



## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL

**Natasha Cecilia Silva Vilela<sup>1</sup>, Isabela Ulthes Fonseca<sup>2</sup>, Daniela Teixeira Borges<sup>3</sup>, Shana Ginar da Silva<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul, RS, Brasil. E-mail: natasha.vilelacs@gmail.com

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul, RS, Brasil. E-mail: ise.ulthes@gmail.com

<sup>3</sup>Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: daniela.borges@uffs.edu.br

<sup>4</sup>Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas. Residência Multiprofissional em Saúde. Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: shana.silva@uffs.edu.br

### RESUMO

**Introdução:** A Violência Obstétrica (VO) refere-se a qualquer tipo de violência, mental, física ou verbal realizado por qualquer responsável pela assistência do ciclo gravídico puerperal. **Objetivo:** Identificar e analisar as principais formas de VO sofrida por usuárias do Sistema Único de Saúde, como fatores sociodemográficos associados. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado entre novembro de 2022 e abril de 2023. **Resultado:** Foram incluídas na pesquisa n=100 mulheres, das quais identificou a ocorrência de VO em 9%, no entanto, 40% das participantes não sabem o que é VO. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e ocorrência da VO. **Conclusão:** Apesar de menos de 1/10 relatar ter sofrido VO, 40% das mulheres não sabem o que é, dificultando uma análise real da frequência da situação. Os achados alertam, também, para as principais características e proporciona uma melhor compreensão de como a VO ocorre na assistência ao parto.

### INTRODUÇÃO

O parto é um momento marcante e esperado para as mulheres e a família, sendo muitas vezes idealizado ao longo da vida. Quando a mulher inicia o acompanhamento do seu período gestacional ou inicia o trabalho de parto, ela busca encontrar apoio, compreensão e ainda apresenta preocupações com sua saúde e da criança. Esse é um momento único e cheio de emoções e todas as experiências vividas nesse período, sejam elas positivas ou negativas, ficam marcadas para o resto da vida (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, visando garantir uma boa experiência durante a assistência ao parto, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento



(PHPN), implementado em 2000, cujo propósito é garantir a melhoria do acesso, cobertura e qualidade dos serviços de saúde ao longo de todo ciclo gravídico-puerperal. E a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, atualizou as recomendações de 1996, um guia prático sobre a condução do parto normal, que discorre sobre a atenção integral à mulher, do compartilhamento de informações com a gestante e acompanhantes, além do tratamento da dor (BRASIL, 2000; WHO, 2018).

Apesar de existirem diretrizes nacionais e internacionais nem sempre o que é recomendado é seguido no cotidiano da assistência obstétrica, tanto em serviços de saúde públicos como nos privados. Desse modo, o parto que é um momento idealizado nem sempre é seguido da maneira esperada, e muitas mulheres acabam passando por experiências traumáticas, e onde deveriam encontrar assistência e acolhimento são tratadas com desrespeito e agressão (CIELLO et al., 2012). A violência ocorrida no momento da assistência ao parto é conhecida como violência obstétrica, um termo ainda sem uma definição única, mas que se caracteriza como qualquer ato, realizado por qualquer pessoa durante o acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e o período puerperal, que agrida, de forma física ou verbal a gestante (AMARAL, 2021).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde, reconheceu a violência obstétrica (VO) como um problema de saúde pública que viola os direitos humanos fundamentais das mulheres, descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (OMS, 2014). No Brasil, ainda não existe uma legislação federal que especifique e exemplifique o que é VO, no entanto, existem respaldos na Constituição Federal e em resoluções que garantem a proteção da gestante na hora do parto, do acompanhamento pré-natal e pós-parto. Entretanto a falta de uma legislação clara e objetiva acerca do tema dificulta que as vítimas reconheçam e saibam dos seus direitos na hora do pré-natal, parto e período puerperal (SOUZA, 2021).

