Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2526-4036
Nº 2, volume 3, artigo nº 04, Julho/Dezembro 2018
D.O.I: http://dx.doi.org/xx.xxxxx/xxxx-xxxx/v1n1a1

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL ENTRE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Lara Depes Fornazier
Graduanda do Curso de Medicina, Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. E-mail: laradepes@gmail.com

Nicole Silva Máximo
Graduanda do Curso de Medicina, Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. E-mail: nicolesmaximo@gmail.com

Bianca Magnelli Mangiavacchi
Professora do Curso de Medicina, Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: bmagnelli@gmail.com

Tauã Lima Verdan Rangel
Professor do curso de Medicina, Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ. E-mail: taua_verdan2@hotmail.com

RESUMO

A prevalência de violência obstétrica no Brasil é alta: ¼ das mulheres relata maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e invasivos, como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, tricotomia, ocitocina de rotina e ausência de acompanhante. São incessantes os relatos sobre maus-tratos sofridos pelas mulheres, não só durante o parto, mas em todas as etapas do período gravídico-puerperal, que violam a solenidade da mulher. Este artigo tem como objetivo elucidar as variadas formas de violência obstétrica, principalmente aquelas sofridas por usuárias do SUS; abordar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a violência obstétrica como prática médica; e discorrer sobre os benefícios de um parto humanizado para a mãe e para o recém-nascido. Conclui-se que o conhecimento por parte das mulheres sobre seus direitos, inclusive a exigência da presença de acompanhante de sua escolha durante o parto, é a principal estratégia de enfrentamento da violência obstétrica institucional. Para a elaboração do presente artigo, foram utilizados artigos de revisão e artigos epidemiológicos. Os artigos estudados foram publicados entre os anos de 2007 a 2018. Observou-se que várias são as atitudes dos profissionais de saúde que

desvalorizam e desrespeitam a dignidade da mulher antes, durante e após o trabalho de parto. Assim, essas atitudes devem ser revistas e punidas.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Usuárias do SUS, Mulheres no Período Gravídico-puerperal.

ABSTRACT

The prevalence of obstetric violence in Brazil is high: ¼ of women report physical, psychological and verbal mistreatment, as well as unnecessary and invasive procedures, such as episiotomies, restriction to the prepartum bed, trichotomy, routine oxytocin and companion absence. Reports of mistreatment suffered by women, not only during childbirth, but in all stages of the pregnancy-puerperal period, which violate the woman solemnity, are incessant. This article aims to elucidate the various forms of obstetric violence, especially those suffered by SUS users; to approach the sexual and reproductive women's right and obstetric violence as a medical practice; and discuss the benefits of a humanized birth for the mother and for the newborn. It is concluded that women's knowledge of their rights, including the requirement of the companion's presence of their choice during childbirth, is the main strategy to face institutional obstetric violence. For the elaboration of the present paper, revision articles and epidemiological articles were used. The articles studied were published between the years of 2007 and 2018. It was observed that several are the attitudes of health professionals that devalue and disrespect the dignity of woman before, during and after the labor. Thus, these attitudes should be reviewed and punished.

Keywords: Obstetric Violence, SUS Users, Women in Pregnancy-puerperal Period.

INTRODUÇÃO

O número de mulheres que sofrem violência obstétrica no Brasil é alarmante e, por esse motivo, foi destacada a necessidade de abordar o assunto. Assim, o tema escolhido para o desenvolvimento do artigo é: "Violência obstétrica em mulheres no período gravídico-puerperal usuárias do SUS".

No Brasil, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em 1993, e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000. Os programas foram marcos históricos para a promoção dos direitos humanos das mulheres. No entanto, ainda são altas as taxas de violência sofridas pelas mulheres. Sendo assim, seriam os programas já existentes suficientes para que o número de casos de violência obstétrica diminua entre as brasileiras?

Tendo como objetivo geral analisar o conceito de violência obstétrica e o conhecimento geral da população sobre o assunto. E os objetivos específicos sendo abordar, à luz da revisão

de literatura, a violência obstétrica e como ela influencia na vida da mulher; analisar os modos de violência e suas consequências; colher dados, em Bom Jesus do Itabapoana, sobre o nível de conscientização de violência obstétrica em mulheres.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um artigo no qual o método utilizado foi o dedutivo, porque por meio de análises e estudos de artigos foi possível deduzir os motivos pelos quais alguns profissionais da saúde praticam violência obstétrica em usuárias do SUS. A técnica de pesquisa escolhida foi a de pesquisa analítica de revisão, e o instrumento de pesquisa foi uma pesquisa de campo, com um questionário a ser respondido pelas mulheres no período gravídico-puerperal.

