

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO: UM GRITO SILENCIOSO E SILENCIADO¹

Jaqueline Elaine Martins da Silva²

Hila Martins Campos Faria³

RESUMO:

A violência obstétrica é toda ação desnecessária dirigida à mulher com potencial de lhe causar danos, dor e sofrimento durante o pré-natal, parto, puerpério e em situação de aborto. Envolve a apropriação do corpo da mulher isentando seu protagonismo durante a assistência e contém um caráter psicológico, sexual e físico. Diante desse cenário de violência obstétrica, busca-se investigar acerca das experiências emocionais das mulheres decorrentes da violência sofrida durante o parto. Para isso, procura-se especificar as modalidades de parto; destacar a importância da humanização da assistência ao parto frente ao cenário da violência obstétrica; investigar a vivência do puerpério e as repercussões da violência obstétrica na saúde mental materna durante esse período, além de discutir medidas de prevenção e intervenções psicológicas que visam cuidar do impacto emocional derivado dessa violência. A metodologia utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa, foi uma revisão bibliográfica narrativa realizada a partir da análise de artigos e livros relacionados ao tema da violência obstétrica. Os resultados apontam para a presença de uma ambiguidade de sentimentos percebidos pela mulher parturiente o que dificulta a percepção da violência sofrida. Depressão pós-parto, alterações de humor e psicose puerperal estão entre os principais impactos encontrados. Como medidas de prevenção, destaca-se o cumprimento da Lei do acompanhante e a presença da doula. As intervenções psicológicas compreendem as avaliações no período perinatal seguidas de ações educativas individuais e familiares, através de trabalho multidisciplinar com incorporação das práticas de humanização, a fim de conferir proteção, autonomia e saúde mental à mulher parturiente.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Parto. Violência Obstétrica.

OBSTETRIC VIOLENCE IN CHILDBIRTH: A SILENT AND SILENCED CRY.

ABSTRACT:

Obstetric violence is any unnecessary action directed at a woman that has the potential to cause harm, pain, and suffering during prenatal care, childbirth, postpartum, and in cases of abortion. It involves the appropriation of a woman's body, exempting her role during the care process, and encompasses psychological, sexual, and physical

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 27/05/2023 e aprovado, após reformulações, em 28/06/2023.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA) E-mail: jaqueline-martins20111@hotmail.com.

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: hilafaria@uniacademia.edu.br.

aspects. Faced with this scenario of obstetric violence, the goal is to investigate the emotional experiences of women resulting from the violence endured during childbirth. To do so, it seeks to specify the modalities of childbirth, highlight the importance of humanizing childbirth care in the face of obstetric violence, investigate the experience of the postpartum period, and the repercussions of obstetric violence on maternal mental health during this period, as well as discuss prevention measures and psychological interventions aimed at addressing the emotional impact derived from this violence. The methodology used for the development of this research was a narrative literature review conducted through the analysis of articles and books related to the topic of obstetric violence. The results indicate the presence of an ambiguity of feelings perceived by the birthing woman, which hinders the recognition of the violence experienced. Postpartum depression, mood swings, and postpartum psychosis are among the main impacts identified. Preventive measures include the enforcement of the Accompaniment Law and the presence of a doula. Psychological interventions encompass evaluations during the perinatal period followed by individual and family educational actions, through multidisciplinary work incorporating humanization practices, in order to provide protection, autonomy, and mental health to the laboring Woman

Keywords: Women's health. Childbirth. Obstetric Violence.

1 INTRODUÇÃO

No imaginário das gestantes, o momento do parto apresenta-se cercado por muitas expectativas, afinal, traz em si uma nova vida. Tal realidade é acompanhada por sentimentos ambíguos durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto. Uma mistura do medo e do poder entranhadas nesse corpo de mulher (MALDONADO, 1984; DONELLI, LOPES, 2013; MATOS, MAGALHÃES, FÉRES - CARNEIRO, 2021; BRASIL, 2001).

Esta pesquisa enfatizará a violência obstétrica no parto, direcionando um olhar cuidadoso à mulher parturiente. Figura central desse cenário, ligada ao seu bebê e que por vezes é tratada com menosprezo pelo médico ou por outros membros da equipe de assistência ou da própria instituição que a recebe.