Apesar de ser um tema ainda pouco explorado cientificamente, no Brasil, um quarto das mulheres que tiveram partos normais relatam ter sofrido maus tratos e desrespeito durante a assistência ao parto (VENTURI et al., 2010). As formas mais comuns de violência, segundo o estudo, são procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, gritos e recusa de atendimento. A pesquisa Nascir no Brasil, identificou a ocorrência de episiotomia em 56%, litotomia em 92% e da manobra de Kristeller em 37% dos partos vaginais (LEAL et al., 2014).

Além disso, após mulheres passarem pela experiência traumática de serem vítimas de VO, muitas apresentam sinais de estado depressivo no início do seu período de pós-parto (ROCHA;



GRISI, 2017). O que ainda pode interferir na relação materno infantil e influenciar no cuidado à saúde do bebê (SANTOS, 2013), podendo deixar marcas por toda à vida.

É durante a gestação, na Atenção Básica, que a mulher recebe a assistência pré-natal, com um importante papel na prevenção, promoção da saúde e no tratamento dos problemas que ocorrem durante todo o período gravídico puerperal (BRASIL, 2002). É nesse período que a mulher reconhece os riscos e as características do seu parto e deve receber orientações sobre a evolução da gestação e o trabalho de parto, garantindo um parto e nascimento saudável (DIAS, 2014).

Dessa forma, faz-se necessário ampliar o conhecimento acerca do tema, para compreender as principais características da violência obstétrica, assim como ter melhor compreensão de como o evento ocorre no cenário da assistência ao parto no âmbito do Sistema único de Saúde. Sendo assim, diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar a frequência e as principais formas de violência obstétrica sofrida por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos e clínicos associados.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico transversal com abordagem descritiva e analítica, sendo uma análise preliminar de um recorte de dados coletados do projeto "Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde". O estudo foi realizado no período de novembro de 2022 e abril de 2023 nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul.

Para composição da amostra foram consideradas elegíveis usuárias com idade maior ou igual a 12 anos, que possuam filhos de até 2 anos e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis. Todas as usuárias presentes nas unidades, para realização de acompanhamento puerperal, foram convidadas a participar do estudo.



A coleta de dados foi feita a partir de entrevistas, face a face, realizadas nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados.

Para avaliar o desfecho em avaliação nesse estudo, que será a prevalência da violência obstétrica, foram utilizadas 2 questões para determinar a ocorrência ou não de violência obstétrica. Respostas afirmativas para as questões: “Você sofreu violência obstétrica? ”, “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê”, foi utilizada para caracterizar a ocorrência de violência obstétrica contra as participantes. As características sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos), clínicas do último parto (semanas de gestação, local de parto, satisfação com o parto e tipo de parto) e de saúde (número de consultas pré-natal, recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto e elaboração de plano de parto) foram utilizadas como exposições nesse trabalho.

Para a digitação dos dados utilizou-se o programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se deu no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistiu em uma estatística descritiva com a apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a análise da variável dependente (VO) em relação às independentes (idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos) foi aplicado o teste do qui-quadrado. O nível de significância estatístico considerado nesse estudo foi de  $p < 0,05$ . A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de número: 5.761.013. A participação dos indivíduos foi voluntária e o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado pelos participantes antes da coleta de dados.

## **RESULTADOS**

No total, 100 participantes foram incluídos no estudo. A Tabela 1 apresenta os resultados da amostra estudada em relação às características sociodemográficas das participantes. Observou-se predomínio de mulheres entre 18 e 29 anos (67%), de cor da pele branca (58%), que possuíam cônjuge (81%) e apenas um filho (40%). Quanto as variáveis econômicas, 30% das entrevistadas tinham o ensino médio completo e a maioria das participantes possuía uma renda familiar entre um e dois salários mínimos (50,5%).



