

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA**

ANA PAULA PASSOS FERNANDES

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DO GRAU DE
CONHECIMENTO DAS GESTANTES E SUA
CORRELAÇÃO COM VARIÁVEIS SÓCIO
DEMOGRÁFICAS**

Uberlândia - MG

2019

ANA PAULA PASSOS FERNANDES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DO GRAU DE
CONHECIMENTO DAS GESTANTES E SUA CORRELAÇÃO COM
VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

Trabalho de conclusão apresentado ao
curso de graduação em Fisioterapia da
Universidade Federal de Uberlândia
como requisito de obtenção de título
em bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof.^a. Dr.^a. Vanessa S.
Pereira Baldon

Uberlândia - MG

2019

Agradecimentos

À Leivani, minha mãe, que sempre me incentivou a ir atrás dos meus estudos e conquistar uma vida profissional que amo e da forma que sonhamos juntas, por ter lutado, apoiado e me dado forças para alcançar tudo até hoje.

Ao meu pai, Leandro, que me auxiliou nas pesquisas sobre as leis e o tema, para melhor entendimento do assunto e desenvolvimento do trabalho, incentivando minha formação.

Ao meu irmão, Marcos Paulo, por toda paciência e auxílio no dia a dia.

A minha professora e orientadora, Vanessa, que tem me auxiliado desde o início quando tivemos uma idéia que se transformou nessa pesquisa, se dispôs a realizarmos passo a passo, na construção, até finalizar com êxito, sempre com paciência e compreensão.

*“Não sei... se a vida é curta
ou longa demais para nós,
mas, sei que nada
do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.”*

- Cora Coralina.

SUMÁRIO

Capítulo 1 - RESUMO	5
Capítulo 2 - INTRODUÇÃO	6
Capítulo 3 - MATERIAIS E MÉTODOS	9
Capítulo 4 - RESULTADOS.....	11
Capítulo 5 - DISCUSSÃO.....	18
Capítulo 6 - CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
APÊNDICE A - Questionário Proposto pela Equipe Executora	26

Capítulo 1 - RESUMO

Introdução: Até meados do século XX, o parto foi protagonizado em sua maioria por mulheres. Com a inserção da equipe médica, as intervenções utilizadas inicialmente como formas de facilitar, ajudar e acelerar o processo durante o trabalho de parto evoluíram para a realização cirúrgica, designada cesárea. Como consequência, surgiram procedimentos invasivos e muitas vezes desnecessários, porém com a falta de conhecimento e especificidade do tipo de violência, muitas vezes é vedado pela equipe médica. A partir de vários movimentos surgiu o termo Violência Obstétrica que pode ser expresso por diversos fatores, tendo como gerais o tratamento desumanizado e a perda da autonomia feminina. Objetivo: Avaliar o conhecimento a respeito da violência obstétrica e sua relação com variáveis sociodemográficas em gestantes brasileiras. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, transversal, de caráter quantitativo, baseada na aplicação de um questionário *online* sobre o tema com mulheres gestantes, com idade acima dos 18 anos. O questionário proposto é composto por 23 questões, duas de preenchimento numérico e o restante de múltipla escolha elaborado com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento das gestantes. Resultados: Um total de 285 mulheres foram incluídas. Observou-se que a maior parte das gestantes tem conhecimento a respeito do direito do acompanhante (76,2%) e da não necessidade da episiotomia de rotina (95,4%). Sobre o termo violência obstétrica, 65,9% das mulheres entende o que é, enquanto 34,1% não entendem bem ou não ouviram falar. Observou-se um maior conhecimento sobre práticas inadequadas e sobre a violência obstétrica em mulheres com preferência pelo parto vaginal e de renda maior renda. Conclusão: Diante dos resultados encontrados, conclui-se que a maior parte das mulheres tem conhecimento a respeito da violência obstétrica e de práticas inadequadas em obstetrícia. Gestantes com renda inferior e preferência pela cesariana tem menor conhecimento a respeito de técnicas inadequadas e violência obstétrica.

Palavras-chave: Parto Vaginal, Episiotomia, Violência contra a mulher, Parto abdominal cesariana.

Capítulo 2 - INTRODUÇÃO

No Brasil, após a Segunda Guerra Mundial o parto foi aos poucos, sendo retirado do ambiente familiar para o hospitalar. Segundo TANAKA (1995), o parto no Brasil foi institucionalizado progressivamente após a Segunda Guerra Mundial, período no qual normas e rotinas passaram a ser ditadas para o tratamento e comportamento da mulher. A incorporação à medicina de novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia diminuíram, de forma significativa, os riscos hospitalares e ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando no aumento progressivo de operações cesarianas.