O objetivo deste trabalho foi a realização de uma síntese sobre o tema, a partir da coleta de artigos relacionados com o assunto e de conhecimentos prévios adquiridos em estudos sobre a questão. Para a confecção desta obra, foram utilizados artigos de revisão e artigos epidemiológicos. Os artigos estudados foram publicados entre os anos de 2008 a 2018, e os dados contidos neles foram anotados e trabalhados interdisciplinarmente para que houvesse uma ligação coesa entre as informações coletadas e o tema.

Para a realização deste trabalho, foi feita uma pesquisa de campo, no município de Bom Jesus do Itabapoana, no estado de Rio de Janeiro, na qual foram entrevistadas 61 mulheres, escolhidas ao acaso, que relataram suas experiências no parto, respondendo a um questionário com perguntas específicas relacionadas a essas experiências. Esse trabalho foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER

As primeiras reivindicações explícitas de prerrogativas relativas às mulheres no campo da sexualidade podem ser datadas, no Ocidente, a partir do século XVIII. No entanto, até a década de 1980, no Brasil, assim como na maioria dos países ocidentais, as questões relacionadas à reprodução estavam vinculadas somente à noção de saúde integral da mulher (LIMA, 2013).

Segundo Lemos (2014), os direitos sexuais e reprodutivos da mulher são parte integrante dos direitos humanos e, basicamente, abrangem o exercício da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecidida (LEMOS, 2014). Temporão afirma que a ampliação do acesso pelas mulheres aos métodos contraceptivos

representa indicador importante para avaliar a atenção à saúde da mulher. Em 2006, 99% das mulheres que participaram da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) afirmaram conhecer ou ter ouvido falar de algum método contraceptivo. A prevalência de uso de métodos chega a alcançar 55% já nas primeiras idades (15-19 anos). Mais de 90% das mulheres unidas em todas as idades já praticaram algum tipo de anticoncepção, especialmente pelo uso de métodos modernos de alta eficácia, como pílula, injetáveis, preservativo, entre outros (TEMPORÃO, 2012).

Segundo Lima (2013):

> A sexualidade e a reprodução revelam-se como fenômenos que historicamente têm se prestado como meios de controle do corpo e de disseminação de categorias cognitivas e perspectivas cristalizadas como disposições. Neste contexto, a elaboração da noção de feminino e o papel social das mulheres têm sido alvo da forte influência de posicionamentos fundamentalistas e conservadores, advindos, na sua maior parte, de preceitos religiosos e de outros aspectos culturais, presentes no âmbito do senso comum. [...] Assim, no âmbito das sociedades ocidentais contemporâneas, as quais se pretendem regidas por um Estado de direito democrático, cada indivíduo aspira à igualdade e à libertação das mais diversas formas de discriminação, inclusive quanto ao exercício da sexualidade. Atualmente, diferentes movimentos em todo o mundo apregoam o ideal de que sem igualdade de direito, de fato não há liberdade, e sem a liberdade tampouco existirá a equidade. Os direitos de evitar gravidez, exploração, abuso e assédio sexual revelam-se, deste modo, como alguns dos enfoques que se acham elencados na categoria de direitos humanos fundamentais (LIMA, 2013).

A insegurança em relação ao parto emergiu dos mitos, fantasias e medos que aparecem ao aproximar desse momento, influenciados por múltiplos fatores que extrapolaram a própria evolução fisiológica da gestação. As gestantes convivem com a ambiguidade da alegria de conhecer o filho e o medo de parir, gerada pelas experiências de vida pessoal, pelas histórias de parto ouvidas ou vivenciadas junto a um familiar ou amiga mais próxima, pelas informações dos profissionais de saúde e por tantas outras, acessadas em todas as fontes disponíveis. No processo da parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu bebê e sobre o modo de participação, pois deseja adaptar-se ao modelo hospitalar vigente. O profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, os tratamentos e as alternativas, e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado (SODRE, 2010).

