



Centro Universitário de Brasília – UNICEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

NATÁLIA FERRARI DE CARVALHO SANDIM

# **NÍVEL DO CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.**

Brasília  
2017

NATÁLIA FERRARI DE CARVALHO SANDIM

**NÍVEL DO CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de Fisioterapia no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.  
Orientadora: Ms. Mara Cláudia Ribeiro

Brasília  
2017

NATÁLIA FERRARI DE CARVALHO SANDIM

**NÍVEL DO CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de Fisioterapia no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

**BRASÍLIA, 24 DE NOVEMBRO DE 2017**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Ms. MARA CLÁUDIA RIBEIRO  
Orientadora

---

Fisiot. Esp. SAMILA SANTOS DE OLIVEIRA  
Examinadora

---

Enf. Esp. KLARA COELHO BARKER  
Examinadora

## **AGRADECIMENTO(S)**

Agradeço primeiramente à Deus por trilhar meu caminho com o dom de amar e de cuidar de VIDAS.

Aos meus pais, Marcia e Ary (in memorian), por toda dedicação, amor e compreensão pelas minhas escolhas e decisões. Muito obrigada por me fazerem a mulher de caráter que sou hoje. Essa conquista é nossa.

Ao meu irmão, Bruno Ferrari, por ser meu grande amigo. Você faz parte dessa conquista. Obrigada por sonhar os meus sonhos.

À minha tia Nara, por ter acreditado e sonhado comigo. Obrigada pelo investimento e amor durante esses anos.

Ao meu marido, Luís Sérgio, que esteve ao meu lado me dando apoio e se alegrando com minhas conquistas. A vida se tornou muito melhor ao seu lado. Te amo.

À minha orientadora, Mara Cláudia, por ser um exemplo de profissional. Obrigada por tantos ensinamentos ao longo desses anos.

À Fisioterapeuta Samila Santos, por ser essa profissional tão humana e verdadeira. Que me ensinou e me fez amar essa profissão como nunca imaginei. Muito obrigada por tanto ensinamento.

Por fim, às mulheres que me permitiram desenvolver o meu trabalho. Obrigada pela confiança.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.  
Filipenses 4:13

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo tem como objetivo analisar o nível de conhecimento das mulheres quanto à violência obstétrica, através de perguntas sobre os tipos de violência vivenciados por cada uma. **MÉTODO:** Os dados foram obtidos através de um questionário on-line respondido por 1.155 (mil cento e cinquenta e cinco) mulheres, primíparas ou multíparas, que tiveram filhos entre Julho de 2012 à Agosto de 2017. Trata-se de um estudo descritivo transversal quantitativo que foi enviado através de grupos de whatsapp, instagram, facebook e e-mail da autora. **RESULTADOS:** A partir da análise dos resultados do questionário foram observados que 94,9% das mulheres compreendiam o que era a violência obstétrica, sendo que 50,2% delas consideraram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica no momento do nascimento do(s) seu(s) filho(s). **CONCLUSÃO:** Assim, os resultados revelam a importância de disseminar mais conhecimento para as mulheres durante a gestação, a fim de que elas sejam protagonistas no trabalho de parto do(s) seu(s) filho(s) e tenha ciência de quais são os seus direitos, dispondo de um parto mais humanizado, livre de violências e intercorrências desnecessárias.

**Palavras-chave:** Parto humanizado. Trabalho de parto. Assistência ao parto.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The present study aims to analyze the level of women's knowledge of obstetric violence through questions about the types of violence experienced by each one. **METHODOLOGY:** The data were obtained through an online questionnaire answered by 1,155 women, primiparous or multiparous, who had children between July 2012 and August 2017. It is a descriptive cross-sectional quantitative study that was sent via whatsapp, instagram, facebook, and the author's email groups. **RESULTS:** From the analysis of the results of the questionnaire, 94.9% of the women understood what obstetric violence was, and 50.2% of them considered having suffered some type of obstetric violence at the time of the birth of their child. **CONCLUSION:** the results reveal the importance of disseminating more knowledge to women during pregnancy so that they are protagonists in the labor of their child and are aware of their rights, having a more humanized, free birth of unnecessary violence and interurrences.

**Key Words:** Humanized birth. Labor. Delivery assistance.

## SUMÁRIO

Introdução .....	08
Materiais e métodos .....	10
Resultados .....	13
Discussão .....	18
Conclusão .....	23
Referência .....	24
Apêndice A .....	26
Apêndice B .....	27



## INTRODUÇÃO

O nascimento dos filhos consiste em um dos principais acontecimentos na vida da mulher, por isso a parturiente deve receber atendimento diferenciado, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado são únicas. Desse modo, é fundamental proporcionar cuidado e conforto, fornecendo as informações necessárias, considerando a singularidade de cada mulher (OLIVEIRA et al., 2010).

No entanto, o parto é, por vezes, lembrado como uma experiência traumática na qual a mulher sentiu-se agredida, violentada e desrespeitada por aqueles que deveriam estar lhe proporcionando segurança e assistência. Muitas vezes, a dor no parto é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais por parte dos profissionais da saúde, que criam ou reforçam sentimentos negativos como a incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

É fundamental que toda mulher tenha o direito ao melhor padrão possível de saúde. O acolhimento implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade, sendo a instituição responsável por ouvir suas angústias, queixas e preocupações, garantindo a atenção e suporte necessários para qualquer necessidade e eventualidade. Apesar disso, as mulheres acabam sofrendo abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, o que viola seus direitos mais valiosos, como o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação (OMS, 2014).

A violência obstétrica se caracteriza como uma forma específica da violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes (SAUAIA e SERRA, 2016).