Segundo Maldonado (1984, p.14), até o século XVII, na assistência ao parto, “[...] presença da parteira, ajudava a criar um clima emocional favorável para a parturiente, além disso, a presença da mãe da parturiente era fundamental”. Importante lembrar que, concomitante a isso, entre os séculos XVI e XVII, surge a figura do cirurgião nessa assistência. Todavia, nesse período, a relação entre o

profissional médico e a parteira era baseada em parcerias e respeito. Tão logo ela precisasse esse médico se dispunha a ajudar.

A doula [mulher que serve], passou a ser “[...]reconhecida nos Estados Unidos em 1976, quando Dana Raphael descreveu a experiência de uma mulher que assistiu o trabalho de parto, o parto e a amamentação de outra mulher” (SILVA *et al*, 2012, p.2784). Acredita-se que a partir do ano de 2001, a presença da doula no processo de parto foi sendo incorporada aos poucos, junto a equipe de assistência aqui no Brasil. Sua presença é capaz de estimular a mulher parturiente e seu acompanhante, indicando contato físico, esclarecimento sobre o processo de parto e intervenções obstétricas (BRASIL, 2001). Essas “[...]formas de assistência seguem sendo construídas e negociadas, por vezes de maneira colaborativa, articulada e, por outras, por tensionamentos conflituosos” (SILVA, 2022, p. 34).

O conceito de violência como “[...]imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis[...]” é uma afirmação da Organização Mundial de Saúde (1996). Por conseguinte, “[...] a violência obstétrica destaca-se como um tipo específico de violência contra a mulher” (ZANARDO *et al*, 2017. p.4).

Tesser *et al* (2015, p. 2), escreveram que “[...] expressão violência obstétrica é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência durante o cuidado obstétrico profissional”. Nela se encontram maus tratos físicos, psicológicos e verbais, além dos procedimentos desnecessários como episiotomias⁴, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia⁵, ocitocina⁶ de rotina, excesso de cesarianas e ausência de acompanhante. Pereira *et al* (2016), focalizam ainda os xingamentos e comentários abusivos, agressão física, manobra de Kristeller⁷, tortura psicológica, discriminação racial e socioeconômica trazidos nos relatos de mulheres agredidas por profissionais de saúde.

Almeida e Ramos (2020, p.18), advertem sobre o caráter silencioso dessa violência:

⁴ “[...] incisão cirúrgica na região perineal da mulher [...]” (NASCIMENTO; SOUZA, 2022, p. 154).

⁵ Raspagem dos pelos ou cabelos de uma zona do corpo, geralmente antes de uma cirurgia ou intervenção semelhante [ex.: tricotomia perineal] (PRIBERAM DICIONÁRIO, 2022).

⁶ “[...] hormônio indicado em casos de partos que não seguem como o esperado[...]” (NASCIMENTO; SOUZA, 2022, p. 154).

⁷ “[...] procedimento por meio da qual é exercida pressão sobre a porção superior do útero[...]” (NASCIMENTO; SOUZA, 2022, p.154).

Algumas parturientes não dão conta da violência praticada contra ela ou preferem não contar que a sofreu por medo de sofrer abandono por parte do profissional em um momento de alta vulnerabilidade e não denunciam o tratamento inadequado e agressivo.

O complemento do título desse trabalho, **um grito silencioso e silenciado** diz sobre a urgência subjetiva na qual a mulher parturiente se encontra por ter sido impedida de expressar sua emoção de dor e vulnerabilidade. Na urgência subjetiva falta palavras para que o paciente expresse sua dor. De acordo com Moura (2000), a instituição hospitalar é o lugar onde o desamparo humano se faz presente de diversas formas e acarreta reações diversas como choro, grito e silêncio, especialmente ao experienciar situações limite.

Os estudos (DINIZ, *et al* 2015; KATZ, *et al* 2020; CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020), têm mostrado que a violência obstétrica é um problema antigo de saúde pública e que atualmente tem sido mais divulgado pelas mídias despertando o interesse nas pesquisas. No momento do parto, a mulher parturiente e seu bebê encontram-se em estado de vulnerabilidade e ao mesmo tempo de um importante passo de desenvolvimento de suas vidas. Nessa hora, a necessidade de acolhimento respeitoso, amparo físico e emocionais são indispensáveis. Deste modo, essa pesquisa busca investigar acerca das experiências emocionais das mulheres decorrentes da violência sofrida durante o parto. A violência obstétrica fere a dignidade humana e atenta contra a vida, de forma explícita ou silenciosa, realidade que justifica a compreensão das manifestações das emoções nas parturientes.

