



Dor surda, grito abafado: Experiências e percepções de mulheres vítimas de violência obstétrica

Iago Sávyo Duarte Santiago¹; Jeane Alves Silva²; Natalle Wold Gomes da Silva³; Gislene Farias de Oliveira⁴; Estelita Lima Cândido⁵

Resumo: Objetivos: avaliar o conhecimento de gestantes acerca da violência obstétrica, o impacto da aplicação de um projeto de intervenção baseado no protagonismo feminino no parto e analisar percepções e consequências da violência obstétrica na vida de mulheres acometidas. Métodos: Pesquisa quali-quantitativa, quasi-experimental, realizada com 10 gestantes do Cariri cearense. O teste T de Student com significância a 0,05 foi aplicado para comparação das médias de acertos. A análise qualitativa ocorreu através do método de Bardin. Resultados: A comparação das médias de acertos nos questionários pré ($m=7.22\pm 2.43$) e pós-intervenção ($m=9.11\pm 0.92$) revelou diferença estatística ($p=0.0234$). A análise qualitativa evidenciou as seguintes categorias: Experiências de violência obstétrica, Direito à privacidade e à companhia, Sentimentos evocados nas experiências e Sequelas da violência obstétrica. Conclusões: Os relatos constataam a permanência da violência obstétrica no Cariri cearense, promovendo sentimentos e percepções negativas. Ao contrário do que se imagina, a coerção não facilita o trabalho dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Violência de gênero; Violência obstétrica; Parto humanizado.

Dull Pain, Muffled Scream: Experiences and Perceptions of Women victims of Obstetric violence

Abstract: The aim was to evaluate the knowledge of pregnant women about obstetric violence, the impact of the application of an intervention project based on female protagonists in childbirth and to analyze perceptions and consequences of obstetric violence in the lives of affected women. Methods: Quali-quantitative, quasi-experimental research, carried out with 10 pregnant women from Cariri Ceará. The Student's t test with significance at 0.05 was applied to compare the mean of correct answers. The qualitative analysis was carried out using the Bardin method. Results: The comparison of the correct answers in the pre ($m = 7.22 \pm 2.43$) and post-intervention ($m = 9.11 \pm 0.92$) questionnaires revealed a statistical difference ($p = 0.0234$). The qualitative analysis showed the following categories: Experiences of obstetric violence, Right to privacy and the company, Feelings evoked in the experiences and Sequelae of obstetric violence. Conclusions: The reports show the persistence of obstetric violence in Cariri Ceará, promoting negative feelings and perceptions. Contrary to what is imagined, coercion does not facilitate the work of professionals.

Keywords: Women's health; Gender-based violence; Obstetric violence; Humanized birth.

¹ Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. iago.duarte@aluno.ufca.edu.br;

² Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Cariri. jeaneufca@gmail.com;

³ Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Cariri. natalliewold@gmail.com;

⁴ Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Cariri. gislenefarias@ufca.edu.br;

⁵ Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Cariri. estelita.lima@ufca.edu.br.

Introdução

A violência obstétrica, termo utilizado para agrupar violência física, psicológica e verbal sofridas pela mulher durante a gestação, parto, puerpério e em casos de abortamento, é uma questão de saúde pública que suscita discussões desde a segunda metade do século XIX sob diferentes denominações e contextos sociais¹. O desrespeito à gestante, parturiente e puérpera tem um amplo espectro de manifestação, podendo variar desde violência física, humilhação e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos e falta de confidencialidade, até não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, violações da privacidade, entre outros. Tal agressão pode ser efetuada por qualquer membro que compõem o ambiente hospitalar, como médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de serviços gerais e maqueiros².

A origem das discussões sobre a questão ocorre na década de 1950, nos EUA e no Reino Unido, quando movimentos trouxeram a situação à tona ao publicar relatos de procedimentos desnecessários executados durante o parto, descrevendo-os como tortura, bem como reflexões sobre os transtornos e os sentimentos oriundos das vivências nas maternidades. No Brasil, as primeiras análises sobre o tema descreveram a experiência feminina no parto como uma circunstância violenta¹.

Ainda que a relação autoritária, vertical e desrespeitosa possa erroneamente ocorrer em qualquer relação entre profissional da saúde e paciente, a violência obstétrica é tida também como uma violência de gênero por provocar opressão e desvalorização, transformando a mulher em objeto de exploração e domínio, uma vez que ela passa a não ter autonomia sobre sua sexualidade e seu corpo³. Há, portanto, a necessidade de se analisar a violência obstétrica separada de outras formas de violência médicas pelas suas próprias demandas, pois seus mecanismos podem ser observados como manifestações estruturadas numa medicina em que, nos seus primórdios, tinha a fisiologia masculina como norma⁴. Deve, desse modo, ser entendida como reflexo da desigualdade estrutural entre os gêneros presente no cerne da sociedade, visto que os direitos sexuais e reprodutivos são feridos quando retirado o princípio básico do consentimento informado entre a mulher gestante e o profissional da saúde, naturalizando, assim, uma violência de gênero.