No momento em que a parturiente sofre maus-tratos físicos, psicológicos e verbais torna-se vítima de violência obstétrica. Além disso, compõem este universo a realização de procedimentos desnecessários e danosos, dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, coação, restrição à presença de acompanhante, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos e procedimentos médicos não consentidos (TESSER et al., 2015).

Nesse contexto, a violência obstétrica, pode ser entendida como uma forma de violência institucional decorrente das relações sociais marcadas pelo descaso

com os aspectos humanos do cuidado, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes, das falhas no processo de comunicação, do uso inadequado da tecnologia e do não-compromisso dos profissionais com o processo de cuidar (SILVA et al., 2017).

De acordo com o estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), “Mulheres Brasileiras e Gênero”, concluiu-se que uma a cada quatro mulheres declarou já ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, constatando-se um cenário crítico para o sistema de saúde pública brasileira, em especial por ser esse tipo de violência pouco identificado, devido à falta de conhecimento e de informações desses abusos pelas parturientes (RODRIGUES et al., 2017).

Tendo em vista as dificuldades vivenciadas pelas parturientes, quanto ao desamparo, à falta de informação e o despreparo profissional para um atendimento que se deveria levar em conta o momento de vulnerabilidade, o objetivo desse estudo foi investigar o grau de conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica, bem como se elas consideram ter sofrido algum ato dessa natureza durante a gestação e/ou trabalho de parto, analisando-se quais os tipos de violência vivenciados por cada uma.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo transversal quantitativo, com o objetivo de avaliar o nível do conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica, por meio da aplicação de um questionário on-line, enviado para o grupo social da autora, bem como para grupos de mães de Brasília, devendo-se destacar que tal pesquisa não foi restrita somente às mulheres de Brasília/DF.

O questionário foi encaminhado por meio de diferentes redes sociais, tais como whatsapp, facebook, instagram, e-mail e, também, foi encaminhado o link do questionário on-line para mães que moram no Jardim Botânico de Brasília, no período de Agosto à Setembro de 2017.

Previamente a coleta dos dados, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), sob o número do CAAE 70113817.8.0000.0023, tendo as participantes voluntárias aceitado os termos da pesquisa ao consentirem com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A amostra foi composta por 1.155 mulheres, onde 115 delas não tiveram filhos no período analisado. Assim, foram incluídas 1.040 (mil e quarenta) mulheres que tiveram filho(s) no período de Julho de 2012 à Agosto de 2017, podendo ser primípara ou multípara e com idade superior a 18 anos de idade. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

O instrumento de coleta de dados, constou de um questionário on-line (Apêndice B), elaborado pela autora, com 26 (vinte e seis) perguntas de múltipla escolha onde procurava-se conhecer: quantos filhos, qual a via de parto, onde foi/foram realizado(s) o(s) parto(s), quem a auxiliou durante o trabalho de parto, se ela teve acompanhamento pré-natal, se foi negado ou dificultaram um atendimento durante o pré-natal, se fizeram comentários constrangedores ou racistas durante o trabalho de parto, se gritaram ou ameaçaram a mulher durante o trabalho de parto, se negaram alimento ou água durante o trabalho de parto, se restringiram o posicionamento da preferência dela durante o trabalho de parto, se agendaram ou induziram à cesárea sem recomendação clínica, se a mulher teve direito a um

acompanhante escolhido por ela, se realizaram enema (lavagem intestinal) como forma de preparação para o parto, se restringiram a locomoção durante o trabalho de parto, se utilizaram ocitocina/"soro" para acelerar o trabalho de parto sem o consentimento dela, se realizaram tricotomia (retirada dos pêlos pubianos) durante o trabalho de parto, se fizeram manobra de Kristeller (subiram em cima da mulher ou fizeram força na barriga dela) para o bebê nascer, se realizaram episiotomia/corte vaginal/"pic" sem indicação clínica, aviso prévio ou anestesia, se impediram ou dificultaram o contato com o bebê logo após o parto ou impediram o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê (exceto nos casos de complicações), se ela sabe o que significa violência obstétrica, como ela descobriu a violência, se foi antes do seu primeiro filho e, por fim, se ela considera ter sofrido algum tipo de violência obstétrica no nascimento do(s) seu(s) filho(s).

Foi realizado um teste piloto com 50 (cinquenta) mulheres, de forma presencial, para avaliar a compreensão das perguntas, o tempo necessário para as respostas e se o questionário apresentava clareza de interpretação. Realizou-se, também, teste piloto com 250 (duzentos e cinquenta) mulheres, através do questionário on-line, de caráter anônimo, onde as mulheres entraram em contato com a autora através do e-mail e telefone fornecidos no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para caso de dúvidas ou questionamentos.

Ao todo foram obtidos 1.155 (mil cento e cinquenta e cinco) respostas validadas e 300 (trezentos) respostas realizadas no teste piloto presencial/on-line que não entraram na estatística dessa pesquisa.

Das 1.155 (mil cento e cinquenta e cinco) mulheres que aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa, 115 (cento e quinze) mulheres não tiveram filho(s) entre Julho de 2012 à Agosto de 2017. O restante da amostra respondeu as perguntas relacionadas com os tipos de violências obstétricas existentes e, ao final, deveriam responder se sabiam o significado de violência obstétrica ou não.

As mulheres que não sabiam o que era a violência obstétrica foram excluídas das últimas perguntas. Assim, um total de 53 (cinquenta e três) mulheres foram excluídas do restante do questionário on-line, pois não seriam capazes de responder se já tinham sofrido algum tipo de violência obstétrica, uma vez que as mesmas não sabiam o seu significado.

Para a análise dos dados obtidos no questionário on-line, juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), utilizou-se o programa Google Docs. O tempo de aplicação da pesquisa foi de 30 dias, desde a distribuição até a análise estatística com cálculo de média e porcentagem para a planilha do Excel – Microsoft Office 2013.

