

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO: relato de mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais**

Emanuele Machado G. Aguiar\*

Milene Silva Rodrigues\*\*

### **RESUMO**

**Contextualização do tema:** A violência obstétrica caracteriza-se por atenção desumanizada, abuso de intervenções, medicalização e de modificações dos processos de parturição que passam de fisiológicos para patológicos. **Objetivo:** Conhecer as formas de violência obstétrica durante o processo de parturição, a partir de relatos de mulheres assistidas em uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** Estudo de caso, descritivo de abordagem qualitativa do problema. Realizada em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Sete Lagoas, Minas Gerais. Os participantes da pesquisa foram mulheres cadastradas na referida unidade, que tiveram partos entre abril e setembro de 2016, totalizando uma amostra de 18 mulheres, destas, uma foi excluída por se recusar participar da pesquisa e três não foram encontradas. A coleta de dados aconteceu por meio da entrevista semiestruturada, gravada, para que o fenômeno estudado fosse abordado a partir dos relatos das mulheres que participaram do estudo. A análise dos dados utilizou a Análise Temática do Conteúdo segundo Laurence Bardin. **Resultados:** Foram encontradas formas de violência obstétrica como: desrespeito, preconceito, manobra de Kristeller, uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, episiotomia e cesárea sem indicação clínica. **Discussão:** Os resultados encontrados corroboram com achados na literatura acerca da violência obstétrica. **Conclusão:** A violência obstétrica é um fenômeno multifatorial e uma realidade recorrente nas maternidades e que nem sempre as mulheres percebem que foram vítimas desse tipo de violência, pois lhes falta o conhecimento sobre o assunto.

**Descritores:** Parto normal. Cesárea. Violência. Obstetrícia.

## **OBSTETRIC VIOLENCE DURING THE PARTURITION PROCESS: report of women from a health unit in the interior of Minas Gerais**

### **ABSTRACT**

**Contextualization of the theme:** Obstetric violence is characterized by dehumanized attention, abuse of interventions, medicalization and modification of the parturition processes that pass from physiological to pathological. **Objective:** To know the forms of obstetric violence during the parturition process based on reports from women assisted at a health unit in the interior of Minas Gerais. **Materials and Methods:** Case study, descriptive of a qualitative approach to the problem. Carried out in a Strategy of Family Health of the municipality of Sete Lagoas, Minas Gerais. The participants of the survey were women registered in the referred unit, who had deliveries between April and September 2016, totaling a sample of 18 women, of whom one was excluded because they refused to participate in the study and three were not found. Data collection was done through the semi-structured interview, recorded, so that the studied phenomenon was approached from the reports of the women who participated in the study. The analysis of the data used the Thematic Content Analysis according to Laurence Bardin. **Results:** Obstetric violence, such as: disrespect, prejudice, Kristeller's maneuver, use of oxytocin to speed up labor, episiotomy and cesarean section without clinical indication were found. **Discussion:** The results corroborate with findings in the literature on obstetric violence. **Conclusion:** Obstetric violence is a multifactorial phenomenon and a recurrent reality in maternity wards, and women are not always aware that they have been victims of this kind of violence, since they lack knowledge about the subject.

**Descriptors:** Natural Childbirth. Cesarean section. Violence. Obstetrics.

---

\*Discente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Ciências da Vida. E-mail: emanueleaguiar35@yahoo.com

\*\*Mestranda em Enfermagem pela UFMG. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida. Orientadora da pesquisa. E-mail: milenesilvarodrigues@yahoo.com.br

## 1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) é sofrida por mulheres de maneira endêmica, sendo considerada grave fenômeno social. É caracterizada por qualquer ato exercido por profissionais de saúde no que se relaciona ao corpo ou aos processos reprodutivos das mulheres. Esse tipo de violência é expresso pela atenção desumanizada, medicalização, abuso de intervenções, transformação patológica dos processos fisiológicos de parturição. A violência obstétrica representa ainda um desrespeito à autonomia da mulher, aos seus sentimentos, a sua integridade física e mental, além das suas opções e preferências (ANDRADE; AGGIO, 2014; FONEITE; FEO; MERLO, 2012).

A gravidez e o parto representam fases marcantes para a subjetividade da mulher e podem ter impactos positivos e negativos na vida da mesma. Ao mesmo tempo em que as lembranças do parto podem ser referidas com sentimentos de felicidade e realização, a ocorrência de eventos traumáticos podem tornar a lembrança um pesadelo, com entorpecimento emocional, confusão, ansiedade, raiva e depressão, promovendo sentimentos de isolamento do mundo da maternidade (CUNHA, 2015).

Este trabalho tem como tema a violência obstétrica durante o processo de parturição verificado através do relato de mulheres. Frente ao exposto, emergiu o questionamento: quais as formas de violência obstétricas têm ocorrido durante o processo de parturição, relatadas por mulheres assistidas em uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais? O objetivo da pesquisa foi conhecer as formas de violência obstétricas ocorridas durante o processo de parturição, a partir dos relatos dessas mulheres. Teve como objetivos específicos (i) caracterizar as formas de violência Obstétrica; (ii) identificar as formas de violência obstétrica durante o processo de parturição.

A relevância deste estudo se fundamenta na alta prevalência de violência obstétrica no Brasil. De acordo com uma pesquisa realizada em 2010, uma em cada quatro mulheres que tinham parido, e aproximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de violência obstétrica (TESSER *et al.*, 2015). A humanização da atenção ao parto se torna necessária, pois as mulheres desejam que a vivência do parto seja conforme suas expectativas, de modo que tenham sua autonomia, individualidade e privacidade respeitadas, que são condições invioláveis e indispensáveis para que ocorra o parto humanizado. Nesse sentido, é preciso que o corpo feminino não seja visto como uma máquina ou um objeto operado pelo médico e demais profissionais, negligenciando informações, emoções, sentimentos,

percepções e direitos da mulher no gestar o próprio corpo e o próprio parto (FONEITE; FEO; MERLO, 2012).

Sendo assim, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de discutir a atenção obstétrica no âmbito da saúde e avançar na construção de uma atenção obstétrica humanizada e integral, na qual os profissionais sejam capazes de atuar com qualidade técnica e respeito à subjetividade da mulher relacionada à parturição.