Estudos apontam que cerca de 25% das mulheres no Brasil sofrem algum tipo de violência durante o parto nos serviços de saúde, tanto público quanto privado, enquanto esse número chega a 50% naquelas que abortaram⁵. Um número alarmante e expressivo, mas podendo ainda ser maior levando-se em consideração, sobretudo, a dificuldade que os usuários têm de

denunciar ou relatar ocorrências nos serviços de saúde por não divulgação eficiente dos meios oficiais existentes para denúncia⁶.

Dentre os principais fatores à ocorrência da violência obstétrica, figuram a precariedade do sistema de saúde e a banalização do sofrimento das pacientes pelos profissionais de saúde, como consequência de uma relação interpessoal falha, moldada por preconceitos culturais e de gênero⁷. Ademais, as estruturas de poder e corporativismo presentes na formação dos profissionais de saúde estão no eixo central da prática violenta. Ideia corroborada pelo fato de que as discussões sobre o assunto geram desconforto por ainda tratar-se de tabu no meio acadêmico, na medida em que o termo “violência obstétrica” vai de encontro ao *ethos* da profissão – motivo pelo qual na década de 90 foi preferido usar o termo “Humanização do parto” para iniciar os primeiros debates no Brasil acerca do tema⁴.

Desse modo, o presente estudo tem o objetivo de avaliar o conhecimento de gestantes acerca da violência obstétrica, o impacto da aplicação de um projeto de intervenção baseado no resgate do protagonismo feminino no parto e analisar percepções e consequências da violência obstétrica na vida de mulheres acometidas.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quali-quantitativa, quase-experimental, realizado com 10 gestantes do Cariri cearense. A aproximação com as gestantes deu-se através dos encontros empreendidos pelo Projeto Semente das Águas.

O Projeto Semente das Águas nasceu do desejo de resgate do protagonismo feminino no próprio parto. Embasado na ideia de que o hospitalocentrismo retirou da mulher a centralidade e a participação ativa na parturição, o Projeto atuou informando mulheres gestantes do Cariri cearense sobre violência obstétrica, direitos da gestante e fisiologia do trabalho do parto, além de outros temas pertinentes ao momento que vivem. O fomento de tais discussões visou, desse modo, transmitir dados e informações pertinentes que pudessem promover à mulher entendimento de seus direitos, para, tendo voz ativa, serem agentes mitigatórios da violência obstétrica.

Os encontros foram estruturados como rodas de conversa, de modo a permitir a livre manifestação das gestantes participantes, ocorrendo em UBS, ambulatórios ou grupos de gestantes abertos à execução do Projeto em reuniões virtuais. Utilizou-se, como fim didático e ilustrativo, figuras pintadas em tecido sobre os tempos do trabalho de parto e os direitos da

gestante. A pesquisa teve com critério de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, gestantes, residentes da região do Cariri cearense, que aceitaram participar integralmente da pesquisa.

Os dados foram coletados em três momentos sequenciados e lineares. Inicialmente, aplicava-se o questionário socioeconômico e o questionário pré-intervenção para analisar os conhecimentos prévios das gestantes sobre a gestação e aspectos relacionados à violência obstétrica, com perguntas objetivas sobre o conceito e exemplos de violência obstétrica e direitos da gestante. Então, empreendia-se a roda de conversa, com atividades e discussões sequenciadas em quatro momentos: Fisiologia do parto, Violência obstétrica, Direitos da gestante e Plano de parto. Ao término da atividade, o questionário pós-intervenção era aplicado a elas, contendo algumas perguntas presentes no questionário pré-intervenção. Àquelas que afirmaram já ter sofrido violência obstétrica no último questionário foram indagados os seguintes tópicos: a) Que tipo ou quais tipos de violência obstétrica você já sofreu?; b) Faça um breve comentário de como você se sentiu na agressão; c) A violência obstétrica gerou alguma sequela física ou psicológica em você?. As gestantes tanto podiam responder verbalmente – sendo sua fala transcrita – quanto redigir suas respostas.

A análise dos dados quantitativos ocorreu com auxílio do programa GraphPad Prism 8.0.1. Por meio deste, foram calculadas média, medianas e demais medidas de posição e variabilidade. As médias globais de acertos nos questionários aplicados antes da roda de conversa (pré-intervenção) e após (pós-intervenção) foram comparadas por meio do teste t de Student pareado e os demais tópicos avaliados pela proporção de acertos. Os dados referentes aos acertos globais estão apresentados com média e desvio padrão. A significância estatística foi verificada com nível a 0,05.

Para a análise dos dados qualitativos, recorreu-se ao método de Bardin, que se caracteriza por utilizar procedimentos organizados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A técnica consiste na leitura e releitura dos dados primários coletados e agrupamento em categorias correlatas, dividindo-se em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.⁸ Desse modo, a análise culminou em agrupamento nas seguintes categorias: Experiências de violência obstétrica, Direito à privacidade e à companhia, Sentimentos evocados nas experiências e Sequelas da violência obstétrica.

