

**Nível de conhecimento de mulheres nulíparas sobre a violência obstétrica de diferentes classes sociais do DF e entorno – um estudo descritivo**

**Level of knowledge of nulliparous women about obstetric violence from different social classes in the federal district and surrounding areas - a descriptive study**

DOI:10.34117/bjdv8n11-288

Recebimento dos originais: 24/10/2022

Aceitação para publicação: 25/11/2022

**Anna Beatriz Fonseca de Moraes**

Graduanda em Fisioterapia

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN, 707-709, Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: anna.morais@sempreceub.com

**Larissa Kelly dos Santos Carvalho**

Graduanda em Fisioterapia

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN, 707-709, Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: larissakips@sempreceub.com

**Monique de Azevedo**

Mestre em Educação Física pela Universidade de Brasília (UNB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN, 707-709, Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: Monique.azevedo@ceub.edu.br

**Maria Beatriz Silva e Borges**

Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília (UNB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN, 707-709, Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: maria.borges@ceub.edu.br

**Leticia Martins Paiva**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UNB)

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN, 707-709, Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: leticia.paiva@ceub.edu.br

**Geovana Soares da Silva**

Graduanda de Fisioterapia

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN, 707-709, Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: geovanasoressilva99@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Segundo a OMS, a violência obstétrica se caracteriza pela falta de humanidade, respeito e cuidado com a parturiente e seu bebê. Atitudes como maus tratos, xingamentos e procedimentos sem o consentimento da mulher nas instituições de saúde, são considerados como violência obstétrica, acarretando traumas psicológicos e físicos para a vida da gestante. **Objetivos:** Descrever o nível de conhecimento das mulheres nulíparas de diferentes classes sociais do Distrito Federal e do entorno, a respeito da violência obstétrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo com método transversal descritivo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento de mulheres nulíparas acerca da violência obstétrica. A metodologia utilizada é a técnica de snowball, onde serão contatadas mulheres através das redes sociais e indicação sequencial e continuada de familiares e amigos. As participantes serão convidadas a participar da pesquisa e receberão todas as informações a respeito do estudo, bem como de sua participação no mesmo. **Resultados:** Observou-se um elevado número de estudantes com pouco conhecimento sobre violência obstétrica, principalmente nas questões que envolvem o enema (lavagem intestinal) 44,6%, 32,7% de mulheres desconhecem a manobra de Kristeller como um tipo de violência obstétrica e 31,7% das mulheres desconhecem o uso de tricotomia 26,7% não concordam. A respeito da restrição de locomoção da parturiente, 26,7% já ouviram falar, porém desconhecem e 13,9% não concordam. **Conclusão:** No âmbito geral, o presente trabalho mostrou uma maior ausência no conhecimento a respeito da violência obstétrica entre as mulheres nulíparas independente da classe socioeconômica.

**Palavras-chave:** violência obstétrica, parturiente, mulheres nulíparas, parto normal.

## ABSTRACT

**Introduction:** According to WHO, obstetric violence is characterized by lack of humanity, respect and care for the mother and her baby. Attitudes such as mistreatment, cursing and procedures without the woman's consent in health institutions are considered as obstetric violence, causing psychological and physical trauma to the pregnant woman's life. **Objectives:** To describe the level of knowledge of nulliparous women from different social classes in the Federal District and surrounding areas, regarding obstetric violence. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study, with a quantitative approach, aiming to assess the level of knowledge of nulliparous women about obstetric violence. The methodology used is the snowball technique, where women will be contacted through social networks and sequential and continued referrals from family and friends. The participants will be invited to participate in the research and will receive all the information regarding the study as well as their participation in it. **Results:** It was observed a high number of students with little knowledge about obstetric violence, mainly on the issues involving enema (bowel lavage) 44.6%, 32.7% of women do not know the Kristeller maneuver as a type of obstetric violence and 31.7% of women do not know about the use of trichotomy 26.7% do not agree. Regarding the restriction of locomotion of the parturient, 26.7% have heard about it, but do not know, and 13.9% do not agree. **Conclusion:** In general, this study showed a greater lack of knowledge about obstetric violence among nulliparous women, regardless of socioeconomic class.

**Keywords:** obstetric violence, parturient, nulliparous women, normal delivery.

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o período gravídico puerperal, ocorrem inúmeras alterações hormonais e fisiológicas em que a mulher se encontra predisposta a uma maior vulnerabilidade emocional e física, devido às diversas modificações corporais no qual ela passa durante o desenvolvimento do feto. Com isso, é de grande importância que a gestante tenha um bom acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, pois a chegada do bebê acompanha uma transição social: de mulher para mãe. Nesta fase da vida as instabilidades emocionais são marcantes por se tratar de uma explosão de sentimentos, como: o medo (por se perguntar diversas vezes se o que está fazendo é o correto para aquele bebê) e ansiedade (por ter noites mal dormidas e uma alimentação desregulada) portanto, é necessário o apoio e a compreensão da equipe de saúde para que a paciente receba um atendimento onde sintase acolhida, confortável e segura (DINIZ, 2018).