A partir disso, essa pesquisa busca especificar as várias modalidades de parto; destacar a importância da humanização da assistência ao parto frente ao cenário da violência obstétrica; investigar a vivência do puerpério e as repercussões da violência obstétrica na saúde mental materna durante esse período, além de discutir medidas de prevenção e intervenções psicológicas que visam cuidar do impacto emocional derivado dessa violência.

A metodologia para o desenvolvimento desse artigo foi uma revisão bibliográfica narrativa, realizada de setembro de 2022 a maio 2023. A plataforma digital utilizada para busca de artigos científicos foi Google Acadêmico, através dos descritores: “violência obstétrica” *and* “parto”, “vivência emocional” *and* “psicologia”,

“assistência humanizada” *and* “doula”, “tipos de parto”. Utilizou-se ainda livros com informações pertinentes sobre a temática e cartilha de órgão oficial. Espera-se que o desenvolvimento desse estudo promova a saúde da mulher e contribua para a eliminação desse tipo de violência.

2 ANÁLISE DO PROCESSO DE PARTO NO QUE TANGE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS DESDOBRAMENTOS

De acordo com Matos, Magalhães e Féres-Carneiro (2021, p. 2), o parto é um “[...] fenômeno complexo, com potencial para mobilizar sentimentos contraditórios como ansiedade, insegurança, medo, estresse, alegria, excitação e expectativa”. Donelli e Lopes (2013, p. 289), declaram que “[...] o parto é um evento potencialmente desorganizador, tanto para as parturientes que se encontram em estado de vulnerabilidade psíquica, como para quem o assiste”.

Segundo Maldonado (1984, p. 48-49), “[...] o parto é um momento crítico, imprevisível e desconhecido, é sentido como uma situação de passagem de um estágio a outro”. É um processo que envolve o organismo inteiro, sendo que com ele dá-se o primeiro passo da contínua simbiose-separação. História pessoal, contexto sociocultural, nível de informação a respeito do processo de parto, características da personalidade e níveis de simbolismo são fatores que influenciam em sua evolução. Contudo, é fundamental prezar pelo processo fisiológico no qual o parto está envolvido, isso requer acolhimento cuidadoso (PEREIRA *et al.*, 2016). Igualmente, o contexto assistencial, poderá ser considerado como fator positivo ou não no processo do parto. Entende-se como fator positivo, as práticas profissionais éticas e baseadas em evidências científicas, estrutura adequada para o atendimento à mulher e condição de trabalho dos profissionais com adequação dos recursos humanos a fim de possibilitar a capacitação profissional e relações horizontais. Não é fator positivo, quando nesse contexto se mantém uma estrutura problemática que contribui para uma atuação profissional inadequada (KATZ *et al* 2020; LEITE *et al*, 2022; ZANARDO *et al*, 2017).

Vendrusculo e Kruehl (2015), apontam os tipos de parto, vaginal e cesárea. Porém, uma publicação do Ministério da Saúde (2001), discorre sobre a assistência a

mulher em três tipos de parto: normal, fórceps e cesárea. Obviamente, o parto normal e fórceps acontece pela via vaginal, enquanto o parto cesáreo se faz a partir de “[...] um procedimento cirúrgico, que, quando bem indicado, tem papel fundamental na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna” (BRASIL, 2001, p. 87). Compete dizer que essa indicação deve compreender entre 15% e 20% da população e ter como objetivo minimizar agravos à mãe e ao feto. Dentro dessas circunstâncias, pode-se considerá-lo como um parto humanizado, enfatiza o Ministério da Saúde (2001). No entanto, dados da OPAS (2021), organização vinculada a OMS, mostram um crescimento mundial desse procedimento. Sendo que o Brasil está entre os países que mais fazem cesarianas no mundo (43%), excedendo a porcentagem indicada.