Para preservar a identidade e manter a privacidade e anonimato das participantes da pesquisa utilizou-se o termo Gestante (G) seguido por um algarismo numérico. Desse modo, os sujeitos da pesquisa foram chamados de G1, G2, G3 e etc., para a identificação das falas dentro do texto.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o número CAAE 19988919.3.0000.5698. As gestantes que aceitaram participar da pesquisa preencheram o Termo Consentido Livre Esclarecido, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96/MS, permitindo a reprodução dos dados mediante anonimato.

Resultados

Características das participantes

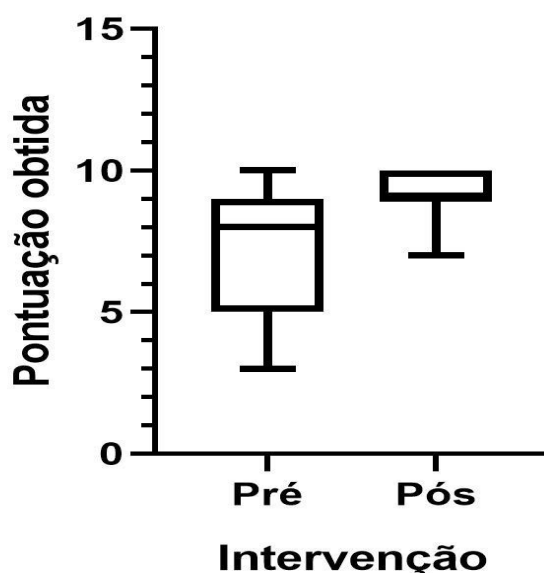
Ao todo, dez gestantes aceitaram participar da pesquisa e responderam completamente os questionários. Dessas, 05 eram casadas, 01 solteira, 02 em relação estável e 02 marcaram a opção “outros”. 80% das respondentes tinha entre 20 e 30 anos e 20%, de 30 a 40 anos. Em relação à escolaridade, 01 referiu ter ensino fundamental completo, 03 ensino médio incompleto e 06 tinham ensino médio completo. A maior parte das gestantes tinha um filho vivo (09) e somente 01 mulher tinha 3 filhos. Seis mulheres alegaram ter família constituída por 2 membros, 03 mulheres alegaram ser 3 o número de membros familiares e 01 informava viver sozinha. Oito mulheres apresentavam renda familiar de até 1 salário mínimo e 2 mulheres, de 2 a 4 salários mínimos. Seis mulheres residiam em cada alugada, 03 em própria e 01, em casa cedida. Duas gestantes afirmaram receber algum tipo de auxílio de programas sociais. Todas as mulheres moravam em zona urbana. Quatro afirmaram estar empregadas e seis estavam desempregadas no momento da pesquisa. Nove gestantes afirmaram não ter sofrido aborto prévio. Seis informaram não se tratar de gestação planejada, enquanto 04 responderam ter planejado a gestação.

Análise quantitativa

A Figura 1 apresenta as pontuações médias e quartis obtidos pelas gestantes pré e pós-intervenção. Dos nove tópicos avaliados em cada teste, metade das participantes acumula parcela de acertos abaixo de 07 pontos na pré-intervenção; no pós-teste, esse valor passou para 09, representando um acréscimo de aproximadamente 28,6% no conhecimento das participantes. A comparação das médias dos acertos obtidos nos questionários pré

($m=7.22\pm 2.43$) e pós-intervenção ($m=9.11\pm 0.92$) através do Teste T pareado revelou diferença estatística entre elas ($p=0.0234$).

Figura 1 - Pontuação global obtida pelas gestantes nos questionários pré e pós-intervenção



Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados referentes ao conhecimento pré-intervenção, demonstram que todas as gestantes participantes possuíam informações prévias sobre “Direito ao acompanhante no parto”. Nove das dez participantes já conheciam alguns tópicos, como “Necessidade de consentimento dos procedimentos eletivos”, e reconheciam exemplos de autoritarismo médico, como “Mandar calar-se em algum momento da gestação ou no parto” e “Negar informações à parturiente”. A avaliação da progressão do conhecimento das gestantes registrou evolução em seis dos nove tópicos e ausência de progressão (0%) em três deles, sem registros de regressão. As menores taxas foram registradas por “Necessidade de consentimento dos procedimentos eletivos” (11,1%) e “Reconhecimento do procedimento contraindicado no Brasil” (12,5%), enquanto as maiores taxas foram registradas por “Conduta médica após aborto provocado” (200%) e “Episiotomia não consentida e sem critérios” (75%). A Tabela 1 apresenta os dados referentes aos conhecimentos pré e pós-intervenção, bem como à evolução apresentada pelas gestantes.

Em relação ao tipo de parto que deve ser preconizado, 50% das gestantes responderam parto normal e 50%, cesareano. Nove das dez gestantes não conheciam o plano de parto até a

intervenção e 90% o considerou útil após a explicação do que é o plano de parto durante a intervenção. 60% das gestantes concordaram que toda gestante sente dor antes, durante e após o parto, que isso é normal e não há necessidade de medicação. Das 10 gestantes participantes, 04 afirmaram já ter sido vítima de violência obstétrica (dados não mostrados).