## RESULTADOS

Como demonstrado no quadro 1, a amostra foi composta por 1.155 mulheres que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, com idade superior a 18 anos, onde 90% dessas mulheres tiveram filho(s) entre Julho de 2012 à Agosto de 2017. Observou-se ainda que 72% das mulheres que participaram da pesquisa tiveram somente 1 filho e 28% tiveram 2 ou mais filhos.

### Quadro 1. Perfil das mulheres quanto ao número de filhos e a participação na pesquisa.

Você aceita participar voluntariamente dessa pesquisa?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
	1.155 (100%)	0
Você teve filho(s) entre Julho de 2012 à Agosto de 2017?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
	1.040 (90%)	115 (10%)
Você teve quantos filhos?	<b>SOMENTE 1 FILHO</b>	<b>2 OU MAIS FILHOS</b>
	749 (72%)	291 (28%)

Fonte: Da autora.

O quadro 2 mostra que 58,5% das mulheres tiveram seu(s) filho(s) por via de parto vaginal, e 49,1% tiveram seu(s) parto(s) realizados em um hospital particular, onde 45,5% das mulheres tiveram um médico plantonista para auxiliá-las durante o trabalho de parto.

### Quadro 2. Identificação sobre a via de parto, por quem foi realizado e aonde foram realizados os partos.

Seu(s) filho(s) nasceu/nasceram de parto:	<b>Vaginal/ normal</b>	<b>Cirúrgico/ cesárea</b>	<b>Vaginal e cirúrgico</b>	
	608 (58,5%)	332 (31,9%)	100 (9,6%)	
Seu(s) parto(s) foi/foram realizado(s) por:	<b>Hospital Particular</b>	<b>Hospital Público</b>	<b>Casa de Parto</b>	<b>Domiciliar</b>
	511 (49,1%)	394 (37,9%)	46 (4,4%)	89 (8,6%)
Quem realizou o(s) seu(s) parto(s)	<b>Parteira</b>	<b>Enfermeira Obstétrica</b>	<b>Médico Contratado</b>	<b>Médico Plantonista</b>
	51 (4,9%)	241 (23,2%)	467 (44,9%)	473 (45,5%)

Fonte: Da autora.

De acordo com o Quadro 3, observa-se 16 perguntas relacionadas à alguns tipos de violência obstétrica vivenciados pelas mulheres durante o nascimento do seus filhos. Ainda que 99,8% delas tenham tido acompanhamento pré-natal, 28,2%

das mulheres pesquisadas tiveram seu direito à água e alimentos negados durante o trabalho de parto de um dos seus filhos; 31% das mulheres foram restringidas quanto ao posicionamento de sua preferência; 21,8% delas tiveram seu(s) parto(s) agendados ou induzidos à cesárea sem recomendação clínica; 22,2% das mulheres foram submetidas à manobra de Kristeller; 28% das entrevistadas tiveram dificuldade ou foram impedidas de obter contato com seu bebê logo após o parto (com exceção dos casos de complicação clínica). Por fim, 28% foram impedidas de amamentar na primeira hora de vida do seu bebê (ressalvando-se os casos de complicação).

### Quadro 3. Análise dos tipos de violência obstétrica vivenciados pelas mulheres

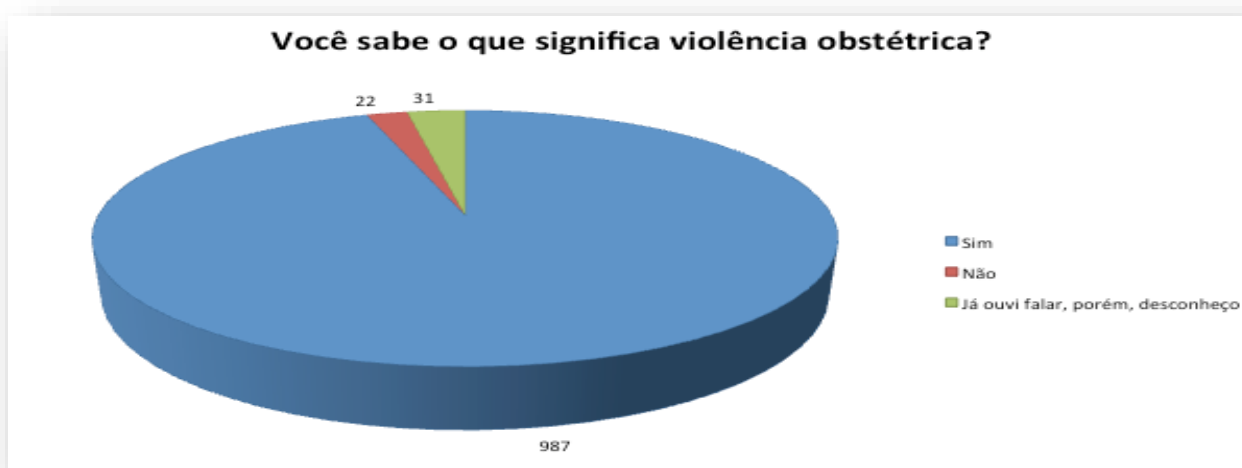
Você teve acompanhamento pré-natal?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
	1.038 (99,8%)	2 (0,2%)	
Te negaram atendimento ou impuseram dificuldades durante o pré-natal de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	166 (16%)	860 (82,7%)	14 (1,3%)
Fizeram comentários constrangedores por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, número de filhos, etc, durante o trabalho de parto?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	116 (11,2%)	906 (87,1%)	18 (1,7%)
Gritaram, ameaçaram, xingaram ou te humilharam durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	164 (15,8%)	863 (83%)	13 (1,2%)
Te negaram água ou alimentos durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	293 (28,2%)	722 (69,4%)	25 (2,4%)
Restringiram o posicionamento de sua preferência para o trabalho de parto de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	322 (31%)	691 (66,4%)	27 (2,6%)
Agendaram ou te induziram à cesárea sem recomendação clínica?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	227 (21,8%)	809 (77,8%)	4 (0,4%)
Impediram a entrada do acompanhante escolhido por você?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	188 (18,1%)	852 (81,9%)	0
Realizaram enema (lavagem intestinal) como forma de preparação para o parto de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	37 (3,6%)	999 (96,1%)	4 (0,4%)
Restringiram sua locomoção durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	201 (19,3%)	830 (79,8%)	9 (0,9%)
Utilizaram ocitocina/soro (para acelerar o trabalho de parto) sem seu consentimento?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	198 (19%)	835 (80,3%)	7 (0,7%)