O presente trabalho foi realizado através de um estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com 14 mulheres, que tiveram seus partos de abril a setembro de 2016, e que são atendidas em uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas, que posteriormente foram transcritas na íntegra e analisadas através da análise temática de conteúdo segundo Laurence Bardin (2011). Essa pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Sete Lagoas, submetida ao Comitê de Ética através da Plataforma Brasil e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A violência contra a mulher representa uma das principais formas de violação dos direitos humanos, sendo uma lamentável realidade da sociedade. Além das formas de violência física e psíquica mais notadamente conhecidas; a violência obstétrica ganhou reconhecimento mundial a partir do final da década de 1950, após a publicação da matéria intitulada “a crueldade nas maternidades” por uma revista nos Estados Unidos da América. Nessa, foi descrito as formas de tratamento desumano, grosseiro e violento recebido por muitas mulheres no referido país. No Brasil, o tema passou a ser discutido no meio acadêmico apenas na década de 1980 e posteriormente por integrantes dos movimentos feministas, que passaram a descrever explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta (DINIZ *et al.*, 2015; PEREIRA; DOMINGUEZ; MERLO, 2015).

A violência obstétrica possui caráter múltiplo em sua forma de apresentação. Dentre as suas formas, são consideradas violência obstétrica: a violação do direito da informação, a violação do direito a intimidade (caracterizada pela exposição excessiva do corpo da mulher e seus órgãos genitais) e da autonomia na tomada de decisões, os tratamentos cruéis e degradantes como a insensibilidade diante da dor, os insultos e comentários humilhantes, além da omissão dos profissionais. A negação à mulher de ter a presença de acompanhante na maternidade, a realização de cesariana sem indicação clínica real, a episiotomia, a manobra de Kristeller e a proibição de alimentação também são consideradas formas de violência obstétrica (BOHREN *et al.*, 2015; PEREIRA; DOMINGUEZ; MERLO, 2015).

Diversos estudos no Brasil vêm documentando que são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, seja no setor público ou privado. Dessa forma, a violência obstétrica tem como característica marcante a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, resultando em um tratamento desumanizado, marcado pelo abuso de medicações, procedimentos e patologização dos processos naturais, tendo como consequência a perda da autonomia e da capacidade de decidir o que foi planejado para seu corpo, causando impactos negativos na vida da mulher (CIELLO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014).

Bohren *et al.* (2015) descrevem uma série de categorias de comportamentos desrespeitosos e abusivos relacionados à assistência ao parto, tais como os cuidados clínicos não autorizados, não confidencialidade do cuidado, assistência indigna, discriminações, abandono, violência física e verbal, além do sentimento de aprisionamento nas instituições de saúde. Esses autores encontraram como violência física o uso desproporcional de força, indelicadeza ao realizar o toque; além de violência verbal com uso de linguagem dura e rude, expressões de sarcasmo, insultos, ridicularização e piadas.

O estigma e a discriminação relacionada à etnia, idade (principalmente adolescentes), religião e condições socioeconômicas, também são formas de violência obstétrica. São expressas em comentários maliciosos e atitudes de menosprezo com a parturiente. Destaca-se a comunicação ineficaz entre profissionais envolvidos no processo de parto e a parturiente, assim como a falta de suporte, marcada por um atendimento mecanizado que priva a autonomia da mulher (BOHREN *et al.*, 2015).

Acrescentam Rodrigues *et al.* (2015) que a peregrinação das mulheres em busca de assistência pré-natal, expressa pelas dificuldades de acesso a maternidades e assistência adequada, é ponto gerador de estresse e sentimento de humilhação, motivo pelo qual caracteriza-se como outra forma de violência obstétrica. Além disso, a falta de recursos

materiais e humanos, que leva a longo tempo de espera para atendimento ou mesmo os atendimentos negligentes e de baixa qualidade também são considerados violência obstétrica.

As expressões rudes que surgem nas equipes de saúde, marcadas pela sobrecarga de trabalho, tais como “somos mal pagos”, “estou muito ocupado”, “essa mulher não me deixa em paz”, “não tolero mais esse serviço” são consideradas formas desrespeitosas de lidar com o cliente, motivo pelo qual são taxadas como violência verbal na assistência ao parto (BOHREN *et al.*, 2015).

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada nos anos de 2011 e 2012, baseadas em um inquérito de 23.894 mulheres sobre o parto e nascimento evidenciou que os procedimentos realizados estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes de uso de medicação estimulante (36,4%), episiotomias (53,5%), manobras mecânicas para acelerar o nascimento (36,1%), cesarianas sem reais indicações clínicas (52%), restrição ao leito (55,7%), jejum (74,8%), enema (91,7%) e amniotomia artificial (39,1%). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimentos desnecessários à mulher, além de não serem indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como procedimentos de rotina. (BOHREN *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2015).

As formas de violência obstétrica se expressam de acordo com o tipo de tratamento desumano instituído. O abuso físico é frequentemente observado em intervenções invasivas como: cesáreas programadas sem indicação clínica, episiotomia e toques vaginais dolorosos. A violência verbal, através de uma comunicação desrespeitosa e sem afeto, desmoraliza os desejos e sentimentos da mulher. Os tipos de violência variam, sendo os mais comuns o abandono, a discriminação, a falta de liberdade para a mulher fazer suas escolhas, a invasão de privacidade e a negligência dos procedimentos prestados (TESSER *et al.*, 2015).

Para que a parturiente tenha uma assistência de qualidade e humanizada, o profissional de saúde envolvido neste processo delicado da vida da mulher deve dispor de conhecimentos científicos, que sejam direcionados para as necessidades individuais. Mudanças na estrutura física dos hospitais, capacitação profissional e atualização de diretrizes assistenciais, são melhorias essenciais, visto que o despreparo institucional representa um dos fatores desencadeantes da violência obstétrica (BOHREN *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2015; TESSER *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Pereira, Dominguez e Merlo (2015) contemplou a violência obstétrica na perspectiva das pacientes atendidas no departamento de obstetrícia e ginecologia do Hospital Geral do Oeste Dr. José Gregori Hernandez em Caracas, na Venezuela. Os pesquisadores identificaram que, na visão dessas mulheres, prevalecem as formas de violência

psicológica e agressão verbal, praticada por todos os integrantes da equipe dos setores de obstetrícia (médicos obstetras, anesthesiologista e equipe de enfermagem). O estudo ainda identificou que apenas 34% das gestantes receberam informações sobre os procedimentos, de modo que 66% dos pacientes receberam procedimentos clínicos e cirúrgicos sem informação ou aviso prévio.