Tabela 1 - Evolução do acerto de respostas por tópicos após a execução do Projeto Semente das Águas

Competências	Número de acertos		Evolução no padrão de conhecimento
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Conceito de violência obstétrica	7	10	42,8%
Reconhecimento do procedimento contraindicado no Brasil (Manobra de Kristeller)	8	9	12,5%
Conduta médica após aborto provocado	3	9	200%
Direito ao acompanhante durante o parto	10	10	-
Necessidade de consentimento dos procedimentos eletivos	9	10	11,1%
Exemplos de violência obstétrica			
Episiotomia não consentida e sem critérios	4	7	75%
Manobra de Kristeller	6	9	50%
Mandar calar-se em algum momento da gestação ou no parto	9	9	-
Negar informações à parturiente	9	9	-

Fonte: dados da Pesquisa.

Avaliação qualitativa

A liberdade de fala durante as rodas de conversa permitiu livre manifestação durante todo o momento. Desse modo, algumas gestantes que consideraram não ter sofrido violência obstétrica no questionário pós-intervenção, narraram fatos vivenciados e os comentários foram inseridos na análise qualitativa.

Categoria: Experiências de Violência Obstétrica

Algumas mulheres reconheceram experiências pregressas de violência obstétrica. Seja de forma física ou psicológica, sendo executada por membros da equipe médica ou não, durante a gestação, parto ou puerpério, as vivências evocadas demonstram as distintas formas de apresentação da referida injúria. A liberdade de manifestação durante a pesquisa resultou em manifestações múltiplas: algumas descreveram o caso de modo minucioso, enquanto outras foram mais objetivas e sucintas.

Os comentários inadequados e a postura arrogante e autoritária dos profissionais de saúde foram as principais queixas das gestantes. Soma-se a isso a inabilidade na condução do partejamento. A restrição à vivência dos momentos do parto pela impessoalidade imposta pelos profissionais foi também observada nos relatos. Nas circunstâncias descritas, nota-se a culpabilização das gestantes por um processo pelo qual não se tem domínio.

Pressão na barriga (G1)

A médica e as técnicas me fizeram descer de uma cama alta sozinha e minha bebê já estava encaixada. Eu não consegui sentar para apoiar e descer da cama alta. Tive que ficar de lado e basicamente pular da cama e fui sozinha sentindo a menina coroar. Fui andando de uma sala para a outra. Quando comecei a subir na maca da outra sala, a médica brigou comigo porque a criança já estava saindo (G3)

A médica foi o tempo todo estúpida comigo me mandando não gritar. Ela parecia estar zangada. Falava 'abusada' também com uma moça que estava ajudando ela. Minha filha quando saiu estava 'preta'. E não chorou. Eu me apavorei e perguntei se ela estava viva e a médica 'abusada' falou que 'tava'. Depois me mandou colocar força para expulsar a placenta e eu comecei a chorar e ela continuou 'abusada'. Falou "pra" ir logo. Até que [...] saiu a placenta e essa tortura acabou (G7)

A negligência e/ou a imprudência dos profissionais de saúde foi também descrita. Seja por erro técnico, pressa no atendimento ou má condução do caso, as gestantes relataram vivências distintas acerca das atitudes antiéticas da equipe. Nas circunstâncias aqui também apresentadas, vê-se a repetição de uma posição superior e autoritária por parte da equipe de

saúde. Outra questão suscitada durante as rodas de conversa foi a impossibilidade de acesso às informações que naturalmente são de direito da gestante: do filho ao prontuário, o acesso é negado.

*Uma amiga minha demorou muito para ter o parto e ficou branca, amarela, de toda cor (G5)
Estava com a placenta descolada e não fui atendida e eles sabiam. Colocaram uma sonda com 60 ml de água destilada, puxando a criança morta. Duas horas depois fizeram o parto porque imploramos, mas falaram que já tinham atendido os que estavam vivos. O meu já estava morto (G2)*

Passei várias horas em uma sala sentindo dores. Por volta de quase meia noite me deram uma medicação e romperam minha bolsa (G7)

Meu bebê quando nasceu, eu vi só as costas dele. Perguntava e ninguém dizia nada (G8)

Ninguém deixa você pegar prontuário. Não tem médico, não tem enfermeira, não tem assistente social. Ninguém dá esse prontuário! Eles disseram que perderam (G10)

O processo da dor foi relatado pelas participantes, bem como a passividade dos profissionais no alívio da dor durante o parto. Não há, nos relatos, adoção de métodos que reduzam a dor durante o trabalho de parto natural, bem como nenhuma tentativa de auxílio psicológico ou adoção de condutas que reduzam o dano à mulher. Há, todavia, a acentuação do estado frágil em que as mulheres encontravam-se pela abordagem inadequada e antiética dos profissionais.

Algumas participantes somente entenderam os fatos vivenciados como violência obstétrica após a roda de conversa. Relataram como rotineiros os abusos cometidos e entenderam que as informações apresentadas nomeiam o dano sofrido.

