

Violência obstétrica: percepções de mulheres sobre a assistência ao parto

Obstetric violence: women's perceptions about childbirth care

Violencia obstétrica: percepciones de las mujeres sobre la atención del parto

Marciana de Sousa Chaves¹, Maria Zilná Arrais Daniel Mendes², Eryjósy Marculino Guerreiro Barbosa³, Rhanna Kessya Maia Façanha¹, Cleane Chaves Maia⁴, Priscila França de Araújo³.

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção das gestantes de um município do interior do Ceará sobre a violência obstétrica. **Métodos:** O estudo foi realizado com gestantes, a partir de 18 anos de idade, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em uma área de vulnerabilidade social. Utilizou-se abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, com aplicação de entrevista semiestruturada. Os dados obtidos foram interpretados por meio do método da análise categorial temática. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Constatou-se que as gestantes vivenciaram situações de violação de direitos, mas não conseguiram reconhecê-las como violência obstétrica. Também foi identificada a naturalização de práticas que geram dores físicas e emocionais nas mulheres, bem como o desconhecimento das gestantes sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. **Conclusão:** O estudo indica a necessidade da criação de estratégias para humanização da assistência ao parto, bem como a implementação de ações que visem disseminar o conhecimento sobre direitos reprodutivos, proporcionando mudanças culturais nas práticas assistenciais.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher, Violência Obstétrica, Saúde da Mulher, Parto.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of pregnant women in a municipality in the interior of the state of Ceará about obstetric violence. **Methods:** The study was performed with 18-year-old or older pregnant women who have received health care in a health care basic unit (Unidade Básica de Saúde - UBS) located in an area of social vulnerability. A qualitative approach was used, being exploratory and descriptive, with the application of semi-structured interviews. The data obtained were interpreted through the use of the method of thematic categorical analysis. The study was approved by a Committee of Ethics in Research. **Results:** It was observed that the pregnant women experienced situations of violation of rights, but they could not recognize them as obstetric violence. It was also observed that practices causing physical pain and emotional challenges were considered normal, as well as a lack of knowledge of pregnant women about their sexual and reproductive rights. **Conclusion:** The study indicates a need for the creation of strategies for the humanization of childbirth care, as well as the implementation of actions aimed at disseminating information about reproductive rights, thus allowing a cultural transformation in the related healthcare practices.

Keywords: Violence Against Women, Obstetric Violence, Women's Health, Parturition.

¹Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Fortaleza – CE.

²Prefeitura Municipal de Limoeiro do Norte – CE (PMLM/CE), Limoeiro do Norte – CE.

³Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza – CE.

⁴Instituto Federal do Ceará (IFCE), Limoeiro do Norte – CE

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de las gestantes de un municipio del interior de Ceará sobre la violencia obstétrica. **Métodos:** El estudio fue realizado con gestantes, a partir de 18 años de edad, atendidas en una Unidad Básica de Salud - UBS, ubicada en una zona de vulnerabilidad social. Fue utilizado un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, con la aplicación de una entrevista semiestructurada. Los datos obtenidos fueron interpretados mediante el método de análisis categórico temático. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Se encontró que las gestantes vivieron situaciones de violación de derechos, pero no lograron reconocerlas como violencia obstétrica. También se identificó la naturalización de prácticas que provocan dolor físico y emocional en las mujeres, así como el desconocimiento de las mujeres embarazadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. **Conclusión:** El estudio indica la necesidad de crear estrategias para la humanización de la asistencia al parto, así como la implementación de acciones que tengan como objetivo la difusión del conocimiento sobre los derechos reproductivos, proporcionando cambios culturales en las prácticas de atención.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer, Violencia Obstétrica, Salud de la Mujer, Parto.

INTRODUÇÃO

No Brasil, durante muito tempo os partos foram realizados em casa, com o auxílio de parteiras, fazendo parte de um evento natural da vida da mulher. A partir do século XX, houve um crescente número de hospitalizações do parto e um excesso de intervenções e procedimentos médicos. Essa mudança de paradigma esteve fundamentada na ideia de ampliação da assistência à mulher, no entanto, repercutiu em maior exposição da mãe e do bebê a situações de risco, contribuindo para a ocorrência de situações de violência obstétrica (ZANARDO GLP, et al., 2017).