Inicialmente o foco era na assistência ao parto, mas aos poucos foi ampliada através de programas como pré-natal para reduzir as taxas de mortalidade infantil, com isso o cenário mudou, houve crescimento do número de nascidos prematuros e de cesáreas realizadas. Há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o que pode estar relacionado com os altos índices de cesáreas eletivas agendadas (LEAL et al, 2004; BARROS et al 2006; MARCH OF DIMES et al, 2012).

Dando continuidade a este cenário, o Brasil alcançou altos índices de cesáreas eletivas, muitas delas consideradas desnecessárias, baseando-se Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda que fique entre 10 a 15%, houve necessidade da intervenção do Ministério da Saúde. O Brasil vive uma epidemia de cesáreas. Essas cirurgias se tornaram ao longo dos anos a principal via de nascimento no país, chegando a 55% dos partos realizados no Brasil e em alarmantes 84,6% nos serviços privados de saúde. No sistema público, a taxa é de 40%, consideravelmente menor, mas ainda elevada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Com o crescimento dos partos realizados em ambientes hospitalares, o aumento de cirurgias e intervenções desnecessárias cresceram

concomitantemente, trazendo relatos de mulheres que sofreram algum tipo de violência durante a gestação, parto ou pós-parto. No Brasil, antes de haver a denominação Violência Obstétrica, o termo utilizado era Violência Institucional, que englobava outras prestações de serviço. A Violência Institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário, serviços socioassistenciais, entre outros. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos. (MARTINEZ, 2008, p.3).

A Venezuela, foi o primeiro país da América Latina a utilizar o tema a Violência Obstétrica em 2007, tornando-o lei, baseado nas reivindicações feitas por movimento feministas e o reconhecimento do cenário social, político e público. A lei intitulada “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, que defende os direitos das mulheres e estabelece 19 formas de violência dentro das quais se encontra a violência obstétrica. As intervenções realizadas por profissionais de saúde que são consideradas violência obstétrica dentro desta lei são: (a) não atender às emergências obstétricas; (b) obrigar a mulher a parir em posição de litotomia; (c) impedir o apego inicial da criança sem causa médica justificada; (d) alterar o processo natural do parto através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe; (e) praticar o parto por via cesárea quando há condições para o parto natural (VENEZUELA, 2007).

No Brasil, a partir da denominação Violência Institucional, alguns movimentos descentralizados de mães, trabalhadores da área da saúde e feministas, começaram a questionar a possibilidade de nomear especificamente a violência sofrida por gestantes no ambiente hospitalar, garantindo maior visibilidade com objetivo de ganhar força em diversos estados brasileiros, levantando questões sobre a assistência e a forma que era utilizada, baseando nas leis já existentes, adequando de forma específica a área obstétrica no nosso país, criando assim nossas leis específicas sobre Violência Obstétrica, (SENA LM, TESSER CD et al., 2017)

O conceito internacional de Violência Obstétrica define qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013). A pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, mostrou que uma em cada quatro mulheres (25%) sofreram algum tipo de violência durante o parto, parto e/ou puerpério. As mais comuns, segundo o estudo, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

Diante da realidade obstétrica brasileira, torna-se importante analisar o grau de conhecimento das gestantes a respeito de questões relacionadas à violência obstétrica. Com a análise dessas variáveis e sua correlação com variáveis sócio demográficas é possível promover alterações na abordagem da gestante desde o pré-natal para que esta possa estar segura no momento do parto e este finaliza-se de forma satisfatória. Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento a respeito da violência obstétrica e sua relação com variáveis sociodemográficas em gestantes brasileiras.

Capítulo 3 - MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa de natureza exploratória, transversal, de caráter quantitativo, baseada na aplicação de um questionário *online* sobre o tema. Foram considerados como critério de inclusão mulheres gestantes, com idade acima dos 18 anos. Foram considerados critérios de exclusão mulheres gestantes com gestação gemelar. O tamanho amostral foi calculado baseado na fórmula de Freeman. Segundo um alfa de 0,05 e considerando o caso de variância máxima ($p=0,50 = 50\%$). Dessa forma, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 100 respostas para a estimativa de uma proporção dentro do intervalo de ± 5 pontos percentuais.

