

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA POR UMA AMOSTRA POPULACIONAL NO EXTREMO SUL DA BAHIA¹

Ediacles Rocha Silva²
Emanuel Vieira Pinto³
Josiene Andrade de Jesus⁴

RESUMO: A violência obstétrica (VO) é uma realidade para muitas mulheres brasileiras, e pode gerar efeitos negativos sobre a qualidade de vida, autoestima e experiências maternas e sexuais, até mesmo desencadeando traumas duradouros para as vítimas. A falta de conhecimento a respeito do tema acaba por normalizar algumas condutas agressoras no pré-parto, nascimento e puerpério. Sendo os ambientes acadêmicos propícios para o debate e ensinamento de vivências multidisciplinares, questiona-se, neste contexto: Qual o grau de conhecimento e percepções de mães discentes da Faculdade de Ciências Sociais Aplicada – FACISA em relação à violência obstétrica? O presente estudo teve por objetivo geral levantar dados sobre o nível de conhecimento das mães estudantes acerca da violência obstétrica. Foram objetivos específicos: identificar o perfil sociodemográficos das estudantes; analisar vivências e percepções acerca da violência obstétrica e suas práticas e elencar o impacto da violência obstétrica na vida da mulher. Para tal, o presente trabalho tratou-se de estudo de campo quantitativo exploratório e de natureza básica ocorrido na cidade de Itamaraju, extremo sul baiano no ano de 2024, com dados obtidos mediante aplicação de questionário estruturado à 32 acadêmicas que experienciaram a maternidade. Observou-se que as estudantes, tendo vivenciado majoritariamente parto em sistema público, resultados obtidos apontam que estudantes identificam que a violência obstétrica pode ser manifestada tanto no âmbito físico quanto psicológico; entretanto, não reconhecem determinadas práticas como uma violação aos direitos da gestante. Além disso, reconhecem que a falta de conhecimento da parturiente é um elemento de vulnerabilidade em relação à violência obstétrica, despontando para as repercussões do fenômeno à vida da mulher. E as percepções das enfermeiras vislumbram a necessidade de estratégias preventivas à ocorrência do fenômeno da violência obstétrica.

2506

Palavras-chave: Violência. Saúde da Mulher. Enfermagem Obstétrica. Saúde Materna.

¹Artigo apresentado à Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, em 2024.

²Graduando em enfermagem pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas.

³Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, no Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU da Faculdade Vale do Cricaré - UNIVC (2012 -2015). Docente na Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas.

⁴Coordenadora de Pós Graduação em Saúde da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FACISA. Mestranda em Biodiversidade, Saúde e Meio Ambiente pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Única de Ipatinga.

I. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) é a violação da autonomia da mulher durante o processo reprodutivo, caracterizada por uma assistência mecanizada e tecnicista. Ela se manifesta através de agressões físicas, verbais ou psicológicas que configuram abusos ou desrespeito às decisões da mulher durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto.

Dentre as práticas invasivas, inclui-se a exposição indevida da intimidade feminina, a realização de procedimentos não autorizados, e abordagens repetitivas e hostis por parte de profissionais e estudantes da unidade clínica-hospitalar. A realização de toques vaginais sem o consentimento da parturiente, a pressão para que ela tome decisões, e a negação do direito de escolher o tipo ou a posição do parto são elencados frequentemente em estudos dessa natureza.

Práticas violentas também incluem ameaças, xingamentos e comentários ofensivos sobre características sociais ou sexuais da mulher, além de omissão ou negligência no atendimento. Também são relatados casos de negativa à analgesia, uso abusivo de medicações, recusa da liberação de acompanhantes à escolha da parturiente e a adoção de procedimentos invasivos, como uso de fórceps, manobra de Kristeller, episiotomia e, em alguns casos, abuso sexual. Esses dados corroboram que atos inapropriados podem ser realizados por diferentes atores envolvidos no cenário gravítico da vítima: desde parceiros, até mesmo por profissionais do serviço de saúde, ou outros setores.

2507

Conforme a Lei. nº 11.108/2005, os direitos da mulher incluem, um atendimento respeitoso e humanizado, com ênfase na dignidade e autonomia da gestante, com prerrogativas como consentimento informado para qualquer procedimento, alívio da dor conforme suas preferências, à escolha da posição do parto e um acompanhante de sua escolha. Deve-se ainda evitar intervenções desnecessárias, respeitar a privacidade e confidencialidade durante o parto, e proporcionar um ambiente acolhedor e seguro.

Diante da relevância desses direitos e do papel crucial dos ambientes acadêmicos na formação e conscientização dos estudantes, torna-se essencial investigar o grau de conhecimento e as percepções das mães estudantes da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA acerca da violência obstétrica. Compreender como essas gestantes percebem e conhecem seus direitos pode revelar lacunas na informação e na formação das estudantes sobre práticas obstétricas adequadas, permitindo a implementação de estratégias mais eficazes para a promoção de um atendimento de saúde verdadeiramente respeitoso e humanizado. Assim, a

pesquisa não apenas contribui para o empoderamento das mães estudantes, mas também reforça o compromisso da FACISA com a promoção de práticas de saúde éticas e centradas na dignidade das gestantes.

Por esse motivo, indagou-se: Qual o grau de conhecimento e percepções das mães estudantes do Ensino Superior da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA acerca da violência obstétrica?

Nesse contexto, o presente artigo teve como objetivo geral levantar dados sobre o nível de conhecimento das mães estudantes acerca da violência obstétrica. Os objetivos específicos consistiram em: identificar o perfil sociodemográfico das estudantes; analisar vivências e percepções acerca da violência obstétrica e suas práticas e elencar o impacto da violência obstétrica na vida da mulher.

A falta de conhecimento da parturiente é um elemento de vulnerabilidade às práticas abusivas. Desde 2000, a literatura tem mostrado um aumento significativo na ocorrência desses eventos, e que muitas mulheres desconhecem os direitos da mulher gestante garantidos por lei. Assim, assume-se que, a percepção das mulheres sobre violência obstétrica é essencial para que elas possam identificar e reagir às práticas abusivas durante o parto.

Estudos indicam que muitas mulheres não reconhecem comportamentos desrespeitosos como violência, principalmente tratamentos verbais ríspidos ou vexatórios, muitas vezes devido à normalização dessas práticas no contexto ginecológico. Essa falta de reconhecimento pode levar à aceitação de experiências negativas à saúde mental como a depressão pós-parto, traumas para gestar novamente, dificuldades no vínculo da mãe com o bebê e outras questões diretamente associadas à autoestima e relações interpessoais com parceiros.

Além disso, estar informado sobre seus direitos promove a autoconfiança e a autonomia, permitindo tomadas de decisões conscientes sobre seus corpos e cuidados de saúde, reivindicarem e protejam seus benefícios de maneira eficaz e tenham voz ativa em suas experiências durante a gestação e o pós-parto. Essa conscientização não apenas empodera as mulheres individualmente, mas também contribui para a transformação das práticas de atendimento, incentivando um ambiente mais humano e respeitoso na saúde.

Desta maneira, destaca-se a relevância de uma pesquisa cuja problemática discutida reverbera em melhor amparo no serviço de saúde, e nos âmbitos social, psicológico e legal, uma

vez que o conhecimento é a chave para compreender como a informação e a educação podem promover a emancipação e o exercício pleno dos direitos individuais.

Quanto aos procedimentos para realização deste trabalho, tem-se como metodologia um estudo de caso de abordagem quanti-qualitativa, de natureza básica, exploratório em relação aos objetivos, que sucedeu com aplicação de questionário estruturado às mães estudantes do ensino superior da Faculdade de Ciências Sociais Aplicada – FACISA em Itamaraju – BA no ano de 2024.

Na estrutura do trabalho, a revisão bibliográfica é apresentada em quatro sessões: No primeiro capítulo, discorre-se sobre Conceitos e Práticas que configuram Violência Obstétrica, seguido de Breve Histórico de Violência Obstétrica no Brasil e no Mundo. Logo após, desenvolve-se a temática de Violência obstétrica e seus Fatores Sociodemográficos. *A posteriori*, abordou-se os Direitos ao Suporte profissional e Assistência de Qualidade ao Serviço de Parto no Brasil, e finaliza-se realçando a Violência Obstétrica e seus Impactos na Vida da Mulher.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de estudo de campo de natureza básica, do tipo descritivo exploratório e com abordagem quanti-qualitativa que se deu pela aplicação de questionário ao público alvo: Mães estudantes da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FACISA, situada na cidade de Itamaraju, situada no extremo sul baiano.

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa básica, voltada para a ampliação do conhecimento. Segundo Appolinário (2011, p. 146), o objetivo principal da pesquisa básica é "o avanço do conhecimento científico, sem nenhuma preocupação com a aplicabilidade imediata dos resultados a serem colhidos". Dessa forma, busca-se que o conhecimento gerado seja útil para a ciência, sem necessariamente haver uma aplicação prática imediata.