Você às vezes nem sabe que sofreu, porque não sabe o que é. Só sente. Mas vai embora com ela (G8)

Categoria: Direito à privacidade e à companhia

As participantes relataram a impossibilidade de privacidade. Algumas tiveram seu direito usurpado pela invasão indevida do seu espaço durante o trabalho de parto ou na amamentação ao filho. Por outro lado, algumas relataram a negação do hospital ou do médico ao direito de serem acompanhadas durante o parto ou o puerpério. As gestantes descreveram também a impossibilidade de reclamar os fatos vivenciados, tanto pela inexistência de um ambiente para isso quanto pelo temor de represália por parte da equipe de saúde.

Meu primeiro parto foi cesáreo, mas ninguém da minha família pode ficar. Minha irmã ficou escondida porque “tava” grávida e fingiu que “tava” internada (G7)

Primeiro tive que ficar só em uma sala, sem poder ter contato com nenhum familiar. Estava assustada. Era minha primeira filha e eu sentia muitas dores (G2)

O marido foi acompanhar o parto natural da sua mulher e saiu da sala que ela “tava” para ver o parto de outra mulher. E a gente não pode reclamar disso (G9)

Você já fica numa sala com várias. E algumas mulheres só tem o marido para acompanhá-las. Mas você tem que mostrar seu seio na frente deles. Você fica toda desconfortável com um homem ali na sua frente. Aí se toda vez que você for dar de mamar pro teu filho, ter que fazer uma confusão... (G3)

Categoria: Sentimentos evocados nas experiências

Algumas mulheres descreveram os sentimentos evocados durante os fatos relatados. De modo geral, foram descritos sentimentos negativos, de impotência, constrangimento e medo. As sensações descritas evidenciam que as atitudes indevidas e violentas geram consequências negativas à vivência do próprio trabalho de parto.

Mal, sem ânimo, um vazio (G10)

Desconfortável (G1)

Falta de respeito. Desconfortável (G3)

Assustada, com medo e sozinha (G7)

Sentia como se eu tivesse culpa de algo (G2)

Categoria: Sequelas da violência obstétrica

Algumas gestantes referiram mudanças após as experiências. A grande maioria relatou não ter nenhuma sequela evidente ou consciente do processo, enquanto outras mencionaram alterações importantes a partir de então. De forma física ou psicológica, as consequências da violência obstétrica mudam as vivências das mulheres permanente ou temporariamente.

Dores nas costas (G1)

Por três meses (eu não sabia na época) tive depressão pós-parto. Não sentia afeto pela minha filha e só chorava e sentia medo (G3)

Quando descobri que estava grávida da segunda filha, fiquei abalada chorando alguns dias pensando que eu não queria passar por todo aquele sofrimento novamente (G7)

Discussão

O parto é uma experiência singular. Poucas experiências humanas são comparáveis com o parto e o nascimento em relação aos níveis de estresse, ansiedade, dor, esforço e confusão emocional. É necessário, portanto, aceitar que o trabalho de parto é um momento de

sensibilidade ao ambiente e que eventos e interações podem trazer consequências poderosas e a longo prazo.⁹ Da mesma forma, o parto cesariano constitui também momento de sensações únicas. Sendo mais rápido, possibilita a opção de controle do nascimento à mulher, levando-a a perceber o parto por via alta como uma experiência positiva e tranquila, contrária ao parto normal.¹⁰ Entender, portanto, as peculiaridades do parto e do nascimento permite a adoção de condutas cautelosas e éticas.

As vivências que a mulher presencia na gestação e no parto dependem de diversos fatores. A estrutura familiar e social, a facilidade de acesso ao acompanhamento obstétrico e o contexto da gravidez influenciam as sensações que a gestante sentirá. Nesse sentido, a violência obstétrica acentua sensações ruins e vivências indesejadas, sendo entrave importante para uma experiência gestacional não danosa. Na medida em que o Projeto Semente das Águas fornece informações à gestante sobre seus direitos e sobre a realidade da violência obstétrica, permite colocá-la como ser detentor de saberes importantes à denúncia e à negação de tais práticas abusivas e violentas.

A análise da progressão do conhecimento das gestantes incluídas nesse estudo deve considerar o perfil das mulheres incluídas na pesquisa: em relação marital, entre a segunda e terceira década de vida, com algum nível de instrução, não primípara, pertencente a classes sociais mais pobres, urbana e desempregada. A existência de algum nível de instrução entre elas permite um conhecimento prévio sobre a temática. Os resultados apontam a intervenção como necessária e efetiva, na medida em que evita a desinformação e diminui a iniquidade social observada entre as participantes.