A pesquisa foi divulgada em diversos ambientes virtuais com a disponibilização do link para acesso ao questionário. A divulgação da pesquisa foi realizada em grupos de redes sociais que abordam os assuntos relacionados à gestação. A gestante interessada que clicou sobre o link foi encaminhada para a página inicial do questionário. A página inicial continha informações sobre a pesquisa e critérios de inclusão. Todas as participantes deveriam assinalar a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar o preenchimento do questionário. A participante tinha o tempo que achar necessário para decidir sobre a sua participação e a primeira questão do questionário só era disponível após o consentimento. Esse projeto foi conduzido de acordo com a determinação do parecer 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O questionário proposto é composto por 23 questões, duas de preenchimento numérico e o restante de múltipla escolha elaborado com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento das gestantes a respeito da fisiologia do parto vaginal, seus direitos nesse momento e também sobre a atuação da Fisioterapia no período gestacional e parto. Este foi baseado nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal – Versão Resumida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Esta diretriz clínica foi baseada em

evidências científicas para fornecer uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais da área da saúde. As questões a respeito da atuação do fisioterapeuta na gestação e preparação para o parto foram baseadas em meta-análises que verificaram os efeitos de técnicas para preparação perineal para o parto (BECKMANN & STOCK, 2013; BRITO ET AL, 2015; DU ET AL, 2015). As questões 1 a 7 foram formuladas para coleta dos dados sócio demográficos das participantes.

Após o término do questionário a gestante visualizava uma página de agradecimento pela participação e foi questionado se ela gostaria de receber por e-mail uma cartilha informativa a respeito da fisiologia do trabalho de parto, das medidas não-farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto, dos direitos da gestante no momento do parto e da atuação fisioterapêutica na preparação física da mulher para o trabalho de parto. As gestantes que se interessavam, disponibilizaram seu endereço de e-mail para o envio.

Os dados do questionário *online* foram transferidos automaticamente para uma planilha do programa *Microsoft Excel*[®]. Os dados foram analisados em valores absolutos e porcentagem e estratificados de acordo com a preferência de parto, a renda familiar e a escolaridade declaradas. Os dados foram apresentados em valores absolutos e porcentagem.

Capítulo 4 - RESULTADOS

Responderam ao questionário 326 mulheres. Destas, 41 foram excluídas por serem puérperas e não gestantes. Assim, foram analisadas as respostas de 285 gestantes, com idade [média (desvio padrão)] de 29,7 (5,4) anos, semanas gestacionais de 25,8 (10,5) semanas e paridade de 1,7 (0,8) filhos. Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados demográficos das gestantes incluídas.

Variáveis		
Idade	<= 30 anos	146 (51,2%)
	>30 anos	139 (48,8%)
Semanas gestacionais	<=20 SG	95 (33,3%)
	>20 SG	190 (66,7%)
Estado civil	Solteira	42 (14,7%)
	Casada	240 (84,2%)
	Divorciada	3 (1,05%)
	Viúva	0
Escolaridade	Fundamental	2 (0,7%)
	incompleto	3 (1,05%)
	Fundamental completo	11 (3,85%)
	Médio incompleto	33 (11,6%)
	Médio completo	51 (17,9%)
	Superior incompleto	185 (64,9%)
Renda	Superior completo	
	Até 1000 reais	12 (4,2%)
	Entre 1000 e 2000 reais	44 (15,4%)
	Entre 2000 e 5000 reais	96 (33,7%)

Entre 5000 e 10000	64 (22,5%)
reais	69 (24,2%)
Acima de 10000 reais	

Do total de gestantes (n=285) que responderam, 28,4% estão realizando o acompanhamento pelo SUS, 53,3% em rede particular por convênio e 18,4% através de médico particular. Ao analisarmos a opção de parto, notamos uma adesão maior ao parto vaginal (77,9%) em comparação a cesariana (22,1%) como apresentado da tabela 2.

Tabela 2. Preferência de parto e modelo de assistência.

Variáveis		
Preferência de parto	Cesárea	63 (22,1%)
	Vaginal	222 (77,9%)
Acompanhamento pré-natal	Rede pública (SUS)	81 (28,4%)
	Rede particular (convênio)	152 (53,3%)
	Rede particular (médico particular)	52 (18,4%)

Na tabela 3 observa-se os resultados relacionados às questões tratam sobre alguns procedimentos e direitos na hora do parto. Sobre a realização da tricotomia 59,3% das gestantes acreditam que deve ser realizada. A maior parte das gestantes tem conhecimento a respeito do direito do acompanhante (76,2%) e da não necessidade da episiotomia de rotina (95,4%). Sobre o termo violência obstétrica, 65,9% das mulheres entende o que é, enquanto 34,1% não entendem bem ou não ouviram falar.