A violência obstétrica é constituída por qualquer forma de violência física ou psicológica, exercida durante a assistência à gravidez, ao parto ou no pós-parto (DINIZ SG, et al., 2015). Existem diversas formas de manifestação da violência obstétrica, como a episiotomia (corte na região do períneo) de rotina, aplicação da manobra de Kristeller (pressão realizada na região superior do útero), intervenção medicamentosa e realização de amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para induzir a aceleração do parto. Esses procedimentos são considerados desnecessários e podem gerar complicações para a saúde da mulher (ZANARDO GLP et al., 2017).

O abuso psicológico, também configurado como um tipo de violência, manifesta-se por meio do desrespeito durante a comunicação com as mulheres, menosprezando sua dor durante o trabalho de parto, colocando-as em situações constrangedoras, além dos casos de omissão de cuidados ou demora proposital no atendimento às mulheres que são muito queixosas (DINIZ SG, et al., 2015). Nesse contexto, uma pesquisa realizada no ano de 2017, com 1626 mulheres, de diferentes regiões do Brasil, identificou que 52,3% das mulheres se sentiram inferiores, vulneráveis e inseguras e que 34,5% se sentiram ameaçadas pela atitude ou fala de algum profissional, durante o parto (PALMA CC e DONELLI TMS, 2017).

A discussão sobre questões que envolvem a violência obstétrica deve considerar os grupos de maior vulnerabilidade social, em decorrência de características étnico-raciais. Conforme Leal MC, et al. (2017), em estudo comparativo entre mulheres pretas, pardas e brancas, as puérperas de cor preta e parda apresentaram riscos maiores de ter um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e maior peregrinação nos serviços de saúde para realização do parto. Além disso, mulheres pretas receberam menos anestesia local, quando foram submetidas à episiotomia.

Na prática profissional, a violência se apresenta de forma naturalizada, em ações cotidianas, o que contribui para a invisibilidade do sofrimento materno e a violação aos direitos reprodutivos das mulheres (SILVA AS e SERRA MCM, 2017). Abordar essa temática nos permite questionar sobre o que está sendo posto na realidade dos serviços de saúde e refletir sobre a condição da mulher numa sociedade alicerçada pelo patriarcado.

Algumas estratégias podem ser utilizadas no intuito de coibir a violência obstétrica. Garantir o acesso à informação é uma atitude primordial, visto que proporciona à mulher a condição de receber orientações baseadas em dados científicos, que permitam uma gestação saudável e maior segurança para mãe e o bebê. A informação contribui para o fortalecimento da autonomia feminina, possibilitando a participação da mulher nas decisões que envolvem a sua saúde (ZANARDO GLP, et al., 2017).

Nesse sentido, o presente estudo traz o seguinte questionamento: como as gestantes atendidas em uma cidade do interior do Ceará compreendem a violência obstétrica? O debate sobre essa temática merece ser consolidado no meio acadêmico e nas instituições de saúde, com reflexões sobre o sofrimento vivenciado por mulheres e a resistência de segmentos da sociedade em reconhecer a problemática. Desse modo, o estudo tem o objetivo de compreender a percepção das gestantes de um município do interior do Ceará sobre a violência obstétrica. Busca identificar o conhecimento das mulheres acerca dos direitos das gestantes na rede de atenção à saúde da mulher e conhecer as expectativas das mulheres relacionadas ao atendimento de parto e pós-parto.

MÉTODOS

No intuito de compreender o complexo contexto que envolve a violência obstétrica optou-se pela pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A análise categorial temática é o método utilizado para interpretação dos resultados (MINAYO MCS, 2013).

O cenário do estudo é um município do interior do Ceará que possui 25 Equipes de Estratégia Saúde da Família, 2 equipes de Estratégia Agente Comunitário de Saúde e 10 equipes de saúde bucal. O estudo tem como cenário uma Unidade Básica de Saúde (UBS), escolhida por ser uma área de vulnerabilidade social, objetivando identificar as fragilidades das usuárias e fortalecer o vínculo entre elas e a equipe de saúde. A UBS é composta por uma equipe mínima de referência e quatro agentes de saúde. A rede assistencial também é composta pelo hospital regional, onde os partos são realizados.