A progressão do conhecimento em relação aos exemplos de violência obstétrica demonstra que as gestantes possuíam conhecimentos prévios sobre temas já debatidos publicamente, como a negação a informações e o autoritarismo pela equipe médica, embora outros temas menos conhecidos e ainda frequentes não fossem totalmente conhecidos, como a episiotomia sem critérios técnicos e a manobra de Kristeller. Os relatos das mulheres manifestam duas formas específicas de desrespeito no parto: a violência física e a psicológica. O parto naturalmente traz medos e preocupações à mulher, seja por sua própria vida ou pela do filho. O desconhecimento dos procedimentos e a ausência de explicação prévia aumenta os sentimentos negativos vivenciados e torna ainda mais vulnerável a parturiente. Nas falas das participantes, vê-se que a negação à informação, a culpabilização da mulher, o autoritarismo no cumprimento do ofício e a adoção de medidas desnecessárias tornaram a experiência do parto um momento de aflição.

Argentina e Venezuela foram os primeiros países da América Latina a desenvolverem cláusulas legais e específicas para o combate da violência obstétrica como violência de gênero.¹¹ No Brasil, os esforços no combate ao desrespeito e ao abuso contra a gestante ou a puérpera pautam-se em diretrizes e orientações do Ministério da Saúde, sem caráter punitivo a nível federal¹². Somente o estado de Santa Catarina possui lei específica para o combate a violência obstétrica, tendo sido estruturada com base na *Leydel Parto Humanizado* argentina¹³.

Outro aspecto apontado pela OMS como violência obstétrica é o cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida². Fato também observado nas falas das participantes. Além do risco de vida que a negligência traz à mulher ou ao filho, acentua a má experiência a qual a violência obstétrica transforma o parto. O Código de Ética Médica veda ao médico causar qualquer dano ao paciente, por ação ou omissão, decorrente de negligência, imperícia ou imprudência, bem como praticar atos médicos desnecessários à condição clínica do paciente.¹⁴

A OMS recomenda a presença de um acompanhante escolhido pela mulher no parto e nos dias consecutivos a ele.¹⁵ Estudos mostraram que uma companhia durante a parturição tem efeitos positivos em sua satisfação com a experiência do nascimento.¹⁶ Além da redução das experiências negativas, a presença de um acompanhante (podendo ser uma doula, um familiar ou alguém próximo), promoveu melhoras também em outros aspectos, como aumento do parto vaginal espontâneo e redução do uso de analgesia medicamentosa.¹⁵

No Brasil, a possibilidade do acompanhante é uma realidade legal desde 2005. A lei 11.108 torna obrigatória a permissão junto à parturiente de um acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, parto cesariano e pós-parto imediato, devendo ser o indivíduo indicado pela parturiente¹⁷. Além do dispositivo legal, a Lei do acompanhante é reafirmada em documentos do Ministério da Saúde brasileiro, como a Rede Cegonha e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal^{12,18}. Uma análise dos dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil indicou que 24,5% das mulheres não tiveram o direito do acompanhante no parto e 56,7% tiveram acompanhante parcial (acompanhante em algum momento do internamento, não necessariamente no parto). Considerando-se as mulheres que entraram em trabalho de parto, 57,9% tiveram o direito negado durante o parto¹⁹.

O resultado do número de acertos em relação ao direito ao acompanhante evidencia que a temática já é conhecida pelas gestantes. Ainda assim, os relatos apresentados demonstram a privação ao direito garantido por lei. A existência de cláusulas legais que asseguram a possibilidade é uma conquista importante na luta contra a violência obstétrica. Se, anteriormente à lei, a presença do acompanhante ocorria por decisão médica ou hospitalar,

embasada em recomendações de órgãos relacionados à questão e na sensibilidade do profissional, sua promulgação trouxe a obrigatoriedade no cumprimento. Todavia, observa-se a não execução de forma rotineira em hospitais-maternidade.

Há alguns fatores que influenciam no descumprimento da lei, como a dependência da autorização médica ou da equipe de saúde para a permissão da entrada do acompanhante (ainda que a lei extinguiu a necessidade), o sentimento de estarem sendo vigiados, a impressão de que o acompanhante atrapalha o procedimento, as limitações laborais, como poucos insumos e espaço físico inadequado, e a resistência das instituições de saúde ao cumprimento da norma figuraram entre as justificativas apontadas pelos profissionais²⁰.

Outro aspecto relatado pelas participantes faz referência à exposição indesejada a que são submetidas, sobretudo em relação à figura masculina. A exposição de partes consideradas íntimas e a impossibilidade de fazê-la na ausência de um homem não pertencente à equipe médica (seja porque esse invadiu um espaço que não deveria ou porque está acompanhando a esposa no alojamento coletivo) suscita sentimentos de vergonha nas parturientes e puérperas. Ávila, citada por Wolf e Waldow²¹, diz que a mulher está condenada a expor a intimidade e a expor-se intimamente para várias pessoas desconhecidas no parto. Tendo sempre aprendido que a genitália (ou o seio, sendo visto como órgão sexual) deve ser escondida, a mulher sente-se ameaçada ao imaginar que será exposta. Acrescenta *que [...] é vergonhoso, para uma mulher que aprendeu desde menina que deve sempre 'fechar as pernas', ter de 'abri-las' para parir e achar essa posição normal[...]*.