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PRÁTICA MÉDICA

Durante o processo parturitivo, inúmeras mulheres são vítimas de abusos e tratamento desrespeitoso no âmbito das instituições de saúde. A pesquisa Nascer no Brasil afirma que

vinte e cinco por cento das mulheres que têm partos normais no Brasil referem terem sido vítimas de violência nas maternidades. Essa realidade, que atinge diversos países do mundo, além de violar os direitos dessas mulheres a um atendimento de qualidade, coloca em risco a sua integridade física e mental em um momento de extrema singularidade. Sendo assim, além de caracterizar um problema de saúde pública, trata-se também de uma questão de direitos humanos (CARVALHO; BRITO, 2017).

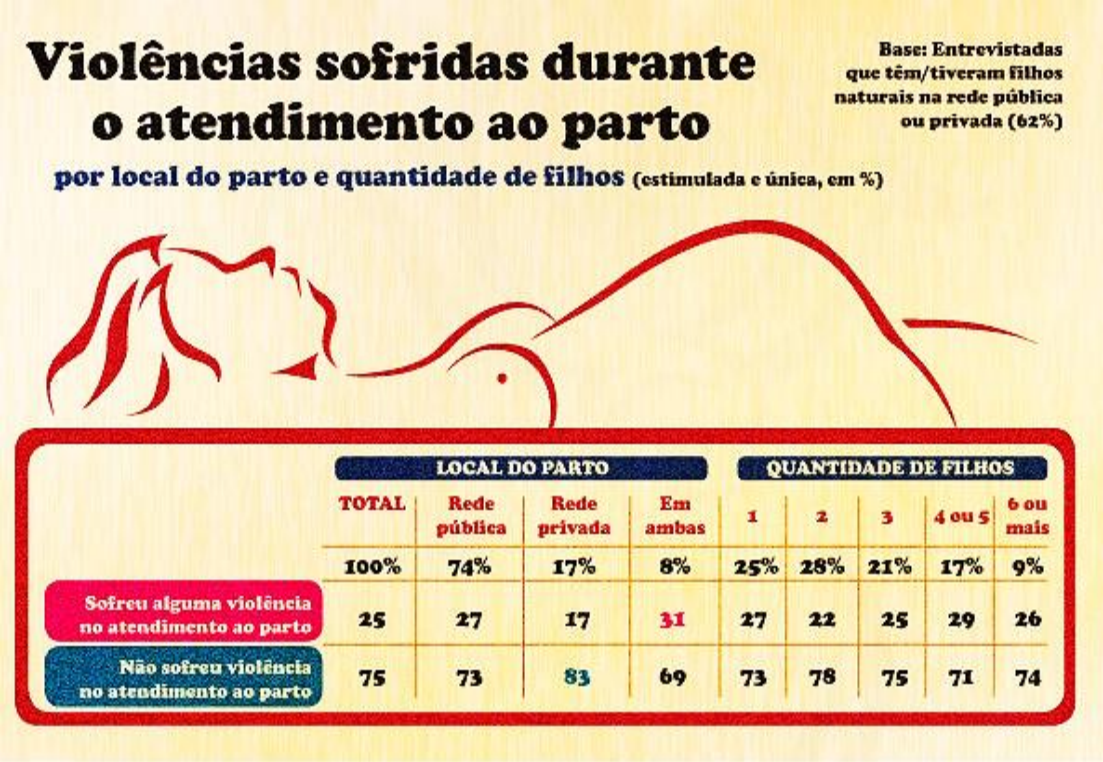

Figura 01. Porcentagem de mulheres vítimas de violência obstétrica.
Fonte: Ministério da Saúde e Agencia Nacional de Saúde Complementar, s.d.

De acordo com Sena e Tesser (2017), “violência obstétrica” é uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico-profissional. É expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Além disso, ocorre também com frequência o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários, gerando potenciais riscos e sequelas para a mãe e o bebê (SENA; TESSER, 2017). A violência obstétrica é, por vezes, apresentada de forma tão sútil que chega a ser difícil de enxergá-la e, consequentemente, dar maior notoriedade à temática (CARVALHO; BRITO, 2017).