Frente ao exposto, é possível afirmar que a violência obstétrica pode manifestar-se de variadas formas, motivo pelo qual é um complexo problema de saúde pública. Acredita-se que os investimentos na melhor formação dos profissionais que atuam em maternidades, investimentos em melhores condições de trabalho e a ampliação das discussões sobre a humanização do parto, buscando efetivar as diretrizes da política de humanização do parto e puerpério sejam formas de combate à violência obstétrica. A prevenção e a superação desse problema exigem o engajamento de todos os envolvidos com o processo assistencial, exigindo-se a coragem necessária para incorporar abordagens inovadoras, a prática clínica baseada em evidência e a segurança das pacientes, para que haja a evidente promoção dos seus direitos enquanto usuários dos serviços de saúde (DINIZ *et al.*, 2015).

## 2.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

A gestação, o parto e o puerpério figuram no contexto de vida das mulheres, caracterizando-se por períodos de expectativas e novas descobertas. O parto é o estágio resolutivo da gestação, um acontecimento marcante, por ser o momento em que a mulher sente-se verdadeiramente mãe. O parto já faz parte da rotina das maternidades, porém cada mulher atribui um significado diferente para esse momento. Por esse motivo, o atendimento deve ser diferenciado, respeitando a singularidade de cada parturiente, acolhendo seu companheiro e familiares, facilitando o vínculo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015; SILVA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem oferecido diretrizes para um amplo processo de humanização da assistência obstétrica, fundamentado nas recomendações da OMS. Esse programa visa atender a especificidade de cada mulher no processo de parturição, com o intuito de minimizar intervenções desnecessárias e inapropriadas ao parto, buscando a humanização do ciclo gravídico-puerperal (ESCOBAL *et al.*, 2016).

Segundo a OMS, a mulher durante o processo de parturição, deverá receber assistência emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções. Essas medidas têm o intuito de diminuir o tempo do trabalho de parto, a dor e o uso de medicações anestésicas, bem como o número de cesáreas. Porém, essas recomendações estão longe de se tornar a nossa realidade, visto que o modelo de assistência à saúde brasileiro ainda apresenta uma cultura que negligencia os benefícios do processo de nascimento natural (BISCEGLI *et al.*, 2015; BRASIL, 2016).

Na prática, a assistência ao parto no Brasil é marcada por diversos problemas que interferem na qualidade assistencial. As redes de saúde ainda não estão consolidadas, inviabilizando a integração entre os cuidados pré-natal e a assistência ao parto. Como consequência, mantêm-se elevadas as taxas de prematuridade, que nas regiões Sul e Sudeste alternaram entre 3,4% e 15%, ao passo que na região Norte e Nordeste ficam entre 3,8% e 10,2%. Outro ponto preocupante é que o Brasil sofre de “epidemia” de cesarianas, na ordem de 55% dos partos realizados ao ano no país, quando não deveria superar 15% (OLIVEIRA *et al.*, 2016; SOGESP, 2015).

Além disso, em 2015, o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade materna na ordem de 62 mulheres para cada 100 mil nascimentos, acima da meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas de 35 mortes/100 mil nascimentos. Já a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) considera como aceitável uma taxa de mortalidade materna de 20 óbitos a cada 100 mil nascimentos (CARNEIRO, 2015; SILVA *et al.*, 2016).

Esses dados evidenciam que no Brasil, apesar de existirem políticas de saúde da mulher e do recém-nascido, políticas de humanização do parto e puerpério e aumento da cobertura de assistência pré-natal, o país ainda não foi capaz de superar o volume de intervenções desnecessárias ao parto. O processo de nascimento é transformado em um processo patológico, totalmente medicalizado, não deixando alternativas para a mulher vivenciar, de modo natural, esse momento existencial e psicológico para o binômio mãe-filho. Persiste, portanto, o modelo hegemonicamente tecnocrático de assistência ao parto, cujos resultados impactam negativamente sobre a saúde da mulher e do recém-nascido (BISCEGLI *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016).

No Brasil, quase 100% dos partos ocorrem em unidades hospitalares. No entanto, caso a condição da gestante não seja de risco, ela poderia ser assistida em uma Casa de Parto ou ainda, escolher ter seu parto no domicílio, tendo acesso a uma assistência humanizada e de qualidade, proporcionando segurança para a parturiente e o respeito a sua autonomia (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012; CARNEIRO, 2015; PULHEZ, 2013).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa classifica-se como um estudo de caso, com natureza descritiva e abordagem qualitativa do problema. O estudo de caso representa um esforço de pesquisa que contribui de forma inigualável para compreensão de fenômenos sociais, seguindo a visão da abordagem qualitativa (YIN, 2016). Apresenta, ainda, uma abordagem dialética importante por promover discussões que incorporam questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos (MINAYO, 2010). É descritiva, pois o fenômeno é descrito a partir da percepção das mulheres que participaram do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Realizada com mulheres cadastradas em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Sete Lagoas, Minas Gerais. As participantes da pesquisa tiveram partos entre abril e setembro de 2016, totalizando uma amostra inicial de dezoito mulheres, sendo que, quatro foram excluídas: uma, por se recusar participar da pesquisa e três por não terem sido localizadas, perfazendo uma amostral de 14 mulheres entrevistadas.

A ESF pesquisada se caracteriza por fornecer atenção qualificada ao pré-natal de forma integral e multiprofissional, com consulta de enfermeiro, médico, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. A unidade possui grupos operativos mensais e realiza quadrimestralmente o curso de gestantes, que engloba temas como: cuidados com o recém-nascido, nutrição da gestante, aleitamento materno e alimentação complementar, cuidados com a saúde emocional da gestante e planejamento do parto.

Para a coleta de dados, a pesquisadora e a agente comunitária de saúde da unidade se dirigiram à residência de cada mulher cadastrada na ESF. Foi utilizada uma entrevista, com roteiro semiestruturado, validado anteriormente por um pré-teste (APÊNCIDE A). O instrumento foi composto por questões relacionadas à caracterização das mulheres e por uma questão norteadora “Conte-me a história do seu parto, do momento que você entrou na maternidade até a sua alta hospitalar”. A entrevista foi gravada para melhor captar o relato das mulheres e permitir a transcrição.

A análise de dados seguiu a proposta de análise do conteúdo de Bardin (2011), de modo que as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, organizadas para leitura e análise. No conteúdo da entrevista, buscaram-se eixos temáticos ou unidades de sentido que poderiam ser agrupados em categorias empíricas que respondessem ao problema de pesquisa, de modo a permitir que o tema se libertasse naturalmente do corpus de análise, evidenciando a violência obstétrica durante o processo de parturição.

Para maior evidência das unidades de sentido que compuseram a análise, e estabelecimento da consistência das categorias, foi utilizado um sistema *online* de nuvem de palavras, conhecido como *Tagul*, a partir do qual duas nuvens foram criadas, uma representando cada categoria.