**Tabela 1.** Características sociodemográficas de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, 2023 (n=100).

Variáveis	n	%
<b>Idade</b> (anos completos)		
≤ 17	2	2,0
18 – 23	33	33,0
24 – 29	34	34,0
30 – 34	17	17,0
≥ 35	14	14,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	19	19,0
Ensino Fundamental Completo	13	13,0
Ensino Médio Incompleto	26	26,0
Ensino Médio Completo	30	30,0
Ensino Superior Incompleto	6	6,0
Ensino Superior Completo	6	6,0
<b>Cor da Pele</b> (autorreferida)		
Branca	58	58,0
Parda	33	33,0
Preta	9	9,0
<b>Renda Familiar</b> (em R\$ n= 97)		
< 1000	7	7,2
1000 – 1299	9	9,3
1300 – 2599	49	50,5
2600 – 3899	17	17,5
≥ 3900	15	15,5
<b>Estado Civil</b>		
Casada	81	81,0
Solteira	18	18,0
Viúva	1	1,0
<b>Número de Filhos</b>		
1	40	40,0
2	30	30,0
3	22	22,0
≥ 4	8	8,0

Os dados sobre o parto e assistência pré-natal estão descritos na Tabela 2. Na amostra estudada, 98% das participantes realizaram o acompanhamento pré-natal e dentre elas 73,5% receberam orientação sobre parto, seus direitos e local de referência para procurar no momento do parto, e apenas 26,8% receberam orientação para elaboração de um plano de parto. Quanto ao número



de consultas, a média foi de nove consultas pré-natal, em que a maioria iniciou durante o primeiro trimestre de gestação (68,4%).

Em relação à satisfação com parto, 10% das participantes relataram que foi muito ruim ou ruim, sendo 30% dessas relataram a negligência do local como motivo para isso. O uso da ocitocina e a dor com o seu uso foram também motivos que levaram a essas respostas (2%).

**Tabela 2.** Dados do parto e acompanhamento pré-natal de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, 2023 (n=100).

Variáveis	N	%
<b>Tipo de Parto</b>		
Cesárea	50	50,0
Vaginal	45	45,0
Vaginal com fórceps ou vácuo extrator	5	5,0
<b>Local do Parto (n=99)</b>		
Hospital Público/ SUS	96	97,0
Hospital Privado	2	2,0
Domiciliar	1	1,0
<b>Satisfação com o Parto (n=99)</b>		
Muito Bom	35	35,4
Bom	45	45,4
Indiferente	9	9,1
Muito Ruim	2	2,0
Ruim	8	8,1
<b>Idade Gestacional (n= 99)</b>		
≤ 31	2	2,0
32 – 36	12	12,1
37 – 41	82	82,8
≥ 42	3	3,1
<b>Acompanhamento Pré-Natal</b>		
Sim	98	98,0
Não	2	2,0
<b>Número de Consultas Pré-Natal (n=63)</b>		
≤ 5	8	12,7
6 – 10	37	58,7
≥ 11	18	28,6
<b>Início do Pré-Natal</b>		
Primeiro Trimestre	67	67,0
Segundo Trimestre	29	29,0
Terceiro Trimestre	2	2,0
Não realizou pré-natal	2	2,0
<b>Orientação sobre parto e seus direitos (n=98)</b>		
Sim	72	73,5
Não	26	26,5
<b>Orientação sobre plano de parto (n=97)</b>		
Sim	26	26,8
Não	71	73,2



Nas participantes que realizaram parto vaginal (50%), 36% delas relataram o uso de ocitocina, 12% foram proibidas de sair da cama ou caminhar durante o trabalho de parto e em 10% foi realizada a manobra de Kristeller. O exame de toque foi feito na maior parte das pacientes e dentre elas 50% desses, foram realizados por diferentes profissionais. Em relação à realização da episiotomia, 24% relataram ter sido feito durante o parto, e entre essas 30% não foram informadas e/ou não foram anestesiadas.