O local de estudo, Itamaraju - BA apresenta 59.605 habitantes, de acordo com o IBGE (2023). É uma cidade que apresenta uma única faculdade de Ensino Superior, a que foi usada como ponto amostral da pesquisa. Possui circunvizinhança de distritos menores que também não possuem centros universitários, dessa forma, a FACISA reúne estudantes de Prado, Guaratinga, Itabela e Monte Pascoal.

Itamaraju não dispõe de maternidade privadas. Dessa forma, pacientes que buscam serviços particulares usualmente se dirigem às cidades de Teixeira de Freitas, Eunápolis e Porto

Seguro para se beneficiarem desses serviços. Assim, as gestantes que entram em trabalho de parto na cidade são atendidas pelo sistema de saúde público municipal, e a Unidade ainda oferece suporte aos municípios do entorno que não dispõem de estrutura de Centro Cirúrgicos, Pré-parto ou Maternidade.

A amostragem do estudo contou com a participação de 32 mães discentes da Faculdade de Ciências Sociais Aplicada (FACISA) no ano de 2024 de diferentes colegiados que responderam ao questionário estruturado vinculado à plataforma *Google Forms*. Os dados foram coletados entre 20 de outubro a 23 de novembro de 2024 por meio de divulgação online de questionário eletrônico contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja aceitação dos termos configurou pré-requisito para continuidade da participação.

O questionário era composto por 20 questões divididas em 3 categorias: Levantamento do perfil e fatores sociodemográficos das participantes, contendo 6 questões; Vivências no período gravídico e percepções sobre violência obstétrica, de 9 perguntas, e Repercussões da violência obstétrica na saúde física e mental da mulher, que dispunha de 4 itens.

As perguntas tinha caráter de múltipla escolha ou de múltipla seleção, com opção de adicionar resposta personalizada na categoria “outros”. Questões múltipla-escolha para Impactos da V.O na saúde da mulher agregaram escala de Likert de 5 níveis para frequência (nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes, sempre).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. CONCEITOS E PRÁTICAS QUE CONFIGURAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a violência obstétrica como toda forma violenta à mulher no período gravídico, parturiente, puérpera e ao seu bebê praticado por profissionais no exercício da assistência à mulher. É institucional e acontece de várias formas, tanto verbal quanto física (Matos; Magalhães, 2021).

Ao decorrer dos anos, mulheres vêm sofrendo com as várias formas de violência obstétrica que expressam em condutas negligentes, discriminação, abusos e omissões influenciados por vínculo de poder e autoridade, cometido por profissionais da saúde com uma maior prevalência na assistência hospitalar. VO é uma questão pública, em consequência se manifestam em efeitos físicos, psicológicos e emocionais no corpo e sexualidade da mulher em momento de vulnerabilidade (Matos; Magalhães, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a violência obstétrica inclui abuso verbal, restrição de companhia, procedimentos médicos não consensuais, invasão de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física e condutas omissas.

A violência obstétrica é um fenômeno insidioso e enraizado nas estruturas institucionais, o que acabam por normalizá-lo e torná-lo parte do cotidiano. Muitas vezes, as mulheres que passam por essa violência não conseguem identificá-la como tal, pois é confundida com os desconfortos naturais do parto. Infelizmente, vivemos em uma cultura que associa à dor ao processo de dar à luz, o que está longe de ser normal (Lima; Lopes, 2021).

Por outro lado, o Ministério da Saúde argumenta que o termo "violência obstétrica" tem implicações inadequadas, carece de valor agregado e pode interferir na promoção do cuidado humanizado. Assim, é fundamental analisar essa questão diante do contexto atual brasileiro, em que mulheres tem enfrentado violações de seus direitos constitucionalmente garantidos devido à negligência institucional em serviços e programas de saúde (Lima; Lopes, 2021).

O termo 'violência obstétrica' consolidou-se na necessidade de tornar visíveis as práticas desumanizadas dos profissionais na assistência à saúde da mulher no período gravídico, parto e puerpério.

Essa expressão recebeu atenção do Ministério da Saúde, que emitiu uma nota considerando mudar o termo "violência obstétrica" das normas e portarias para "violência contra mulher, após solicitação do Conselho Federal de Medicina (CFM). O CFM atribui a necessidade de alteração atribuindo que "violência obstétrica" constitui na verdade uma agressão à especialidade médica, uma vez que agressões podem ocorrer por qualquer profissional ou indivíduo (Lima, 2019).

Entretanto, na assistência hospitalar, a violência obstétrica é uma prática prevalente que muitas vezes passam despercebidas. O uso excessivo de intervenções médicas durante o parto tem sido identificado como uma forma de violência obstétrica, levando às taxas alarmantes de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Os principais casos de violência incluem o abuso físico e verbal, e restrição da presença dos parceiros durante o parto. Adicionalmente, somam-se manipulações sem consentimento, realização de procedimentos invasivos, como episiotomia, manobra de Kristeller, e uso de medicamentos para induzir o parto (Lima; Lopes, 2021).

Como resultado, muitas vítimas se sentem envergonhadas ou temem falar sobre suas experiências, com receio de serem desacreditadas. Além disso, a falta de acesso à informação

contribui para que muitas mulheres nem mesmo saibam que foram vítimas de violência obstétrica. O silêncio em torno desse tema apenas perpetua essa prática nociva, tornando fundamental quebrar esse ciclo e promover uma cultura de respeito e dignidade no parto.

A violência resulta em condutas de negligência, discriminação e violação do direito à autonomia da mulher que fica à mercê de opções e preferências de parto, ferindo sua integridade física e mental. É uma prática que acontece com frequência e faz parte do dia a dia dos profissionais na assistência hospitalar (Lima; Lopes, 2021).

Ao logo dos anos estudiosos vem estudando a VO, os quais afirmam não ter uma classificação única. Além disso, a OMS declara que a violência obstétrica está ligada à vários perpetuadores, como: falta de acesso e instalações inapropriadas; discriminação étnica, religioso, crenças e cultura, questões socioeconômicas e uma enxurrada de intervenções desnecessárias.

A episiotomia foi uma prática iniciada em 1920 pelo obstetra Jos B. DeLee. É um procedimento cirúrgico rotineiro na assistência ao parto, é realizado um corte cirúrgico no períneo no momento da expulsão do bebê, com intuito de aumentar o espaço vaginal para maior agilidade do trabalho de parto (Lansky *et al*, 2019).

Ainda segundo publicações do obstetra Jos B DeLee, a episiotomia e fórceps eram usados com o objetivo de alívio da dor durante o parto, prevenir e minimizar o risco decorrente ao parto, morte materna e neonatal. No entanto, ao longo dos anos, estudos apontam o impacto do procedimento desacerbado na vida das mulheres, além disso, OMS recomenda uso apenas em casos clínicos críticos (Lansky *et al*, 2019).

Para uso dessa técnica é necessária avaliação criteriosa do caso e recomenda-se somente em situação de sofrimento fetal, risco de laceração perineal e progressão inadequada do parto. Sua realização sem necessidade, ou ainda, sem consentimento da parturiente, agride a integridade física e sexual da mulher.

Após a realização de episiotomia, é comum as mulheres alegarem dor durante a relação sexual, incômodos quanto à aparência da genitália e hematomas. Dessa forma, a execução dessa prática deve ser repensada enquanto procedimento rotineiro, uma vez que é capaz de promover complicações como hemorragia, deformidade genital, lesão muscular, infecção e endometriose na cicatriz (Silva, 2018).

A Manobra de Kristeller foi desenvolvida 1867 pelo médico alemão Samuel Kristeller e consiste na aplicação de pressão no fundo uterino com intuito de empurrar o bebê na fase de expulsão do trabalho de parto. Para sua realização, é comum que o profissional suba na maca e empurre manualmente a barriga da parturiente, induzindo a saída mais rápida do bebê. Haja vista que, quando feito com muita pressão, a técnica pode causar descolamento da placenta, fraturas maternas e traumas cefálicos no bebê (Lima; Lopes, 2021).

A adoção dessa técnica praticada de maneira descuidada é capaz de proporcionar momentos dolorosos e traumáticos para a mãe e o bebê, desencadeando outros eventos adversos, tais como: ausência de oxigenação do bebê, fraturas fetais, incontidência urinária, ruptura uterina, laceração do períneo, além de disporeunia pós-parto.

Há estudos apontando a adoção da manobra como estratégia desaconselhável, pela promoção de danos à saúde da mulher, além de submeter a parturiente à um trabalho de parto forçado, portanto, desrespeitoso à fisiologia natural. A resolução 478/14 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) traz atribuições legais ao enfermeiro obstetra para a realização do procedimento de Kristeller quando necessário, mas também ampara a parturiente quanto à privacidade e proteção perineal no momento do parto. Dessa forma, faz-se necessário que políticas públicas sejam criadas a fim de minimizar danos físicos e psicológicos aos envolvidos.

2513

Além da violência reportada por pacientes no ato pré-natal, durante o nascimento e pós-parto por equipe profissionais, há também a prática de comportamentos agressivos para além do ambiente hospitalar e das unidades básicas de saúde. Nesse contexto, destaca-se a violência obstétrica secundária causada por parceiros, que está associada a quaisquer ações que desencadeiam violação de autonomia feminina, causando traumas físicos, sexuais e psicológicos (Rodrigues, 2020).

