



II CONPESQ
Congresso de Pesquisa,
Pós-Graduação e Inovação

Os novos rumos da ciência pós-pandemia

12 a 16 de abril de 2021 Universidade Federal do Cariri - UFCA

**CONHECIMENTO DE GESTANTES DO CARIRI CEARENSE SOBRE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA**

Iago Sávyo Duarte Santiago

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Cariri. E-mail:
iago.duarte@aluno.ufca.edu.br

Jeane Alves Silva

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Cariri. E-mail: jeaneufca@gmail.com

Natalle Wold Gomes da Silva

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Cariri. E-mail:
natalliewold@gmail.com

Gislene Farias de Oliveira

Pós-doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Doutorado em
Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Associada da
Universidade Federal do Cariri. E-mail: gislene.farias@ufca.edu.br

A violência obstétrica é uma questão de saúde pública de longa data. A expressão faz referência à apropriação, pelo profissional de saúde, do corpo e dos processos reprodutivos da mulher. O presente estudo tem o objetivo de avaliar o conhecimento de gestantes do Cariri cearense sobre a violência obstétrica, além de observar o impacto de um projeto de intervenção baseado no resgate do protagonismo feminino. Trata-se de um estudo quantitativo, quasi-experimental, com 10 gestantes do cariri cearense. Para a coleta das informações, utilizou-se um questionários sobre o reconhecimento de violência obstétrica, a conduta do médico frente à aborto provocado, etc, antes e após as intervenções com as mesmas perguntas em ambos. As médias globais de acerto pré e pós-intervenção foram comparadas através do teste T de Student pareado e a proporção de acertos por tópicos, através do teste Exato de Fisher, com significância a 0,05. A comparação da média de acertos obtidos nos questionários pré e pós-intervenção revelou $p=0.0234$. A avaliação da progressão do conhecimento das gestantes registrou evolução em seis dos nove tópicos e ausência de progressão (0%) em três deles, sem registros de regressão. Nota-se que as gestantes apresentavam conhecimentos prévios sobre a violência obstétrica, ainda que nem sempre reconhecessem as circunstâncias como tal. Ademais, observa-se que as gestantes tiveram seu repertório ampliado com a intervenção, evidenciando a efetividade da ação.

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma questão de saúde pública de longa data, tendo as discussões sobre o tema iniciado na segunda metade do século XIX. Abordar o termo “violência obstétrica” entre os profissionais de medicina é um tabu que serviu de entrave para o início dos movimentos acadêmicos de combate à tal prática, exigindo que novos termos fossem criados, como “a

humanização do parto” para que, na década de 90, as discussões ganhassem espaço no serviço público e faculdades de medicina (SADLER et al., 2016)

A expressão faz referência à apropriação, pelo profissional de saúde, do corpo e dos processos reprodutivos femininos, cuja expressão são relações desumanizadas (TESSER et al., 2015). Essa relação é descrita como violência de gênero pois provoca opressão e desvalorização, subjugando a mulher a um estado de exploração e domínio, já que perde a autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade (MARTINS et al., 2019).

No Brasil cerca de 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência durante a parturição nos serviços de saúde. Esse número chega a 50% entre aquelas que abortaram (VENTURI; GODINHO, 2013). Os motivos para essa realidade tão alarmante são muitos, como a precariedade do sistema de saúde, em decorrência da falta de investimento, e a banalização do sofrimento dos pacientes em virtude de uma relação moldada por preconceitos culturais e de gênero (AGUIAR et al, 2013). Ademais, cita-se a alienação das mulheres sobre o assunto, o que as torna ainda mais vulneráveis (ZANARDO et al., 2017).

Em 2014, a OMS trouxe recomendações direcionadas aos profissionais de saúde e equipe integrada sobre desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde no documento intitulado “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014). No Brasil, relatórios e guias do Ministério da Saúde, como o “Programa Humanização no Parto” e “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” sugerem a necessidade de abordagem menos traumática do parto à parturiente e enfatiza os cuidados necessários para que isso ocorra (BRASIL, 2016; 2002).

Além dos danos psicológicos oriundos da violência, medidas como Manobra de Kristeller, proscrita no Brasil, e episiotomia sem aviso prévio ou sem real necessidade técnica, podem causar sequelas orgânicas e traumas físicos, acarretando risco de morte para a gestante e para o conceito (TESSER et al., 2015).