Cabe ressaltar que esta pesquisa seguiu aos parâmetros éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, propostas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da resolução nº466/2012, sendo apresentada a solicitação de pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde do município de Sete Lagoas, quando foi emitida a carta de autorização de pesquisa para sua realização (ANEXO B). Após esse procedimento, este estudo foi encaminhado para a Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, para ser avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A). Além disso, todas as mulheres participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor, após ser explicado o objetivo da pesquisa e a forma como a mesma seria realizada (APÊNDICE B).

#### **4 RESULTADOS**

Participaram desta pesquisa 14 mulheres, com faixa etária variável entre 15 e 42 anos, prevalecendo aquelas de 21 a 30 anos (35,71%). A maioria sabe ler e escrever (92,85%), porém com baixa escolaridade, sendo que 50% das mulheres apresentam ensino fundamental incompleto e 35,71% o ensino fundamental completo. Grande parte das mulheres possui companheiro fixo e vive com eles (78,57%), mas não possuem ocupação remunerada (71,42%). Quanto à renda familiar, as participantes, de forma majoritária, relataram renda de R\$701,00 a R\$1.750,00 (78,57%) sendo o companheiro o provedor (78,57%).

Quanto ao tipo de parto na última gestação, prevaleceu o parto normal (64,28%), apesar do índice de cesáreas (35,71%) ser considerado importante. A cesária foi indicada por hipertensão arterial sistêmica, por não ter passagem para o bebê e pelo falecimento do 1º filho no último parto. Quanto ao número de gestações, as participantes alternaram entre a 1ª e 8ª gestação, tendo passado por um a sete partos, além de haver uma minoria de mulheres que tiveram um ou dois abortos (14,28%). A idade gestacional das mulheres alternou entre 35 e 42 semanas, todas atendidas pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS).



A construção desta categoria incluiu as expressões que sugerem a violência obstétrica que as mulheres descreveram no relato sobre o parto, tais como a postura rude de profissionais, descaso em relação à higiene, piadas relacionadas ao peso, realização de cesárea sem indicação clínica, a indução do parto com ocitocina no soro e realização da episiotomia conforme relatos:

[...] mas na hora da anestesia mesmo que a médica, assim, porque tava acima do peso, né? Ai a médica comentou assim: que tinha mandado uma paciente difícil pra ela, porque meu parto podia ser normal e a Margarete, minha médica, tinha mandado para ela uma paciente mais difícil porque tava acima do peso. (M2)

Olha, eu fui a consulta na segunda dia 06 e não fazia ideia e o médico pediu que eu fosse na sexta para fazer a cesariana. Eu fiquei desesperada e perguntei pra ele se tava tudo normal, se tinha acontecido alguma coisa, e ele disse que tava tudo bem comigo e a criança, mas que não tinha necessidade de esperar as 40 semanas, que ia completar dia 17. Então ele antecipou para dia 10, sexta feira, fazendo a cesárea. (M3)

Teve o corte, mas foi igual o médico falou, muito pequenininho mesmo, e como tava fazendo muita força, diz ele que ficou com dó de mim e fez aquele corte, mas bem pequeno para o neném nascer logo. (M5)

Meu tempo no pré-parto foi horrível, aquele soro com aquele remédio é muito doloroso e fiquei lá assim de 12 horas até 21 horas, quando viram que não tinha passagem, resolveram fazer cesárea. (M13)

Além disso, na percepção das mulheres, emergiram posturas preconceituosas por parte de profissionais, referindo-se à cesariana como “coisa de pobre”, o emprego de manobra de Kristeller durante o parto, o uso do fórceps ferindo a criança, exame de toque realizado por diferentes profissionais sem informação prévia as parturientes, além da realização da amniotomia, conforme relatos:

[...] os médicos disseram que esses pobres adoram fazer cesárea que nem a mulher do príncipe Charles ganha menino em cesárea. (M6)

[...] primeiro foi a enfermeira que fez o toque porque eu tava sentindo dor. Depois ela chamou o médico e ele foi lá e fez também e depois a médica na hora do parto foi lá e fez mais dois. (M8)

[...] tempo foi passando e apareceu a cabeça, mais os profissionais lá né os enfermeiros lá né ajudando a fazer a força né e até senti uma dor nas costelas, mas vi que era elas tentando ajudar. Puxaram ele né com aquele fórceps né e deu um raladinho na testa dele. Demorou muito e foi doloroso. (M9)

Chegando a hora, o médico estourou minha bolsa e doeu demais, nossa senhora como doeu aquilo [...] Nossa, toda hora e doía demais e toda hora eles faziam toque. O médico lá, o mesmo médico, mas doía. (M12)

Comentários desrespeitosos por parte dos profissionais, identificado pelas participantes como impaciência, emergiram nos relatos de parto, bem como aquelas que sofreram formas de violência e entendem a dor e o sofrimento como questões inerentes ao parto, conforme relatos:

Só que a médica falou que era a primeira vez que via alguém com contração tão fraca, que eu não fazia força e ela ficou meio nervosa e falou em tom de brincadeira que eu só voltasse lá depois de 5 anos. Disse ainda que já tinha feito uns 20 partos, que estava exausta e que eu desse um jeito de ir rápido. (M11)

Pela graça de Deus meu parto deu tudo certo. Vejo assim, dor, toque, né? Essas coisas fazem parte, acho que sofrer faz parte da gestação e do parto, mas receber uma criança é bênção de Deus, então, assim, a gente releva tudo isso, por ter uma criança (M14).

Diante do exposto, foi possível identificar no relato de parto das mulheres as práticas de violência obstétricas. Prevaleram as posturas profissionais agressivas ou desrespeitosas, uso indiscriminado de cesariana, toques vaginais repetidos por diferentes profissionais, episiotomia, amniotomia, emprego de ocitocínicos no soro, manobra de Kristeller. Esse resultado corrobora com os achados na literatura pesquisada como principais formas de violência obstétrica aos quais as parturientes estão expostas.

#### 4.2 PERCEPÇÃO DAS MULHERES DE UM BOM ATENDIMENTO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A nuvem a seguir (FIGURA 2) ilustra os temas utilizados para criação dessa categoria, onde deixa evidentes palavras de gratidão e agradecimento, nos permitindo uma síntese da categoria descrita em uma imagem. Expressões como “dei muita sorte no meu atendimento” ou “graças a Deus meu parto foi abençoado” surgiram nos relatos das mesmas.

Apesar de a violência obstétrica emergir no relato de parto de muitas mulheres, essas também perceberam pontos positivos em relação à assistência recebida na realização do parto, desde a entrada na maternidade até a saída.