Sobre o parto vaginal, a revisão da literatura mostrou algumas possibilidades, como o parto preparado, que na maior parte das vezes utiliza-se o método psicofilático, com objetivo geral de permitir à parturiente participar com lucidez e cooperação da experiência do nascimento, utilizando de menor ou nenhuma analgesia e anestesia (MALDONADO, 1984). O parto Leboyer, onde o acolhimento do recém-nascido é priorizado, preconiza uma sala de parto com luz difusa, silêncio, música suave e contato corporal imediato entre mãe e bebê, corte do cordão umbilical somente quando para de pulsar, sendo que posteriormente o recém-nascido é colocado num banho de água morna. Trabalha-se com o mínimo de analgesia e anestesia, possibilitando um contato intenso e precoce entre mãe e recém-nascido (LEBOYER, 1974 apud MALDONADO, 1984). Mais adiante, foi ampliada a postura assistencial anterior, visualizando a integração do atendimento humanizado entre mãe e bebê. Assim, sugere-se que a equipe de assistência, considere importante a presença de uma mulher junto deles, durante o processo do parto, realizando ações que favoreçam o contato físico, massagens suaves e liberdade para as expressões das emoções e do corpo. (ODENT, 1980 apud MALDONADO, 1984). Cabe ainda o registro do parto vertical, que na maioria das sociedades primitivas e tribos indígenas é utilizado a partir de posições verticais, sentadas, de pé, de joelhos ou de cócoras (ATWOOD, 1980 apud MALDONADO, 1984). Certamente, uma assistência adequada ao parto normal equivale a uma observação atenta de sua evolução, sem interferir na fisiologia e nem na dinâmica familiar, promovendo participação da mulher e do

homem. Se necessário, em caso de complicações, a equipe de assistência intervém (CALDEYRO-BARCIA e cols. 1982, apud MALDONADO, 1984).

O parto vaginal com a utilização do fórcepe, desde que realizado por profissionais obstetras treinados em instituições de saúde preparadas para esse ensino, com instrutores experientes e seguindo as indicações justificáveis para o uso, é capaz de reduzir a morbidade materna e os índices de cesárea. Para tanto, as indicações maternas são: “[...] a doença cardíaca, doença pulmonar grave, infecção intraparto, certas condições neurológicas, eclampsia e síndrome HELLP⁸, e as fetais, colapso do cordão umbilical, o sofrimento fetal agudo e a cabeça derradeira insinuada no parto pélvico” (BRASIL, 2001, p. 99).

Ademais, o Ministério da Saúde no ano de 2001, escreve sobre o quarto período do parto ou de Greenberg no pós-parto imediato. É um período logo após o parto, com duração em torno de duas horas, após a dequitação da placenta. Esse tempo é considerado um período crítico, em que a mulher puérpera deve ser observada atentamente. “É um período de risco materno com possibilidades de grandes hemorragias[...]” (BRASIL, 2001, p.168). A recomendação desse órgão é de que se observe, caso haja sangramento vaginal anormal e monitore os sinais vitais, principalmente pressão arterial e pulso a cada quinze minutos, além do controle da retração uterina, pois o diagnóstico precoce das alterações é um fator importante, em vista do sucesso terapêutico esperado.

Dados da Organização Panamericana de Saúde – OPAS (2015), mostram que 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Segundo a Organização as mortes maternas evidenciam as desigualdades no acesso ao serviço de saúde e ocorre nos países em desenvolvimento, com destaque de maior número na África Subsaariana e quase um terço no Sul da Ásia. Nos países que compõem essas regiões a taxa de mortalidade foi de 239 por 100mil nascidos vivos, enquanto nos países desenvolvidos, os números ficaram entre 12 mortes a cada 100 nascidos vivos. Essa desproporção entre os países é também encontrada entre as mulheres com baixa e alta renda e entre a população rural e urbana. O risco de complicações e mortes sobressaem nas jovens

⁸ “[...] complicação grave da pré-eclâmpsia que determina aumento de morbidade e mortalidade maternas e perinatais”(PERAÇOLI et al, p. 165, 1998).

adolescentes grávidas quando comparado a outras mulheres. Esse órgão assevera que os cuidados durante a gravidez, após a gestação, durante e após o parto, são fundamentais no cuidado da saúde das mulheres e que esses cuidados devem ser exercidos por profissionais capacitados, pois o tratamento correto faz diferença entre a vida e a morte. A OPAS aponta a eclampsia, a hemorragia grave após o parto e a infecção pós-parto como agravantes seriamente fatais.

O Ministério da Saúde em 2001 já alertava sobre os riscos da hemorragia no período do pós-parto imediato. Atualmente, esse Ministério, junto a OPAS/OMS, promove oficinas de capacitação de profissionais na estratégia Zero Mortes Maternas por Hemorragia. Os estados de Tocantins, São Paulo, Pará, Minas Gerais, Maranhão, Ceará e Bahia já foram beneficiados com essa capacitação. Além disso, é recomendado uma atenção no período que se inicia entre uma a duas horas após a saída da placenta com o término imprevisto, o puerpério. Este é conceituado como “O período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico” (BRASIL, 2001, p. 175).