Participaram da pesquisa oito gestantes que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: realização de acompanhamento pré-natal na UBS, participação de consulta compartilhada com o Serviço Social e já ter passado pela experiência do parto (ter, no mínimo, um filho). Os critérios de exclusão foram assim definidos: gestantes com menos de 18 anos de idade, que, na primeira gestação, utilizaram o serviço de saúde de outro município e gestantes que não tenham condições emocionais e psíquicas de responder à pesquisa.

A aproximação inicial com as gestantes ocorreu no acompanhamento pré-natal da enfermagem, incluindo consultas compartilhadas com o serviço social. Posteriormente, foi utilizada entrevista semiestruturada, com aplicação de roteiro de entrevista elaborado pela pesquisadora. As entrevistas foram gravadas por gravador digital, com prévia autorização das participantes e transcritas textualmente para a devida análise dos dados. O período destinado à coleta de dados foi de novembro a dezembro de 2020. Buscou-se responder às perguntas que se seguem. Como foi a experiência de parir no hospital de um município do interior do Ceará? Como foi o tratamento dos profissionais de saúde durante a primeira gestação, parto e pós-parto? Quais os direitos das gestantes nos serviços de saúde você conhece? Participou de atendimento individual ou em grupo com o Serviço Social? O que espera do atendimento às mulheres durante o pré- parto, parto e pós-parto?

Compreendendo que a pesquisa apresentou riscos de constrangimento das participantes, o estudo assumiu o compromisso de minimizar esses riscos, garantindo a privacidade e o anonimato. A garantia do anonimato ocorreu por meio da substituição dos nomes das entrevistadas pela letra "G", em referência à palavra gestante, seguida de numeração em ordem crescente, para distinção das participantes (G1, G2, G3, até G8). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, observando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a participação de seres humanos em pesquisa, obtendo aprovação por meio do Parecer de nº: 4.255.836, CAAE: 37039320.8.0000.5037. As gestantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

informando sobre a participação na pesquisa, que foi assinado pela autora do estudo e orientadora. Caso ocorresse desistência, foi resguardado o direito de a participante não ser prejudicada ou sofrer danos físicos, psíquicos, moral, intelectual, social ou material.

RESULTADOS

O estudo foi composto por oito entrevistas, visto que cinco gestantes possuem idade entre 25 e 30 anos de idade e três possuem entre 30 a 36 anos. Seis se declararam ser de raça/ cor parda, e apenas duas se definiram de cor branca. A metade delas (quatro entrevistadas) possui apenas um filho. Quanto ao estado civil, três são solteiras, uma com união estável, três casadas e uma divorciada. A condição ocupacional foi relatada da seguinte maneira: quatro relataram que estão desempregadas, três possuem emprego formal e uma trabalha sem vínculo empregatício. No que diz respeito à escolaridade, cinco possuem ensino fundamental, uma concluiu o ensino médio, uma possui ensino superior incompleto e apenas uma entrevistada concluiu o ensino superior. A renda mensal de cinco entrevistadas é de menos de um salário mínimo e, três delas recebem de um a dois salários mínimos. Percebe-se que o recebimento de algum benefício governamental foi expressivo, sendo quatro beneficiárias do programa de transferência de renda Programa Bolsa Família (PBF) e duas do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Tabela 1 – Dados socioeconômicos de gestantes atendidas em Unidade Básica de Saúde, no município do interior do Ceará, 2021.

Variável	N	%
Idade		
20-30	6	75
31-40	2	25
Estado civil		
Solteira	3	37,5
União estável	1	12,5
Casada	3	37,5
Divorciada	1	12,5
Raça/cor		
Branca	2	25
Parda	6	75
Preta	0	0
Escolaridade		
Ensino fundamental	5	62,5
Ensino médio	1	12,5
Superior incompleto	1	12,5
Superior completo	1	12,5
Ocupação		
Desempregada	4	50
Vendedora	2	25
Empregada doméstica	1	12,5
Agente comunitária de saúde	1	12,5
Recebimento de benefício social		
Recebe benefício social	6	75
Não recebe benefício social	2	25
Renda familiar		
Menor que um salário-mínimo	5	62,5
Entre um e dois salários-mínimos	3	37,5
Total	8	100%

Fonte: Chaves MS, et al., 2024.