Realizaram tricotomia (retirada dos pêlos pubianos) durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	132 (12,7%)	901 (86,6%)	7 (0,7%)
Durante seu trabalho de parto, alguém subiu em cima de você ou fez força na sua barriga para o bebê nascer?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	231 (22,2%)	801 (77%)	8 (0,8%)
Realizaram episiotomia (corte vaginal – “pic”) sem uma indicação clínica, aviso prévio, ou sem anestesia durante seu trabalho de parto?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
	174 (16,7%)	866 (83,3%)	
Impediram ou dificultaram seu contato com o bebê logo após o parto?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	291 (28%)	741 (71,3%)	8 (0,8%)
Impediram ou dificultaram o aleitamento materno na primeira hora de vida do seu bebê?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO ME LEMBRO</b>
	294 (28,3%)	738 (71%)	8 (0,8%)

Fonte: Da autora.

O gráfico 1 evidencia que das 1.040 mulheres incluídas no questionário, 94,9% sabiam o significado de violência obstétrica. No entanto, enfatiza-se que tanto as mulheres que não sabiam o que era violência obstétrica quanto aquelas que já tinham escutado falar a respeito da violência obstétrica foram excluídas das próximas perguntas do questionário, por não terem capacidade de julgar se já sofreram algum tipo de violência obstétrica ou não.

### Gráfico 1. Conhecimento das mulheres sobre a violência obstétrica



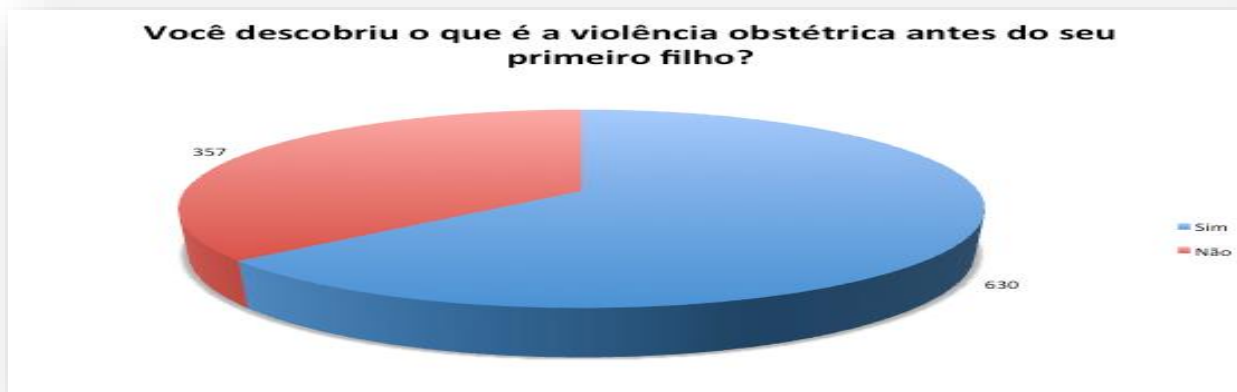
Fonte: Da autora.

Como demonstrado no gráfico 2, 63,8% das mulheres descobriram o que era a violência obstétrica antes do seu primeiro filho e 36,2% só foram descobrir



depois que tiveram o primeiro filho, podendo, muitas vezes, ser após experiências vivenciadas por elas durante o próprio parto.

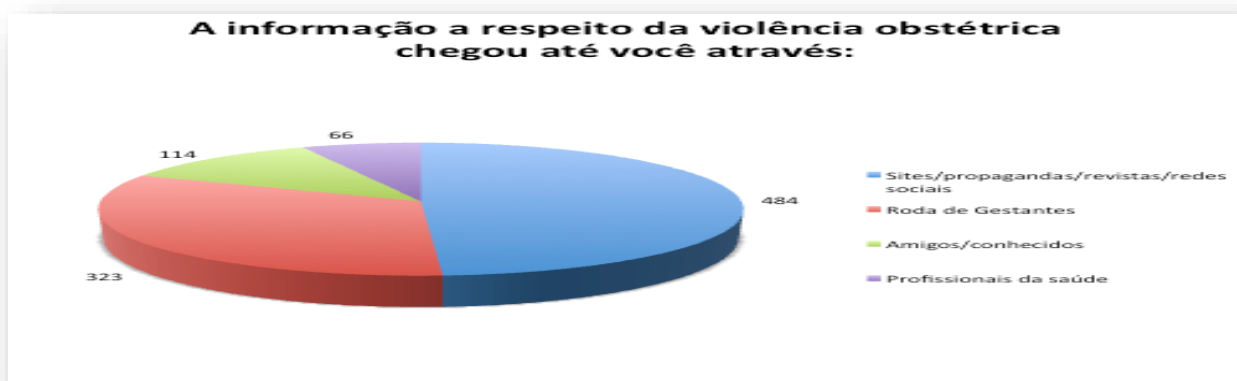
### Gráfico 2. Relação da violência obstétrica com o primeiro filho



Fonte: Da autora.