A violência obstétrica ocorre durante a gravidez, o parto e o período puerperal, mais conhecido como pós-parto imediato; portanto, é a violência que afeta diretamente as mulheres em seu momento mais frágil. A violência obstétrica pode ser ocasionada de diversas formas, através da interação entre a mulher e o auxiliar de cuidados, por meio de problemas no sistema da instituição de saúde e ou pelo sistema de saúde; através de atos intencionais de violência psicológica, verbal e sexual; uma variedade de práticas obstétricas que podem inadvertidamente causar sofrimento aos envolvidos, tais como episiotomias; negar acompanhantes na sala do parto, abandono ou recusa de assistência às mulheres durante o parto; falta de empatia do prestador de cuidados; falta de sensibilidade com o desejo da mãe de ver o filho logo após o nascimento; falta de consentimento para intervenções como o parto cesariano ou o uso de remédios para a indução do parto. (LUND; SWAHNBERG; SCHEI; INFANTI, 2018).

O crescente número de cesáreas no Brasil indica a importância da observação do tratamento à saúde da mulher e do recém-nascido a respeito de cirurgias cesáreas desnecessárias, das quais colocam em risco suas vidas/saúdes. Sem a indicação correta, a realização da cirurgia pode levar ao aumento do risco de complicações graves para a idade. (Ministério da Saúde, 2015). O conhecimento da violência obstétrica (VO) é indispensável para a saúde da mulher e da criança e influencia a cultura e a percepção sobre o parto pela sociedade. Artigos sugerem que mulheres em todo o mundo sofrem maus-tratos durante o parto, incluindo abuso físico, abuso verbal, discriminação, procedimentos não consentidos e cuidados não solidários.(Bohren, 2019). Entretanto,

algumas concentrações de mulheres com rendas menores, ainda relatam o total desconhecimento e a falta de clareza quanto ao problema. (DINIZ, 2015).

Além de intervenções obstétricas inapropriadas, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhações e expressões preconceituosas relacionadas à saúde e sexualidade da mulher que são comumente encontradas em redes hospitalares. Essa realidade cotidiana e cruel revela uma grave violação dos direitos humanos e direito das mulheres (Muniz & Barbosa, 2012). O uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que tenha como resultado ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, privação ou prejuízo no desenvolvimento, são assim definidas como Violência Obstétrica pela Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2019).

Os maus-tratos às mulheres nas unidades de saúde têm seus princípios nas diferenças de gênero generalizadas e no desequilíbrio de poder entre os provedores de saúde e as mulheres. Os contextos sociais são criados por intersecções dos sistemas de poder, por exemplo: raça, classe, gênero e orientação sexual. Portanto, o desrespeito e o abuso podem ser vistos como consequência da violência estrutural, que se refere às forças sociais que criam e mantêm desigualdades dentro e entre grupos sociais, dando lugar a condições em que os maus-tratos e a violência entre duas ou mais pessoas possam ser decretados. (MILTENBURG, 2018) (LUND; SWAHNBERG; SCHEI; INFANTI, 2018).

As adolescentes, solteiras, de pele negra (parda/preta), de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente predispostas a vivenciar abusos, desrespeito e maus tratos nas redes hospitalares. (OMS, 2014).

A violência obstétrica (VO), está vinculada à violação dos direitos das mulheres durante os cuidados de saúde relacionados com o nascimento de crianças (Mihret 2019). Nesse sentido, ela faz parte da violência institucional, podendo ser acometida nas redes públicas e com uma menor frequência, nas redes privadas, e exercida pelos serviços de saúde, que se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com seus pacientes, incluindo: a violação dos direitos reprodutivos, respeitar a decisão da pessoa quanto a questão de querer ter filhos; a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros (Gomes, 2014). Quanto à satisfação da mulher quanto ao momento do próprio parto, há relatos de um número considerável de mulheres que sentiu insatisfação quanto à sua experiência pela

impotência diante das decisões médicas e da falta de informações adequadas para a sua segurança e a de seu bebê. (Katz, Amorim, Giordano, Bastos, Brilhante;2020)

Com isso, é primordial que toda cidadã tenha o direito ao melhor padrão possível de saúde. O acolhimento deve ter início desde a sua chegada nos estabelecimentos de saúde, sendo responsáveis por ouvir suas angústias, queixas e preocupações, garantindo a atenção e suportes necessários para qualquer necessidade e eventualidade que possa surgir, tendo como foco principal a busca pela confiança e a segurança da paciente durante todo o período gravídico-puerperal. (OMS, 2014).

Levando todos esses aspectos em consideração, recursos institucionais foram realizados pelo Ministério da Saúde com a efetivação de diversos programas e políticas em saúde, entre os quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com o intuito de aumentar a qualificação da atenção à saúde da mulher e do bebê. (FEBRASGO, 2019)

Dessa forma, quanto maior for o conhecimento e o acesso à informação sobre seus direitos por parte das gestantes, haverá uma diminuição nas ocorrências de quaisquer tipos de violação, unindo isso ao fato de obter uma maior participação de mulheres e grupos ativistas em prol do parto humanizado, dando maior visibilidade e conhecimento ao assunto. (AMARAL; GUIMARÃES; JONAS, 2018).