A maioria das gestantes não participou de atividades em grupo. Apenas três participaram de acompanhamento em grupo com a equipe de saúde, sendo que dessas somente uma recebeu orientações de um assistente social.

Diante da análise dos dados, identificaram-se duas categorias: a primeira caracterizada pela violência obstétrica compreendida como um meio de ajuda durante a assistência ao parto, sendo considerada pelas

gestantes como parte integrante do processo de cuidado; a segunda diz respeito ao desconhecimento das gestantes sobre seus direitos reprodutivos e sexuais.

A violência obstétrica compreendida como uma forma de “ajuda” durante a assistência ao parto.

A assistência ao parto está inserida em um contexto de naturalização de práticas que geram dores físicas e emocionais nas mulheres. Desde quando o parto passou de um evento natural para um momento repleto de intervenções médicas, algumas práticas foram se consolidando, constituindo uma cultura arraigada de processos de trabalho que, apesar de nocivos, são vistos como naturais pelas próprias gestantes.

Tabela 2 - Vivências da violência obstétrica de gestantes atendidas em Unidade Básica de Saúde, no município do interior do Ceará, 2021.

Variável	N	%
Sofreram violência obstétrica		
Sim	7	87,5
Não	1	12,5
Total	8	100%
Percepção sobre a violência		
Reconheceram a violência sofrida	2	25
Não reconheceram a violência sofrida	6	75
Total	8	100%
Compreensão da violência como “ajuda”		
Compreenderam a violência como “ajuda”	5	62,5
Não compreenderam a violência como ajuda	2	25
Não sofreu violência obstétrica	1	12,5
Total	8	100%

Fonte: Chaves MS, et al., 2024.

Desse modo, foi possível perceber que algumas entrevistadas identificaram essas práticas como sendo algo “normal”, inerente ao parto. Por essa razão, mulheres que passaram por exames sucessivos de toque, manobra de Kristeller e pela episiotomia não expressaram nenhum valor negativo relacionado a esses procedimentos; ao contrário, houve algumas tentativas de justificar os atos dos profissionais de saúde.

“Foi porque também ela era muito grande. Eles tiveram que me cortar, nos outros eu não fui não. Me ajudaram [empurrando a barriga] e deram uma injeção de força [...]”. (G1)

“[...] Aí ela falou: você não leva a mal se eu fizer um exame de toque em você, não? Eu disse, não, já levei um monte, levar um a mais ou a menos. Aí, ela fez o exame de toque”. (G2)

“[...] Aí ela disse: eu vou ter que lhe cortar. Me cortou, logo após, nada da criança nascer, ela me cortou de novo, sei que foi três cortes que ela fez em mim, pra poder a criança nascer [...]”. (G5)

O movimento contraditório identificado neste estudo, em que ações consideradas prejudiciais às mulheres e sem comprovação científica representam para elas mesmas um ato de cuidado que nos leva a refletir como é vulnerável a condição feminina na sociedade, inclusive no processo de assistência ao parto. Também denota que a desinformação contribui com a fragilização do processo de autonomia das mulheres.

Desconhecimento das gestantes sobre os direitos reprodutivos e sexuais.

Nesse estudo, foi possível identificar que metade das gestantes relatou não conhecer nenhum dos seus direitos, enquanto a outra metade conhece pelo menos um direito, prevalecendo a garantia de acompanhante durante o parto o direito mais citado. Ao serem questionadas sobre o conhecimento dos seus direitos, as mulheres fizeram os seguintes relatos.

“Não, não entendo muito bem disso [riso]”. (G3)

“Não conheço [os direitos]”. (G6)

As gestantes responderam com frases curtas, demonstrando certo desapontamento. Essa parcela de entrevistadas, mesmo após serem incentivadas com explicações sobre os seus direitos, demonstraram que não possuíam qualquer conhecimento sobre o assunto.