A constância da crítica aos serviços prestados, produz reorganizações. Em vista disso, o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde, impulsiona o olhar do Estado também para a saúde da mulher, afinal, a saúde é um direito de todos e não há motivo para deixar a mulher à parte.

2.1 INTERVENÇÃO HISTÓRICA: RECONHECIMENTO DO ESTADO ACERCA DE SUAS RESPONSABILIDADES SOBRE A INTEGRIDADE DA SAÚDE DA MULHER

Em 1922, o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, entende de forma equivocada que “[...] as mulheres desnutridas, sífilíticas e alcoólatras” eram responsáveis pelas altas taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2001, p.12). Diante disso, o Estado interveio com a abertura de maternidades e creches e da “[...] severa vigilância ao aleitamento materno” (BRASIL, 2001, p.12-13). Essa intervenção contribuiu para a expansão da assistência médica no Brasil, pois antes era exercida quase que somente de forma liberal ou filantrópica. Nesse contexto a assistência pré-natal começou a ser elaborada e foi associada à institucionalização do parto, com

finalidade de desenvolver um recém-nascido saudável e de diminuir as taxas de mortalidade infantil, deixando de lado a proteção da mulher. A partir daí, observa-se que o resultado desse congresso foi a culpabilização das mulheres pela gravidade da alta prevalência de mortalidade infantil naquele período e ao mesmo tempo justificou o controle social sobre seus corpos e vidas, fato que também contribuiu para que o protagonismo da mulher no ciclo gravídico puerperal diminuísse cada vez mais (BRASIL, 2001).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”, que ocorreu em 1986, trouxe um novo entendimento sobre a noção de saúde, pois, até então se vinculava a saúde com a ideia de ausência de doenças (BRASIL, 2009, p. 20). A assistência precarizada, as ações e saberes verticais dos profissionais e equipe de saúde, o pouco ou nenhum protagonismo da mulher na cena do parto eram problemas percebidos nos anos 1980. Sendo assim, antes mesmo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1984 houve a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi aprimorado por vários outros programas, dentre eles a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2001). Desde então, o Ministério da Saúde busca estimular a adoção de práticas humanizadas.

2.2 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O COMPROMETIMENTO DA EQUIPE ASSISTENTE COM A SAÚDE DA MULHER

O Ministério da Saúde no ano de 2001, direcionou um olhar de assistência às mulheres no momento do parto com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados denunciaram a ausência de autonomia delas sobre seus corpos. Em virtude disso, foram definidos os princípios da atenção para com esse público, nos quais esse órgão chamou estados, municípios e serviços de saúde para o cumprimento de ações cuja finalidade é a assistência humanizada no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2001). Em vista disso, o órgão supracitado afirma que:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

Os profissionais da saúde, amparados pelo conhecimento e ética devem dispor seu serviço visando o bem-estar da mulher e do bebê fazendo intervenções conforme a real necessidade. Assim, “minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer” (BRASIL, 2001, p.9), constituem práticas de humanização. Ter um olhar ampliado pela saúde, de forma que sua perspectiva ultrapasse o escopo da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação alcançando o contexto cultural, histórico e antropológico das mulheres parturientes é um alerta desse órgão a fim de que os profissionais da saúde se comprometam a prestar uma assistência humanizada. Essas relações de saúde precisam ocorrer a partir de um acolhimento respeitoso dessas mulheres, seus companheiros e família. Isso possibilitará a formação de um vínculo indispensável e capaz de gerar confiança e tranquilidade nesse momento singular da vida da mulher.

Em relação ao acompanhamento de doulas no momento do parto, estudos realizados já sugeriam as vantagens de redução do tempo do trabalho de parto, do uso de medicamentos analgésicos, de diminuição dos partos operatórios e cesárias. Além disso, revelaram que as mulheres parturientes acompanhadas pelas doulas têm menos depressão pós-parto e amamentam seus recém-nascidos nas primeiras semanas de vida, muito mais do que outras que não foram acompanhadas. Logo, sua presença pode levar as mulheres, inclusive, a atingir benefícios para sua saúde física e psicossocial. Nesse sentido, esse órgão deixou claro para que fossem realizados todos os esforços para garantir que toda mulher em trabalho de parto o recebesse (BRASIL, 2001). Em Juiz de Fora, a Câmara Municipal aprovou lei garantindo que:

Art. 1º - As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada da cidade de Juiz de Fora permitirão a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitada pela parturiente. (JUIZ DE FORA, LEI 13.477/2016).