Durante o estudo, 8,2% relataram ter sido deixadas sozinhas, sem explicação e sem atendimento, 7,1% não tiveram suas dúvidas sanadas, 6,1% sofreram piada e deboche e, 5,1% relatam ter sido ameaça, humilhada e xingada por algum profissional da saúde. Sobre o acompanhante durante a internação e trabalho de parto, apenas 2,1% relatou que a maternidade não permitia (Tabela 3).

**Tabela 3.** Acontecimentos durante parto/cesárea de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Passo Fundo, RS, 2023 (n=100).

Variáveis	N	%
<b>Alguma vez sofreu violência obstétrica</b>		
Sim	6	6,0
Não	54	54,0
Não sabe o que é violência obstétrica	40	40,0
<b>Violência/maus tratos no último parto</b>		
Sim	5	5,0
Não	94	94,0
Não sabe/ Não lembra	1	1,0
<b>Escolheu a posição do parto (n=50)</b>		
Sim	21	42,0
Não	29	58,0
<b>Realização da Manobra de Kristeller (n= 50)</b>		
Sim	5	10,0
Não	45	90,0
<b>Realização da Episiotomia (n=50)</b>		
Sim	12	24,0
Não	36	72,0
Não sabe/ Não lembra	2	4,0
<b>Episiotomia Informada (n=12)</b>		
Sim	10	83,3
Não	2	16,7
<b>Episiotomia com Anestesia (n=12)</b>		
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
<b>Pedido atendido para alívio da dor (n=13)</b>		
Sim	8	61,5
Não	5	38,5
<b>Pedido atendido para líquido ou alimento (n=11)</b>		
Sim	6	54,5



Não	5	45,5
<b>Proibida de sair da cama ou caminhar (n=50)</b>		
Sim	6	12,0
Não	44	88,0
<b>Exame de Toque por diferentes profissionais (n=48 )</b>		
Sim	24	50,0
Não	24	50,0
<b>Uso Ocitocina (n=50)</b>		
Sim	18	36,0
Não	32	64,0
<b>Acompanhante (n=98)</b>		
Sim, a maior parte do tempo	13	13,3
Sim, todo o tempo	82	83,7
Não, a maternidade não permitia	2	2,0
Outro	1	1,0
<b>Lavagem Intestinal (n=98)</b>		
Sim	5	5,1
Não	89	90,8
Não sabe/Não lembra	4	4,1
<b>Obrigatoriedade da raspagem dos pelos (n=98)</b>		
Sim	2	2,1
Não	94	95,8
Não sabe/ Não lembra	2	2,1
<b>Rompimento da bolsa (n=98)</b>		
Sim	32	32,7
Não	60	61,2
Não sabe/ Não lembra	6	6,1
<b>Alguém deixou de responder alguma dúvida (n=98)</b>		
Sim	7	7,1
Não	91	92,9
<b>Alguém gritou, xingou, humilhou ou ameaçou (n=98)</b>		
Sim	5	5,1
Não	93	94,9
<b>Alguém repreendeu por chorar ou gritar (n=98)</b>		
Sim	3	3,1
Não	95	96,9
<b>Alguém debochou ou fez piada (n=98)</b>		
Sim	6	6,1
Não	90	91,8
Não sabe/Não lembra	2	2,1
<b>Alguém deixou sozinha e sem explicação (n=98)</b>		
Sim	8	8,2
Não	90	91,8
<b>Contato Pele a Pele (n=98)</b>		
Sim	78	79,6
Não, não deixaram	4	4,1
Não, a criança teve alguma complicação	11	11,2
Outro	5	5,1
<b>Aleitamento nas primeiras horas (n=98)</b>		



Sim	79	80,6
Não	18	18,4
Não sabe/ Não lembra	1	1,0

Na análise bivariada, que teve como desfecho a exposição à violência obstétrica, nenhuma das variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, renda familiar e número de filhos apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho avaliado (Tabela 4).

**Tabela 4.** Prevalência de violência obstétrica em uma amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde, de acordo com características sociodemográficas. Passo Fundo, RS, 2023 (n=100).