O gráfico 3 analisa como a informação a respeito da violência obstétrica chegou até as mulheres. Dele se conclui que 49% foi por intermédio de sites, propagandas, revistas e redes sociais; 32,7% foi por meio de roda de gestantes; 11,6% foram informadas pelos amigos e conhecidos. Por fim, apenas 6,7% receberam essas informações por meio de profissionais de saúde.

### Gráfico 3. Como a informação chegou até as entrevistadas



Fonte: Da autora.

Enfim, o gráfico 4 enfatiza que 50,2% das mulheres entrevistadas consideraram ter sofrido alguma violência obstétrica no nascimento do(s) seu(s)

filho(s), e somente 5,6% não sabiam se tinham sofrido violência obstétrica ou não. Assim, verifica-se que mais da metade das entrevistadas consideram ter sofrido alguma violência durante o parto.

**Gráfico 4. Opinião das entrevistadas sobre sua experiência com a violência obstétrica.**



Fonte: Da autora.

## DISCUSSÃO

A gestação é vivenciada de forma distinta por cada mulher, e nesse período ela experimenta um momento de mudança, preparação e adaptação para o parto e a chegada de um novo ser. Por isso, é fundamental um olhar, não somente considerando as mudanças físicas, como também as emocionais. Desse modo, o Ministério da Saúde adotou medidas que resguardassem o direito da mulher à saúde e à dignidade durante a gestação e o parto, como foi o caso da criação da Rede de atenção. Segundo Marques (2015) a Rede Cegonha, instituída pela Portaria n. 1.459 de 2011, foi criada como uma medida protetiva dos direitos da mulher. Pereira (2015) ressalta que a Argentina e Venezuela já apresenta a violência obstétrica como uma violência por instrumento legal, diferentemente do Brasil onde as denúncias e a aplicação de punições aos praticantes se tornam mais difíceis.

Conforme Costa et al. (2016) é fundamental que as mulheres tenham acesso ao pré-natal, como de acordo com o questionário proposto, onde 99,8% das mulheres tiveram um acompanhamento pré-natal, para que lhes sejam informadas sobre seus direitos e sobre as práticas recomendadas para a segurança do nascimento de seus filhos. Por isso, o acompanhamento pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento mais humanizados. De acordo com Pontes (2016) as expectativas das gestantes quanto ao tipo de parto, baseiam-se, em muito, na maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizados e acessíveis à elas. Assim, o pré-natal tem papel importante, pois é ele que interfere nas expectativas geradas, sendo esse espaço para o compartilhamento de dúvidas e oferecimento de informações, podendo ser oferecido a elaboração de um plano de parto, que é um documento de valor legal, redigido pela gestante, baseado em informações prévias obtidas sobre o processo gravídico puerperal, onde a mulher expõe suas vontades e desejos durante o processo do parto e nascimento do seu filho. No entanto, observa-se que mesmo que a maioria das mulheres entrevistadas tiveram acompanhamento pré-natal, somente 6,7% delas receberam as informações a respeito da violência obstétrica através dos profissionais de saúde.

De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto (BRASIL, 2016) a cada ano, cerca de 3 milhões de nascimento ocorrem no Brasil, com 98% deles em ambiente hospitalar, sejam públicos ou privados. No mesmo sentido, no presente trabalho identificou-se que 90% dos partos foram realizados no ambiente hospitalar

(público ou privado). O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de diversas tecnologias e procedimentos, tendo como objetivo tornar o parto mais seguro, tanto para a mulher como para seu(s) filho(s). Por outro lado, as mediações realizadas no momento do parto deixaram as mulheres e os recém-nascidos mais expostos à altas taxas de intervenções desnecessárias. Como observado por Schincaglia et al. (2017) a maneira como a mulher é cuidada durante o parto tem influência direta na forma como ela vivencia esse momento, de modo que a falta de um adequado olhar à gestante pode resultar em práticas intervencionistas, que na maioria das vezes poderiam ser evitadas com um maior apoio da equipe multidisciplinar.

Conforme dispõe Tesser et al. (2015), a cirurgia cesariana salva vidas e diminui a quantidade de morbidades para as mulheres e seus bebês, quando necessária, tendo como índice aceitável e ideal de cesarianas realizadas de 10-15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto é notório identificar as altas taxas de cesariana realizadas sem recomendação, tendo como base que 21,8% das mulheres que responderam ao questionário foram submetidas à cesariana sem recomendação clínica, sendo um número muito mais elevado do que o recomendado pela OMS. Assim, como relata Carvalho (2016), no Brasil as taxas ultrapassaram os limites toleráveis dos números de partos cesáreos, tornando um fator que dificulta a redução de mortalidade materna. Mandarino (2009) ressalta que a escolha do tipo de parto, vaginal ou cirúrgico, é um assunto complexo e polêmico, uma vez que a cesariana é considerada um procedimento de exceção, sendo indicada em situações de risco para a gestante e/ou criança, porém, que vem sendo um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado.

Segundo Fontes e Bittencourt (2015) as opressões durante a gestação, como a desigualdade, abuso, preconceito, discriminação, maus tratos, impunidade e a injustiça, envolvem as mulheres durante o atendimento nas consultas pré-natais ou no parto, sendo praticadas pelos profissionais de saúde. Nesta pesquisa, foi demonstrado que 11,2% das parturientes entrevistadas se sentiram desrespeitadas e 15,8% se sentiram agredidas durante o trabalho de parto de um dos seus filhos, tornando esse momento traumático e inseguro.

Observa-se um número elevado de 28,2% das mulheres que foram restritas à comida e líquidos durante o trabalho de parto de um dos seus filhos. Wei et al.