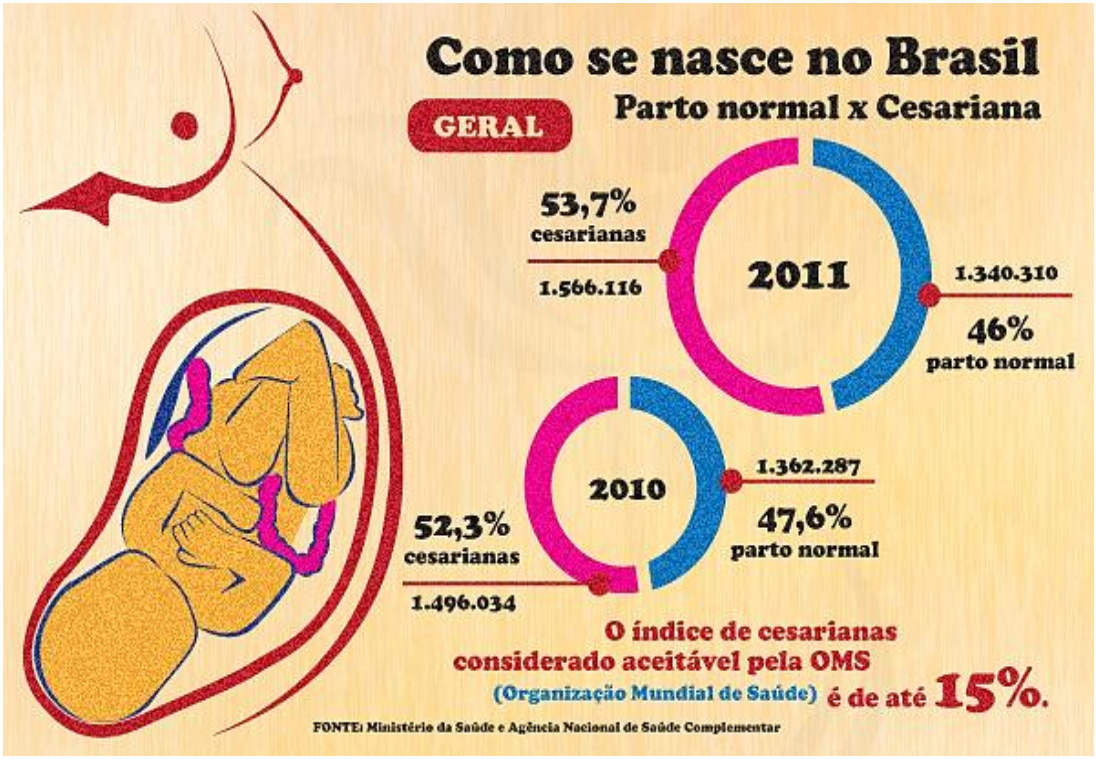

Figura 02. Alto índice de cesáreas feitas no Brasil.
Fonte: Ministério da Saúde e Agencia Nacional de Saúde Complementar, s.d.

Entre esses procedimentos desnecessários aos quais esta pesquisa se refere, podem ser citados os procedimentos de rotina realizados dentro de hospitais, como a episiotomia (corte na região do períneo), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o enema (lavagem intestinal), uso de ocitocina sintética com intuito de acelerar as contrações uterinas, uso da anestesia, do fórceps, o jejum de comida e água, exames de toque frequentes, o rompimento artificial da bolsa e a posição horizontal da mulher (PULHEZ, 2013).

Carvalho e Brito (2017) mencionaram um estudo sobre a violência institucional na perspectiva de usuárias de maternidades de São Paulo, Brasil. A pesquisa retratou a realidade de parturientes vistas como ‘escandalosas’. Esse atributo caracteriza a mulher que grita, não faz força e\ou aciona frequentemente a equipe. Para as entrevistadas, essas estão mais sujeitas a serem mal atendidas, restando-lhe como única opção, silenciar. Quando uma mulher silencia, não tenta omitir apenas a dor física, mas também seus medos, seus anseios, suas dúvidas. Este é o mais claro exemplo de repressão sofrido pela mulher durante o processo parturitivo: não poder se expressar livremente em sua singularidade em uma ocasião de desconforto, sobretudo causado pela dor do trabalho de parto. (CARVALHO; BRITO, 2017).

Diante deste quadro, os profissionais de saúde desempenham um importante papel ao colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável, humana e humanizadora. Todavia, parte dos profissionais de saúde encara esse tipo de violência como normal e rotineiro. Por outro lado, as mulheres em trabalho de parto não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê. Dessa forma, após a parturição, a provável euforia vivenciada pela mulher pode resultar, de certa forma, no esquecimento dos maus tratos, conforme mencionam Wolff e Waldow (2008).