Tabela 3. Conhecimento sobre direitos e procedimentos na hora do parto (n=285).

Variáveis		
Tricotomia deve ser realizada	Sim	169 (59,3%)
	Não	116 (40,7%)
Conhecimento sobre a Escolha do acompanhante	Sim	217 (76,2%)
	Não	68 (23,8%)
Episiotomia deve ser realizada	Sim	13 (4,6%)
	Não	272 (95,4%)
Já ouviu falar de Violência Obstétrica	Sim, mas não entendo muito bem	69 (24,2%)
	Sim, e entendo o que é	187 (65,6%)
	Não, e não sei o que é	26 (9,1%)
	Não, mas já ouvi falar	3 (1,1%)

Quando os dados são estratificados pela escolha do tipo de parto observa-se entre as aquelas que declararam preferência pelo parto cesárea uma maior porcentagem de mulheres que acreditam que a tricotomia (87,3%) e a episiotomia (12,7%) devem ser realizadas quando comparado com desejo pelo parto vaginal (Tabela 4). Já entre aquelas que declararam intenção pelo parto vaginal existe um maior entendimento sobre a violência obstétrica (71,6%).

Tabela 4. Conhecimento de direitos e procedimentos baseado na escolha do tipo de parto.

Variáveis		Cesárea	Parto Vaginal
Tricotomia deve ser realizada	Sim	55 (87,3%)	114 (51,4%)
	Não	8 (12,7%)	108 (48,6%)

Conhecimento sobre a Escolha do acompanhante	Sim	50 (79,4%)	167 (75,2%)
	Não	13 (20,6%)	55 (24,8%)
Episiotomia deve ser realizada	Sim	8 (12,7%)	5 (2,3%)
	Não	55 (87,3%)	217 (97,7%)
Já ouviu falar de Violência Obstétrica	Sim, mas não entendo muito	25 (39,7%)	44 (19,8%)
	bem	28 (44,4%)	159 (71,6%)
	Sim, e entendo o que é	8 (12,7%)	18 (8,1%)
	Não, e não sei o que é	2 (3,2%)	1 (0,5%)
	Não, mas já ouvi falar		

Na tabela 5 observa-se, a partir da estratificação realizada pelo grau de instrução, que existe uma tendência de desconhecimento a respeito da tricotomia em graus de instrução mais baixo. O mesmo não aconteceu quanto a questão do acompanhante e da episiotomia.

Tabela 5. Conhecimento de direitos e procedimentos relacionados com o grau de escolaridade.

Variáveis		Sim	Não
Tricotomia deve ser realizada	Fundamental	3 (100%)	0
	incompleto	1 (50%)	1 (50%)
	Fundamental completo	26 (78,8%)	7 (21,2%)
	Médio incompleto	8 (72,7%)	3 (27,3%)
	Médio completo	96 (51,9%)	89 (48,1%)
	Superior incompleto	35 (68,6%)	16 (31,3%)
	Superior completo		

Conhecimento sobre a Escolha do acompanhante	Fundamental	1 (33,3%)	2 (66,7%)
	incompleto	2 (100%)	0
	Fundamental completo	20 (60,6%)	13 (39,4%)
	Médio incompleto	8 (72,7%)	3 (27,3%)
	Médio completo	153 (82,7%)	32 (17,3%)
	Superior incompleto	33 (64,7%)	18 (35,3%)
Episiotomia deve ser realizada	Superior completo		
	Fundamental	0	3 (100%)
	incompleto	0	2 (100%)
	Fundamental completo	5 (15,1%)	28 (84,8%)
	Médio incompleto	0	11 (100%)
	Médio completo	5 (3,7%)	180 (97,3%)
	Superior incompleto	3 (5,9%)	48 (94,1%)
	Superior completo		

Quando os dados foram estratificados pela renda declarada, observou-se, em todos os níveis, que mais da metade das gestantes acreditam que a tricotomia deve ser realizada, assim como todos os níveis de escolaridade essa opinião segue em maioria. Sobre a escolha do acompanhante, o conhecimento é maior em todos os níveis de renda, ressaltando a maioria com salário entre 2 a 5 mil reais. Além disso, o conhecimento sobre a não realização da episiotomia atinge a maioria das gestantes, sendo esse conhecimento maior novamente em quem possui renda de 2 a 5 mil reais (Tabela 6)

Tabela 6. Conhecimento de direitos e procedimentos relacionados com a renda familiar.