(2011) afirma que a restrição durante a fase inicial do trabalho de parto para as mulheres que desejam comer, pode ser um causador de uma progressão insatisfatória, recaindo em intervenções desnecessárias que levam a uma cesariana, já que a energia gasta durante o trabalho de parto equivale ao exercício físico moderado contínuo. Os profissionais tem uma preocupação excessiva com a restrição alimentar devido ao risco de aspiração do conteúdo gástrico durante um procedimento anestésico, sendo que o risco de aspiração está associado ao uso de anestesia geral no parto (atualmente muito baixo), podendo ser evitado também, com os cuidados do profissional que administra a anestesia.

Com tantas mudanças, a mulher perdeu sua autonomia ao parir, como retrata Ferreira e Madeira (2016), onde a família deixou de participar do processo de nascimento, sendo este transferido ao médico e às instituições hospitalares. Com isso, a mulher passa a ser “acompanhada” pela equipe médica, colocando a família ou o acompanhante como sujeitos passivos no processo de trabalho de parto e parto, prejudicando uma eficiência na assistência humanizada. Wolff (2016) ressalta a lei 11.108 de 2005, na qual se assegura a presença, junto à mulher, de um acompanhante de sua livre escolha, pois essa decisão traz benefícios para a parturiente, como mais segurança, diminuindo a ansiedade e favorecendo a evolução do trabalho de parto e a assistência prestada durante esse processo. Excepcionalmente, ainda hoje, existe o descumprimento dessa lei, como demonstrado na pesquisa, onde 18,1% das mulheres entrevistadas tiveram seu direito violado.

Este trabalho observou que 19,3% das mulheres não puderam se locomover durante o trabalho de parto, sendo que a deambulação no trabalho de parto ajuda a aumentar a atividade uterina, conforme Mamede et al. (2004), bem como distrai a mulher nesse período de desconforto, além de reforçar o controle materno, permitindo que esta se torne agente ativa do trabalho de parto. Assim como Baracho et al. (2009) relata que a posição vertical em relação à horizontal durante o parto vaginal ajuda a abreviar o tempo expulsivo, tendo como benefícios da posição vertical a força de gravidade, maior eficiência e intensidade na força de contração uterina, melhor oxigenação fetal na fase expulsiva, aumento do diâmetro pélvico ântero-posterior e transversal nas posições de cócoras e ajoelhada, oferecendo maior conforto às parturientes.

Sodré e Lacerda (2007) comunicam que a raspagem dos pêlos pubianos ou perineais é um procedimento que reduzia o risco de infecção, caso houvesse laceração perineal espontânea ou se fosse necessário a realização de uma episiotomia, favorecendo uma sutura mais fácil e segura. No entanto, não existem evidências que demonstrem a eficácia da tricotomia na diminuição dos casos de morbidade febril materna. No mesmo sentido, Porto et al. (2010) enfatiza que não existem elementos suficientes para recomendar a indicação de tricotomia e nem o uso de enema, o qual, de acordo com os profissionais, facilitaria o parto e diminuiria o risco de contaminação fetal ao nascimento, se o reto estivesse vazio. Contudo, tanto a prática da tricotomia, como o uso de enema, são consideradas pela OMS condutas que deveriam ser eliminadas. Assim, como observado no quadro 3, cerca de 3,6% das mulheres passaram pelo enema e 12,7% delas se submeteram a tricotomia.

Outra forma de violência obstétrica, segundo Silva et al. (2017) é a episiotomia, caracterizada como uma incisão cirúrgica, com o objetivo de impedir ou reduzir o trauma dos tecidos do canal vaginal, a fim de favorecer a descida do bebê, evitando lacerações desnecessárias. Leal et al. (2014) retrata que no Brasil a realização de episiotomia é feita de maneira rotineira nos partos vaginais, sendo que a OMS (1996) recomenda uma taxa de episiotomia entre 10% a 30%, a qual foi observada no presente estudo, em que 16,7% das mulheres que responderam o questionário on-line declararam ter sofrido tal prática, sem que houvesse indicação clínica, aviso prévio ou anestesia. De acordo com Salge et al (2012) a episiotomia rotineira causa maior perda sanguínea, hematoma, maior risco de laceração do ânus, prolapso, cistocele, incontinência urinária, dispareunia, piora da função sexual, aumento dos índices de infecção, dor na relação sexual e, principalmente, não previne lacerações graves, de terceiro e quarto graus. Ou seja, a episiotomia como rotina aumenta a frequência de danos perineais, não se tornando necessária quando há ameaça de ruptura perineal grave.

Schincaglia et al. (2017) descreve que a ocitocina sintética é um auxiliador no aumento da excitabilidade uterina, acelerando o trabalho de parto após a ruptura espontânea ou artificial. A indução e condução do trabalho de parto podem ser beneficiados com o uso da ocitocina, se utilizados de maneira criteriosa. A ocitocina é indicada quando a gestação apresenta risco para a mãe e/ou bebê. Por outro lado, como demonstrado no questionário, 19% das entrevistadas foram submetidas ao

uso de ocitocina sem prévio consentimento, de modo que, segundo Sousa et al. (2016) o uso indiscriminado de ocitocina sintética causa um aumento significativo das dores durante as contrações, podendo levar sofrimentos desnecessários, aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente e dificuldades na oxigenação do bebê.

Carvalho (2014) retrata a manobra de Kristeller como uma técnica na qual se aplica uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com o objetivo de encurtá-lo. No entanto, existe uma suspeita de que essa manobra cause danos maternos e fetais, como também lesões ao nível do útero e períneo, podendo levar ao aumento das taxas de episiotomia e lacerações perineais severas. Das mulheres que participaram do questionário, 22,2% delas sofreram a manobra de Kristeller, sendo que a Rede Parto do Princípio (2012) já demonstrou as complicações desse procedimento, o qual ainda continua sendo realizado sem nenhuma fundamentação científica.