Variáveis	Sofreu Violência Obstétrica		Não Sofreu Violência Obstétrica		p*
	n	%	n	%	
Idade (anos completos)					0,671
≤ 17	2	100,0	0	0,0	
18 – 23	32	88,9	4	11,1	
24 – 29	30	90,9	3	9,1	
30 – 34	15	100,0	0	0,0	
≥ 35	12	85,7	2	14,3	
Escolaridade					0,912
Ensino Fundamental Incompleto	17	89,5	2	10,5	
Ensino Fundamental Completo	12	92,3	1	7,7	
Ensino Médio Incompleto	23	88,5	3	11,5	
Ensino Médio Completo	28	93,3	2	6,7	
Ensino Superior Incompleto	5	83,3	1	16,7	
Ensino Superior Completo	6	100,0	0	0,0	
Cor da Pele (autorreferida)					0,601
Branca	52	89,7	6	10,3	
Parda	30	90,9	3	9,1	
Preta	9	100,0	0	0,0	
Renda Familiar (em R\$ n=97)					0,422
< 1000	7	100,0	0	0,0	
1000 – 1299	9	100,0	0	0,0	
1300 – 2599	45	91,8	4	8,2	
2600 – 3899	15	88,2	2	11,8	
≥ 3900	12	80,0	3	20,0	
Estado Civil					0,804
Casada	73	90,1	8	9,9	
Solteira	17	94,4	1	5,6	
Viúva	1	100,0	0	0,0	
Número de Filhos					0,662
1	38	95,0	2	5,0	
2	26	86,7	4	13,3	
3	20	90,9	2	9,1	
≥ 4	7	87,5	1	12,5	



## DISCUSSÃO

Com base nos achados do estudo, identificou-se que 9% das mulheres incluídas nessa pesquisa sofreram algum tipo de violência obstétrica durante a assistência pré-natal ou trabalho de parto. A amostra analisada foi composta em sua totalidade por mulheres com idade inferior a 44 anos, predominantemente brancas, casadas, com renda familiar entre um e dois salários mínimos, com apenas um filho e ensino médio completo. Em relação ao acompanhamento pré-natal e parto observou-se que a maior parte realizou o pré-natal, com início no primeiro trimestre, com média de nove consultas, e receberam orientação sobre o parto e seus direitos; sobre o parto, predominantemente ocorreu em hospital público, com nível de satisfação bom, com idade gestacional entre 37 e 41 semanas, sendo metade dos partos cesárea.

Quando comparado à literatura da área, a estimativa de violência obstétrica entre as usuárias mostra-se diferente a estudos realizados no Brasil, previamente publicados. Um estudo realizado em Pelotas, RS, que envolveu 4.275 puérperas, realizado em 2015, constatou que 18,3% das participantes foram vítimas de pelo menos um tipo de tratamento abusivo ou desrespeitoso durante o processo de parto (MESENBURG et al., 2018). Ainda, um estudo intitulado: “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados, 25% das mulheres no Brasil sofre algum tipo de violência no momento do parto (VENTURINI et al., 2010).

No cenário mundial, as estimativas são mais altas. Uma revisão sistemática de 18 estudos na América Latina observou-se uma prevalência de 39% de desrespeito e maus-tratos durante o parto e o aborto, e o desrespeito e abuso durante o parto (vaginal ou cesárea) foi de 43%. (Tobasía-Hege et al., 2019). Na Espanha, mais de dois terços das mulheres tiveram alguma experiência de violência obstétrica, e mais da metade dessas foram vítimas de violência física na hora do parto (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2021).