Por conseguinte, o objetivo deste trabalho foi descrever o nível de conhecimento das mulheres nulíparas de diferentes classes sociais do Distrito Federal, a respeito da violência obstétrica.

### 1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a classe social com maior índice de conhecimento de Violência obstétrica;
- Relacionar as classes sociais ao reconhecimento da Violência obstétrica;
- Identificar a classe social com mais déficit de conhecimento sobre o tema proposto;
- Identificar a idade das mulheres nulíparas e comparar seus níveis de conhecimento sobre a Violência obstétrica;

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Brasil é um país de renda média com Sistema Único de Saúde, onde 98,4% dos partos são realizados em instituições de saúde juntamente com profissionais capacitados, sendo 85% deles obstetra. Em 2013, a taxa de mortalidade materna era de 69,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Há uma certa carência aos grupos educacionais e informativos para que as mulheres estejam capacitadas a fazerem escolhas com total propriedade sobre a gravidez e o parto. 61,8% delas fazem pelo menos sete consultas pré-natais. (Gilo Diniz; Rattner; D'Oliveira; Aguiar; Niy, 2018)

A Organização Mundial da Saúde reconheceu em 2014, a violência obstétrica como uma questão de saúde pública que afeta diretamente a saúde da mulher e de seus bebês (OMS, 2014). A Violência obstétrica é classificada como qualquer ação ou omissão vinculado à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à parturiente, podendo ser tanto física como psicológica e praticada sem o seu consentimento explícito ou como uma afronta à sua autonomia. (Katz; Amorim; Giordano; Bastos; Brilhante, 2020). O termo “violência obstétrica” teve origem na América do Sul em 2007, e é frequentemente usado para este tipo de abuso, estabelecendo o conceito de violência obstétrica como o tratamento desrespeitoso, agressivo e humilhante de mulheres e meninas durante o parto e o nascimento (Chadwick, 2016).

Estima-se que 25% das mulheres em trabalho de parto foram submetidas a ameaças e violências verbais em uma pesquisa realizada no Brasil em 2010. Mulheres pardas ou negras, com menor escolaridade e também as que são atendidas pelos setores públicos, relatam sofrer abusos verbais, físicos ou psicológicos (Gilo Diniz; Rattner; D'Oliveira; Aguiar; Niy, 2018)

No ano de 2010 foi defendida a tese “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento com uma questão de gênero”, em que puérperas entrevistadas identificaram que as práticas consideradas por elas como violentas e relatam a percepção que tiveram sobre suas experiências de parto e nascimento (Aguiar JM, 2010). Os estudos feitos anteriormente sobre esse tema, foram essenciais para que passassem a ser mais discutidos academicamente. Mas as práticas violentas na assistência ao parto permanecem ainda muito invisíveis à maioria das gestantes, profissionais de saúde e gestores. (Sena LM; Tesser CD, 2017)

O termo “Violência obstétrica” na última década na América latina passou a ser um alicerce jurídico. Leis pacíficas contra a Violência Obstétrica - violência de gênero e violação dos direitos humanos- têm existência na Venezuela, Argentina, México, Brasil e Uruguai. Já nos países europeus o debate social, político e médico sobre o tema ainda é débil (Quattrocchi 2011). A Venezuela em 2007 definiu a VO como apropriação dos corpos reprodutivos pelos profissionais, um tratamento desumano, abuso de medicalização (transformar algo natural em questões médicas) e transformando algo natural em uma doença. Esses fatores resultam na perda da autonomia e da capacidade das mulheres em decidirem livremente o que querem fazer com seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida. (CR Williams; C Jerez; K Klein; M Correa; JM Belizan; G Cormick, 2018)

No Brasil por pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto tivemos uma melhor investigação sobre a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos dados de que 25% das mulheres que tiveram parto normal na rede pública e privada, relataram terem sofrido maus tratos e desrespeito durante o trabalho de parto, parto e/ou pós parto imediato, o movimento social de mulheres, e especificamente o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão. Foi quando pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, marcada pelo movimento de mulheres (Diniz SG, 2015).

Desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem-se mostrado preocupado em relação a procedimentos médicos impróprios, como a medicalização excessiva. O recomendado para a equipe médica e a administração da instituição foi rever o uso de tecnologias para o momento do parto, a prática exercida pela equipe médica e ao mesmo tempo a independência e autonomia do julgamento da mulher, a fim de abaixar os índices de mortalidade e a morbidade perinatal e materna. Entretanto, mesmo com o posicionamento da OMS em relação a essa questão da saúde da mulher, as taxas de violência obstétrica têm-se aumentado em países de rendimento médio e alto. Além disso, outras preocupações são, o aumento das consequências e efeitos iatrogênicos causados em mulheres e recém-nascidos; a crescente taxa de cesarianas desnecessárias no Brasil



nos últimos anos, liderando o topo da escala com cerca de 56% em comparação a outros países desenvolvidos e subdesenvolvidos. (Sadler, 2016)

A hiper medicação do parto no Brasil é emitida pela alta taxa de cesárea (Ministério da Saúde, 2017), com uma grande frequência de ocitocina, episiotomia, entre outras (Souza JP, 2014). Há uma lacuna entre as evidências científicas disponíveis desde 1985 (Lancet, WHO, 1985) para os cuidados durante o parto do Ministério da Saúde que foram atualizadas exigindo mudanças no modelo de promoção da saúde e prevenção quaternária, baseando-se no princípio da não maleficência bioética: primeiro não causar lesões (Souza JP, 2014).