Dentre os comportamentos, cita-se o abuso sexual sem o consentimento da mulher, agressão física e verbal. Sendo percebidos sinais de alguma dessas condutas, o profissional de saúde que acompanha a gestante tem habilidade legítima a identificar o problema e seus desdobramentos e articular estratégias de prevenção dos riscos associados, destacando assim, a importância do olhar holístico do profissional em sua área de ação.

O contato promovido pelo parceiro íntimo quando marcado por agressão física ou verbal, atitudes de coação e ameaça, podem deixar marcas duradouras nas futuras mães e na forma com que vão lidar com seus filhos e com os próprios companheiros em momentos futuros. É preciso,

portanto que a abordagem dos enfermeiros envolvidos seja criteriosa, visto que exercem suporte crucial na vida dessas mulheres nesses momentos de vulnerabilidade (Silva *et al*, 2020).

3.2. BREVE HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E NO MUNDO

Durante anos a mulher foi privada de seus direitos, e por décadas ocupou menor lugar destaque na sociedade, por ser considerada “sexo frágil”. Na Grécia Antiga, a desvalorização da mulher era corriqueira, e somente com o decorrer dos anos despertou-se a busca pelo conhecimento e direitos iguais entre os gêneros (Silva *et al*, 2023). Com o passar dos anos, as mulheres foram conquistando e assumindo papéis importantes na sociedade, com a colaboração do movimento feminista com a ideia de não submissão das mulheres ante à violência e opressão.

A violência contra mulher prevalece de diferentes situações e dentre elas, do âmbito que salienta que esta deve ser subordinada ao homem, e assentir ao tratamento por ele atribuído, muitas vezes associado à hostilidade. Nesse contexto constam violência física, estupro, assassinatos, aborto forçado, tortura mental e mutilação genital (Silva *et al*, 2023) entre muitos outros atos violentos que violam a dignidade humana das vítimas.

Durante o século XX, segundo Pereira (2022), a prestação de cuidados aos partos e nascimentos foi construída em cima de bases de violência contra as parturientes. Por aproximadamente cinco décadas, as histórias de terror vivenciadas durante os processos de parto foram mantidas sob sigilo, até que algumas mulheres começaram a abrir brechas nessa barreira de falta de comunicação que existia até então.

Ao término do século XIX, o parto em ambiente hospitalar começou a ganhar destaque como procedimento predominante. Maternidades e instituições de saúde voltadas para mulheres surgiram na Inglaterra, França, Alemanha e nos Estados Unidos a partir da segunda metade do século. No Brasil, a fundação de maternidades remonta ao início do século XX, fase em que as medidas de saneamento passaram a se intensificar (Pereira, 2022). Foram os primeiros passos para qualificar e considerar a especificidade do cuidado à mulher parturiente.

A revista Ladies Home Journal nos Estados Unidos publicou no ano de 1950 um artigo que retratou a forma na qual as mulheres nas unidades de trabalho de parto eram submetidas, denunciando a crueldade no processo, que por vezes as mulheres eram sedadas com medicações cujo colateral causavam alucinações, algemadas e amarradas, resultando em ferimentos.

Adicionalmente, o uso de fórceps que resultava em lesão iatrogênica enfrentada no pós-parto (Pereira, 2022). Um contexto desumano e agravado pelo sofrimento das dores do parto.

Diniz em sua carta para criação da Fundação de Prevenção às Parturientes no Reino Unido em 1958, trouxe relatos de mulheres que foram submetidas à uma assistência desumanizada no âmbito hospitalar como: falta de privacidade, submissão a procedimentos alternados por vários profissionais, xingamentos na fase de expulsão do parto e impossibilidade de poder segurar o seu bebê após o parto imediato (Pereira, 2022). Essas práticas violentas foram amplamente discutidas e criticadas pelo movimento feminista entre as décadas de 60 e 80. O modelo de assistência hospitalar à mulher, que se desenhou nesse contexto, expõe as condições desumanas às quais as parturientes eram submetidas durante o parto, como a ausência de acompanhante, a imobilização em posição litotômica e a realização de intervenções que frequentemente resultavam em complicações graves, danos físicos e emocionais, incluindo a cesárea de emergência (Paiva, 2022). Esta intervenção, além de ser invasiva, privava as mulheres do direito de ver e segurar seus filhos logo após o nascimento.

Durante a década de 1970, movimentos feministas no Brasil começaram a contestar vigorosamente o paradigma dominante de assistência ao parto e ao nascimento (Lansky, 2019). Em particular, houve uma crescente crítica à visão biologicista que confinava as mulheres apenas no papel de mães. Esse período marcou um momento de questionamento profundo das normas sociais e médicas que moldavam a experiência do parto e da maternidade no país (Ribeiro *et al.*, 2021).

Nesse âmbito, ressaltou-se a importância de as mulheres terem o direito de escolher se querem ou não ser mães, defendendo a ideia de que essa escolha deveria ser apoiada por acesso pleno a seus direitos, como adoção, planejamento reprodutivo e, inclusive, aborto (Ribeiro *et al.*, 2020). Esse período marcou um momento de questionamento profundo das normas sociais e médicas que moldavam a experiência do parto e da maternidade no país.

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2012, 2015), conduzida em duas fases principais, - a primeira entre 2011-2012 e a segunda entre 2015-2016 -, revelam que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência obstétrica. Entretanto, estima-se que esses números possam ser maiores, uma vez que muitas mulheres não reconhecem as práticas vivenciadas como formas de violência. Isso se deve, em grande parte, ou seja, a falta de

informação e a não distinção dos padrões usuais em relação aos agressores, resultando na normalização de comportamentos violentos.

3.3. DIREITOS AO SUPORTE PROFISSIONAL E ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE AO SERVIÇO DE PARTO NO BRASIL

Devido evidências científica que comprovaram complicações em decorrência da manobra de Kristeller somada à reivindicações realizadas no ano de 1984, através de estudos do Ministério da Saúde, houve a preocupação da criação de programas que amparassem as gestantes durante todo processo gravítico e puerperal. Dessa maneira, ampliou-se a Lei Orgânica da Saúde (ou Lei do Sistema Único da Saúde, Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) no Brasil, admitindo novas entradas para o contexto supracitado.

Assim, além dos direitos sociais e trabalhistas brasileiros muito difundidos destinados à gestantes e puérperas, no Brasil há também uma série de outros respaldos legais que amparam a mulher no período gestacional, como os direitos do Pré-Natal, dispensados pela Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. A Portaria afirma que o acompanhamento do pré-natal deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde, conferindo à gestante a possibilidade de fazer pelo menos seis consultas durante toda a gravidez, além de realizar uma série de exames gratuitos que podem ser solicitados pelo médico conforme necessidade.

2516

A gestante também tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007). Os Direitos do Parto abarcam a Lei de nº 14.737 de 27 de novembro de 2023, que garante o direito legal à gestante ao acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços públicos e privados. Ainda ressalta a obrigatoriedade de avaliação criteriosa do processo do parto (Brasil, 2023). A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.016, de 26 de agosto de 1993 estabeleceu normas para o Alojamento Conjunto, em que é garantida a permanência do recém-nascido sadio com sua mãe.

A Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014 do Ministério da Saúde declara que após o nascimento do bebê, este apresentando sinais vitais normais, é recomendado que este seja colocado em contato imediato pele à pele com a mãe para abrandar sentimento de ansiedade, promover reconhecimento, fortalecimento do vínculo materno-familiar, bem como, estimulação ao aleitamento materno e os primeiros cuidados com o bebê (Ministério da Saúde, 2014).

A separação do recém-nascido da sua genitora era uma prática recorrente na assistência à mulher em trabalho de parto, e esse momento era frequentemente relatado como angustiante e dramático uma vez que as mães eram privadas de verem e até mesmo segurarem suas crianças. A partir disso, o Ministério da Saúde criou diretrizes de organização e atenção integral e humanizada ao recém-nascido, ressaltando a importância do contato imediato inclusive como agente preventivo da depressão pós-parto.

Ao que se refere à demanda de profissionais envolvidos no acompanhamento do período gestacional e puerperal, para estes fica estabelecido que além de fornecer suporte psicológico durante e pós-parto, a conduta deve endossar uma assistência respeitosa, assegurando a integridade e autonomia da mulher, garantindo que procedimentos médicos sejam informados à paciente previamente à execução, acompanhados de esclarecimentos à respeito da sua necessidade, visando promover a continuidade do cuidado livre de violência.

3.4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS IMPACTOS NA VIDA DA MULHER.

Mulheres em situação de vulnerabilidade, seja por questões financeiras ou pertencentes a grupos raciais minoritários, não só enfrentam a dificuldade de acesso a serviços adequados, mas também lidam com preconceito e discriminação, que resultam em um atendimento de qualidade inferior e, em muitos casos, desrespeitoso. Frequentemente, o parto é excessivamente medicalizado, com procedimentos invasivos como a cesariana, mesmo quando não há uma necessidade clínica para tanto. Essa abordagem, que prioriza a eficiência dos processos e a utilização de tecnologia, desconsidera as preferências e os direitos das gestantes, levando a um parto muitas vezes violento e traumático.