Os relatos são claros quanto aos sentimentos negativos desenvolvidos pelas mulheres durante os episódios. O abuso da autoridade e do poder tem o objetivo principal de ter o controle total da situação – em alguns casos, até de processos fisiológicos não controláveis – pelo uso de uma relação verticalizada e da colaboração forçada da paciente. Não há, todavia, evidência, nos relatos das participantes, de que a coação moral ou física tenha resultado em medidas de facilitação do trabalho de parto ou atenuação da energia despendida pelos profissionais. A banalização da violência institucional é travestida de prática profissional adequada e exercício legítimo de autoridade. O que se consegue, porém, a partir da coação, da ameaça, do grito, da força ou de qualquer outro recurso violento não é a colaboração, mas a submissão. É um fazer “sobre” alguém e não “com” alguém⁷.

Os sentimentos após uma situação de abuso e desrespeito relacionados à gestação ou ao parto são invariavelmente negativos. Revolta, tristeza, sofrimento, angústia, sentimento de inferioridade, humilhação, perda de integridade e dignidade foram sensações descritas por mulheres vítimas de violência obstétrica. Sentimentos positivos foram relatados somente em

relação ao término da situação ou ao desfecho positivo, descritos como alívio de ter a violência cessada e gratidão por tudo ter transcorrido bem apesar da circunstância violenta^{22,23}.

Um estudo descritivo com 1626 mulheres, adultas, que deram à luz em maternidades públicas ou privadas brasileiras, pertencentes às cinco diferentes regiões do país evidenciou os sentimentos vivenciados no parto/cesárea: 52,3% das mulheres relataram sentimento de inferioridade, vulnerabilidade e insegurança, 49,8% sentiram-se expostas, sem privacidade, 42,2% sentiram-se pouco à vontade para fazer perguntas porque os profissionais não respondiam ou respondiam mal e 34,5% sentiram-se ameaçadas pela atitude ou fala de algum profissional²⁴. Confirma-se que as condutas sistematicamente adotadas pelos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que diminuem a atuação da mulher no próprio parto e retiram-na do centro de todo processo, trazem significados negativos ao processo de parturição.

As consequências da violência obstétrica são múltiplas. De sintomas físicos ao comprometimento psicológico, as mulheres demonstraram alterações importantes e significativas, as quais limitam a vivência de momentos posteriores à gestação. Os relatos das sequelas não foram avaliados para descobrir se têm origem na violência obstétrica ou em outros processos psíquicos ou metabólicos que essas mulheres sofreram, ou seja, não fora analisada a relação de causa e efeito pelas limitações do próprio instrumento de pesquisa. Ainda que tais sintomas se apresentem de etiologia não vinculada à violência obstétrica numa análise mais profunda, ao referirem a violência como gênese das dores ou do sofrimento, as mulheres mostram a relevância do processo para suas vidas e o quão isso é marcante para elas. De qualquer modo, não há como se negar que os eventos de violência contribuíram de alguma forma para as consequências descritas: seja a dor lombar ou a depressão pós-parto.

Estudos mostram as consequências do desrespeito e do abuso durante a gestação e/ou o parto para as mulheres, entendendo-os como uma violência estrutural perpetuada pela equipe médica e pelo sistema de saúde²⁵. O estudo amplo da violência obstétrica e o entendimento de todos os componentes a ela ligados (psicológicos, físicos e sociais) permite desvendar até que ponto a execução dos atos de violência atua como fator importante na deflagração de patologias ou alterações no corpo e na vida da mulher.

No aspecto físico, a violência obstétrica deixa marcas e cicatrizes que podem perdurar continuamente. Um estudo descreveu as consequências da episiotomia em diversos âmbitos da vida da mulher, incluindo o sexual. As mulheres entrevistadas demonstraram medo em relação à deformidade da genitália após o procedimento e trauma gerado pela dor. Além das consequências psíquicas, a episiotomia atingiu a sexualidade de tais mulheres na medida em

que retardou o retorno às atividades sexuais após o parto, causou dispareunia e alterou a estética da genitália²⁶.

No âmbito psiquiátrico, entendida como uma forma de violência de gênero, pode acentuar um estado depressivo ou atuar como gatilho para o desenvolvimento de algum transtorno, somada a outros fatores preditivos, a exemplo: o desenvolvimento da depressão pós-parto²⁷. Fatores de risco psicossociais somados à violência de gênero figuram entre os principais responsáveis pelo desenvolvimento de depressão pós-parto^{28,29}.

Essa pesquisa apresentou algumas limitações importantes. A dificuldade de execução do projeto em espaços destinados ao acolhimento às gestantes, seja em UBS ou ambulatorios de atenção secundária, constituiu importante entrave para sua realização. Os motivos apresentados variaram desde possível baixa adesão das gestantes à pesquisa a dificuldades laborais (como espaço limitado, etc) e recusa à abordagem do tema pelos responsáveis pelos estabelecimentos. Além disso, algumas participantes, embora tenham participado do momento, não concluíram a pesquisa e não puderam fazer parte da amostra.