A pesquisa feita pela Born in Brazil, com 29.940 mulheres pós-parto, identifica um excesso de intervenções obstétricas feitas pelos provedores de saúde no parto e no nascimento, expondo mulheres e recém-nascidos a efeitos iatrogênicos, tais como, distócia no parto, hipóxia neonatal, hemorragias e depressão pós-parto. Os dados revelam que mais da metade das mulheres foram submetidas a episiotomias; 91,7% deram à luz na posição de litotomia, sendo que as literaturas recomendam posições verticais. A ocitocina e a ruptura artificial da membrana amniótica para a aceleração do parto foram de 40% das mulheres; 37% foram submetidas a manobra de Kristeller, que é a pressão no útero para a expulsão do bebê. Tais atitudes são desnecessárias e trazem consigo traumas e consequências para o resto da vida da mãe e do bebê. (Lansky, 2019)

A proporção elevada de mulheres submetidas à posição litotômica no parto, à manobra de Kristeller, à episiotomia sem informação e à separação do bebê após o nascimento revela a persistência de práticas que são questionadas na atenção ao parto. A posição litotômica no parto, 46,4% das mulheres que tiveram parto vaginal, é exemplo emblemático, interferindo no jeito que essa mulher ansiava em ter o bebê de maneira determinante na fisiologia do parto normal. A prática clínica distanciada das evidências científicas, a falta de transparência e a concentração de poder na tomada de decisões nas relações profissionais e institucionais com os usuários da saúde favorece a banalização de procedimentos não recomendados, que passam a ser consideradas normais. (Moreira MEL 2014)

A organização Mundial da Saúde orienta que as taxas de parto cesáreos precisam ser entre 10% a 15%, por base em um estudo onde mostra que taxas acima de 15% não reduzem a mortalidade e a morbidade materna e perinatal e muito menos efeitos iatrogênicos na saúde da mãe e do bebê. No entanto, as redes hospitalares parecem não



se importarem com essa recomendação, devido às altas taxas de partos cesáreos no Brasil, com cerca de 56% em geral, incluindo redes privadas e públicas, que apresentam ocorrências de aproximadamente 45% e 85%. Esse contexto é empregado decorrente a altas taxas de intervenções empregadas na atenção da parturiente e o recém-nascido. (Zanardo, 2017)

Fatores de desigualdade socioeconômicos são determinantes para a experiência das mulheres em matéria de maus-tratos nas instituições e por provedores da saúde. Dessa forma, a visão que as mulheres têm sobre essas atitudes são justificadas como um reflexo da discriminação e opressão enraizados na sociedade em geral. A influência da desigualdade nas instituições intervém na percepção e na interação dos prestadores de serviço com a mulher, podendo afetar suas decisões clínicas e práticas obstétricas. (Sen, 2018) Um estudo, verificou que mulheres pobres, de minorias raciais e étnicas que se submeteram a serviços públicos, foram mais prováveis de receber episiotomias desnecessárias, enquanto mulheres de alto escalão se submeteram a serviços privados e tinham mais probabilidade de receber cesarianas (Diniz S, 2018).

O movimento pela humanização do parto no Brasil teve um início em vários Estados brasileiros, todas focadas para que a assistência tenha um significado diferente, que seja menos tecnocrático e mais direcionado na figura da mulher (Diniz SG, 2015). Portanto, com o intuito de promover um melhor conhecimento e segurança as parturientes do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu em 2011 a Rede Cegonha, que visa assegurar a mulher dos seus direitos ao planejamento de sua gravidez, no parto e no puerpério, bem como a criança em seu nascimento seguro e ao seu desenvolvimento saudável (Rodrigues, 2017).

Além da implementação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2000 o Ministério da Saúde criou um projeto (PHPN), que visa contribuir para a melhoria do acesso à saúde da mulher e do bebê durante a assistência ao parto e ao recém-nascido, assegurando a qualidade do atendimento e a melhoria no acesso à informação e aos recursos disponibilizados. O objetivo do projeto é a diminuição da mortalidade e morbidade materna e de perinatais e o aumento da humanização dentro das instituições de saúde para com a mulher e seu bebê, tornando a parturiente como protagonista e suas escolhas serem atendidas pela equipe médica. (Silva, 2017)

Independente das políticas já existentes, a emergência no quesito conhecimento das características da violência obstétrica entre as mulheres brasileiras e os provedores de

saúde, se faz necessária para que possam ter uma compreensão e uma educação quanto a esse tema. A fim de que, a mulher tenha consciência de sua autonomia e suas escolhas durante todo o processo gravídico-puerperal, e a assistência obstétrica seja livre de qualquer violência empregada a parturiente e ao bebê, para poderem vivenciar o momento de forma única e humanizada. (Jardim, 2018).