De acordo com Esteves et al. (2014), nos casos onde não ocorre complicações clínicas, a amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sendo uma estratégia para a proteção e apoio ao aleitamento materno no País, baseando-se na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida, além de aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo e reduzir a mortalidade neonatal. Infelizmente, 28% das mulheres entrevistadas foram impedidas ou tiveram alguma dificuldade de ficar com seus filhos logo após o nascimento deles. Bello et al. (2014) diz que é fundamental a amamentação na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, caso a mãe e o recém-nascido estiverem em boas condições de saúde, pois o intestino do recém-nascido é colonizado por microrganismos da flora cutânea materna (se a mãe for a primeira pessoa a segurá-lo); o corpo da mãe aquece o bebê com uma temperatura adequada (evitando hipotermia); a sucção do colostro vai imunizá-lo, protegendo contra infecções; previne a hipoglicemia; a sucção do mamilo produz e estimula a hipófise na produção da prolactina e da ocitocina; a produção láctea faz o útero contrair, auxiliando na involução uterina e diminuindo o risco de hemorragia pós-parto. Mesmo com tantos benefícios, as mulheres ainda têm sido impedidas de amamentar seu filho na primeira hora de vida, como vimos na pesquisa, em que 28,3% delas não tiveram esse contato da amamentação.

## **CONCLUSÃO**

Após análise dos resultados e com base nos artigos observados, verifica-se que a violência obstétrica está, ainda hoje, presente na vida das mulheres, bem como na de seus familiares, tanto no momento do trabalho de parto como no parto.

Conclui-se, assim, que apesar de 94,9% das mulheres responderem que conheciam o que seria a violência obstétrica, 36,8% das participantes descobriram o significado de tais práticas após o nascimento do seu primeiro filho, o que demonstra a falta de conhecimento prévio a respeito do assunto, em especial pelo fato de que somente 6,7% delas receberam essa informação através dos profissionais de saúde.

Assim, é necessária maior conscientização acerca da violência obstétrica, principalmente por parte dos profissionais de saúde, para que os direitos mais básicos das mulheres não sejam violados, observando-se as propostas de humanização e recomendação da Organização Mundial de Saúde. De outro lado, é importante que haja legislação no Brasil que vede a prática da violência obstétrica, estabelecendo sanções na esfera penal àqueles que praticam tais condutas.

## **REFERÊNCIA**

BARACHO, S.M. et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. The influence of vaginal birth position on obstetric and



neonatal variables in primiparous women. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, p.409-414, out./dez. 2009.

BRASIL. **Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. 2016. <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

BELLO, M.N.M. et al. Maternal breastfeeding in the first hour of life at a Child-Friendly Hospital: prevalence, associated factors and reasons for its nonoccurrence. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.14 no.1 Recife Jan./Mar. 2014

CARVALHO, I.C.B.D.M. **Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o contexto brasileiro**. 2016. 108f. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016.

CARVALHO, L.C. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. 2014. 92f. Tese (Mestrado) – Escola superior de enfermagem do Porto, 2014.

COSTA, A.L.T. et al. Episiotomia sob o ponto de vista da gestante. *Revista Ciência e Saúde On-line*, v.2, 9f., ago. 2016.

ESTEVES, T.M.B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 48f, mar. 2014.

FERREIRA, K.A.; MADEIRA, L.M. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. The meaning of the companion in the childbirth for woman and relatives. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, 29f. jan./abr. 2016.

FONTES, E.R.; BITTENCOURT, A.C.D.C. **Mulher Negra: a experiência da parturição com enfoque no preconceito e discriminação institucional**. 2015. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Tiradentes, 2015.

LEAL, M.D.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16f. 2014.

MAMEDE, F.V. et al. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, v.26, n.2, 7f. 2004

MANDARINO, N.R. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.7, jun.2009

MARQUES, C.P.C. **Redes de Atenção à saúde: a Rede Cegonha**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 43f. 2015.

OLIVEIRA, A.S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**. v.11. 2010

Organização Mundial de Saúde – OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra. 2014.

PEREIRA, D.M. **Violação ao direito à saúde das mulheres no parto: uma análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia do TJDF sob a ótica da violência obstétrica.** 2015. 44f. Universidade de Brasília – UnB. 2015.

PONTES, M.J.B. **O que diz a literatura sobre o plano de parto frente as boas práticas no parto e nascimento.** 2016. 27f. Universidade Federal de Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso, Porto Alegre. 2016.

PORTO, A.M.F. et al. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v.39, n10, out. 2010.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** 2012. Disponível em:  
<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>  
Acesso em: 10 de julho de 2017.

RODRIGUES, F.A.C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Revista Reprod Clim.** 7f. mar. 2017.

SALGE, A.K.M. et al. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, 7f. out/dez. 2012.

SAUAIA, A.S.S; SERRA, M.C.M. **Uma dor além do parto: Violência obstétrica em foco.** Rev. De Direitos Humanos e Efetividade. Brasília, v.2, n.1, jan./jun. 2016.

SILVA, T.S. et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Rev. Ciência em Extensão.** v.13, n.1, 2017.

SOUSA, A.M.M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery*, v.20, n.2. 2016

SCHINCAGLIA, C.Y. et al. As consequências do uso de ocitócitos durante o parto. **Rev. Recien.** São Paulo, v.7, n.19, 2017.

SODRÉ, T.M.; LACERDA, R.A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.41, n.1, 2007.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Bras. de Med. de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, v.10, n. 35, 12f., 2015.