Ademais, pode-se admitir que a violência obstétrica é, de certo modo, ensinada nas faculdades de Medicina, uma vez que o ensino de obstetrícia no Brasil requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado. Isso levou a uma cultura de ensino do uso não informado e não consentido das vaginas das parturientes mais pobres, usuárias do SUS, pelos alunos de medicina, para o treinamento de habilidades cirúrgicas. Logo, a própria faculdade normaliza esse tipo de situação para os futuros médicos, porque não reconhece esse tipo de ação como violação de direitos, promovendo um ensino de habilidades descolado do ensino de valores e direitos das usuárias do SUS (DINIZ *et al*, 2016). Em muitas escolas médicas, a episiotomia é a primeira oportunidade dos médicos de praticar habilidades cirúrgicas, cortando e suturando a vagina das mulheres pobres. Esse quadro é resultado de uma sociedade na qual persistem a normalização e a impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero, classe e raça/etnia (DINIZ *et al*, 2016).

No que tange ao grupo de risco, Sena e Tesser (2017) afirmam que muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV (SENA; TESSER, 2017). Para Andrade *et al* (2016), muitas vezes, a relação entre profissionais de saúde e pacientes de camadas socioeconômicas desfavorecidas é marcada pela desconfiança, desrespeito, conflito e maus tratos, tornando-se também fator importante no uso das intervenções desnecessárias, principalmente episiotomias em mulheres negras, pobres, nordestinas e estrangeiras (ANDRADE *et al*, 2016).

Em mulheres de grupos socioeconômicos mais elevados, muitas intervenções desnecessárias foram realizadas, porque essas estão mais propensas a sofrer os efeitos adversos do uso da tecnologia médica. Já em mulheres socioeconomicamente

desfavorecidas, houve uma maior utilização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica (LEAL *et al*, 2014).

O PARTO HUMANIZADO E OS BENEFÍCIOS PARA A MÃE E O RECÉM-NASCIDO

Sena e Tesser (2017) afirmam que, desde as décadas de 1980 e 1990, alguns profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, bem como uma parcela do movimento feminista, vêm promovendo a discussão sobre a violência no parto e formas de combatê-la. Igualmente, também mencionam que o movimento pela humanização do parto no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, com foco em ressignificar a assistência e centralizar a figura da mulher. (SENA; TESSER, 2017).

A violência obstétrica também foi objeto de políticas de saúde no final da década de 1980: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconheceu o tratamento impessoal e, muitas vezes, a atenção agressiva à saúde da mulher. Contudo, enquanto o assunto estava na agenda feminista e até mesmo nas políticas públicas, foi relativamente negligenciado diante da resistência de profissionais e outras questões prementes na agenda dos movimentos. Ainda, a violência obstétrica esteve presente em iniciativas como a formação para o atendimento de mulheres vítimas de violência, como nos cursos promovidos desde 1993 pela *Feminist Collective Sexuality and Health* e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP (DINIZ *et al*, 2015).

Neste contexto de políticas de saúde, a Fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possuiu papel de destaque. Todavia, apenas nos anos 2000 o tema intensificou-se e passou a constituir um campo de investigação formal no país (SENA; TESSER, 2017). Wolff e Waldow (2008) dizem que humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde, em humanizar as pessoas. Inclui a atitude e a postura que se assume diante da vida e do modo como interagir com os outros. Sendo assim, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um (WOLFF; WALDOW, 2008). Durante o parto, a mulher necessita de atenção, esclarecimentos sobre o que será feito, respeito e empatia, e acima de tudo, a possibilidade de participar ativamente dessa fase de sua vida. Entretanto, quando essas atitudes não estão presentes, o desfecho do parto e do nascimento pode ser desfavorável, chegando, por vezes, a representar uma experiência negativa na vida daquela que a vivencia e podendo afetar também o bebê. (CARVALHO; BRITO, 2017).

Na batalha pela conscientização em relação à violência obstétrica, a internet assumiu papel de destaque entre as demais mídias, tanto em função das inúmeras possibilidades que permite quanto por tornar possível que o usuário não seja apenas um receptor passivo da informação, e, sim, interaja ativamente com ela, muitas vezes produzindo-a (SENA; TERRERS, 2017). No contexto latino-americano, duas características tornam o uso da internet uma ferramenta de ação ainda mais estratégica: o fato de ser uma das regiões mais conectadas digitalmente no mundo e, simultaneamente, ser das mais violentas. Com isso, os governos e a própria sociedade estão fazendo uso da aplicação de abordagens inovadoras para combater as diferentes formas de violência utilizando a expansão da conectividade (SENA; TESSER, 2017).