Os efeitos da violência obstétrica vão além dos danos físicos, podendo gerar também consequências psicológicas graves, como depressão pós-parto e dificuldades no vínculo com o recém-nascido. Esse quadro cria uma cultura de silêncio que dificulta o enfrentamento eficaz do problema. A aceitação social dessa violência agrava ainda mais seus impactos, tornando a luta por um atendimento humanizado e digno um desafio constante para inúmeras mulheres.

Os dados revelam que é essencial reformular as políticas públicas para garantir que todas as gestantes recebam cuidados respeitosos e humanizados. Como destacam Souza e Santos (2023), a atuação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenha um papel fundamental na prevenção da violência obstétrica, sendo imprescindível a capacitação

contínua para que esses profissionais saibam como lidar com cada situação de forma ética e humanizada. Além disso, a necessidade de fortalecimento da legislação que assegura os direitos das mulheres também é evidente, conforme aponta Carvalho Neta *et al.* (2023), que discutem a importância da implementação de políticas públicas que garantam o respeito à autonomia das gestantes e a comunicação clara sobre os procedimentos durante o parto. Para que se transformem realidades alarmantes como as observadas, é necessário investir em campanhas de conscientização, como sugerido por Lima e Lopes (2021), que defendem ações educativas tanto para os profissionais de saúde quanto para as próprias mulheres, no sentido de promover o direito a um atendimento digno e respeitoso.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção apresenta-se a análise e discussão dos resultados das questões objeto de investigação da metodologia adotada através da aplicação de questionário estruturado vinculado à plataforma *Google Forms*, que se encontra organizado em duas categorias mais amplas: a caracterização do perfil das participantes da pesquisa e a sua experiência e conhecimento quanto a violência obstétrica.

Segue os resultados obtidos, representados por tabelas e gráficos elaborados pela plataforma *Google Forms*, demonstrando as questões e a qualidade das respostas dadas pelas participantes a partir de uma abordagem qualiquantitativa e na sequência discussão sobre as mesmas.

Caracterização do perfil das participantes

Tabela 1: Caracterização do perfil das mães estudantes da FACISA

Categorias	Número (pessoas)	Percentual do total geral (%)
1. Faixa etária		
Entre 18 anos e 20 anos	3	9,38
Entre 21 anos e 29 anos	16	50,00
Entre 30 anos e 39 anos	10	31,25
Entre 40 anos e 49 anos	1	3,13
Entre 50 e 59 anos	2	6,25
Total geral	32	100,00
2. Raça/cor		
Amarela	1	3,13
Branca	3	9,38
Parda	22	68,75
Preta	6	18,75
Total geral	32	100,00

3. Estado civil		
Casada	14	43,75
Divorciada	3	9,38
Separada	1	3,13
Solteira	14	43,75
Total geral	32	100,00
4. Colegiado		
Administração	2	6,25
Direito	5	15,63
Enfermagem	14	43,75
Farmácia	4	12,50
Gastronomia	2	6,25
Odontologia	4	12,50
Radiologia	1	3,13
Total geral	32	100,00
5. Experiência maternal		
Múltipara, 2 filhos	5	15,63
Multipárea, 3 filhos	4	12,50
Múltipara, 4+ filhos	3	9,38
Primípara	20	62,50
Total geral	32	100,00
6. Instituição do trabalho de parto		
Sistema privado	5	15,63
Sistema público	27	84,38
Total geral	32	100,00

Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

O item 1 da Tabela 1 revela uma população predominantemente jovem e em idade reprodutiva, com 81,3% das entrevistadas, ou seja, 26 mulheres, pertencendo à faixa etária de 21 a 39 anos. Esta concentração etária sugere que a maior parte das mães jovens optou por ter filhos em uma fase de vida que transmite para elas maior estabilidade emocional e financeira (Aguilar; Reis; Paes, 2020), possivelmente por se julgarem mais preparadas para enfrentar os desafios da maternidade, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional.

Com o objetivo de caracterizar essa parcela populacional na pesquisa, a segunda pergunta aborda a identidade racial e étnica, solicitando que as participantes informassem a raça ou cor com a qual se identificam.

Nesta categoria, 22 participantes (68,8%) se identificaram como pardas, seguidas por 6 participantes (18,8%) que se declararam negras. Assim, observa-se que a maioria das participantes/estudantes da Facisa é composta por mulheres jovens, pardas e negras. Vale destacar que esses dados refletem um importante fenômeno social: a democratização do ensino superior para grupos historicamente marginalizados.

De acordo com Lima *et al* (2023) este fenômeno é fruto de políticas públicas voltadas para a inclusão, como as cotas raciais em universidades e programas de financiamento, como bolsas de estudo, atendendo as reivindicações de movimentos sociais quanto ao direito à educação das minorias da população.

Deste modo, na busca de conhecer o perfil das acadêmicas participantes deste estudo, teve na sequência averiguar quanto ao seu estado civil, pois não é novidade que, cada vez mais, as mulheres têm ocupado espaços na vida pública. No entanto, para aquelas que constituíram família, essa trajetória é marcada por uma dupla jornada de trabalho, na qual também contribuem para a economia de seu núcleo familiar.

Quanto a questão do estado civil das participantes, elas se identificaram como solteira e casadas, conforme demonstrado no item 3. A representatividade de mulheres casadas cursando é altamente relevante porque é indício de mudanças comportamentais e valorativas quanto ao papel da mulher na sociedade (Aguiar; Reis; Paes, 2020), indicando que as mulheres, apesar das diversidades e obstáculos que enfrentam, estão a cada dia ocupando seu espaço no mundo de produção, rompendo com concepções machistas sobre o papel e o espaço da mulher. Os cursos da FACISA com maior número de matrículas são: Enfermagem, com quatorze matriculados (43,8%), Direito, com cinco (15,6%), e Farmácia e Odontologia, ambos com quatro (12,5%). Isso ocorre provavelmente por essas profissões serem as mais promissoras da região, dentre os cursos oferecidos pela instituição de ensino superior, conforme descrito no item 4.

2520

Quanto à experiência maternal das acadêmicas, o item 5 revela que a maioria das participantes, 20 (62,5%), são mães de um filho, enquanto 5 (15,6%) têm dois filhos. Somando as duas categorias — primíparas e múltíparas com até dois filhos —, 25 participantes (78,1%) afirmam seguir um planejamento familiar consciente e utilizam algum método contraceptivo. Esse comportamento está intimamente relacionado ao nível de conhecimento dos casais (Brasil, 2023), que buscam formas de vida com maior independência.

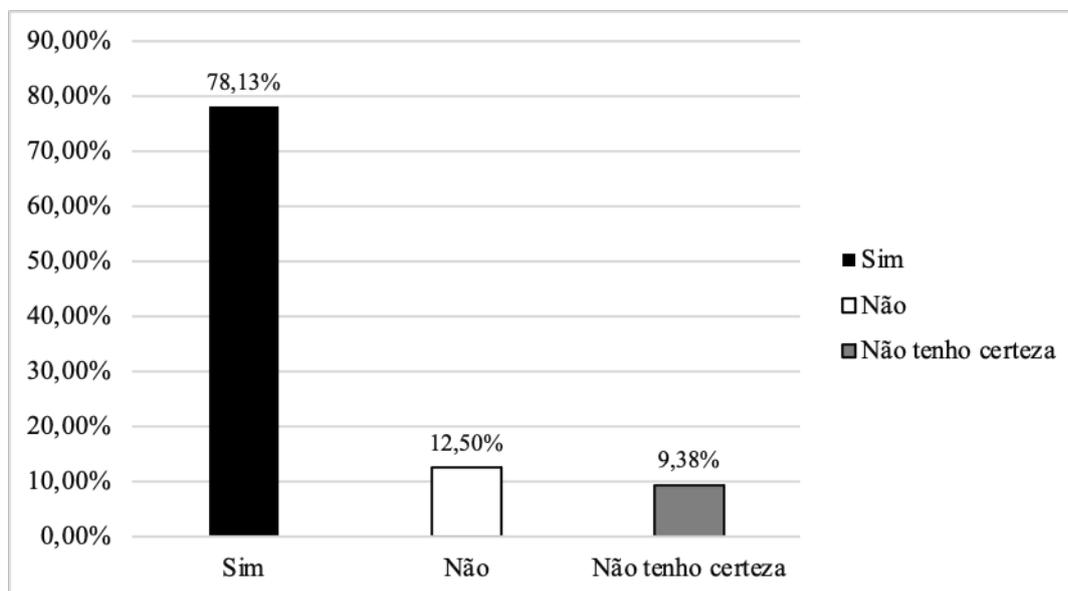
Quando questionadas sobre o sistema de saúde que utilizam, o item 6 revela que 27 participantes (84,4%) são atendidas no sistema público, enquanto 5 (15,6%) optaram por serviços privados. Esse dado é de grande importância, pois as categorias subsequentes têm como base o tratamento recebido pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando que cerca de 150 milhões de brasileiros dependem do SUS (IBGE, 2020), é fundamental compreender e debater a qualidade do atendimento prestado por seus profissionais, especialmente para

fortalecer políticas públicas como a Política Nacional de Humanização na Saúde. A seguir, são apresentados os dados referentes à experiência gestacional e às percepções sobre violência obstétrica dessas mães, que foram atendidas principalmente na rede pública de saúde, compondo a segunda parte deste estudo.

