parto.

Essas colocações apresentam correspondência com estudos que apontam que “... o que as mulheres querem é ficar livres de maus-tratos, de abandono, de negligência, de solidão, de ataques à sua integridade física e sexual” (DINIZ, 2014, p. 219). Em se tratando da realidade brasileira, o que se tem visto é que a atenção ao nascimento baseado em boas práticas assistenciais, centrada na mulher, com o acompanhamento por profissionais experientes na assistência ao parto fisiológico, tem se tornado uma realidade para um pequeno número de mulheres de classes altas (ricas e escolarizadas), que tem acesso à poucas instituições do Sistema Único de Saúde - SUS ou privadas que têm oferecido modelos de assistência de qualidade, o que ressalta a necessidade de um maior investimento direcionado a quem mais necessita a fim de se garantir a equidade de cuidados à maternidade (DINIZ, 2014; DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

A maioria das entrevistadas afirmou não terem sido vítimas de violência obstétrica. Os relatos nos apontam que mesmo naqueles casos em que elas suspeitem terem sido vítimas de VO, o que foi priorizado em suas considerações foi o fato de terem tido um desfecho positivo do parto, ficando em um segundo plano o questionamento sobre a qualidade de cuidado recebido durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Para Pulhez (2013) a identificação por parte das mulheres de se reconhecerem como vítimas ou não de VO estaria relacionada a compreensão sobre quais cuidados de parto elas considerariam como bons ou ruins e daquilo que se encaixa, para elas, como representativo de um cuidado respeitoso. Essa compreensão por sua vez ultrapassaria o campo da assistência ao parto, pois ela estaria relacionada ao entendimento que ela possui sobre direitos. Esse reconhecimento como pessoa de direito, que seria fruto de uma construção histórica e específica de cada contexto, abriria a possibilidade dela vir a se reconhecer como vítima de alguém que praticou a ação que passa a ser entendida como criminosa e por vezes passível de reparação (PULHEZ, 2013).

Outro dado a se destacar é que todas, em certa medida, reconhecem a existência de casos de violência obstétrica e apresentaram sentidos que dialogam com os estudos

sobre o tema, tais como os de Diniz et al. (2015), Lansky et al. (2019) e Mendonça e Hirsch (2020).

5 CONCLUSÃO

O conceito de violência obstétrica apareceu como parte do universo de conhecimento das mulheres, que entendem que boas práticas de cuidado e de atenção obstétrica deveria ser garantida a todas. O reconhecimento da existência de violência obstétrica não significa que elas tenham se apropriado do termo visto que a insegurança em expressar o seu entendimento sobre termo e/ou em se reconhecer como ter sido vítima de VO foi frequente nos relatos analisados.

A insegurança sentida por essas mulheres pode estar relacionada ao tipo de fontes pelas quais elas tiveram contato com conceito de VO, que foram os relatos de pessoas conhecidas e da rede social; ou seja, elas não mencionaram terem recebido informações por um profissional ou um canal de compartilhamento de informação e comunicação em saúde que lhes conferissem confiança e credibilidade.

Percebe-se que a discussão da VO é perpassada por questões que envolvem reivindicação de autonomia e protagonismo por parte das mulheres frente a sua relação com os profissionais que prestam o cuidado e a presença do acompanhante de livre escolha dessa mulher que confere maior confiança em viver a experiência do parto.

Verifica-se, então, a importância dos movimentos de reivindicações, denúncia e divulgação dos aspectos que envolvem o conjunto de procedimentos que envolvem a VO. Importante também é a construção de canais de comunicação em saúde que sejam acessíveis as mulheres a fim possibilitar um maior acesso as informações e discussões teóricas que lhes confirmem segurança em seus posicionamentos, propiciem o seu protagonismo em relação às decisões que envolvem a assistência ao parto e contribuam para que esse modelo de assistência atenda aos seus desejos e expectativas.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com apoio institucional da Universidade Estácio de Sá, a partir de bolsa de produtividade atribuída a Luiz Teixeira pelo edital 2020 e do CNPq através da Chamada CNPq N° 09/2018 - Bolsas de Produtividade em Pesquisa (302212/2018-3) e da Chamada MCTIC/CNPq N° 28/2018 – Universal (433660/2018-0).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nicida e Teixeira participaram na concepção, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada. Lima e Pontes realizaram as entrevistas, participaram da concepção e contribuíram na versão final do artigo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, 2012*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento. Caderno Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Universidad Estadual do Ceará, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humaniza_cao_parto.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. *Ofício de 07 de junho de 2019*. 2019a. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 23 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Despacho de 03 de maio de 2019*. 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35be. Acesso em: 20 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer 32/2018*. 2018. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/downloads/835.PDF>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. S140-153, 2014.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Hum*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 217–220, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 mar. 2020.

DINIZ, S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*, v. 20, n. 40, p. 94–101, 2012, Doi: 10.1016/S0968-8080(12)40657-7

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. *J. Hum. Growth and Dev.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377–376, 2015, DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011–2012. *Reproductive Health*, v. 13, S3, n. 115, p. 187–197, 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0232-y?site=reproductive-health-journal.biomedcentral.com>. Acesso em: 15 jan. 2018.

FEBRASGO. *Nota de apoio da Febrasgo ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão “violência obstétrica”*. FEBRASGO, 13 mai. 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MINISTÉRIO da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo “violência obstétrica”. *GI*, 10 jun 2019; Ciência e Saúde. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>. Acesso em: 23 set. 2020.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; DO AMARAL, L. R. O. G.. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v26n1/1806-9584-ref-26-01-e43278.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, ago 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811. Acesso em: 2 nov. 2020.

LEAL, M. C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health*, v.13, supl.3, 127, 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0230-0?site=reproductive-health-journal.biomedcentral.com>. Acesso em: 15 jan. 2018.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. p.S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

MENDONÇA, S. S.; HIRSCH, O. N. Violência obstétrica e outros significados atribuídos à assistência ao parto. *Le Monde diplomatique Brasil*, 30 out. 2020; Feminismos Transnacionais. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/violencia-obstetrica-e-outras-significados-atribuidos-a-assistencia-ao-parto/>. Acesso em: 2 nov. 2020.

MPF e OAB cobram que Ministério da Saúde volte atrás na decisão de abolir termo “violência obstétrica”. *O Globo*, 2019. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/sociedade/celina/mpf-oab-cobram-que-ministerio-da-saude-volte-atras-na-decisao-de-abolir-termo-violencia-obstetrica-23652278>. Acesso em: 9 maio. 2019.

PULHEZ, M. M. “Parem a Violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v.12, n.35, pp. 544-564, 2013. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reprod Health*, [S. l.], v. 15, n. 194, p. 1–11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0636-y>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0636-y>.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, e155043. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.