Desse modo, este estudo tem o objetivo de avaliar o conhecimento de gestantes do Cariri cearense sobre a violência obstétrica, além de observar o impacto da aplicação de um projeto de intervenção baseado no resgate do protagonismo feminino no parto.

2 METODOLOGIA

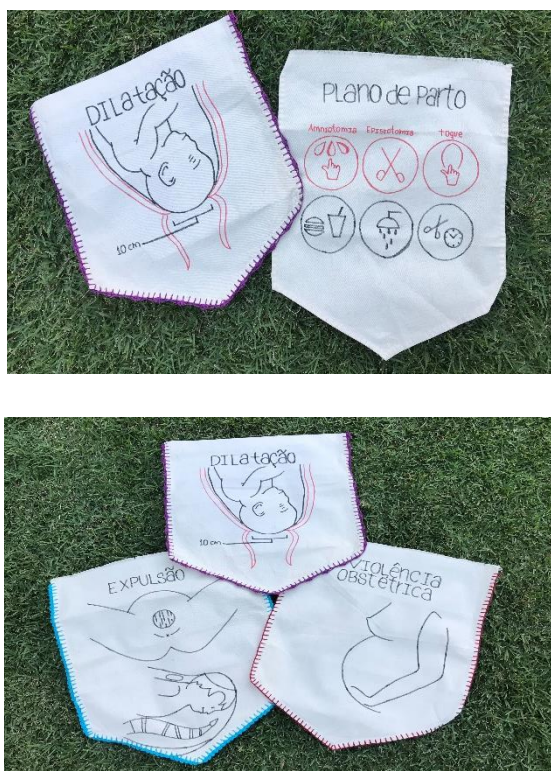
Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, quais-experimental, realizado com 10 gestantes do Cariri cearense. O contato com as gestantes deu-se através dos momentos proporcionados pelo Projeto Semente das Águas, ação cujo objetivo é discutir a violência obstétrica e informar as gestantes sobre seus direitos. Os encontros foram estruturados como rodas de conversa, ocorrendo em UBS, ambulatórios ou grupos de gestantes abertos à execução do Projeto. Utilizou-se, como fim didático e ilustrativo, figuras pintadas em tecido sobre os tempos do trabalho de parto e os direitos da gestante (Figura 1).

Para a coleta das informações, utilizou-se um questionário antes e após a intervenção, com as mesmas perguntas em ambos, de modo a avaliar o conhecimento das participantes nos dois momentos. Os questionários indagavam sobre a via de parto preconizada como primeira opção, o reconhecimento de situações de violência obstétrica, a conduta do médico frente ao aborto provocado, o direito ao acompanhante, dentre outras questões.

Os critérios de inclusão utilizados foram: mulheres maiores de 18 anos, residentes do Cariri cearense, que aceitaram participar da pesquisa. A análise dos dados ocorreu através do programa GraphPad Prism 8.0.1. Foram calculadas média, medianas e demais medidas de posição e variabilidade. As médias globais de acerto pré e pós-intervenção foram comparadas através do teste T de Student pareado e a proporção de acertos por tópicos, através do teste

Exato de Fisher. A significância estatística foi verificada com nível a 0,05.

Figura 1 – Material utilizado durante as intervenções do Projeto Semente das Águas



Fonte: os Autores.

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

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência obstétrica corresponde ao conjunto de práticas médicas desumanizadas que podem causar danos físicos e psicológicos em gestantes antes, durante e depois do parto, como bem conceitua Tesser et al. (2015):

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (TESSER et al., 2015).

Esse tipo de violência é corriqueiramente ligado ao parto vaginal, em virtude das fortes dores a ele associados e às posições incômodas que a mulher, por vezes, assume (SAUAIÁ; SERRA, 2019). Todavia, também pode ocorrer no parto de via alta (cesareana): seja na sua escolha corriqueira como tipo de parto em decorrência, sobretudo, da possibilidade de agendamento e da imprevisibilidade do parto normal (ZANARDO et al., 2017), seja pelos maus tratos que podem ser executados, como a continuação da realização do procedimento cirúrgico ainda que se queixam de dores em virtude da ineficácia da anestesia (SCHMIDT; SCHMIDT; SCHMID, 2009).