### 3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo com método transversal descritivo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento de mulheres nulíparas acerca da violência obstétrica. A metodologia utilizada é a técnica de snowball, onde serão contactadas mulheres através das redes sociais e indicação sequencial e continuada de familiares e amigos. As participantes serão convidadas a participar da pesquisa e receberão todas as informações a respeito do estudo, bem como de sua participação no mesmo. Após a compreensão e aceite, será disponibilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para que o prosseguimento aconteça.

As participantes receberão um questionário, onde darão informações sobre seu perfil sócio demográfico: nome, telefone, endereço, raça/cor, profissão, renda, idade, estado civil, religião, escolaridade e se já sofreu algum aborto. Para a avaliação sobre VO, foi introduzido um questionário segundo Matheus Borges e Welber Rocha (2017), com dezessete questões de múltipla escolha, sendo compostas por três respostas distintas, sendo elas: “() sim, () não, () já ouvi falar, porém desconheço”. O “sim” é julgado de acordo com o tipo de violência obstétrica, o “não” corresponde a contraposição do item julgado como violência obstétrica e o “já ouvi falar, porém desconheço” refere-se com o entendimento da participante a respeito do item julgado, entretanto desconhece seu significado ou que seja uma violência obstétrica.

Os dados serão obtidos através do Google forms. O link será distribuído a diversas plataformas online, como: WhatsApp, Instagram, twitter e e-mail, que dará acesso ao questionário. A análise dos dados foi feita através do Google Docs, análise estatística, com cálculo de média e desvio-padrão, apresentação de score e planilha demonstrada a partir do programa Excel.

Após a coleta dos dados, serão distribuídas cartilhas sobre os direitos das mulheres no período gravídico-puerperal nas unidades básicas de saúde, clínicas da família, hospitais regionais, via redes sociais, como: WhatsApp, Instagram, twitter e e-mail e ao

final do questionário para a pesquisa. Orientando os cuidados que as grávidas deverão ter no pré e pós-parto, para que possam ter uma percepção melhor sobre como e quais procedimentos serão saudáveis para ambos (mulher e bebê).

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados do presente estudo foram coletados a partir de um questionário segundo Matheus Borges e Welber Rocha (2017), disponibilizado através da plataforma google forms e divulgado nas redes sociais das próprias pesquisadoras.

Os critérios para a pesquisa foram: mulheres que ainda não passaram pela experiência do parto, que residem no Distrito Federal ou no entorno. Foram contabilizadas 101 participantes, e não houve nenhuma exclusão de participantes. O questionário foi composto por dezessete questões de múltipla escolha onde cada questão abordava um item sobre violência obstétrica, considerado pela Organização Mundial da Saúde os mais frequentes.

Os resultados a respeito ao nível socioeconômico de cada indivíduo está presente na tabela 1 correspondendo a sua cor, raça e etnia, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, com quem mora, tipo de moradia, em que zona reside e nível socioeconômico.

Tabela 1

Cor/raça ou etnia	%	Estado Civil	%	Escolaridade	%
Preto	10,9%	Solteiro (a)	80,2%	Analfabeto (a)	0%
Branco	44,6%	Casado (a)	11,9%	Ensino Maternal	0%
Indígena	0%	Divorciado (a)	2%	Ensino Fundamental incompleto	0%
Amarelo	3%	Viúvo (a)	0%	Ensino Fundamental completo	0%
Pardo	41,6%	Outros	5,9%	Ensino Médio incompleto	1%
Não me identifico	0%			Ensino Médio completo	13,9%
				Ensino Superior incompleto	58,4%
				Ensino Superior completo	26,7%

Ocupação	%	Com quem mora	%	Tipo de moradia	%
Estudante	57,4%	Cônjuge	13,9%	Casa alugada	13,9%
Desempregado	8,9%	Filhos	0%	Casa própria	53,5%
Autônomo	7,9%	Pais	72,3%	Apto. alugado	7,9%
Empresário (a)	2%	Sogros	9,9%	Apto. próprio	23,8%
Aposentado (a)	0%	Avós	4%	Fazenda	1%
Empregado		Outros	9,9%	Habitação Social	0%
(empresa pública)	5%				
Empregado					
(empresa privada)	17,8%				
Outros	1%				

Em que zona vive	%	Nível socioeconômico	%
Rural	4%	Alto	2%
Cidade	96%	Médio-alto	10,9%
		Médio	61,4%
		Médio-baixo	21,8%
		Baixo	4%