Tabela 3 – Conhecimento sobre os direitos das gestantes atendidas em Unidade Básica de Saúde, no município do interior do Ceará, 2021.

Variável	N	%
Conhecimento sobre direitos		
Não conhece nenhum direito	4	50
Conhece, pelo menos, um direito	4	50
Conhece mais de um direito	0	0
Total	8	100%
Direitos reconhecidos pelas gestantes		
Direito a acompanhante	3	37,5
Direito a atendimento prioritário	1	12,5
Não reconheceu nenhum direito	4	50
Total	8	100%

Fonte: Chaves MS, et al., 2024.

Outra parcela de gestantes fez as seguintes afirmações:

“No outro cartão da gestante, da minha outra gestação, é tipo um livrinho, aí eu andei dando uma lida, aí tem né que a gente tem direito a um acompanhante [...]”. (G2)

“O que eu conheço hoje é que a gestante pode sim ter acompanhante, porque nem isso eles queriam, mas não conheço outros direitos”. (G5)

Desse modo, observou-se que esse direito não foi garantido em suas experiências de parto, como pode ser exemplificado nos seguintes relatos:

“[...] Tinha uma bola do lado, eu só fui senti nessa bola, quando eu senti, meu Deus, depois que eu senti as dores aumentaram muito mais e como não tinha ninguém pra me tirar dessa bola, eu passei horas e horas chorando nessa bola [...] porque a bola afunda né”. (G5)

“[...] Fiquei lá na cama, chorando, pedindo ajuda e como sempre foi o dia sozinha, sem ter ninguém pra pegar na minha mão, ninguém pra me ajudar a dar uma voltinha”. (G6)

Apesar de a legislação vigente definir expressamente que a mulher tem direito a acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, ainda há resistência de algumas instituições de saúde em garantir esse acesso tão importante para as mulheres. Neste estudo, foi possível identificar que, mesmo quando as mulheres demonstraram ser conhecedoras do seu direito, não houve nenhum questionamento delas direcionado aos profissionais de saúde e dirigentes da instituição sobre a decisão arbitrária de não permitir a entrada de um acompanhante.

DISCUSSÃO

A violência obstétrica é uma forma específica de violência de gênero, também compreendida como violência institucional que ocorre dentro dos serviços de saúde públicos e privados. A OMS (2014) definiu que violência obstétrica se manifesta em práticas que envolvem abusos verbais, restrição da presença de

acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros, sendo considerada uma violação aos direitos humanos fundamentais.

As relações familiares, sociais e institucionais brasileiras estão pautadas no modelo de sociedade patriarcal. Sua organização não está vinculada apenas ao âmbito familiar, restrito à esfera privada, com a autoridade paterna exercendo poder privilegiado sobre os demais membros da família. Afirma Saffioti HIB (2015) que o patriarcado, sua hierarquia e estruturas de poder perpassam toda a sociedade, atingindo inclusive o Estado.

A organização institucional de saúde no Brasil coloca a mulher em uma posição de passividade, situação que fragiliza seu protagonismo e transfere para a categoria dos médicos a centralidade da condução de todo o processo de assistência ao parto. Nesse contexto, configura-se um modelo de saúde intitulado de tecnocrático. A compreensão acerca da relação de poder exercida do médico para a paciente, mediada pelo saber científico é crucial para nos situar no contexto da violência institucionalizada. Destacando, porém, que tal prática abrange qualquer categoria de profissionais de saúde que, em contato com gestantes ou puérperas, desrespeitem os direitos humanos e reprodutivos das mulheres (ZANARDO GLP, et al., 2017).

A dificuldade que a mulher possui de identificar se está ou não passando por uma situação de violência se dá por está vivenciando uma situação de vulnerabilidade física e emocional, comum nas intervenções obstétricas. Outra questão apontada na literatura diz respeito à confiança nos profissionais de saúde, vinculada à ideia de que eles são os detentores do saber e que a mulher é mera receptora da assistência (RIBEIRO DO, et al., 2020).