Apesar de não ter ocorrido associação estatisticamente significativa, nesse estudo, entre a ocorrência de violência obstétrica e as características sociodemográficas como: idade, escolaridade, cor da pele, renda familiar, estado civil e número de filhos, outros estudos possuem essas associações. As mulheres mais jovens e menos escolarizadas, aparecem em estudos anteriores com maior risco, sugerindo desigualdades na forma como as mulheres são tratadas durante o parto (BOHREN et al., 2019), as menos favorecidas socioeconomicamente sofrem mais com a utilização de métodos dolorosos. Em relação ao estado civil houve associação independente com a



percepção da violência obstétrica, o relato de VO foi 2 vezes maior entre as mulheres solteiras/separadas do que mulheres casadas (LANSKY et al., 2019). A idade materna também possui associação com a violência obstétrica, mulheres com idade menor de 19 anos, apresentam 2,43 vezes maiores chances de discriminação durante o pré-natal e o parto, como as mais velhas, com idade igual ou superior a 35 anos que possui 1,91 vezes maior chance de discriminação (DE MARCO et al., 2008). E em relação a cor da pele, estudos apontam que mulheres pardas e pretas apresentam maior associação com a ocorrência da violência obstétrica.

Uma questão interessante a ser apontada são as intervenções realizadas durante o parto. A realização da manobra de Kristeller não é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (2018, OMS) e a episiotomia é indicada em apenas 10% dos partos, apesar dessas intervenções não ocorrerem na maioria das participantes, a realização dessas práticas, além de ferirem fisicamente a mulher, estudos comprovam que os procedimentos podem trazer complicações. Como é o caso, por exemplo, da manobra de Kristeller que pode causar trauma das vísceras abdominais, do útero e ainda descolamento da placenta (CIELLO et al., 2012). A episiotomia muitas vezes é feita de forma rotineira mesmo sem respaldo científico e comprovação de auxílio de não lacerações graves e na prevenção de incontinência urinária e fecal, mas existem estudos que mostram que causa complicações como: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, sendo prejudicial para a qualidade de vida da mulher, interferindo também na sua sexualidade (MOREIRA, 2011; PEÑA; GOMES, 2016).

Segundo estudo realizado por Bowser e Hill (2010) existem sete tipos de categorias que podem se enquadrar a VO, sendo elas: violência física, não consentimento do cuidado, não confidencialidade do atendimento, não dignidade do cuidado, discriminação baseado nos atribuídos específicos do paciente, abandono do cuidado, e detenção em estabelecimento. As práticas não se encaixam em apenas uma categoria, podendo abranger uma ou mais delas. A violência física na VO inclui situações como toques vaginais dolorosos e repetitivos, intervenções sem anestésias, imobilizações desnecessárias, obrigatoriedade da posição de litotomia ou supina, além das manobras de Kristeller e episiotomias (TESSER et al., 2015).

Em relação ao toque vaginal, metade das usuárias afirmaram ter sido realizado por diferentes profissionais. Além desse procedimento causar desconforto, muitas vezes dor, essa prática pode potencializar a sensação de vulnerabilidade e submissão da paciente, pois muitas vezes é realizado sem o consentimento, sem o esclarecimento e sem preservar a privacidade da mulher



(PALMA et al., 2017). Outro ponto a ser destacado é a importância de a mulher realizar a escolha da posição do parto e ser estimulada a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, de modo a sentir-se mais confortável, melhorar a conexão com o próprio corpo e consequentemente facilitar o nascimento da criança (OMS, 2018).

Esses métodos, além de muitas vezes serem fruto da impaciência e intolerância dos profissionais, eles tiram o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto, onde as práticas e o saber médico se sobrepõem à autonomia da mulher sobre os saberes acerca de si mesma, e deixam a sensação de que o profissional quem “fez o parto” e não a mulher (PALMA, et al., 2017).

Um outro aspecto de destaque é a porcentagem de mulheres que não sabem o que é violência obstétrica, o que dificulta o entendimento e reconhecimento da prática. Muitas vezes entende as intervenções como normais e necessárias da prática obstétrica e não reconhecem seus direitos, não sabendo o poder de escolha à recusar e de não serem submetidas a intervenções não consentidas (LANSKY, 2019). Essa falta de entendimento da violência obstétrica torna-se uma das limitações desse estudo.