WOLFF, A.C. **Participação do acompanhante no parto e no nascimento: percepção da equipe multiprofissional.** Universidade de Santa Cruz do Sul, 51f. jun. 2016.

World Health Organization – OMS. Maternal and Newborn. Health/Safe motherhood unit. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: World Health Organization; 1996.

WEI, C.Y. et al. **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas.** *Cont. Enf.* Florianópolis, v.20, n.4, 9f. out./dez. 2011.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este é um convite para você participar voluntariamente da pesquisa **”Nível de conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.”**

Esta pesquisa pretende investigar o nível de conhecimento de mulheres acima de 18 anos e que tiveram filhos entre 2007 a 2017 acerca da violência obstétrica, e se sofreram tais abusos no momento do parto.

Responder esta pesquisa não trará quaisquer riscos significativos a você, além da expressão de sua opinião e experiência vivida durante o parto e pós-parto. Para minimizar qualquer desconforto e manter sua privacidade, o questionário apresentará caráter anônimo e deverá ser respondido individualmente. Todas as informações obtidas serão sigilosas, focando somente no conteúdo e os resultados estatísticos, onde a divulgação dos resultados serão feitas de forma a não identificar os participantes nem expô-lo a qualquer constrangimento.

Ao participar voluntariamente da pesquisa, você estará contribuindo para mostrar à população o nível de conhecimento das mulheres a respeito da violência obstétrica, a fim de que seja demonstrada a importância do saber dessa mulher acerca do assunto, mostrando que com isso a mulher tem mais segurança, informações e tranquilidade para vivenciar o momento do parto e pós-parto.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas através do e-mail ou por contato telefônico do pesquisador responsável: [mara.ribeiro@uniceub.br](mailto:mara.ribeiro@uniceub.br) / 98489-0563. Assim como, pode manifestar via e-mail o desejo de receber acompanhamento psicológico relativo ao caso. Em caso de dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa, também poderão ser feitos questionamentos ao Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB, através do telefone (61) 3966-1511 ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br).

Ao assinalar a opção **“aceito participar”**, a seguir, você atestará sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada, conforme a descrição aqui efetuada.

**APÊNDICE B – Questionário da pesquisa com o intuito de investigar os tipos de violência obstétrica vivenciado pelas mulheres participantes e analisar o nível de conhecimento delas acerca desse assunto.**

## QUESTIONÁRIO – NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

01) Você aceita participar dessa pesquisa voluntariamente?

- a) Sim, aceito participar
- b) Não, obrigada

02) Você teve filho(s) entre Julho de 2012 à Agosto de 2017?

- a) Sim
- b) Não

03) Você teve quantos filhos?

- a) Apenas 1 filho
- b) 2 ou mais filhos

04) Seu(s) filho(s) nasceu(nasceram) de parto:

- a) Vaginal (normal)
- b) Cirúrgico (cesárea)
- c) Vaginal e cirúrgico

05) Seu(s) partos(s) foi(foram) realizado(s) por: (Assinale 1 ou mais opções, caso você tenha tido mais de um filho e em locais diferentes)

- a) Hospital Particular
- b) Hospital Público
- c) Casa de parto
- d) Domiciliar

06) Quem realizou o(s) seu(s) parto(s): (Assinale 1 ou mais opções, caso você tenha tido mais de um filho e com profissionais diferentes em cada parto)

- a) Parteira
- b) Enfermeira Obstétrica
- c) Médico contratado
- d) Médico plantonista

07) Você teve acompanhamento pré-natal?

- a) Sim
- b) Não
- c) Já ouvi falar, porém, desconheço

08) Te negaram atendimento ou impuseram dificuldades durante o pré-natal de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

09) Fizeram comentários constrangedores por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, número de filhos, etc, durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

10) Gritaram, ameaçaram, xingaram ou te humilharam durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

11) Te negaram água ou alimentos durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim

- b) Não
- c) Não me lembro

12) Restringiram o posicionamento de sua preferencia para o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

13) Agendaram ou te induziram à cesárea sem recomendação clínica?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

14) Impediram a entrada do acompanhante escolhido por você durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

15) Realizaram enema (lavagem intestinal) como forma de preparação para o parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

16) Restringiram sua locomoção durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

17) Utilizara ocitocina, soro (para acelerar o trabalho de parto) sem seu consentimento?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

18) Realizaram tricotomia (retirada dos pêlos pubianos) durante o trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

19) Durante seu trabalho de parto, alguém subiu em cima de você ou fez força na sua barriga para o bebê nascer?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

20) Realizaram episiotomia (corte vaginal/"pic") sem uma indicação clínica, aviso prévio, ou sem anestesia durante seu trabalho de parto de um dos seus filhos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

21) Impediram ou dificultaram seu contato com o bebê logo após o parto de um dos seus filhos? (Exceto por alguma complicação)

- a) Sim
- b) Não
- c) Não me lembro

- 22) Impediram ou dificultaram o aleitamento materno na primeira hora de vida do seu bebê? (Exceto por alguma complicação)
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não me lembro
- 23) Você sabe o que significa violência obstétrica?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Já ouvi falar, porém, desconheço
- 24) Você descobriu o que é a violência obstétrica antes do nascimento do seu primeiro filho?
- a) Sim
  - b) Não
- 25) A informação a respeito da violência obstétrica chegou até você através: (quando foi a primeira vez que você ouviu falar desse assunto)
- a) Profissionais da saúde
  - b) Roda de gestantes
  - c) Sites/propagandas/revistas/redes sociais
  - d) Amigos/conhecidos
- 26) Você considera ter sofrido violência obstétrica em algum momento do nascimento do(s) seu(s) filho(s)?
- a) Sim
  - b) Não
  - c) Não tenho certeza