Percepções sobre violência obstétrica

Os 4 gráficos a seguir apresentam quatro questões destinadas a compreender as percepções das mulheres (mães/acadêmicas/participantes da pesquisa) sobre a violência obstétrica. O primeiro gráfico, correspondente à sétima pergunta do formulário aplicado, investiga se essas mulheres identificam os procedimentos realizados durante o parto sem o consentimento da parturiente como um tipo específico de violência obstétrica. Os resultados indicam que 25 (78,1%) participantes reconhecem essa prática como violência obstétrica, enquanto 4 (12,5%) não a concebem dessa forma.

Gráfico 1: Procedimentos sem explicação prévia são considerados V.O.?

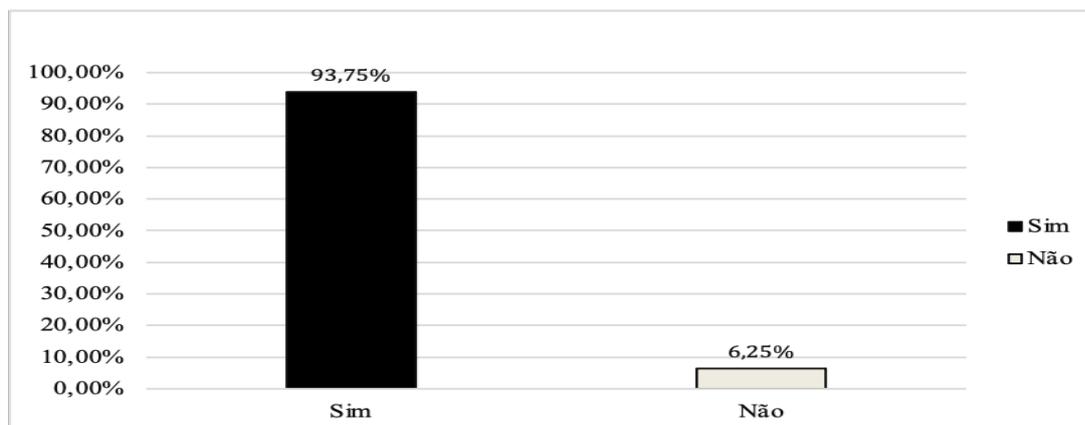


Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a realização de procedimentos médicos no momento do parto sem a ciência da parturiente é considerada violência obstétrica, possui fere ao direito da mãe em conhecer procedimentos realizados em seu corpo (Paiva, 2022), e tais práticas não condiz o anseio do Sistema Único de Saúde em ofertar um atendimento

humanizado à população usuária/pacientes. Na sequência, o segundo gráfico reflete as respostas à pergunta 8, que busca entender se essas mães consideram que a falta de consentimento para a realização de determinados procedimentos também caracteriza violência obstétrica. Esta categoria de percepção obteve o maior percentual de respostas afirmativas, com 30 (83,8%) das participantes concordando que a falta de consentimento é, de fato, uma forma de violência obstétrica.

Gráfico 2: Procedimentos sem consentimento são considerados. V.O.

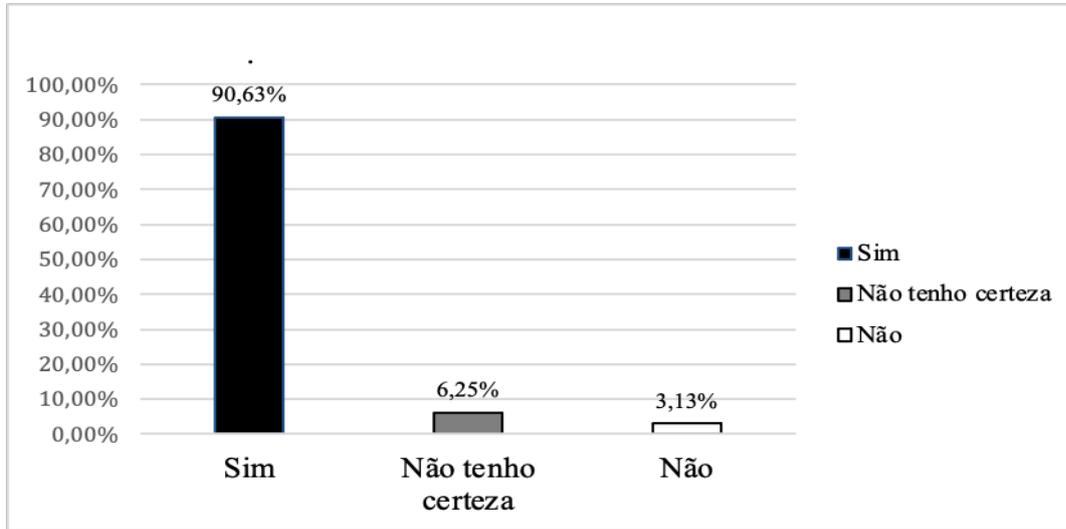


Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

Ou seja, para as mães acadêmicas dos cursos superiores da FACISA, a utilização sem a prévia autorização da mulher parturiente no momento do parto (pergunta 8) é sim um ato de violência obstétrica, conforme define o próprio SUS e fere Política de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha (RC) criadas pelo Ministério da Saúde, visando garantir a qualidade da assistência à saúde durante o processo gravídico-puerperal (Ribeiro *et al*, 2021).

No mesmo sentido, 29 (90,6%) das entrevistadas reconhecem que o uso de linguagem violenta ou constrangedora com a parturiente (questão 9) configura uma forma de violência obstétrica praticada por profissionais de saúde durante o parto. Essas informações são relevantes, pois é por meio da conscientização das pacientes que esse modelo de comportamento pode ser superado tanto na rede pública quanto na privada de saúde.

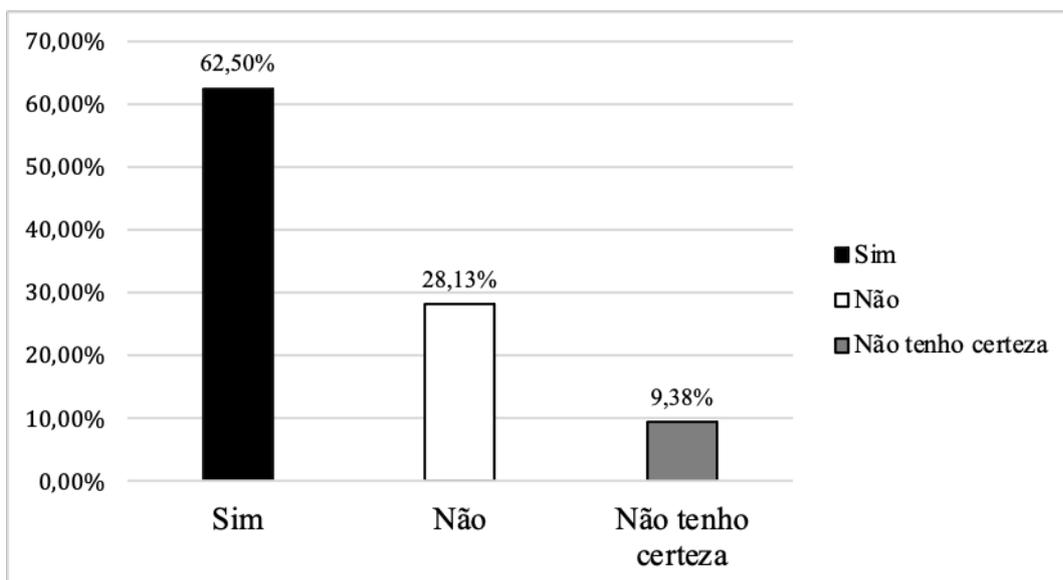
Gráfico 3: Uso de expressões constrangedoras é V.O.



Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

A questão 10, que investiga se as mães participantes conhecem mulheres vítimas de violência obstétrica, obteve um alto percentual de respostas positivas, com 20 participantes (62,5%) afirmando ter conhecimento de tais casos. Esse resultado indica que a violência obstétrica é um fenômeno relativamente comum nos serviços de saúde durante o parto, como evidenciado pela alta incidência de casos conhecidos e denunciados. 2523

Gráfico 4: Conhece vítima de V.O.



Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

Considerando os resultados apresentados, é possível afirmar, de forma geral, que as mães acadêmicas dos colegiados da Facisa possuem clareza ao identificar os procedimentos médicos realizados durante o parto que configuram atos de violência obstétrica. No entanto, ainda é necessário investigar se esse grupo de mulheres foi, de alguma forma, vítima dessa violência, com o objetivo de explorar aspectos de suas experiências durante o período gravídico.