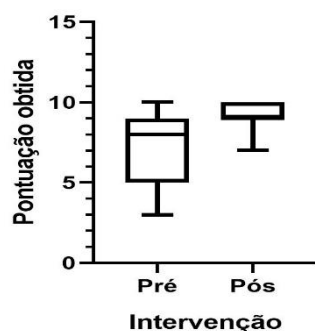
É importante salientar que, "a cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando surgem complicações durante

a gravidez ou o parto" (BARBOSA et al., 2003), ou seja, não deve ser um procedimento de rotina. Considerando os aspectos sociais, "a violência obstétrica tem sido identificada como uma violência institucional e de gênero, que faz parte da cultura médica hegemônica acerca do parto" (PALHARINI, 2017), ferindo o princípio da autonomia que é um direito da parturiente, limitando, assim, o poder de decisão à vontade médica. Isso reduz e limita a mulher à passividade durante o manuseio de seu corpo. "O parto passou a ser tratado como um evento médico e retirou-se a mulher como protagonista do momento do parto, tornando-se um evento medicalizado com a centralização do profissional" (BRANDT et al., 2018).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dez gestantes aceitaram participar da pesquisa e responderam completamente os questionários. A Figura 2 apresenta médias e quartis obtidos nos questionários pré e pós-intervenção. O conhecimento das gestantes foi avaliado em nove tópicos. Metade das participantes apresentava parcela de acertos abaixo de 07 pontos no questionário pré-intervenção, com acréscimo de 28,6% no conhecimento pós-intervenção (aqui, metade estava abaixo de 09 pontos). A comparação das médias dos acertos obtidos nos questionários pré ($m=7.22\pm 2.43$) e pós-intervenção ($m=9.11\pm 0.92$) através do Teste T pareado revelou diferença estatística entre elas ($p=0.0234$).

Figura 2 - Pontuação global obtida pelas gestantes nos questionários pré e pós-intervenção



Fonte: os Autores.

Os resultados dos questionários pré-intervenção evidenciam que todas as gestantes apresentavam conhecimentos prévios sobre "Direito ao acompanhante no parto". Nove das dez participantes já conheciam alguns tópicos, como "Necessidade de consentimento dos procedimentos eletivos", e reconheciam exemplos de autoritarismo médico, como "Mandar calar-se em algum momento da gestação ou no parto" e "Negar informações à parturiente". A avaliação da progressão do conhecimento das gestantes registrou evolução em seis dos nove tópicos e ausência de progressão (0%) em três deles, sem registros de regressão. As maiores taxas foram registradas por "Conduta médica após aborto provocado" (200%) e "Episiotomia não consentida e sem critérios" (75%). A análise das proporções de acerto por meio do teste Exato de Fisher evidenciou diferença estatística em um tópico: "Conduta médica após aborto provocado" com $p=0.019$. A Tabela 1 apresenta os dados referentes aos conhecimentos pré e pós-intervenção, bem como à evolução apresentada pelas gestantes.

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

Competências	Número de acertos	Evolução no padrão de conhecimento	Valor de p

	Pré-intervenção	Pós-intervenção		
Conceito de violência obstétrica	7	10	42,8%	0.210
Reconhecimento do procedimento contraindicado no Brasil	8	9	12,5%	>0.999
Conduta médica após aborto provocado	3	9	200%	0.019
Direito ao acompanhante durante o parto	10	10	0%	>0.999
Necessidade de consentimento dos procedimentos eletivos	9	10	11,1%	>0.099
Episiotomia não consentida e sem critérios	4	7	75%	0.369
Manobra de Kristeller	6	9	50%	0.303
Mandar calar-se em algum momento da gestação ou no parto	9	9	0%	>0.999
Negar informações à parturiente	9	9	0%	>0.999

Fonte: os Autores.