**Figura 2:** Nuvem de palavras - análise temática de conteúdo da categoria II.  
**Fonte:** Elaborado pela autora, 2016.

Os relatos abaixo demonstram a confiança de muitas mulheres, que se sentem gratas pelo atendimento de qualidade recebido na realização do parto. Outras disseram que não poderiam reclamar de nada e que foram muito bem tratadas, bem atendidas, citando as doulas, a equipe de enfermagem e os médicos, conforme relatos:

O parto foi muito abençoado, não aconteceu nada. Foi muito bom. (M1)

[...] foi tudo tranquilo, me trataram muito bem. (M2)

[...] período do pré-parto todo mundo me tratou super bem, né? Aquelas doulas me trataram bem, além disso, me deram suco e quando foi 22:30 eu tive o Gabriel. Para mim, foi tudo tranquilo e tudo normal. (M5)

[...] mas no geral dei sorte mesmo e me trataram muito bem. Ninguém me tratou mal, todo mundo me tratou muito bem em todos os meus partos. Nem dor, eu não senti dor nenhuma, até para aplicar a anestesia eles tiveram carinho demais. (M6)

A história do meu parto foi assim bem tranquila, sabe? Quando cheguei na recepção, a menina lá me atendeu bem, foi tudo ok, receberam bem. (M8)

Tinha uma doninha lá que gostei demais dela, como elas chamam é, uma doula. Ela ficou comigo o tempo todo, assistiu o parto e depois levou comida para mim, então gostei muito dela, para mim foi a melhor pessoa lá. (M12)

Nos relatos das gestantes, pôde ser percebida a postura ética de alguns profissionais, quanto ao respeito da autonomia da mulher na escolha do tipo de parto que essa gostaria de fazer. Algumas gestantes escolheram a indução ao parto normal quando tinha uma indicação de cesariana, conforme relato:

Me perguntaram se queria fazer cesária ou normal, porque tava perdendo líquido e continuava com 3cm só, e aí eles me perguntaram sabe. Ai eu disse que queria ganhar menino normal mesmo, aí eles foi e ligaram o soro em mim para ver se ia dar certo e do contrário eles iam fazer cesárea em mim. Ligaram o soro e passou uns 20 a 25 minutos e ele nasceu. E correu tudo bem. (M4)

Senti muito carinho nos profissionais né, nas enfermeiras e nos médicos, e como tinha pressão alta e eles me esclareceram a gravidade disso, aí entendi que eles me salvaram, né? Me internaram de cara e fiquei lá esperando e vendo a atenção do pessoal lá. Me deram recomendações, me perguntavam se estava bem, como eu queria seguir o regime e, então eu entendi e obedeci ao regime e as recomendações e senti bem com tudo. (M14)

A presença do acompanhante também foi um ponto percebido pelas gestantes como importante e de relevante apoio durante o parto. A presença do companheiro em todas as etapas transmite segurança e força para a gestante, sendo percebido, portanto, como ponto de um bom atendimento, conforme relatos:

Meu marido esteve ao meu lado o tempo todo. Tinha medo de passar mal e o marido tava do meu lado o tempo todo, então foi tudo bem e saí aliviada. (M2)

O tempo que fiquei lá eu alimentei, podia alimentar, tomei água e tal, mas comer eu não quis. Não teve o corte. Pude ficar com acompanhante. (M8)

Pôde ficar acompanhante o tempo todo. Não me senti maltratada. (M7)

Portanto, na visão das mulheres o bom atendimento na assistência ao parto pode ser associado à ausência de dor, ter sorte ao ser bem tratada, ter a vontade respeitada, ter a presença do marido, companheiro ou acompanhante durante todo o processo do parto, poder alimentar-se e não se sentir maltratada.

## **5 DISCUSSÕES**

Todas as mulheres que participaram da pesquisa tiveram seu parto realizado em ambiente hospitalar, corroborando com as afirmações de Carneiro (2015) que indica que a maioria absoluta dos partos brasileiros acontece em unidades hospitalares. Além disso, o percentual de partos cesarianas nesta pesquisa foi de 35,71%, muito acima das metas preconizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde que não deveria ser superior a 15%, o que favorece o fenômeno da dor, dificulta a recuperação da mulher, além de aumentarem os

riscos de infecção entre outros eventos adversos relacionados ao procedimento (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Esclarecem Andreucci e Cecatti (2011) que em todo o território brasileiro o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento é uma iniciativa que visa à criação de um conjunto de ações obstétricas que favoreçam um atendimento humanizado, igualitário e livre de danos. Nesse contexto, o combate à violência obstétrica é ação primordial, uma vez que os partos no Brasil são considerados violentos.

O modelo de atenção integral preconizado pelas políticas de saúde traz como meta o atendimento humanizado ao parto, abrangendo a necessidade de melhorar as condições do atendimento prestado às gestantes, em especial na rede pública de saúde, local que realiza a maior parte dos atendimentos ao parto. Nesse sentido, preconiza-se um atendimento humanizado, transparente, qualificado, respeitando-se a individualidade materna no sentido de promover a sua saúde e a do recém-nascido (LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015).

Apesar da existência de políticas de saúde no Brasil, especialmente relacionadas à saúde da mulher e do recém-nascido, a violência obstétrica permanece como importante problema de saúde pública, algo que pôde ser evidenciado nesta pesquisa através do relato de parto das mulheres. Os estudos de Bohren *et al.* (2015) destacam que a forma de violência mais comum e corriqueira nas unidades hospitalares que prestam assistência ao parto é o emprego de atitudes intimidadoras, faltando o respeito e educação com as usuárias do serviço, bem como piadas e comentários vexatórios relacionados ao peso, à condição socioeconômico e racial. A negligência em relação às dependências em que as gestantes são colocadas também é considerada violência obstétrica, conforme evidenciaram Jorda, Bernal e Álamo (2012), em estudo realizado em Cuba, quando demonstraram descaso com a limpeza e disposição dos alojamentos em que as mulheres eram acomodadas após o parto.

O emprego da cesariana sem indicação clínica foi evidente no relato da entrevistada M3, quando o médico optou por antecipar o parto por meio de uma cesariana agendada. Percebe-se no relato da gestante que essa atitude gerou sentimento de desespero e dúvidas em relação à saúde da criança e da própria mãe. Tesser *et al.* (2015) destacam que essa é uma prática médica comum, no qual esses profissionais impõe tal procedimento utilizando-se de informações parciais ou distorcidas para que sejam bem aceitas pela mulher. Os estudos de Leal *et al.* (2014) e Jorda, Bernal e Álamo (2012) evidenciaram resultados semelhantes, no qual o emprego indiscriminado da cesariana é prática comum na medicina obstétrica, motivada por questões financeiras e, que as políticas atuais não são suficientes para combater essa realidade.