Vale destacar que a violência obstétrica não se limita à figura do médico como único agente agressor. Embora médicos e enfermeiros sejam os profissionais mais frequentemente envolvidos, outros profissionais de saúde que atuam no atendimento obstétrico, assim como o parceiro da parturiente, podem também ser considerados agentes de violência. Ou seja, a violência obstétrica pode envolver diferentes personagens, desde que haja uma relação direta com a situação da mulher em trabalho de parto (Silva, 2023).

Tabela 2: Sofreu violência obstétrica durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Categorias	Pessoas	Percentual
Não	22	68,75
Técnico em Enfermagem	2	6,25
Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	2	6,25
Enfermeiro	1	3,13
Médico	1	3,13
Médico, Enfermeiro	1	3,13
Companheiro (a), Outros profissionais	1	3,13
Enfermeiro, Técnico em Enfermagem	1	3,13
Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Outros profissionais	1	3,13
Total Geral	32	100,00

2524

Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

A questão 11, apresentada na Tabela 2, teve como objetivo identificar as vivências das mães participantes em relação à violência obstétrica. Em um primeiro momento, os resultados podem ser considerados positivos, já que 22 participantes (68,8%) afirmaram não ter passado por essa experiência. No entanto, 10 mulheres (31,2%) relataram ter sido vítimas de violência obstétrica.

Outro dado relevante é que 59,5% das vítimas de violência obstétrica apontaram profissionais de saúde como responsáveis pela agressão. Dentre elas, 15,6% mencionaram médicos, 18,8% enfermeiros, 18,8% técnicos de enfermagem e 6,3% outros profissionais da

unidade hospitalar. Esses números indicam que, apesar dos avanços, ainda persistem práticas que remontam ao início do século XX, período em que os cuidados durante o parto e nascimento eram frequentemente baseados na violência contra as parturientes (Pereira, 2022).

Tabela 3: Vítima de tratamento verbal inadequado.

	Pessoas	Percentual (%)
Ameaças	1	71,88
Comunicação verbal grosseira	2	12,50
Comunicação verbal grosseira, Uso de palavras e expressões inadequadas/ vexativas	4	6,25
Não	23	6,25
Uso de palavras e expressões inadequadas/ vexativas	2	3,13%
Total Geral	32	100,00%

Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

A tabela 3 destaca o tipo de tratamento verbal que se caracteriza como violência obstétrica, o que foi evidenciado na comunicação verbal grosseira (18,8%) como alteração de voz, gritos e palavras e expressões inadequadas (18,8%), que expõem as pessoas.

Tabela 4: Atos físicos inadequados durante parto dispensados profissionais de saúde.

Categorias (%)	Pessoas	Percentual
Exposição de privacidade/ constrangimento	2	6,25
Litotomia, Amniotomia	1	3,13
Litotomia, Episiotomia, Amniotomia	1	3,13
Não	19	59,38
Não, Amniotomia	1	3,13
Puxões, empurrões, Manobra de Kristeller	2	6,25
Puxões, empurrões, Manobra de Kristeller, Litotomia	1	3,13
Puxões, empurrões, Manobra de Kristeller, Litotomia, Episiotomia	1	3,13
Toque vaginal repetitivo/ doloroso	1	3,13
Toque vaginal repetitivo/ doloroso, Episiotomia	1	3,13
Toque vaginal repetitivo/ doloroso, Uso de ocitocina, Litotomia, Uso de fórceps	1	3,13
Uso de sva, por muito tempo e sem supervisão, provocando incômodo, medo e outros danos	1	3,13
Total Geral	32,00	100,00

Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

No total, 32 participantes (100%) foram consideradas nas respostas, com a maior parte (59,38%) indicando que não vivenciaram esses atos inadequados. Dentre os atos físicos considerados agressivos e violentos, os mais frequentemente relatados foram: a falta de liberdade para escolher a posição do corpo durante o parto (15,6%); puxões, empurrões e pressão sobre a barriga (12,5%); toques vaginais repetitivos e dolorosos (9,4%); corte no períneo anal (9,4%); e o rompimento artificial da bolsa amniótica (9,4%). Esses atos podem causar traumas emocionais e psicológicos significativos, com potencial para afetar negativamente a saúde da mulher.

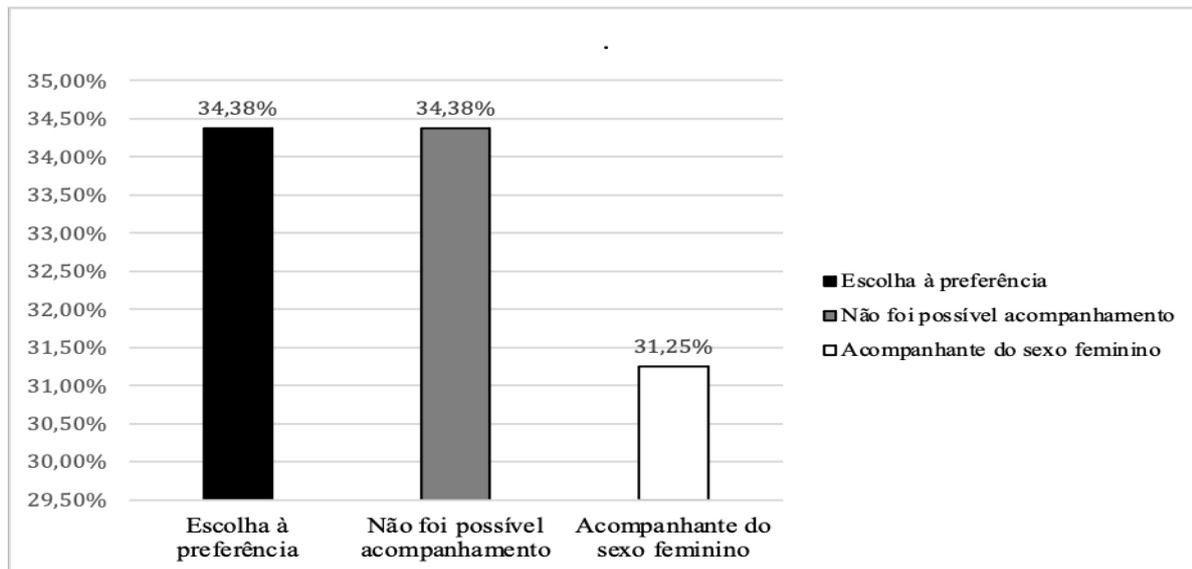
Tabela 5: Atos de negligência no pré-parto, parto e pós-parto.

Categorias	Pessoas	Percentual;
Dificuldade com alimentação, Falta de informações esclarecedoras	1	3%
Dificuldade com higienização, Impossibilidade de acesso imediato à criança	1	3%
Dificuldade com higienização, Impossibilidade de acesso imediato à criança, Falta de informações esclarecedoras	1	3%
Falta de informações esclarecedoras	1	3%
Impossibilidade de acesso imediato à criança	4	13%
Impossibilidade de acesso imediato à criança, Falta de informações esclarecedoras	1	3%
Não	23	72%
Total Geral	32	100%

Fonte: Elaboração os autores. Google Forms.

Das categorias investigadas neste estudo os atos de negligência foram o que apresentaram os menores percentuais de frequência. No entanto, não necessariamente representa um aspecto positivo, podendo ser que devido a sua sutileza, seja de difícil identificação (Ribeiro, 2021). Porém, a maior ocorrência foi a impossibilidade da mãe ver seu filho, registrada por 23 participantes (21,9%).

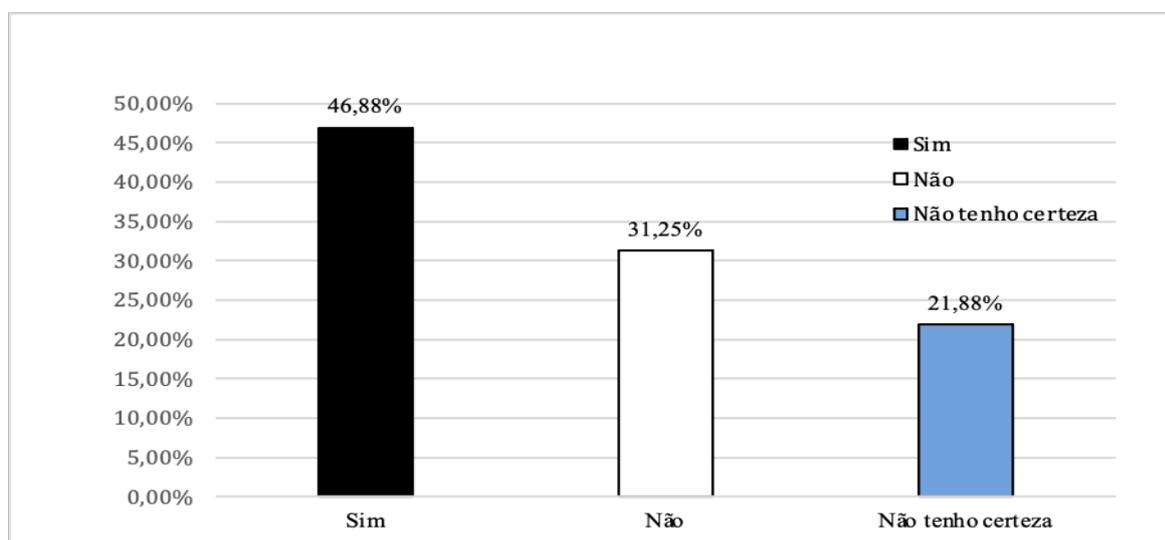
Gráfico 5: Presença do acompanhante.



Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

A análise revela um equilíbrio nas condições de internação das parturientes, com aproximadamente 65,6% delas tendo a oportunidade de contar com um acompanhante, seja ele escolhido ou não. Este dado é considerado um aspecto positivo, mas também pode ser influenciado pela escassez de profissionais nas unidades públicas (Dias; Pacheco, 2020). No entanto, Vale ressaltar que, das 32 mulheres analisadas, 11 (ou 34,4%) não têm a possibilidade de contar com um acompanhante, o que agrava ainda mais sua vulnerabilidade em um momento tão delicado (Lima, 2019).

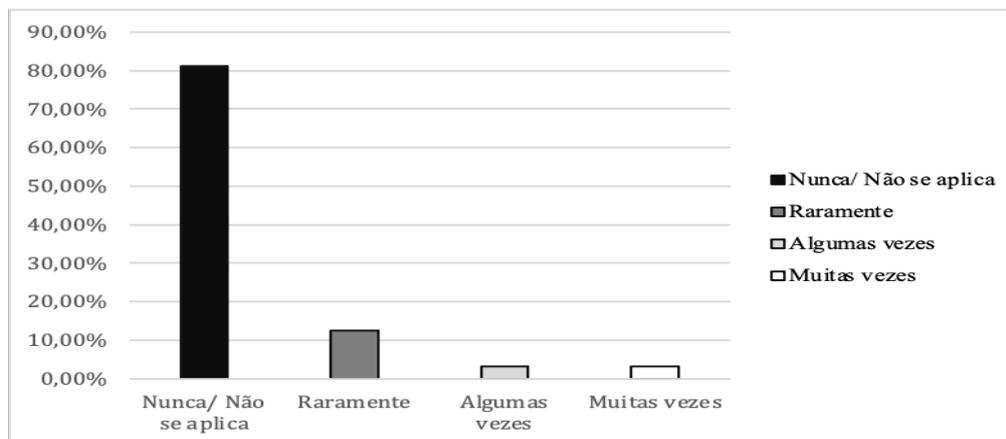
Gráfico 6: Conhecimento onde denunciar caso de violência obstétrica.



Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

Ao serem questionadas sobre como denunciar atos de violência obstétrica, a maioria das mulheres participantes desta pesquisa demonstrou incerteza ou desconhecimento sobre o processo. Das 32 mulheres, 15 (46,88%) afirmaram que saberiam a quem recorrer para fazer a denúncia. No entanto, como destaca Katz et al. (2020), é crucial promover o empoderamento das mulheres por meio da educação em saúde, garantindo que conheçam seus direitos e os canais disponíveis para combater a violência.

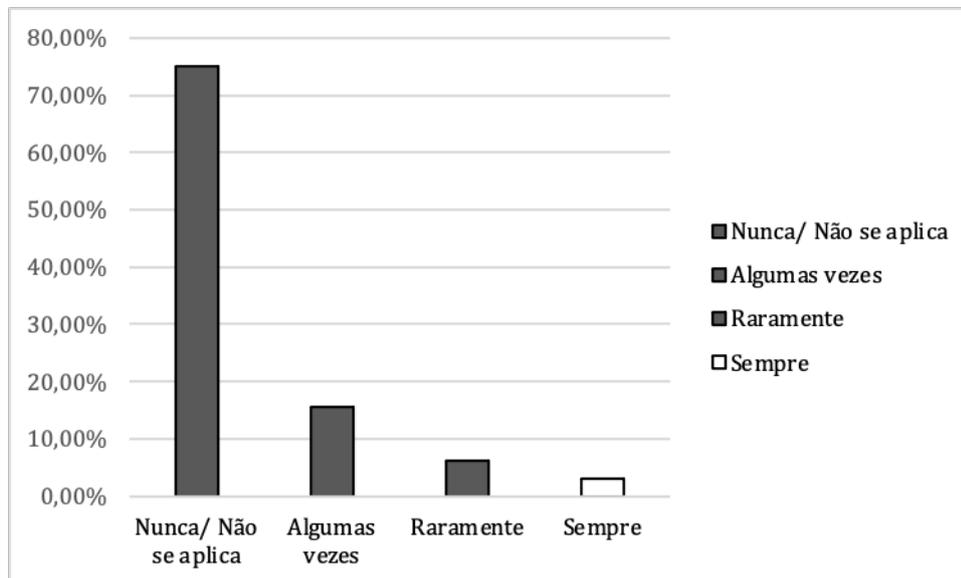
Gráfico 7: Problemas de vínculo mãe-bebê.



Fonte: Elaboração dos autores – Google Forms.

O gráfico 7, apresentado no texto, ilustra os resultados de uma pesquisa sobre os impactos da violência obstétrica na saúde da mulher, com foco nos aspectos psicoemocionais e nas relações estabelecidas. A coleta de dados abordou, entre outros, o vínculo entre mãe e bebê (questão 17). De acordo com os resultados, apenas 3,1% das participantes relataram a presença desse vínculo “muitas vezes”, enquanto 12,5% afirmaram que isso ocorria “raramente”. A grande maioria das mulheres (81,3%) não vivenciou essa situação.

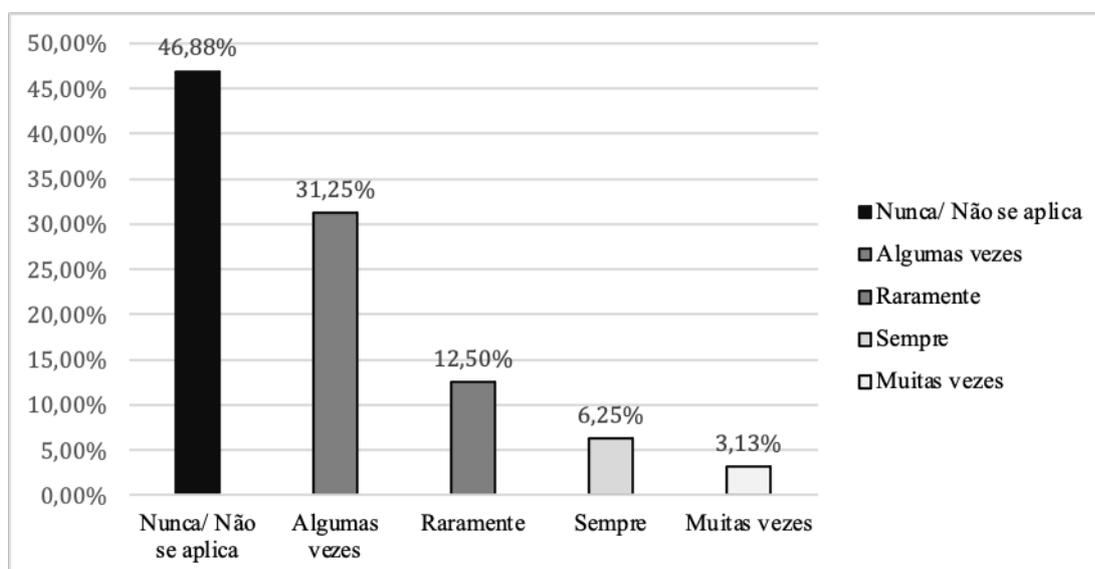
Gráfico 6: Limitações em atividades sociais.



Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

Já a questão 18 revelou que 15,6% das participantes relataram limitações em atividades de lazer e nas relações sexuais, enquanto 75% afirmaram nunca ter enfrentado tais dificuldades. O gráfico 8 ilustra esses dados de forma clara. 2529

Gráfico 8: Sentimentos adversos.