Variáveis		Sim	Não
Tricotomia deve ser realizada	Até 1000 reais	7 (58,3%)	5 (41,7%)
	Entre 1000 e 2000	32 (72,7%)	12 (27,3%)
	reais	60 (62,5%)	36 (37,5%)

	Entre 2000 e 5000 reais	33 (51,6%) 37 (53,6%)	31 (48,4%) 32 (46,4%)
	Entre 5000 e 10000 reais		
	Acima de 10000 reais		
Conhecimento sobre a Escolha do acompanhante	Até 1000 reais	6 (50%)	6 (50%)
	Entre 1000 e 2000 reais	27 (61,4%) 73 (76%)	17 (38,6%) 23 (24%)
	Entre 2000 e 5000 reais	56 (87,5%) 55 (79,7%)	8 (12,5%) 14 (20,3%)
	Entre 5000 e 10000 reais		
	Acima de 10000 reais		
Episiotomia deve ser realizada	Até 1000 reais	1 (8,3%)	11 (91,7%)
	Entre 1000 e 2000 reais	4 (9,1%) 2 (2,1%)	40 (90,9%) 94 (97,9%)
	Entre 2000 e 5000 reais	6 (9,4%) 0	58 (90,6%) 69 (100%)
	Entre 5000 e 10000 reais		
	Acima de 10000 reais		

Quando a pergunta a respeito do conhecimento sobre o termo violência obstétrica foi estratificado por escolaridade e renda observou-se uma tendência ao crescimento do conhecimento a respeito com o aumento da renda familiar declarada (Tabela 7).

Tabela 7. Respostas da pergunta sobre o conhecimento a respeito da violência obstétrica estratificada pela escolaridade e pela renda familiar

	Sim, mas não entendo	Sim, e entendo	Não, e não sei o que é	Não, mas já ouvi
Fundamental incompleto	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	0
Fundamental completo	1 (50%)	1 (50%)	0	0
Médio incompleto	13 (39,3%)	13 (39,4%)	4 (12,1%)	3 (9,0%)
Médio completo	4 (36,3%)	5 (45,4%)	2 (18,1%)	0
Superior incompleto	35 (18,9%)	136 (73,5%)	14 (7,5%)	0
Superior completo	15 (29,4%)	30 (58,8%)	6 (11,7%)	0
Até 1000 reais	6 (50%)	5 (41,7%)	0	1 (8,3%)
Entre 1000 e 2000 reais	11 (25%)	23 (52,3%)	8 (18,2%)	2 (4,5%)
Entre 2000 e 5000 reais	27 (28,1%)	60 (62,5%)	9 (9,3%)	0
Entre 5000 e 10000 reais	15 (23,4%)	46 (71,9%)	3 (4,7%)	0
Acima de 10000 reais	10 (14,5%)	53 (76,8%)	6 (8,7%)	0

Capítulo 5 - DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, observa-se que o conhecimento a respeito dos direitos das gestantes, práticas consideradas inadequadas e/ou violentas durante o parto, ainda não alcançam toda a população, isso se dá independente de renda ou nível educacional. Apesar da alta porcentagem encontrada de mulheres que tem conhecimento a respeito do direito ao acompanhante durante o parto e da não necessidade da episiotomia de rotina, mais da metade das mulheres participantes acreditam que a tricotomia deve ser realizada e 34,1% delas não entendem bem ou nunca ouviram falar de violência obstétrica.

A falta de conhecimento pode levar ao medo do trabalho de parto e parto, afastando a mulher do parto vaginal. Segundo DOMINGUES et al., (2014), o medo do parto vaginal foi o fator mais citado, sobretudo entre as primíparas, sendo uma razão muito referida pelas mulheres para preferir uma cesariana, não só no Brasil. Esse medo está relacionado principalmente a uma cultura que se espalhou por décadas e ainda possui grande peso na atual geração, trazida pelo número exorbitante de relatos de violência obstétrica sofridos sem mesmo terem o conhecimento de que é considerado crime, pela falta de estrutura e despreparo que as mulheres e os profissionais tinham em relação ao parto vaginal e ao preparo dele.