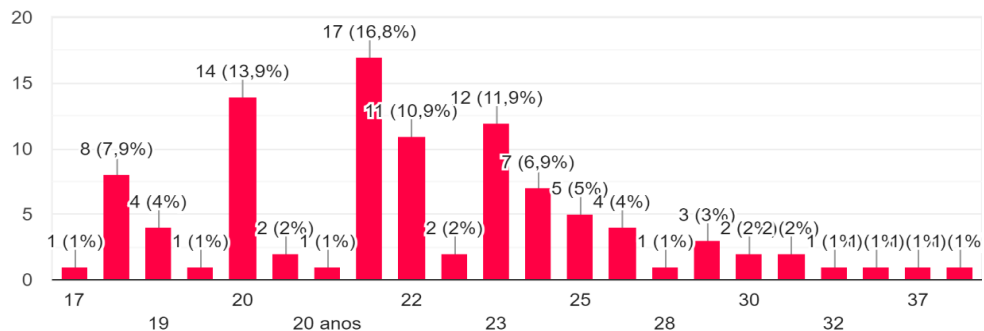
Fonte: As autoras

Na tabela 1 nota-se a predominância de mulheres solteiras, estudantes, brancas, com ensino superior incompleto, que residem atualmente com os pais, possuem a casa própria e se intitulam como classe média.

Tabela 2

Idade:

101 respostas



Fonte: As autoras

Na tabela 2 percebe-se que a maioria das participantes possuem idade aproximada de 20 anos à 23 anos de idade, tendo maior prevalência em 21 anos.

Tabela 3

Questões	%Sim	%Não	% Já ouvi falar porém, desconheço	% Sim	% Não	% Já ouvi falar porém, desconheço
1	74	4	23	73,3%	4%	22,8%
3	84	9	8	83,2%	8,9%	7,9%
5	77	9	15	76,2%	8,9%	14,9%
6	85	2	14	84,2%	2%	13,9%
8	85	3	13	84,2%	3%	12,9%
9	43	13	45	42,6%	12,9%	44,6%
10	60	14	27	59,7%	13,9%	26,7%
12	42	27	32	41,6%	26,7%	31,7%
13	56	12	33	55,4%	11,9%	32,7%
16	83	5	13	82,2%	5%	12,9%
17	83	3	15	82,2%	3%	14,9%
<b>Total da Amostra: 101</b>						

Fonte: As autoras

A tabela 3 corresponde aos resultados do questionário de Matheus Borges e Welber Rocha (2017), 4% julgaram desconhecer o tema e 22,8% já ouviram falar, de acordo com a questão 1. Na questão 3, destina-se às agressões verbais que a parturiente sofre durante o procedimento, 8,9% das mulheres não concordaram ser um tipo de violência obstétrica e 7,9% já ouviram falar.

Na questão 5, onde trata-se de negar água ou alimentos durante o trabalho de parto, 14,9% das participantes já ouviram falar e 8,9% não concordam ser um tipo de violência. Na questão 6, refere-se a falta de informação dada à parturiente sobre uma preferência de posição durante o trabalho de parto, cerca de 13,9% das mulheres desconhecem e 2% não concordam.

Na questão 8, destina-se a entrada de acompanhante na sala de parto, 3% não concordam ser violência e 12,9% desconhecem. Nas questões 9 e 10, mostram valores altos de acordo com as respostas, onde 44,6% das participantes ouviram falar da lavagem intestinal, porém desconhecem, e 12,9% não concordam. A respeito da restrição de locomoção da parturiente, 26,7% já ouviram falar, porém desconhecem e 13,9% não concordam que seja violência obstétrica.

De acordo com as respostas nas questões 12 e 13, 31,7% das mulheres desconhecem o uso de tricotomia como uma violência e 26,7% não concordam. O índice alarmante de 32,7% de mulheres desconhecem a manobra de Kristeller como um tipo de violência obstétrica e 11,9% não concordam.

A questão 16, sobre impedir ou dificultar o contato mãe-bebê após o parto, 12,9% colocaram que desconhecem e 5% não concordaram como ser um tipo de violência. E por fim, na questão 17, onde trata-se de impedir ou dificultar o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, 14,9% desconhecem e 3% não concordam.

Exceto as questões 2,4, 7, 11, 14 e 15, todos os outros tiveram um índice alarmante de mulheres que não concordam que tal feito é considerado violência obstétrica, ou já ouviram falar sobre o assunto.

Após uma análise dos dados emitidos através do questionário percebemos que assuntos, como: lavagem intestinal, restringir a locomoção, tricotomia e manobra de Kristeller estão entre os assuntos dos quais tiveram uma maior evidência sobre o pouco ou nulo conhecimento de mulheres que possuem um nível socioeconômico mediano, e um nível de escolaridade superior.