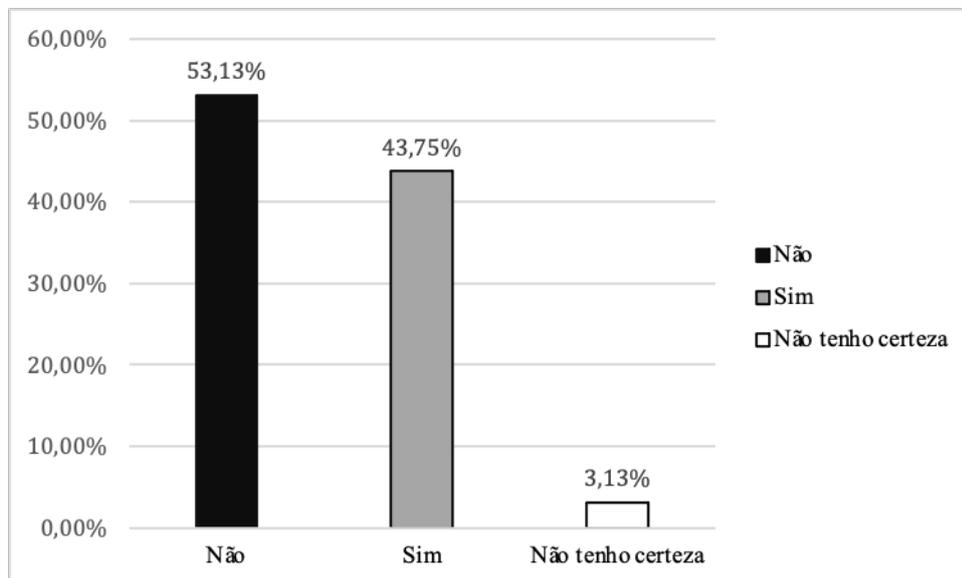


Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

Na questão 19, gráfico 8, a frequência de respostas "nunca/não se aplica" foi maior, com 15 (46,9%) das 32 participantes. Além disso, 10 (31,3%) indicaram que vivenciaram essas situações ocasionalmente, enquanto 4 (12,5%) mencionaram experiências com maior frequência. Ao somar as demais respostas que indicam experiências adversas, 17 (53,1%) das mulheres afirmaram ter enfrentado sentimentos negativos relacionados à violência obstétrica. Este resultado supera o número de participantes que disseram nunca ter enfrentado problemas em suas atividades de lazer e nas relações sexuais devido à violência obstétrica. Como alertam Silva, Silva e Araújo (2017), esses traumas podem ser consequências graves da imprudência dos profissionais de saúde, cujos comportamentos violentos comprometem a qualidade de vida da mãe, do bebê e o convívio familiar.

Por fim, concluindo seu percurso investigativo, a pesquisa trouxe a questão 20, gráfico 9, que trata como indicador da vivência desse grupo de mães/acadêmicas/participantes quando gestante, parturiente e pós-parto se foi uma experiência gratificante, à ponto de desejar gestar novamente, ou não.

Gráfico 9: Possibilidade de gestar.



Fonte: Elaboração dos autores. Google Forms.

O equilíbrio das fatias do gráfico de setores, indicam a violência obstétrica é uma realidade existente para as mulheres do Extremo Sul baiano; 17 (53%) das participantes não desejam gestar novamente. E que este sentimento está relacionado à assistência dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais funcionários

hospitalares). Este resultado alerta para o sistema público de saúde a preocupação de implementar campanhas de prevenção e combate à violência obstétrica (Lima; Lopes, 2021), visando consolidar as políticas públicas em saúde a favor de um atendimento humanizado.

CONCLUSÃO

Considerando o contexto histórico da violência obstétrica ficou evidenciado que se trata de fenômeno social relacionado diretamente as desigualdades de gênero e vulnerabilidades sociais e que possui raízes profundas no contexto histórico da medicina e da atenção à saúde da mulher. Ao longo das décadas, as práticas de assistência ao parto foram frequentemente desumanizadas, priorizando processos médicos em detrimento da autonomia e do bem-estar das gestantes, desconsiderando a dignidade humana e de direito das mulheres durante o parto.

Embora, há de reconhecer a existência de todo um aparelho legal quanto à proteção aos interesses da mulher, como a Lei de nº 14.737/23, Lei nº 13.434/017 e Lei nº 11.340/006, entre outras, ainda há um grande percurso a ser realizado para de fato os direitos da mulher ser adequadamente tutelado pelo Estado e observado pela sociedade.

Quanto aos objetivos propostos neste estudo foram alcançados. Sobre a definição do perfil das mães participantes desta pesquisa, pode-se afirmar que são na maioria mulheres jovens, com idade entre os 20 aos 39 anos, na sua maioria pardas e negras, casadas ou possui união estável, que têm, no máximo dois filhos. Dividem seu tempo entre trabalho, lar e estudos, pois são estudantes de cursos superiores, com maior demanda para Enfermagem, Direito, Farmácia e Odontologia, observando a perspectiva de mercado de trabalho.

Quanto a percepções sobre a violência obstétrica, no geral, o grupo detém conhecimento suficiente para reconhecer as práticas que a caracterizam, o que foi demonstrado, em especial, pela Tabela 1. Do mesmo modo, sobre a vivência deste grupo com a violência obstétrica, apesar de um número significativo nunca ter passado por situação semelhante, foi apresentado um grupo menor, porém com representatividade significativa, 10 (31%) das 32 entrevistas foram vítimas de violência obstétrica praticada por profissionais de saúde (tabela 2).

Por conseguinte, apesar do Ministério da Saúde propagar a Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde no SUS, o estudo demonstrou que ainda é uma realidade no atendimento humanizado as parturientes a violência obstétrica nos hospitais públicos brasileiros. O que foi constatado a partir dos impactos de ordem psicoemocional e de

relacionamento presentes na vida das participantes, tais como dificuldade de relacionamento entre mãe e o bebê, 5 (18,8%) das que confirmaram tiveram problemas com frequência diferente. Também 10 (31,3%) apresentaram alguma vez problemas nas relações sexuais.

Por fim, como a pesquisa se limitou a identificar o perfil do grupo entrevistado, bem como conhecer a vivência e a percepção das parturientes quanto a violência obstétrica, salienta-se a necessidade outros estudos complementares no mesmo sítio amostral, ou outros tal como nos egressos do curso de Enfermagem como atuam no combate e prevenção a este tipo de violência.

REFERÊNCIA

- AGUIAR, S. G.; REIS, S. M. A. O.; PAES, V. N. O acesso e a permanência da mulher, mãe, dona de casa, trabalhadora e esposa no ensino superior: o que revelam as pesquisas? **Revista Com Ciência**. [s.l.], v. 5, p. 10-15, 2020. DOI:10.36112/issn2595-1890. Acesso em: 22 out. 2020.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011
- BRASIL. **Saúde da mulher** [módulo 9]. Ministério da Saúde/Fundação Osvaldo Cruz, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Presidente da República. Secretária-Geral. **Lei nº 13.434, de 12 de abril de 2017**. Brasília, 2017.
- BRASIL. Presidente da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Presidente da República. Secretária-Geral. **Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **PNAISM**. Ministério da saúde: Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993**. Brasília, 1993.

CARVALHO NETA, D. T. de; RODRIGUES, A. N. da S.; BRABO, A. do S. S.; PINHEIRO, D. N.; LIMA, V. L. de A.; FERREIRA, E. da S. Concepções de gestantes sobre violência obstétrica. **Ciências da Saúde, Ciências Sociais**, [s.l.], v. 27, n. 121, abr. 2023.

DIAS, S. L.; PACHECO, A. O. Marcas do parto: As Consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. Macapá, AP, v. 3, n. 1, 2020.

FIOCRUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nascer no Brasil: Pesquisa nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 2015. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/nascer-no-brasil>. Acesso em: 27 abr. 2024.

IBGE. **Censo demográfico 2022: resultados do universo**, Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KATZ, L et al. Quem tem Medo da Violência Obstétrica? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 627-631, abr/jun., 2020.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na Vivência das Gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s. l.], v. 24, n. 8, p. :2811-2823, 2019.

LIMA, G. A. F; LOPES, M. C. A. Violência Oobstétrica: riscos do uso da manobra de Kristeller Durante o Parto. **Brazilian Journal of Health Review (BJHR)**. [s. l.], v. 4, n. 2, 2021.

LIMA, K. D; PIMENTEL, C; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s. l.], 26, v. 3, p. 4909-4918, 2021.

LIMA, L. F. C. Democratização do acesso ao ensino superior: desafios e objetivos das ações afirmativas. **UFPEL**, 2023. Disponível em: https://cti.ufpel.edu.br/siepe/arquivos/2023/XE_06128.pdf?ver=1695411357. Acesso em: 12 out. 2024.

LIMA, T. M. M. Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres. São Paulo: **ATTENAS**, 2019.

LIMA, V. L. de A.; LOPES, M. J. A violência obstétrica no contexto das políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna**, [s.l.], v. 34, n. 2, 2021.

MATOS, M. G; MAGALHÃES, A. S. Violência obstétrica e trauma no Parto: O relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão** 202 v. 41, e219616, 1-13, 2021. [phttps://doi.org/10.1590/1982-3703003219616](https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616)

PAIVA, A. M. G. et al. Representações Sociais da Violência Obstétrica para Puérperas e Profissionais da Saúde: Análise Fatorial de Correspondência. **Cogitare Enferm.** [s. l.], v. 27, p. e75198, 2022.

PEREIRA, F. A. As Lutas Pela Humanização da Assistência ao Parto e ao Nascimento: um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. In: **BDTD**. 2022.

RIBEIRO, K. G et al. Caracterização da violência obstétrica na produção científica: uma revisão integrativa. **Acervo Saúde**. [s. l.], v 13, n 4, p. 8, 2021.

RIBEIRO, D. O. et al. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE)**. [s. l.], v. 41, p. e20190419, 2020.

SILVA, J. C. Impactos da violência obstétrica no Brasil: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v 12, n 2, p. 10812239950, 2023.

SILVA F. M.; SILVA M. L; ARAÚJO, FNP. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Rev Pre Infec e Saúde[Internet]**. [s.l.], 3(4), p. 25-34, 2017.

SOUZA, Rosilene Reis; SANTOS, Laís de Jesus. O enfermeiro da atenção básica: estratégias para prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem, Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 128, nov. 2023.