Outra limitação foi o autorrelato como forma de obtenção das informações, pois ele depende da memória do entrevistado. Contudo, apesar dessa possibilidade de viés, o sofrimento de violência é algo marcante, e por isso, torna-se um evento de fácil evocação na memória. Ainda, ressalta-se que o tamanho da amostra da pesquisa pode não ter sido suficiente para testar outras possíveis associações estatísticas entre o desfecho violência obstétrica e as variáveis de exposição.

## **CONCLUSÕES**

Em resumo, este estudo identificou que 9% da amostra de mulheres analisada sofreu algum tipo de violência ou maus tratos durante o parto, e que 40% das participantes não sabem o que é violência obstétrica. Não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e a ocorrência da violência obstétrica. Foi evidenciado a realização de intervenções desnecessárias, que podem causar prejuízo para saúde da mulher, como a manobra de Kristeller e a realização da episiotomia. Além de tirar o protagonismo e a autonomia da mulher durante trabalho de parto.



Os achados demonstrados neste trabalho alertam para as principais características da violência obstétrica, assim como proporciona uma melhor compreensão de como o evento ocorre no cenário da assistência ao parto no âmbito do Sistema único de Saúde. Além disso, é importante destacar a falta de conhecimento das participantes sobre a prática da violência obstétrica, dificultando que as vítimas reconheçam e saibam dos seus direitos na hora do pré-natal, parto e período puerperal. Assim, destaca-se a importância de discutir mudanças nas estratégias de enfrentamento e padrões de cuidado que perpetuam a violência no cotidiano da obstetrícia reduzindo intervenções desnecessárias e melhorando a experiência da mulher na assistência ao parto.

**PALAVRAS-CHAVE:** violência contra mulher; atenção à saúde; assistência ao parto; direitos das mulheres; saúde materno-infantil



## REFERÊNCIAS

AMARAL, Emanuel Teixeira do. A violência obstétrica como violência de gênero: o parto no banco dps réus. 2021.

ARAÚJO, Gabrielle Caseira. **Violência obstétrica no parto vaginal: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil**. 2019. Dissertação de Mestrado.

BOHREN, Meghan A. et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, n. 10210, p. 1750-1763, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: **Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

BROWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis-USAID. 2015.

CIELLO, Cariny et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Senado federal, p. 1-188, 2012.

DE MARCO, Molly; THORBURN, Sheryl; ZHAO, Weiyi. Perceived discrimination during prenatal care, labor, and delivery: An examination of data from the Oregon Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1998–1999, 2000, and 2001. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 10, p. 1818-1822, 2008.

DIAS, Ricardo Aubin. A importância do pré-natal na atenção básica. 2014. **Curso de Especialização em Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel et al. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. **Women and Birth**, v. 34, n. 5, p. e526-e536, 2021.

MESENBURG, Marilia Arndt et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2018.



MOREIRA, Gislea Pinto. Implicações da episiotomia na saúde da mulher: **uma revisão bibliográfica**. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014

PALMA, Carolina Coelho *et al.* Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 216, 29 set. 2017. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>.

PEÑA, Solange Ribeiro; GOMES, Célia Regina De Godoy. Episiotomia e suas implicações. **Arquivos do MUDI**, v. 20, n. 1, p. 25-37, 2016.

ROCHA, Márgda Jardim; GRISI, Erika Porto. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. Id On Line **Revista de Psicologia**, [S.L.], v.11, n. 38, p. 623-635, 30 nov. 2017. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/online.v11i38.931>.

SANTOS, Wallace dos. **A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?** 2013. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: < <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13236>>. Acesso em: 22 de março de 2022.

SOUZA, Flávia. Reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro e no Estado de Santa Catarina. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

VENTURI, G. et al. Fundação Perseu Abramo. **Serviço Social do Comércio (SESC). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado.**[Internet] São Paulo: SESC (SP)/Fundação Perseu Abramo, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, 2018.