Outra prática de violência obstétrica identificada nos relatos foi a realização indiscriminada do toque vaginal por diferentes profissionais que, além do incômodo relacionado ao procedimento, há a exposição da mulher e de sua intimidade, com repercussões negativas à experiência do parto. Nos estudos de Andrade *et al.* (2016), 19% das mulheres de uma amostra de 562 pacientes sofreram toques vaginais repetidos por diferentes profissionais, relatando que se sentiram desconfortáveis e humilhadas com tal situação. Corroborando com esses autores, Tesser *et al.* (2015) elucidam que a prática repetitiva de toque vaginal, pelo mesmo ou por diferentes profissionais pode ser considerada um abuso físico e uma quebra à humanização do atendimento.

Do mesmo modo, a episiotomia é considerada uma prática agressiva e não pode ser associada ao sentimento de piedade do profissional, como nos relatos da entrevistada M5. A episiotomia tornou-se prática rotineira na assistência ao parto com a finalidade de reduzir danos e dores da mulher relacionada ao parto. No entanto, evidências demonstram aumento do risco de laceração perineal, infecção e hemorragias, bem como complicações como a incontinência urinária e fecal relacionadas a esse procedimento, motivo pelo qual as novas diretrizes desestimulam o seu uso rotineiro (ANDRADE *et al.*, 2016).

O uso de ocitocínicos no soro na tentativa de induzir o parto também foi percebido no relato de M9, que destacou o quanto isso tornou o trabalho de parto doloroso. Nos estudos de Andrade *et al.* (2016) essa prática foi identificada em 41% dos partos estudados e Diniz *et al.* (2015) afirmam que o desconforto desse procedimento para as mulheres é evidente. As diretrizes atuais de atendimento ao parto não recomendam o emprego dos ocitocínicos como prática rotineira, uma vez que, de maneira isolada, não diminuem a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural e também podem levar ao aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal (COSTLEY; EAST, 2012).

Nos estudos de Andrade *et al.* (2016) foi identificado em 31% das gestantes a realização da amniotomia precoce. De acordo com Tesser *et al.* (2015), a amniotomia é realizada com objetivo de acelerar o trabalho de parto natural, representando uma violência obstétrica e prática rotineira em unidades hospitalares. Seu emprego isolado não diminui muito a duração do trabalho de parto e, pode aumentar a possibilidade de cesariana, porque não há garantia que o rompimento da membrana será acompanhado de contrações uterinas e o parto natural pode não ocorrer imediatamente. Aumenta-se ainda o risco de transmissão vertical de infecção maternas específicas como o HIV (SMYTH; MARKHAM, 2013).

Além disso, a manobra de Kristeller é outra violência obstétrica e, em muitos casos as mulheres não percebem este fato. A entrevistada M9 relatou a manobra como sendo uma

tentativa dos profissionais ajudá-la no parto. Andrade *et al.* (2016) identificaram nos seus estudos que 9% das gestantes receberam esse procedimento, o que representa um risco para saúde da mulher e do feto. Além das dores relatadas pela participante M9, afirmam Moiety e Azzam (2014) que esse procedimento está associado a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o recém-nascido, motivo pelo qual é uma prática não recomendada.

Não obstante, a identificação de violência obstétrica nos relatos das mulheres foi possível identificar que a experiência da parturição representou um evento marcante, um evento único e especial permeado por expectativas e sentimentos, pela mulher assumir um novo papel: ser mãe. Estudos como os de Pinheiro e Bittar (2012) e Velho *et al.* (2012) destacam que quando as mulheres vivenciam o parto como experiência única e relevante, percebem no cenário do parto um ambiente saudável e natural para ela e seu bebê. Quando a mãe percebe que a atenção profissional é permeada por carinho e atenção, como destacou M6, vêm na experiência do parto um momento emocionante e favorável à construção da nova identidade, o *status* de ser mãe, cercado por sentimentos e percepções positivas, descritos como alegria, bem estar, alívio e benção de Deus.

Prata, Proganti e David (2014) destacam em sua pesquisa que avanços vêm sendo promovidos no modelo de atenção obstétrica e que, apesar da literatura identificar ainda a ocorrência de diversas formas de violência obstétrica, melhoras já são percebidas em relação ao modo de agir dos profissionais e a estrutura do atendimento, que favorecem a percepção das gestantes de que receberam um bom atendimento. O respeito à autonomia da gestante esteve presente nos relatos de M4 e representa importante passo para a efetivação das Políticas de Humanização do Parto e Nascimento e combate às variadas formas de violência obstétrica. Brüggemann *et al.* (2016) evidenciaram em seus estudos que o respeito à autonomia da mulher é uma forma importante de empoderamento da usuária do serviço de saúde, expressa no atendimento às reivindicações das gestantes. Essas reivindicações não são unicamente a presença de um acompanhante, mas sim a expressão do desejo pelo parto normal conforme relatado por M4 (desde que não haja riscos associados para mãe e feto), além do respeito à sua individualidade.

No presente estudo, todas as mulheres destacaram no seu relato a presença do acompanhante a sua escolha. Os estudos de Andrade *et al.* (2016) afirmaram que várias instituições hospitalares no Brasil privam gestantes da presença do acompanhante e, em seus estudos, encontraram que 5% das mulheres não tiveram a presença do acompanhante autorizada pela instituição. Diniz *et al.* (2014) defendem que a presença do acompanhante

representa uma forma de proteger a gestante contra toda e qualquer forma de violência obstétrica. Além disso, Brüggemann *et al.* (2016) lembram que a presença do acompanhante junto à mulher nas maternidades é um direito estabelecido em lei, e que a presença dessa pessoa favorece a sensação de estar segura, de sentir-se apoiada e bem tratada, como expresso nos relatos das entrevistadas.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio do presente estudo foi possível perceber que a violência obstétrica é fenômeno comum durante o processo de parturição, envolvendo diversas dimensões do sujeito. O tema vem sendo amplamente discutido na literatura nacional e internacional, buscando-se reflexões em torno da temática, propostas de soluções de humanização do parto e mudanças na postura dos profissionais nas maternidades. É importante destacar que, no presente estudo, a violência obstétrica nem sempre é percebida pela mulher como uma forma de violência, decorrente da falta de conhecimento em torno do assunto.