Ainda segundo DOMINGUES et al., (2014) experiências anteriores negativas com o parto vaginal entre mulheres multíparas foram citadas e têm sido apontadas como fator fortemente associado à demanda por cesariana. Foi observado também que menos de 5% das mulheres utilizaram práticas benéficas recomendadas pela OMS, indicando a necessidade de mudança na assistência realizada. Também citado como grande motivo de realização de cesárea foi a necessidade das mulheres da realização de laqueadura tubária, sendo então proposta pelos médicos para facilitar se unida a cesárea, realizando dois procedimentos em uma cirurgia.

Quando estratificado pela preferência de parto observou-se que, quando comparado às mulheres com preferência pelo parto vaginal, uma maior porcentagem de mulheres com preferência pela cesariana acreditam que a tricotomia e a episiotomia devem ser realizadas e conhecem menos sobre violência obstétrica. Segundo LEAL *et al*, em 2011, a episiotomia foi observada em mais de 50% das mulheres deste estudo e em quase 75% das primíparas. A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado. Contudo, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (LEAL *et al.*, 2014).

A partir dos estudos realizados, a tentativa da OMS de reduzir a quantidade de episiotomias tem sido cada vez maior, com porcentagem ideal proposto de no máximo 30%. Porém, algumas mulheres ainda acreditam que trata-se de uma rotina ou que é necessária a realização desse procedimento no momento em que o parto está ocorrendo, por achar que não há espaço suficiente para saída do bebê, sem ter conhecimento dos riscos, facilitando assim que a episiotomia continue sendo utilizada sem o menor pudor em partos que possivelmente não seria necessária. Baseado no questionário realizado, em sua maioria, 97,7% das mulheres colocaram a opção de que não é necessário a realização do procedimento. No entanto, o que vemos na realidade é uma imposição da vontade da equipe no momento do parto, indicando claramente um caso de violência obstétrica, onde a mulher se encontra em estado de fragilidade buscando o melhor ao seu bebê.

Outro fator que podemos observar a mesma realidade é sobre a presença do acompanhante que é garantida por lei e se não realizada é

considerado crime. No questionário 75,2% das mulheres mostraram conhecimento sobre o direito durante o pré parto, parto e pós parto. De acordo com SENA & TESSER *et al.* (2017) quase 50% das mulheres não puderam ter acompanhante. Esse cenário tem sido diferente de acordo com cada hospital, alguns utilizam como forma de justificativa, o fato de haver outras mulheres no local, tornando inconveniente a presença do companheiro, ou até a falta de espaço para uma pessoa acompanhar, fazendo com que muitas mulheres desistam do seu direito e fiquem sozinhas, somente com a equipe.

A violência obstétrica é um termo considerado novo, quando se trata da especificidade do mesmo, onde é limitada informação, sendo mais conhecida por mães e profissionais que buscam pelo tema, ainda não havendo uma divulgação ampla por meios comuns que atingem todos os públicos. Observou-se que apenas 65% das mulheres tem conhecimento a respeito da violência obstétrica e que a informação parece não ter relação com a escolaridade e sim com a renda.

Há uma tendência crescente de maior entendimento do conceito de violência obstétrica a medida que aumenta a renda, pois é reconhecida por mulheres que buscam realizar um parto vaginal e particular, com uma equipe especializada e à disposição somente da mesma. Essas equipes muitas vezes essas equipes especializadas orientam a parturiente a buscar informações para realizar seu plano de parto de acordo com o que desejaria no momento, que costuma ser realizado por Doula, Fisioterapeuta, Enfermeiro e Médico particular. Realizar esse tipo de parto particular não é muito acessível financeiramente, justificando assim o fato do conhecimento ser maior em mulheres que tem uma renda proporcionalmente maior, ao invés de quem tem níveis de escolaridade maiores.

Com o crescimento e conhecimento do tema Violência Obstétrica, várias denúncias começaram a tomar força, gestantes passaram a buscar mais sobre o assunto fazendo com que tomasse grande proporção, principalmente pela facilidade de comunicação cibernética nos dias atuais, diante disso ocorreu uma declaração do Ministério da Saúde com o intuito de extinguir o uso do

termo. De acordo com Ofício nº 017/19 - publicado em 3 de maio de 2019, a definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério. Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano. Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada.