Tesser *et al* (2015) dizem que a quase duas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) compilou informações sobre a assistência ao parto normal, expondo as condutas obstétricas recomendadas e que devem ser mantidas; as danosas ou prejudiciais, que devem ser abolidas; e as práticas inadequadas. Baseado nesse documento, em 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento a fim de garantir as recomendações e direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Entende-se por parto humanizado aquele que, independente de ser normal, natural ou cesariano, respeita a mulher como pessoa e um ser com especificidades, não aplicando métodos e padrões indiscriminadamente, tornando a assistência individualizada para cada um, de acordo com a sua necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.).

Cruz, Sumam e Spíndola (2007) afirmam que a vertente humanizadora do parto preconiza que os profissionais devem estimular a aproximação entre a mãe e o bebê no pós-parto imediato, em contato pele a pele, visto que essa interação favorece o estabelecimento precoce do vínculo entre mãe e bebê. A importância da proximidade e do toque é relatada por pesquisas que evidenciam as vantagens no estado de saúde, atenção e responsividade dos filhos que foram carregados no colo em comparação com os que não o foram. Os bebês acariciados pela mãe logo após o nascimento apresentavam uma incidência menor de complicações como gripes, vômitos e diarreias em relação aos que não receberam esse carinho (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

Ainda em consentimento com as autoras, a existência de um período sensível, imediatamente após o parto, constitui em contato intenso da mãe com o seu bebê, proporcionando a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando continuidade ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intrauterina. Outro benefício desse contato inicial inclui o estreitamento da atração emocional entre a nova mãe e o recém-

nascido. Na vivência do parto humanizado de mães adolescentes, em pesquisa feita por Cruz, Sumam e Spíndola (2007), foi observado que o corpo do bebê junto ao corpo da mãe, agiam sincronicamente, respiravam numa cadência harmônica, olhavam-se, conheceram-se pelo toque, cheiro e entregavam-se passivamente um ao outro. Nestas descrições, podemos notar o desejo e a necessidade de sentir seus bebês logo após o nascimento, para que possam estabelecer contato físico, pele a pele. Manter mãe e bebê juntos logo após o nascimento parece iniciar e estimular a preparação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, o que torna importantíssima a prática de partos humanizados (Cruz; Sumam; Spíndola, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização deste trabalho, foi feita uma pesquisa de campo, na qual foram entrevistadas 61 mulheres, escolhidas ao acaso, no município de Bom Jesus do Itabapoana, que relataram suas experiências durante o parto. Elas responderam um questionário contendo perguntas específicas relacionadas as suas experiências durante esse processo.

Mais da metade das mulheres (55,7%) entrevistadas afirmaram não terem sido informadas sobre todos os procedimentos que seriam realizados durante todo o processo de pré-parto, parto e pós parto, demonstrando a falta de autodeterminação sobre o corpo sofrida pelas estas mulheres (Gráfico 1).

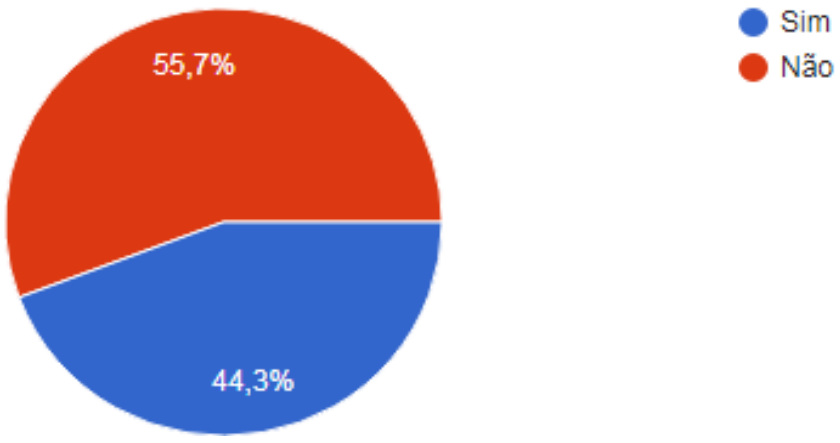

Gráfico 01. Percentual quanto à informação à parturiente de todos os procedimentos que foram realizados durante o parto. **Fonte**: Elaboração Própria, 2018.