É necessário que haja uma mudança no paradigma de atenção à saúde da mulher durante a gravidez e o parto. Essa mudança não depende apenas dos profissionais de saúde em assumir uma postura mais humanizada e qualificada para o atendimento, mas principalmente das próprias gestantes em buscar conhecimentos sobre a gravidez, sobre seus direitos a uma atenção integral e, de fato, cobrar dos serviços de saúde e dos profissionais o respeito a esses direitos. É preciso que as mulheres se sirvam de seu próprio entendimento, de modo a terem, de fato, autonomia no processo de parturição. Para que haja autonomia é preciso que a mulher tenha conhecimento suficiente para discernir entre as opções e exigir que seus direitos sejam respeitados.

Nos relatos das participantes deste estudo a violência obstétrica emergiu nas posturas agressivas e impacientes com as mulheres, indicação de cesariana sem real necessidade clínica, emprego ostensivo do toque vaginal, amniotomia, episiotomia, manobra de Kristeller e emprego de ocitocínicos no soro. Essas formas de violência foram citadas pelas mulheres como algo gerador de incômodo, dor e desconforto, sendo a experiência do parto considerada horrível em alguns casos.

Por outro lado, houve gestantes que relataram experiências positivas relacionadas ao parto, associando-o a uma benção de Deus, uma experiência feliz em que tudo correu bem. O

respeito a autonomia da paciente e a percepção positiva em torno do atendimento recebido permitiram às mulheres participantes do estudo classificar o atendimento como bom. Houve aqueles que citaram carinho e atenção por parte dos profissionais como ponto positivo do atendimento e, por isso, a experiência de parturição foi considerada boa. Essa situação sugere um avanço nas formas de atendimento, mas o estudo demonstra que ainda há necessidade de melhorias.

Afirma-se que esta pesquisa se limita a quatorze pacientes de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. Apesar disso, trouxe implicações positivas como a compreensão do fenômeno da violência obstétrica como uma forma de violência institucional, multifatorial e recorrente. Permitiu desvelar que não são os lugares, mas sim as pessoas que provocam a violência obstétrica e as gestantes aceitam, sem ao menos perceber que sofreram um ato violento, julgando que o profissional agia com ela por piedade, como no caso da episiotomia. Por outro lado, houve mulheres que não aceitaram atos violentos e tiveram sua autonomia respeitada.

A experiência negativa do parto, associada a dor e a sofrimento é um fenômeno que impacta negativamente na vida da mulher. A atuação dos profissionais de saúde nas maternidades deve, portanto, ser humanizada, acolhedora, esclarecedora, integral e focada nas questões objetivas e subjetivas relacionadas ao pré-natal, gravidez e parto. É no pré-natal, em conjunto com uma equipe que a atenda de maneira integral, que a mulher poderá construir o conhecimento em torno da gestação, parto e puerpério, viabilizando a chegada dessa à maternidade empoderada que não permite que violência obstétrica ocorra, ou pelo menos, dificulte a ocorrência dessa.

Sugere-se um estudo futuro com amostra mais representativa, executado dentro da maternidade, na modalidade observacional e por período de tempo suficiente para caracterizar como a violência obstétrica ocorre. Espera-se que esse estudo sirva de base para provocar a mudança de paradigmas assistenciais no pré-natal, parto e puerpério, promovendo o empoderamento da mulher sobre o ciclo gravídico, para que não permita ser vítima de violência obstétrica.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Rovey. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v.21, n.4, out./dez. 2012.
- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2014, Londrina. *Anais...* Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2014.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v.16, n.1, p.29-37, jan./mar. 2016.
- ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, jun. 2011.
- BARDIN, Lawrence. *Análise de Conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.
- BISCEGLI, Terezinha Soares *et al.* Violência obstétrica: Perfil assistencial de uma maternidade escola do interior de São Paulo. *Rev. Cuidarte Enfermagem.*, v.9, n.1, p.18-25, jan./jun. 2015.
- BOHREN, Megan A. *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Med.*, v.12, n.6, p.1-32, jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de Atenção Básica: saúde da mulher.* Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa: Brasília, 2016.
- BRÜGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v.21, n.8, p.2555-2564, 2016.
- CARNEIRO, Julia Dias. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá a meta da ONU. *BBC Brasil.* Rio de Janeiro, mar. 2015.
- CIELLO, Cariny *et al.* *Dossiê da violência obstétrica “Pariras com dor”.* Rede de Parto do Príncipe. 2012.

COSTLEY, Phillipa L.; EAST, Christine E. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev*. Online, v.5, n.5, 2012.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. *Violência Obstétrica: uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais*. 2015, 46f. Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, sup.1, p.140-153, 2014.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*. São Paulo, v.25, n.3, p.377-84, 2015.

ESCOBAL, Ana Paula de Lima; *et al.* Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. *Rev. Fund. Care*, v.8, n.3, p.4711-16, jul./set. 2016.

FONEITE, Josmery; FEO, Alejandro; MERLO, Judith Toro. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* Caracas, v.72, n.1, p.4-12, mar. 2012.

JORDA, Dailys Garcia; BERNAL, C. Zoe Díaz; ÁLAMO, Marlen Acosta. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, v.7, p.1893-1902, 2012.

LEAL, Maria do Carmo *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, spl.1, p.s17-s47, dez. 2014.

LUZ, Nina Franco; ASSIS, Thais Rocha; REZENDE, Fabrícia Ramos. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Sci*. Goiás, v.40, n.2, p.80-84, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia Científica*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOIETY, Faby M.; AZZAM, Amal Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v.40, n.4, p.946-53, abr. 2014.

OLIVEIRA, Gabriela Dias. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. *Rev eletron de comum inf saúde*. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.1-4, abr./jun. 2015.

OLIVEIRA, Rosana Rosseto *et al*. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. *Rev. Fund. Care*, v.8, n.3, p.4616-22, jul./set. 2016.

PEREIRA, Carlota J.; DOMINGUEZ, Alexa L.; MERLO, Judith Toro. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* Caracas, v.75, n.2, p.81-90, jul. 2015.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*. Canoas, v.37, p.212-227, jan./abr. 2012.

PRATA, Juliana Amaral; PROGIANTI, Jane Márcia; DAVID, Helena Scherlowisk Leal. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.23, n.4, p.1123-1129, out./dez. 2014.

PULHEZ, Mariana Marques. A violência obstétrica' e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10, 2013, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2013.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al*. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.614-20, out./dez. 2015.

SILVA, Ana Lucia Andrade *et al*. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999- 2013. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, v.16, n.2, p.139-148, abr./jun. 2016.