A atitude de passividade do comportamento das mulheres é uma consequência da cultura de objetificação dos corpos femininos. Ocorre uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, que gera limitação no espaço da fala e da autonomia das parturientes (ALBUQUERQUE A e OLIVEIRA LGSM, 2018).

Nesse contexto, a violência obstétrica se configura por meio de situações em que a mulher não é ouvida em suas necessidades, e não é respeitado o seu lugar de protagonismo. A mulher é reduzida a um útero, à capacidade de abrigar um bebê e à competência de parir, adequando-se a uma cultura institucional, que gera prejuízos à sua saúde e da criança (RIBEIRO DO, et al., 2020).

A naturalização da violência obstétrica revelou-se, neste estudo, tanto pela prática de alguns profissionais como pelo sentido de ajuda que as gestantes atribuíram aos atos desses profissionais de saúde. A concepção de que essas práticas são inerentes ao processo de trabalho dos profissionais torna difícil o reconhecimento da violência obstétrica e a recusa desses procedimentos. Os atos violentos vão se tornando recorrentes ao longo dos anos e criando raízes no consciente coletivo da sociedade (CUNHA CCA, 2015).

As mulheres silenciam suas demandas e direitos, suas dores, em um contexto que envolve a atenção focada no bem-estar e nascimento da criança, e, muitas vezes, suas próprias questões e seus direitos são colocados em segundo plano, tanto pelas instituições de saúde como por elas mesmas. Neste estudo, também foi percebido que, para as mulheres, a assistência humanizada durante o parto não foi identificada diretamente como um direito da mulher, possuindo muito mais uma concepção vinculada à solidariedade e ao amor que o profissional deve ter ao exercer a sua função.

No que se refere às expectativas do atendimento durante o parto, relataram que desejam que os profissionais de saúde tenham paciência, sejam tranquilos, também esperam receber mais atenção, como também se referiram a falta de amor por parte de alguns profissionais. Com exceção dessas expectativas, que nos remetem à ideia de tratamento humanizado, não houve outros discursos que se relacionassem com as expectativas dos direitos das mulheres. Inclusive o direito a acompanhante, que foi negado para a maioria delas em suas gestações anteriores, não foi elencado como uma expectativa para o próximo parto.

Desse modo, faz-se necessário repensar a assistência ao parto, buscando fortalecer a atenção humanizada como um direito. Conforme os princípios previstos no Programa de Humanização no pré-natal e

nascimento, a gestante tem direito a atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério. Ainda conforme este programa, toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e as condições estabelecidas na prática médica, com o objetivo de aprimorar o acesso, a cobertura e o acompanhamento ao pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2000).

Destaca-se que, no Brasil, desde o ano de 2011, instituiu-se a Rede Cegonha (RC), que visa proporcionar atenção humanizada à mulher durante a gestação, parto e pós-parto, contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil. A rede possui quatro componentes: o componente pré-natal; o componente parto e nascimento; o puerpério e a atenção integral à saúde da criança e, por fim, o sistema logístico, que promove o acesso aos serviços ofertados pela rede cegonha (GUERRA HS, 2016).

A Rede Cegonha representa uma importante estratégia do Ministério da Saúde. A assistência humanizada a que se propõe utiliza as políticas já existentes, aprimorando-as e integrando-as em uma ampla rede de cuidados. Tem como finalidade promover acesso a saúde e acolhimento as mulheres, contribuindo para redução dos índices de mortalidade materna e infantil (GUERRA HS, 2016).

No campo dos direitos da gestante, estudos constataram que a presença de um acompanhante, de sua livre escolha, durante o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto interfere diretamente no estado emocional das mulheres de forma positiva. Além de diminuir as chances de procedimentos invasivos desnecessários, reduz o tempo do parto e melhora a satisfação com a experiência do nascimento (OLIVEIRA TRC, 2017).

O desconhecimento dos direitos das gestantes está relacionado ao modo como as práticas de educação em saúde estão incorporadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de os esforços a partir da criação do Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde não são prioridades na agenda política. Nesse cenário, contrariando o que preconiza o SUS, é reproduzido o modelo de saúde centrado no profissional médico, com foco em práticas curativas, em detrimento do trabalho interdisciplinar e preventivo (JUNIOR-LOPES LC, et al., 2021).