Com a presente nota, houve vários artigos se opondo, pois, foi exatamente baseado em vários relatos e denúncias que o termo foi criado e sancionado em diversos países, buscando a melhora do cenário das maternidades. Vários projetos e redes pró mulheres e gestantes fizeram declarações se opondo a retirada do termo, uma delas foi realizada pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa, causando grande impacto pela luta do uso do termo, comparando por exemplo ao fato de hoje termos conquistado a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) e a lei que tipifica os feminicídios (Lei nº 13.104/2015), que apesar de enquadrarem a outras leis de agressão, é específica a mulher tomando uma força maior ao ser questionada.

O Fisioterapeuta tem um grande papel de preparação da mulher durante a sua gestação, participando semanalmente desse processo, trabalhando vários fatores físicos. Além do preparo físico, o fisioterapeuta tem um papel importante no fornecimento de informação sobre seus direitos com a intenção

de que haja um entendimento e a mesma não venha sofrer qualquer tipo de violência obstétrica ou tenha algum direito vedado sem seu consentimento, podendo assim decidir como será seu plano de parto juntamente com a opinião dos demais profissionais preparados.

Os resultados demonstram o quanto o fornecimento de informações sobre violência obstétrica é importante e o fisioterapeuta, como membro da equipe de saúde que tem proximidade com a gestante, pode auxiliar na disseminação dessa informação. Pelos nossos resultados é importante que o fisioterapeuta quando possível foque nas gestantes de baixa renda que pelo menor conhecimento estão mais susceptíveis a sofrer a violência.

Capítulo 6 - CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que parte das mulheres tem conhecimento a respeito da violência obstétrica e de práticas inadequadas em obstetrícia. Gestantes com renda inferior tem menor conhecimento a respeito da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

1- (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Ministério da saúde. Exposição apoiada pelo Ministério da Saúde mostra importância do parto normal. 2015 [internet]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/sas/20705-exposicao-apoiada-pelo-ministerio-da-saude-mostra-importancia-do-parto-normal>.

2- (SENA LM, *et al.*, 2017)

SENA LM, TESSER CD *et al.* Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Revista Interface, COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO** 2017; vol. 21, p. 209 - 219, 2017.

3- (Zanardo, G. L. P, *et al.*, 2017)

Zanardo, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Revista Psicologia & Sociedade, 29**, 2017.

4- (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Dossiê elaborado pela **Rede Parto do Princípio** - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica “Parirás com dor”, 2012.

5- (SOUZA, LMS - JUSBRASIL, 2017)

Violência Obstétrica Noções gerais de Violência Obstétrica [internet]. Disponível em: <https://lennonmarcus.jusbrasil.com.br/artigos/566660785/violencia-obstetrica>

6 - (SILVA, DM, *et al.*, 2017)

Silva, DM e Serra, MCM. Violência Obstétrica: Uma Análise sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais** v. 3 | n. 2 | p. 42 - 65 | Jul/Dez. 2017.

7- (ALVES, LM *et al.*, 2018)

Alves LM, Siqueira FPC e Mazzetto FMC. Violência obstétrica: investigação da prevalência de práticas parturitivas. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2018. Vol. Sup. 14, S1698-S1708.

8- (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Ministério da Saúde. Campanha reforça alerta sobre cesáreas desnecessárias, 2015 [internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/21355-campanha-reforca-a-lerta-sobre-cesareas-desnecessarias> .

9- (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013)

Fundação Perseu Abramo. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou, 2013 [internet]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/> .

10- (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2017)

PL 4677 2017 - **PROJETO DE LEI**, 2017 [internet]. Disponível em: https://www.almg.gov.br/atividade_parlamentar/tramitacao_projetos/texto.html?a=2017&n=4677&t=PL.

11 - (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Ministério da Saúde. DAPES/SAS/MS, DESPACHO Ofício nº 017/19 – JUR/SEC - Brasília, 03 de maio de 2019 [internet]. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>

12 - (TORRES JA *et al.*, 2014)

TORRES JA *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S220-S231, 2014.

13- (LEAL, MC *et al.*, 2014)

LEAL, MC *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014.

14- (DOMINGUES, RMSM *et al.*, 2014)

Domingues RMSM *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014.

15 - (VIELLAS, EF *et al.*, 2014)

Viellas EF *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014.