Quando perguntadas sobre a forma como foi realizado o exame de toque, 45,9% das mulheres afirmam que o exame de toque foi feito de forma dolorosa, podendo ser considerado muito relevante dentro dos parâmetros e caracterizações de violência obstétrica. Mesmo que o percentual de mulheres que afirmaram ter recebido algum tipo de medicamento ou ação para alívio da dor, 26,2% das entrevistadas afirmam não ter recebido nenhum tipo de opção nesse caso por negação do profissional da saúde.

O controle da dor no parto normal, se necessário, é um direito da mulher Brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde nº 2815 de 1998 (e posteriormente a de nº. 572 de 2000), incluem a analgésia de parto na tabela de procedimentos obstétricos Remunerado pelo Sistema Único de Saúde.

Embora haja no Brasil a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em muitos casos não existe o preparo dos profissionais da saúde durante o atendimento à parturiente, havendo grande desconforto durante o processo de parto. Em nosso estudo, 14,8% das mulheres entrevistadas afirmaram ter escutado palavras em tom elevado por parte da equipe profissional no momento do parto. Além disso, 21,3% das entrevistadas afirmaram terem sofrido xingamentos, humilhações ou recebido expressões de tom irônico. Apenas 6,6% das entrevistadas afirmam ter sofrido algum violência física e nenhumas das entrevistadas relatou ter sofrido assédio sexual por alguém da equipe profissional de saúde.

Esses nossos resultados corroboram com o estudo de Sena e Tesser (2017) que relata que muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas e submetidas a situações humilhantes, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação.

Além disso, 59% das mulheres entrevistadas disseram não terem tido o direito a um acompanhante de sua escolha no momento do parto, apesar de seja um direito garantido pela Lei Nº 8.080 e reafirmado na Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto.

23,3% das mães relatam a separação de seus bebês sem justificativa após o nascimento (gráfico 2). Nesse sentindo, o MS, juntamente com as diretrizes sobre a atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) preconiza que, em casos de RN saudáveis, o contato pele-a-pele imediato e contínuo deve ser assegurado pois favorece o laço afetivo entre mãe e filho e é fator determinante para iniciação de processos fisiológicos maternos,

com o processo de amamentação (BRASIL, 2014).

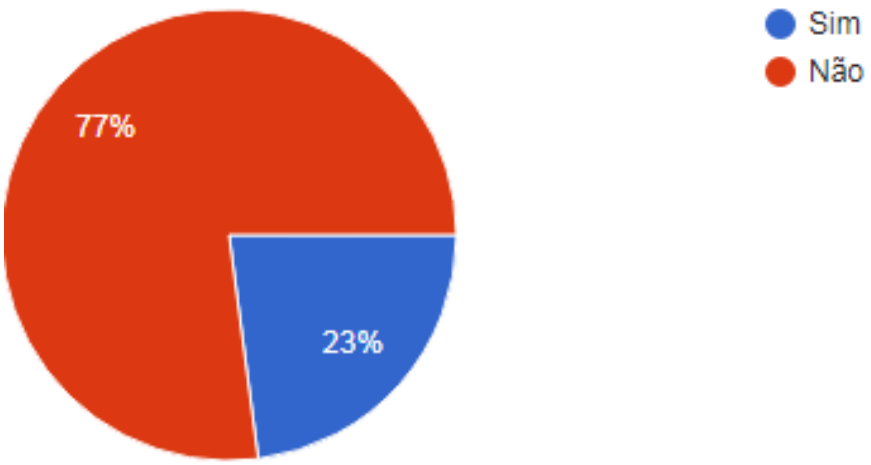

Gráfico 02. Percentual de separação do bebê da mãe sem justificativa após o nascimento.
Fonte: Elaboração Própria, 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é um ato tão prevalente e estrutural no Brasil, que até mesmo as próprias vítimas têm dificuldades para identificá-lo e, mais ainda, para denunciar tal fato. Neste parâmetro, o reconhecimento da humanização do parto como direito fundamental de todas as mulheres é significativo para a mudança de paradigma. Um ponto a ser destacado é que essa condição cultural aplica-se também ao atendimento à saúde da mulher, principalmente no campo da obstetrícia. É imprescindível o compromisso de gestores, profissionais de saúde, instituições formadoras no aumento desse debate e na busca de soluções para a promoção dos direitos das mulheres, além da necessidade de empoderamento dessas e de suas famílias, no intuito de desnaturalizar a violência obstétrica. Assim, o termo sorte deixará de ser atribuído a um atendimento apropriado.