A criação do NASF, em 2008, mostrou-se como um importante espaço para promoção da educação em saúde. Contudo, são muitos os desafios impostos aos profissionais, que envolvem a alta demanda, com número elevado de equipes apoiadas pelo NASF, infraestrutura e recursos materiais insuficientes, gestão do trabalho do NASF, precarização dos contratos de trabalho e necessidade de ampliar a qualificação profissional, por meio da educação permanente (MAZZA DAA, et al., 2020).

A questão do financiamento tem sido fator de grande influência neste contexto. No ano de 2019, a portaria que instituiu o Programa Previne Brasil promoveu alterações no modelo de financiamento da atenção básica, que resultou na exclusão do NASF como requisito para repasse de recursos federais. Tais mudanças desvalorizam a promoção da saúde, desarticulando o cuidado multiprofissional e territorializado, como também não apresentam nenhuma alternativa para atender às necessidades biopsicossociais dos indivíduos (MOROSINI MVG, et al., 2020).

Historicamente, o SUS enfrenta um subfinanciamento crônico, que impõe dificuldades para a consolidação do sistema. A Emenda Constitucional 95 impôs limites de gasto do Governo Federal, durante 20 anos, para saúde e outros setores. Essa política de austeridade fiscal, baseada em uma agenda neoliberal, tem promovido um cenário de desmonte dos serviços de saúde (JUNIOR-LOPES LC, et al., 2021).

A promoção da educação em saúde nessa conjuntura se apresenta como grande desafio para os profissionais de saúde. Relacionando essa questão ao presente estudo, observou-se que a atribuição da violência obstétrica a um meio de ajuda profissional é fruto do desconhecimento das mulheres sobre seus direitos reprodutivos. Desse modo, é pertinente destacar o papel do assistente social como profissional que possui a função central de viabilização de direitos, por meio da socialização de informações e do acesso à política pública de saúde. O caráter pedagógico atribuído a essa profissão possibilita a democratização de

informações, a partir de reflexões críticas sobre a realidade, que contribui para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos (SANTOS MAS e SENNA MCM, 2017).

Outra questão relevante diz respeito a possíveis repercussões jurídicas dos casos que envolvem violação de direitos. No Brasil, não existe um aparato legal específico que verse sobre a violência obstétrica. O surgimento da Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha, foi uma importante conquista, atingindo o objetivo de tratar a complexidade da violência doméstica contra a mulher (BRASIL, 2006). Contudo, as nuances que envolvem a violência obstétrica permanecem sem legitimidade jurídica.

No tocante à atuação do Judiciário, em estudo realizado para análise das decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), observou-se que o termo “violência obstétrica” não é utilizado nos documentos. As interpretações jurídicas das violações de direitos das mulheres foram expressas como restritas a erros médicos, desconsiderando as práticas violentas evitáveis ou aquelas sem qualquer respaldo científico (SILVA AS e SERRA MC, 2017).

Por outro lado, em oposição aos ideais de respeito ao corpo feminino, a sua autonomia e protagonismo, o Ministério da Saúde lançou nota técnica, no ano de 2019, posicionando-se a respeito do termo “violência obstétrica”, definindo-o como inadequado e recomendando a não utilização dessa terminologia. O documento recebeu apoio do Conselho Federal de Medicina que em nota à população afirmou que o uso do termo “violência obstétrica” para adjetivar problemas da assistência no parto se torna inadequado, pejorativo e estimula conflitos entre pacientes e médicos nos serviços de saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Nesse sentido, o discurso que predomina é o de evitar conflitos na relação médico-paciente, de não macular a imagem da categoria médica perante à população. O documento afirmou, categoricamente, que existe “uma percepção equivocada de alguns segmentos” ao se referir às práticas obstétricas.