Conclusão

Essa pesquisa apresentou algumas limitações importantes. A dificuldade de execução do projeto em espaços destinados ao acolhimento às gestantes, seja em UBS ou ambulatorios de atenção secundária, constituiu importante entrave para sua realização. Os motivos apresentados variaram desde possível baixa adesão das gestantes à pesquisa a dificuldades laborais (como espaço limitado, etc) e recusa à abordagem do tema pelos responsáveis pelos estabelecimentos. Além disso, algumas participantes, embora tenham participado do momento, não concluíram a pesquisa e não puderam fazer parte da amostra.

Nota-se nas falas da gestante que os atos violentos, verbais ou físicos, não contribuíram positivamente para a facilitação do trabalho de parto. De modo contrário, trouxeram sequelas importantes para a vida dessas mulheres e geraram memórias e sentimentos negativos. Para além de processos disruptores de uma relação médico-paciente, a violência obstétrica deve, portanto, ser encarada como violência de gênero, na medida em que há características específicas de opressão e controle. Com relação ao primeiro e segundo objetivos do presente estudo, observa-se que as gestantes apresentavam conhecimentos diversos sobre a temática abordada e tiveram seu repertório ampliado a partir do contato com o Projeto Semente das Águas, evidenciando a efetividade das ações em fomentar o empoderamento da parturiente a

partir do conhecimento. As marcas e repercussões negativas, em relação ao terceiro objetivo, podem ser evidenciados nas falas e relatos das participantes.

Os fatos apresentados corroboram com a ideia de perpetuação da violência obstétrica nas maternidades brasileiras. Ainda que haja diretrizes e protocolos que orientem quanto à importância de ética no parto como forma de atenuar as sequelas da violência obstétrica, a naturalização das práticas violentas contraria os ideais igualitários e minimizam os esforços nacionais e internacionais. A modificação do pensamento médico ainda vigente de centralidade no processo de parturição (e não, a mãe e o filho) e de controle sobre o corpo de outrem constitui-se importante e premente medida a ser implementada durante a formação médica.

Financiamento

Este trabalho foi apoiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e pela Universidade Federal do Cariri.

Referências

1. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015 Jun 20; 10:1-12.
2. Organização Mundial de Saúde. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa; 2014.
3. Martins FL. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*. 2019 Mar; 11:413-423.
4. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, & Clausen JA. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*. 2016 Mai; 24(47):47-55.
5. Venturini G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Edições Sesc; 2013. 504 p.
6. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016 Nov; 21:209-220.

7. Aguiar JM, D'Oliveira AP, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013 Nov; 29:2287-2296.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70;2009.
9. Hofmeyr JG, Nikodem CV, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991 Ago; 98:756-764.
10. Velho MB, Santos EK, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2012 Jun; 21:458-466.
11. Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: a latin american legal response to mistreatment during childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2018 Jun 07; 125:1208-1211.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil). *Portaria nº 1.459*, de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 25 Jun 2011; Seção 1.
13. Spacov LV, Silva DS. Violência Obstétrica: Um olhar jurídico desta problemática no Brasil. *Derecho y Cambio Social*. 2019 Jan; 485-499.
14. Conselho Regional de Medicina (Brasil). *Resolução CFM nº 2.217*, de 27 de setembro de 2018; modificado pelas Resoluções CFM nº 2.222 / 2018 e 2.226/2019. Código de Ética Médica, 2018.
15. Organização Mundial de Saúde. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: World Health Organization; 2018.
16. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, Neto AS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*. 2007 Jul 06; 4:1-7.
17. Ministério da Saúde (Brasil). *Portaria nº 2.418*, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós - parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 06 de dez 2005; Seção 1.
18. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência; Tecnologia de Insumos Estratégicos. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*. Brasília, DF: O Ministério, 2017.
19. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Ago; 30:140-153.

20. Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses discourses. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2014 Jun; 23:270-277.
21. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*. 2008 Set; 17:138-151.
22. Brandit GP, Souza SJ, Migoto MT, Weigert SP. Violência Obstétrica: A verdadeira dor do Parto. *Revista Gestão & Saúde*. 2018;19-37.
23. Silva FM, Silva ML, Araújo FN. Sentimentos causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*. 2018 Fev 27; 3:25-34.
24. Palma CC, Donelli TM. *Violência obstétrica em mulheres brasileiras*. *Psico*. 2017 Sep 29; 48:216-230.
25. Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based childbirth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2019 May 27; 19:2-9.
26. Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJ. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery*. 2008 Mar; 12:45-49.
27. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*. 2017 Jul 20; 51:69-80.
28. Arrais AR, Araújo TC, Schiavo RA. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018 Out; 38:711-729.
29. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2010; 37:216-222.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

SANTIAGO, Iago Sávyo Duarte; SILVA, Jeane Alves; SILVA, Natalle Wold Gomes da; OLIVEIRA, Gislene Farias de; CÂNDIDO, Estelita Lima. Dor surda, grito abafado: Experiências e percepções de mulheres vítimas de violência obstétrica. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Maio/2021, vol.15, n.55, p. 415-432, ISSN:1981-1179.

Recebido: 12/04/2021

Aceito: 23/04/2021