## 5 DISCUSSÃO

A violência obstétrica é caracterizada principalmente pela negligência médica e hospitalar quanto aos direitos básicos da gestante e de seu bebê, levando a uma série de fatores desrespeitosos e violentos, sendo ela psicológica ou física. A ação de equipes médicas acarretam uma experiência traumática para a vida da parturiente. não somente na hora do parto, mas também no pré-natal ocasionando sentimentos de medo, ansiedade e pensamentos negativos.(de Souza et al.(2018)

No século XIX o parto era algo que muitos viam como um processo natural e feminino, com a chegada da tecnologia o parto normal começou a ser visto no século XX, por principalmente médicos de gênero masculino como práticas de risco, introduzindo a grávida somente como uma "colaboradora" do processo. O surgimento da violência obstétrica ocorre com a necessidade da agilidade e falta de paciência em assistir a um trabalho de parto.(Russo et al.,2019)

Este trabalho foi fundamentado na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal citados pelo MS (2016) e aplicados nas mulheres que ainda não tiveram a

experiência do parto, de diferentes classes sociais e que residem no Distrito Federal e/ou no entorno.

Em relação às questões socioeconômicas, a incidência maior foi a de mulheres brancas de classe média, solteiras, com ensino superior incompleto, que possuem casa própria e residem com os pais. Mulheres com baixa escolaridade e pobres, apresentam maior predisposição para sofrer a violência obstétrica, enquanto mulheres com um conhecimento maior sofrem menos por questionar atitudes e procedimentos, o que gera a desistência e o repensar da equipe médica. (Andrade, 2016)

Compreendemos que, a violência obstétrica atinge as mulheres de forma diferenciada, quanto às questões de raça, cor, classe social e o estado civil, somam-se as justificativas das ações realizadas pela equipe médica. O local do parto também se diferencia perante o tratamento com a mulher, como por exemplo, os hospitais privados possuem um alto índice de cesáreas desnecessárias enquanto os hospitais públicos maltratam as parturientes de diversas maneiras e em uma questão geral no termo violência. (De Lima, 2018).

Quanto aos resultados, observamos que as manobras de enema e a manobra de Kristeller são as mais desconhecidas pelas mulheres, o que de acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao parto normal (2016) determina que não sejam realizados de forma rotineira durante os trabalhos de parto, entretanto, em relação ao enema, os hospitais alegam que o uso do mesmo traz benefícios para o parto e conseqüentemente a diminuição de infecções materna e/ou neonatal. Tal afirmação não possui estudos científicos comprovados quanto ao bem estar da parturiente e do neonato. De acordo com o MS (2016), essa ação só traz malefícios psicológicos e físicos para a mãe, como desconforto e constrangimento, e a contaminação do períneo através das fezes líquidas. A adição de um custo pelos equipamentos utilizados para cada trabalho de parto também é apresentada.

A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto visando a saída precoce do bebê (FioCruz, 2018). Por mais que tenha sido banida pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial da saúde (OMS) ainda permanece enraizada como um dos procedimentos corriqueiros entre a parturiente e a equipe médica, e por mais que todos os anos diversas mulheres ingressam dentro da área de obstetrícia e/ou ginecologia, esses hábitos costumam se tornar comuns e que as mesmas são as que mais praticam, o que gera uma



certa preocupação a saúde e o bem estar físico e mental da relação mãe-bebê. (NUNES, 2021).

Outras questões foram observadas como, a locomoção da parturiente e a proibição da ingestão de comida e/ou bebidas. O impedimento de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto se dá através do medo da aspiração do conteúdo estomacal, caso necessite da anestesia geral (Borges, 2017). Muitas mulheres colocaram desconhecer esse procedimento, entretanto estudos comprovam a eficácia e um melhor trabalho de parto em mulheres que se alimentam, ingerem líquidos e se locomovem sem insegurança. (Bomfim, 2021).

O uso da tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) é raramente discutido e poucas pessoas sabem que é um tipo de violência obstétrica baseada em crenças e valores, baseados em tradições e em pensamentos considerados culturalmente ultrapassados, relatando uma impossibilidade de infecção. Não tendo nenhuma evidência de benefício para a parturiente (Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG, 2021)

Quanto à amamentação, percebemos que há mulheres que não conhecem o seu direito de amamentar nas primeiras horas após o nascimento do bebê. Entretanto, o Ministério da Saúde não concorda com esses posicionamentos e de acordo com a Portaria 371/2014, toda parturiente possui a sua independência, e é assegurado o contato da mãe e do bebê após o parto, principalmente o aleitamento materno nas primeiras horas. (MS, 2014).

O ministério da saúde busca assegurar como direito da mulher um atendimento justo e humanizado desde o início da gestação até o nascimento da criança.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÃO)**

Tendo em vista os aspectos examinados, percebemos a grande dificuldade no conhecimento das mulheres acerca de diferenciar o que é ou não a violência obstétrica. Observamos que independente da classe social, cor, raça e/ ou estado civil, diversas mulheres desconhecem procedimentos utilizados durante o trabalho de parto.

Por esta razão, o parto humanizado virou um sonho distante para mulheres de classe baixa que necessitam do acesso a hospitais públicos, se deparam com tamanha violência e animosidade da equipe responsável no dia.