Contudo, a essência da violência está presente no cotidiano das instituições, interferindo na vida das mulheres e desrespeitando os seus direitos. Ao contrário do entendimento do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as práticas que violam os direitos das gestantes não são restritas à categoria médica, trata-se de qualquer ato de omissão ou ação desrespeitosa realizada por profissionais de saúde, independentemente da categorial profissional à qual pertença (SILVA AS e SERRA MC, 2017).

Abolir a terminologia não é decisão eficaz para resolver a problemática. Ademais, nenhum dos direitos reivindicados pelas mulheres foram pautas dos posicionamentos dessas instituições. A mensagem não se limitou a não concordância com o termo, mas reafirmou a negação dos fatos e dados apresentados em pesquisas e na própria Medicina Baseada em Evidências. Diante da repercussão do caso, o Ministério Público Federal se manifestou por meio da Recomendação n. 29/2019 e defendeu o uso do termo violência obstétrica (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019).

As denúncias dos casos de violência obstétrica são importantes instrumentos de enfrentamento de violação de direitos. Para efetivar denúncias de casos de violência contra a mulher, é possível realizar ligação sigilosa e gratuita para o Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher) e o Disque 100 (Disque Direitos Humanos). Alguns municípios também dispõem dos serviços da Casa da Mulher Brasileira. Ademais, a denúncia pode ser realizada diretamente na Delegacia de Polícia Civil da localidade (BRASIL, 2023).

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a necessidade de ampliar o conhecimento sobre a temática da violência obstétrica, intensificando o debate acadêmico e criando estratégias em saúde que proporcionem uma mudança cultural nas práticas assistenciais. Neste sentido, é fundamental o investimento no processo formativo de profissionais de saúde e a criação de espaços de socialização de informações por meio da educação em saúde. Enquanto este assunto não for tratado com a devida importância, inclusive com aprovação de legislação específica, as dores das mulheres permanecerão silenciadas e os direitos violados por aqueles que possuem o dever de oferecer assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE A e OLIVEIRA LGSM de. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista do Centro de Estudos Judiciários*, 2018; 22(75): 36-50.
2. BRASIL. Ministério das Mulheres e Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Cartilha de enfrentamento à violência. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2023/junho/cartilha-digital-de-enfrentamento-a-violencia-3-6mb.pdf>. Acessado em: 7 de agosto de 2023.
3. BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acessado em: 9 de setembro de 2020.
4. BRASIL. Portaria GM/MS nº 569/2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acessado em: 20 de outubro de 2019.
5. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. 2019. Disponível em: www.portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-ms-em-decisao-sobre-o-termo-violencia-obstetrica. Acessado em: 3 de agosto de 2020.
6. CUNHA CCA. Violência obstétrica: uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais. Monografia (Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015; 46.
7. DINIZ SG, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos na saúde materna e propostas para sua prevenção. *JHGD*, 2015; 25: 1-8.
8. GUERRA HS, et al. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. *Iniciação Científica Cesumar*, 2016; 18(1): 73-80.
9. JÚNIOR-LOPES LC, et al. Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19 e os desafios do SUS na atualidade. *Saúde Coletiva*, 2021; 11(64): 1-7.
10. LEAL MC, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(3): 1-17.
11. MAZZA DAA, et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2020; 30(4): e300405.
12. MINAYO MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Hucitec*, 2013; 13.
13. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Recomendação nº 29/2019. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf. Acessado em: 20 de outubro de 2019.
14. MOROSINI MVGC, et al. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saúde Pú*, 2020; 36(9): 1-20.
15. OLIVEIRA TR, et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2017; 11(1): 40-46.
16. OMS. Declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acessado em: 4 de setembro de 2019.
17. PALMA CC e DONELLI TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, 2017; 48(3): 216-230.
18. RIBEIRO D de O, et al. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2020; 41: e20190419.
19. SAFFIOTI HIB. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Expressão Popular, 2015; 2: 160.
20. SANTOS MAS e SENNA M de CM. Educação em saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. *Revista Katályses*, 2017; 20(3): 439-447.
21. SILVA AS e SERRA MCM. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. *Revista Quaestio Iuris*, 2017; 10(4): 2430-2457.
22. ZANARDO GLP, et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 2017; 29: e155043.