O parto é uma experiência singular e poucas outras experiências humanas são comparáveis com a parturição e o nascimento. Entender, portanto, as peculiaridades do parto e do nascimento permite a adoção de condutas cautelosas e éticas. A progressão do conhecimento em relação aos exemplos de violência obstétrica demonstra que as gestantes possuíam conhecimentos prévios sobre temas já debatidos publicamente, como a negação a informações e o autoritarismo pela equipe médica, embora outros temas menos conhecidos e ainda frequentes não fossem totalmente conhecidos, como a episiotomia sem critérios técnicos e a manobra de Kristeller. Ainda que as mulheres reconheçam o momento abusivo como errado e nocivo, nem sempre o conceito é por elas conhecida ou identificado como violência obstétrica. Essa característica pode ser notada tanto pelos resultados dos testes pré e pós-intervenção. Os resultados apontam a intervenção como necessária e efetiva, na medida em que evita a desinformação e diminui a iniquidade social observada entre as participantes.

Argentina e Venezuela foram os primeiros países da América Latina a desenvolverem cláusulas legais e específicas para o combate da violência obstétrica como violência de gênero (WILLIAMS et al., 2018). No Brasil, os esforços no combate ao desrespeito e ao abuso contra a gestante ou a puérpera pautam-se em diretrizes e orientações do Ministério da Saúde, sem caráter punitivo a nível federal (BRASIL, 2017).

Em relação ao acompanhante, a OMS recomenda a presença de um acompanhante escolhido pela mulher no parto e nos dias consecutivos a ele (OMS, 2018). No Brasil, a possibilidade do acompanhante é uma realidade legal desde 2005. A lei 11.108 torna obrigatória a permissão junto à parturiente de um acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, parto cesariano e pós-parto imediato, devendo ser o indivíduo indicado pela parturiente (BRASIL, 2005). Além do dispositivo legal, a Lei do acompanhante é reafirmada em documentos do Ministério da Saúde brasileiro, como a Rede Cegonha e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2011; 2017). O resultado do número de acertos em relação ao direito ao acompanhante evidencia que a temática já é conhecida pelas gestantes.

5 CONCLUSÕES

A violência obstétrica ainda é uma realidade prevalente nas maternidades brasileiras. Para além de processos disruptores de uma relação médico-paciente, deve, portanto, ser encarada como violência de gênero, na medida em que há características específicas de opressão e controle. Com relação ao primeiro objetivo do presente estudo, nota-se que as gestantes apresentam algum conhecimento prévio sobre a violência obstétrica, ainda que nem sempre reconheçam os atos como um ato de violência específico. Ademais, em referência ao segundo objetivo do presente estudo, observa-se que as gestantes tiveram seu repertório ampliado a partir do contato com o Projeto Semente das Águas, evidenciando a efetividade das ações em fomentar o empoderamento da parturiente a partir do conhecimento.

A jornada até a mitigação dessa realidade é árdua e deve passar por processos diversos, perfazendo desde os aspectos jurídicos até a formação dos novos profissionais de saúde. É urgente, dessa forma, que a questão seja amplamente discutida a fim de acelerar a mudança dessa realidade.

6 AGRADECIMENTOS

Esse trabalho recebeu apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), mantido pelo Conselho Nacional Científico e Tecnológico (CNPq) e da Universidade Federal do Cariri (UFCA), através da Pró-reitoria de Pesquisa e Inovação (PRPI).

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BRANDIT, Gabriela Pinheiro; SOUZA, Silvia Jaqueline Pereira de; MIGOTO, Michelle Thais; WEIGERT, Simone Planca. Violência Obstétrica: A verdadeira dor do Parto. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, p. 19-37, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm]. Acesso em 03 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011e. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva. Humanização do parto: humanização no parto e pré-natal. Brasília, 2002.

MARTINS, Fabiana Lopes et al. Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 11, p. 413-423, 2019.

OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014. 4p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 03 fev 2021.

OMS. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: World Health Organization, 2018. 200 p. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 03 fev 2021

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violencia obstétrica no Brasil. **Cad. Pagu**, Campinas , n. 49, e174907, 2017. Epub Dec 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>.

SADLER, Michelle et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive health matters**, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. UMA DOR ALÉM DO PARTO: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM FOCO. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v. 2, n. 1, p.128-147, 11 maio 2019.

SCHMIDT, Sérgio Renato Guimarães; SCHMIDT, André Prato; SCHMIDT, Adriana Prato. 19-Anestesia e analgesia de parto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 169-171, 2009.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Orgs.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013, 504p.

WILLIAMS, Caitlin R. et al. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 29, e155043, 2017. Epub 10-Jul-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>