Durante esse estudo, foi realizada uma pesquisa de campo, na qual verificou-se o desconhecimento das entrevistadas sobre o tema, as quais muitas das vezes não conseguiam ao menos compreender as perguntas presentes no questionário, demonstrando ainda mais a falta de informação e acompanhamento das gestantes e parturientes durante o processo de pré-natal.

Além disso, foi possível notar o receio sentido por muitas delas em assumir situações de possível violência sofrida, muito provavelmente pelo medo das consequências que poderiam ser geradas para os médicos responsáveis por seus atendimentos. Por esse motivo, muitas entrevistadas relutavam ao responder quando questionadas sobre algum assunto específico. Ademais, também foi possível concluir a discrepância entre os resultados dessa pesquisa de campo com relação aos dados nacionais onde o Ministério da Saúde afirma que 25% das brasileiras sofrem algum tipo de violência obstétrica sendo que em nossa pesquisa, a maioria das mulheres afirmaram terem sofrido algum tipo de violência obstétrica, número esse que ultrapassa grandemente o esperado.

Conclui-se que a falta de conscientização feminina sobre o tema e também muitas vezes a falta de recordação de sua experiência durante o parto foram responsáveis por produzir dados de certa forma divergentes, porém extremamente preocupantes. Fica clara, então, a urgência com a qual este assunto deve ser tratado pelo gestores de saúde local, principalmente para que a violência obstétrica entre as mulheres possa ser tratada como um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

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. In: **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em 25 ago. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde:** Você sabe o que é violência obstétrica? Disponível <em: http://www.blog.saude.gov.br/lmna6o>. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____ . **Ministério da Saúde**, Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Parto natural e presença de acompanhante são direitos de toda mulher. Citado (em 2010 jun. 30).

_____ . Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 371, de 7 de Maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 maio 2014: Seção 1. [acesso em 1 out 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. In: **Enfermería Global**, n. 47, p. 80-88, jul. 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf. Acesso em 03 out. 2018.

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos; SUMAM, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. In: **Rev**

Esc Enferm USP, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41672/45281. Acesso em 10 nov. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. In: **Interface (Botucatu),** Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>. Acesso em 27 ago. 2018.

DINIZ, Simone Grilo et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. In: **J. Hum. Growth Dev.,** São Paulo , v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 out. 2018.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil:** pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em 15 set. 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 25 ago. 2018.

LEMOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. In: **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, jun. 2014. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200244&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Nov. 2018

LIMA, Sarah Dayanna Lacerda Martins. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: expressões das políticas públicas do município de Fortaleza, 2013. In: **UECE**. Disponível em: <http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/sarah_dayanna_lacerda.pdf > Acesso em: 15 nov. 2018.

PULHEZ, Mariana Marques. A "violência obstétrica" e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: Interface: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10, **ANAIS**..., Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. In: **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em: 25 ago. 2018.

SODRE, Thelma Malagutti et al . Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 452-460, Sept. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2018.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013>. Acesso em: 25 ago. 2018.

TEMPORAO, José Gomes. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 64, n. 2, p. 21-23, June 2012 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2018.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. In: **Saude soc**., São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, set. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>. Acesso em: 25 ago. 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. In: **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 25 ago. 2018.

SOBRE O(S) AUTOR(ES):

AUTOR 1: Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: laradepes@gmail.com

AUTOR 2: Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: nicolesmaximo@gmail.com;

AUTOR 3: Professora Colaboradora. Mestre (2007-2009) e Doutora (2010-2016) em Biociências e Biotecnologia pela UENF; Especialista em Gestão em Saúde Pública pela UFF (2012-2014); Especialista em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (2017-2018); Bacharel em Ciências Biológicas pela UENF; Licenciada em Biologia pelo IFES; Professora e Coordenadora do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana de São Carlos – FAMESC. Email de contato: bmagnelli@gmail.com

AUTOR 4: Professor Orientador. Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2018) em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista *Lato Sensu* em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). Professor do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana de São Carlos – FAMESC. E-mail: taua_verdan2@hotmail.com