Em nossa análise, notamos a ausência de informações independente da classe socioeconômica das participantes, mesmo vivendo em uma geração que possui um fácil

acesso a informações através de meios sociais. Entretanto, tendo em vista que, esse assunto possui pouca visibilidade na mídia e poucas denúncias das vítimas, não passou despercebido um alto índice de respostas inadequadas quanto aos temas: enema, manobra de Kristeller, tricotomia, proibição de alimentos sólidos e líquidos durante o trabalho de parto, impedimento da locomoção e o impedimento do aleitamento materno na primeira hora de vida.

## REFERÊNCIAS

- 1) AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011. Acesso em: 10 de abril de 2020
- 2) BORGES, Matheus de Oliveira; ROCHA, Welber Pereira da Rocha. Conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre violência obstétrica. 2017. Acesso em: 04 de maio de 2020.
- 3) CARVALHO, Isis Cristiane Bezerra de Melo et al. Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 401-418, 2018. Acesso em: 11 de abril de 2020.
- 4) CASTRO, Arachu. Witnessing obstetric violence during fieldwork: Notes from Latin America. **Health and human rights**, v. 21, n. 1, p. 103, 2019.; Junho de 2019. Acesso em: 10 de abril de 2020
- 5) CHADWICK, Rachele Joy. Obstetric violence in South Africa. **SAMJ: South African Medical Journal**, v. 106, n. 5, p. 423-424, 2016.. Maio de 2016. Acesso em: 05 de maio de 2020
- 6) COUTINHO, Emília de Carvalho et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 17-24, 2014. Acesso em: 07 de maio de 2020.
- 7) GRILO DINIZ, Carmen Simone et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive health matters**, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018. Acesso em: 06 de maio de 2020
- 8) DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J Hum Growth Dev**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Acesso em: 05 de maio de 2020
- 9) FLORES, Yesica Yolanda Range et al. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.. Agosto de 2019. Acesso em: 10 de abril de 2020
- 10) GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, 2018. Acesso em: 11 de abril de 2020
- 11) JARDIM, D.M.B; MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. Agosto de 2018. Acesso em: 06 de maio de 2020.
- 12) 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. Acesso em: 02 de maio de 2021
- 13) WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p. 436-437, 1985. Acesso em: 5 de maio de 2020

14) LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019. Acesso em: 10 de abril de 2020

15) MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1152-1161, 2018.. Maio de 2017. Acesso em: 08 de abril de 2020

16) SOLNES MILTENBURG, Andrea et al. Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. **Reproductive health matters**, v. 26, n. 53, p. 88-106, 2018. Acesso em: 10 de abril de 2020.

17) FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA et al. Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo "violência obstétrica. 2019. Acesso em, v. 3. Acesso em: 14 de abril de 2020.

18) DE OLIVEIRA, Andressa Suely Saturnino et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev Rene**, v. 11, p. 32-41, 2010. Acesso em: 29 de abril de 2020

19) OLIVEIRA, Anny Mayara de Araújo. Violência obstétrica na percepção de profissionais e instituições de saúde: uma revisão integrativa. 2019. Acesso em: 08 de abril de 2020

20) OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017. Acesso em: 07 de maio de 2020.

21) PERERA, Dinusha et al. 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2018. Acesso em: 11 de abril de 2020

22) PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, n. 37, p. 212-227, 2012. Acesso: 14 de abril de 2020.

23) POZZIO, María Raquel. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, p. 101-117, 2016. Acesso em: 08 de abril de 2020.

24) QUATTROCCHI, Patrizia. Violenza ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo. **EtnoAntropologia**, v. 7, n. 1, p. 125-148, 2019. Acesso em: 07 de maio de 2020.

25) RODRIGUES, Francisca Alice Cunha et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. Acesso em: 29 de abril de 2020

26) SADLER, Michelle et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive health matters**, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016. Acesso em: 04 de maio de 2020

- 27) SANDIM, Natália Ferrari de Carvalho. Nível do conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica. 2017. Acesso em: 10 de abril de 2020
- 28) SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences/Violencia obstetrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres maes: relato de duas experiencias/Violencia obstétrica en Brasil y ciberactivismo de mujeres madres: relato de dos experiencias. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. 60, p. 209-221, 2017. Acesso em: 04 de maio de 2020
- 29) SEN, Gita; REDDY, Bhavya; IYER, Aditi. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. **Reproductive health matters**, v. 26, n. 53, p. 6-18, 2018. Acesso em: 10 de abril de 2020
- 30) SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170915, 2019. Acesso em: 10 abril de 2020
- 31) SUSAN MIRANDA DE SOUSA, Priscila. **As parteiras e os médicos: a inserção do gênero masculino numa realidade feminina (século XIX e início do século XX)**. 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Acesso em: 26 de abril de 2020
- 32) SALESIANO, Centro Universitário Católico; VIEIRA, Damaris Rebeca; APOLINÁRIO, Josiane Aparecida. **A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA COMPREENSÃO DE MULHERES USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINS**. 2017. Acesso em: 8 de abril de 2020
- 33) VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. 2013. p. [504]-[504] Acesso em: 02 de maio de 2020
- 34) ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017. Acesso em: 07 de maio de 2020