Apêndice A - Questionário Proposto pela Equipe Executora

- 1) Quantos anos você tem? _____ anos
- 2) Com quantas semanas gestacionais você se encontra? _____ semanas gestacionais
- 3) Quantas gestações você já teve (incluindo a gestação atual)?
 - a) Estou grávida do meu primeiro filho
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5
 - f) 6 ou mais
- 4) Qual o seu estado civil?
 - a) Solteira
 - b) Casada (união estável)
 - c) Divorciada
 - d) Viúva
- 5) Qual o seu nível de escolaridade?
 - a) Fundamental completo
 - b) Fundamental incompleto
 - c) Médio completo
 - d) Médio incompleto
 - e) Superior completo
 - f) Superior incompleto
- 6) Qual a média da renda mensal da sua família?
 - a) Até 1000 reais
 - b) Entre 1000 e 2000 reais
 - c) Entre 2000 e 5000 reais
 - d) Entre 5000 e 10000 reais
 - e) Acima de 10000 reais
- 7) Onde você está realizando as consultas pré-natais (acompanhamento da gestação)?
 - a) Rede pública (SUS)
 - b) Rede particular (convênio)
 - c) Rede particular (médico particular)

- 8) Qual a sua preferência para o parto?
- a) Cesariana
 - b) Normal (vaginal)
- 9) Por qual motivo você escolheu esse tipo de parto?
- a) Por ser indolor
 - b) Por poder marcar a data
 - c) Por ser prático
 - d) Pela escolha médica
 - e) Pela rápida recuperação
 - f) Por ser mais natural
 - e) Por poder ficar com o bebê logo após o parto
- 10) O que teve maior peso na sua escolha do tipo de parto que você terá?
- a) A sua própria opinião
 - b) A opinião do médico
 - c) A opinião de familiares
- 11) A respeito do parto normal, quando você acredita que uma mulher está entrando em trabalho de parto?
- a) Quando sente a primeira contração
 - b) Quando sente contrações ritmadas em um período de 1 hora
 - c) Quando sente contrações ritmadas em um período de mais que 1 hora
 - d) Quando a bolsa rompe (estoura)
 - e) Quando ocorre a eliminação do tampão mucoso
 - f) Quando tem dilatação maiores que 10 cm
- 12) O que você acha que é permitido a mulher fazer durante o trabalho de parto?
- a) Apenas repouso
 - b) Andar
 - c) Dançar
 - d) Movimentar o corpo como preferir
- 13) Tricotomia é a depilação dos pelos da região da vagina. Você concorda que deve ser feita?
- a) Sim
 - b) Não
- 14) Você sabe quais são os seus direitos quanto a escolha do acompanhante (pré, pós e durante o parto)?
- a) Sim
 - b) Não
- 15) A respeito do parto normal, qual posição você acha que a mulher deve permanecer para a saída do bebê?

- a) Ela deve ficar deitada com as pernas apoiadas na “peseira” (“perneira”)
- b) Ela deve ter livre escolha da posição em que se sentir mais confortável

16) Durante o trabalho de parto algumas técnicas podem ser aplicadas para o alívio de dor. Dentre as opções abaixo, marque as que forem de seu conhecimento.

- a) Massagens
- b) Banho morno (banheira, chuveiro)
- c) Acupuntura
- d) TENS (“choquinho”)
- e) Adoção de diferentes posturas
- f) Medicamentos

17) Episiotomia é o corte dado na região vaginal (“PIC”). Você acha que ele deve acontecer em todos os partos normais?

- a) Sim
- b) Não

18) Quais profissionais você acha que devem participar dos cuidados da mulher durante um parto normal?

- a) Médico
- b) Enfermeira Obstétrica
- c) Anestesista
- d) Doula
- e) Fisioterapeuta

19) Você sabia que o Fisioterapeuta pode auxiliar a mulher durante um trabalho de parto?

- a) Sim
- b) Não

20) Existe um grupo de musculatura na pelve chamada assoalho pélvico. Você já ouviu falar de intervenções da Fisioterapia para essa região?

- a) Sim
- b) Não

21) Você acha que o fortalecimento dessa musculatura ajudará durante o parto?

- a) Sim
- b) Não

22) São várias as técnicas que ajudam no fortalecimento e preparação para o parto. Marque as que você conhece.

- a) *Epi-No*

- b) Massagem perineal
- c) *Biofeedback*
- d) Cones vaginais
- e) Método Pilates

23) Você já ouviu falar em Violência Obstétrica?

- a) Sim, mas não entendo muito bem
- b) Sim, e entendo o que é
- c) Não, e não sei o que é
- d) Não, mas já ouvi falar