SILVA, Michelle Gonçalves *et al*. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev. Rene*. Fortaleza, v.15, n.4, p.720-728, 2014.

SMYTH, Rebecca; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.*,v.1, 2013.

SOGESP. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo. *Mortalidade Materna Longe da Meta da ONU*. São Paulo, SOGESP, 2015.

TESSER, Charles Dalcanale *et al*. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v.10, n.35, 2015.

VELHO, Manuela Beatriz *et al*. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.21, n.2, p.458-66, abr./jun. 2012.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5.ed. Rio de Janeiro: Bookman, 2016.



Outro.

Qual? \_\_\_\_\_

**Qual a faixa de renda da sua família, incluindo o salário de todas as pessoas que moram na casa?**

Até R\$ 350,00

R\$ 351,00 a R\$ 700,00

R\$ 701,00 a R\$ 1750,00

R\$ 1751,00 a R\$ 3500,00

R\$ 3501,00 a R\$ 7000,00

> R\$ 7000,00

**Quem tem a maior renda da família?**

Você (a própria mulher)  Outra pessoa da família

O companheiro  Outro

**Qual a cor da sua pele?**  branca  preta  parda  amarela

indígena  Não sei / não quero responder

**Tipo de parto ( ) normal ( ) cesárea**

**Motivo da cesárea**

**Historia obstétrica: Gesta: \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_**

**Idade gestacional no dia do**

**parto** \_\_\_\_\_

## **Parte II Entrevista em profundidade**

**Conte-me a história do seu parto, do momento em que você decidiu ir para a maternidade, até o momento em que você recebeu alta.**

**Direcionamento do entrevistador caso essas informações não tenham sido evidenciadas na história do parto.**

E seu atendimento na recepção até o quarto? (se não for falado eu questiono sobre o atendimento no pré-parto e bloco obstétrico)

Durante esse atendimento aconteceu alguma coisa que te chateou? Comente essa situação.

Como você se sentiu durante o trabalho de parto? Se for difícil de responder eu dou alternativa

- Feliz por estar próximo de ver o bebê
- Desprotegida
- Com medo

Caso não obtenha resposta satisfatória a respeito da violência obstétrica, siga com as seguintes perguntas:

- 1) Destes procedimentos você foi submetida a algum:
  - **Em caso de cesárea:** Qual a sua indicação?
  - Houve impedimento de se acompanhada de um familiar/amigo em algum momento da internação;
  - Epsiotomia (o corte);
  - Ocitocina (o soro que aumenta a dor, para acelerar o parto);
  - Tricotomia (Raspagem dos pelos pubianos);
  - Enema (Lavagem intestinal);
  - Indicação de permanecer deitada o tempo todo;
  - Amniotomia ( Ruptura Artificial da bolsa);
  - Toques vaginais repetitivos, feitos de forma grosseira ou realizados por diferentes pessoas;
  - Manobra de Kristeller ( compressão do abdome);
  - Foram feitos comentários maldosos, piadas ou até mesmo você foi maltratada com palavras grosseiras.

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **1 – INTRODUÇÃO**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO**, de autoria de professor e aluno do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida.

### **2 – Objetivo**

Conhecer as formas de violência obstétrica, ocorridas durante o trabalho de parto, a partir de relatos das mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais.

### **3 – Procedimentos do estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de muita importância, pois irá identificar as formas de violência obstétrica, ocorridas durante o trabalho de parto, a partir de relatos das mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. Consistirá em entrevista não estruturada.

Vale ressaltar que a sua participação será voluntária, com total liberdade de recusar-se ou desistir em qualquer fase do estudo. O sigilo de suas informações será garantido assim como sua privacidade do anonimato, você será identificado por siglas ou pseudônimos. Os dados serão analisados e acessíveis a você, e os resultados serão utilizados para fins científicos.

Você não terá nenhuma despesa, decorrente de sua participação na pesquisa, também não haverá nenhum tipo de remuneração pela participação da mesma, sua participação é voluntária.

Deixo de forma bem esclarecedora todas as informações necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa e coloco-me a sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e se por ventura existirem, poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa Milene Silva Rodrigues, pelo telefone – 031 98280756 ou através do e-mail: milenesilvarodrigues@yahoo.com.br.

### **4 – Declaração de consentimento**

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Declaro que fui informado sobre a metodologia de estudo e que tive tempo suficiente para avaliar e entender as informações acima.

Confirmo que recebi uma cópia deste formulário (TCLE) e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como sujeito da pesquisa.

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador .....

Local e data .....

Pesquisador responsável: Milene Silva Rodrigues.

Acadêmico: Emanuele Machado G. Aguiar

## ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO PARA O COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

**Pesquisador:** Milene Silva Rodrigues

**Versão:** 1

**CAAE:** 62449916.9.0000.5093

**Instituição Proponente:**

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 124177/2016

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO que tem como pesquisador responsável Milene Silva Rodrigues, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário de Belo Horizonte/ UNI-BH em 28/11/2016 às 18:13.

Endereço: Av. Professor Mário Werneck, nº 1685  
Bairro: Estoril CEP: 30.455-810  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3319-0254 Fax: (31)3319-0243 E-mail: natalia.andrade@unibh.br

## ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE



UNIVERSIDADE CIÊNCIAS DA VIDA - CURSO DE ENFERMAGEM



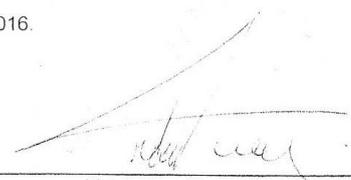
### TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

#### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ao Local: Secretaria de Saúde  
 V.S.<sup>a</sup> Cláudio Ribeiro Figueiredo  
 Cargo: Secretário de Saúde

Encaminhamos a estudante, *Emanuele Machado Gonçalves Aguiar* do Curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida para realização de atividades de pesquisa, a fim de desenvolver seu Trabalho de Conclusão de Curso que tem como proposta conhecer as formas de violência obstétrica, ocorridas durante o trabalho de parto, a partir de relatos das puérperas de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. O projeto de pesquisa será realizado na UBS Benjamin Campolina de Avelar Marques, Sete Lagoas, MG (Pré-projeto em anexo). Este trabalho será desenvolvido sob a orientação da professora, Milene Silva Rodrigues.

Sete Lagoas, 04 de julho, 2016.

  
 Valcir Marcilio Farias  
 Diretor Geral

*De acordo*  
  
 Lara Jamille Silveira Silva  
 Subsecretária de Gestão de Saúde  
 Matrícula: 68.681-SMS/SL  
 27/07/2016