No ano de 2001, o direito ao acompanhante durante o processo do parto ainda não tinha força de Lei, porém o Ministério da Saúde já apontava essa possibilidade e ainda de mais uma outra pessoa, a doula. A presença dela tem a capacidade de estimular a mulher parturiente e seu acompanhante durante todo o processo de parto indicando contato físico, esclarecendo sobre o progresso do parto e intervenções obstétricas.

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A LEGITIMAÇÃO DO TERMO

Os estudos de Diniz *et al.* (2015), confirmam que a visibilidade dada a violência obstétrica sobretudo na segunda década do século XXI, além de mostrar o sofrimento das mulheres com a assistência ao parto, adverte sobre as consequências de tais intervenções na saúde delas e deixa seu registro na história. Essa validação dos fatos pode reproduzir um maior impacto na mudança das práticas de assistência no ciclo gravídico-puerperal. Mulheres com alta condição econômica e educação narraram a respeito de suas insatisfações perante as experiências sofridas nos hospitais, datadas na década de 1950, nos Estados Unidos. Esses relatos impulsionaram revoltas em teóricas feministas que resultaram em livros nas décadas seguintes; movimentos no Reino Unido em 1958 com a criação da Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra as Grávidas denunciaram com a publicação no jornal *Guardian*, o desamparo, os maus cuidados, os maus tratos, a separação de seus bebês e rotinas rígidas com a possibilidade de acarretar um sofrimento psíquico nessas mulheres ao longo da vida. As décadas de 1960 e 1980, foram marcadas com publicações de livros de teóricas feministas que contribuíram para sensibilizar e denunciar as práticas abusivas de assistência ao parto. O relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer em los Servicios Publicos de Salud* no Peru, no ano de 1998, documentou as violações dos direitos humanos da mulher durante o parto.

No Brasil, em 1984, a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), seguidos da articulação das políticas de saúde com vários outros programas tem buscado a avaliação e reorganização dos serviços a fim de atingir práticas humanizadas em todo o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2001). No ano de 1993, destaca-se o registro de capacitações dadas a mulheres vítimas de violência

pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP. Todos esses fatos registrados fundamentam os atuais estudos que mostram as constantes “[...] atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, nos setores privado e público” (DINIZ, *et al* 2015, p. 2).

As pesquisas têm mostrado a falta de conformidade a respeito do termo violência obstétrica. Inicialmente encontrou-se duas importantes definições:

O termo "desrespeito e abuso em instalações para parto" foi o primeiro a ser utilizado para descrever situações de desrespeito, maus-tratos e violência perpetrados pela equipe de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, e abrange sete dimensões em sua definição, que são: 1) abuso físico; 2) cuidados sem consentimento; 3) cuidados não confidenciais; 4) cuidados não dignos (incluindo abuso verbal); 5) discriminação com base em atributos específicos da paciente; 6) abandono de cuidados; 7) detenção em instalações (BOWSER; HILL, 2010 apud LEITE *et al*, 2022, p.484, tradução nossa).⁹

A autora acima também revela que essa sugestão de termo e definição, basearam uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, com o título de *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, e que favoreceu pesquisas epidemiológicas nessa área. Constatou-se isso nas pesquisas de Tesser *et al* (2015), na qual essas sete dimensões apresentadas acima foram condensadas como categorias de violência obstétrica e a cada uma associou-se o direito correspondente com a situação violenta percebida na prática.

Leite *et al* (2022), reiteram que, apesar da proposta do termo e definições trazidas pelos autores Bowser e Hill (2010) terem alavancado as pesquisas, ela apresentava limitações e que inclusive delimitava os atos de desrespeitos e abusos às cenas do parto e nascimento, desconsiderando a possibilidade dessa ocorrência também no pré-natal.

A continuidade das pesquisas criou possibilidades de críticas ao termo anterior. Particularmente suas categorias não bastavam para qualificar todas as formas de desrespeitos e abusos, ignorando a ocorrência desses atos no pré-natal, no pós-parto

⁹ No original: O termo *disrespt and abuse in facility-based childbirth* foi o primeiro a ser utilizado para endossar situações de desrespeitos, maus tratos e violência perpetrados pela equipe de saúde no ciclo gravídico puerperal e contempla sete dimensões em sua definição, a saber: 1) *physical abuse*; 2) *non-consented care*; 3) *non-confidential care*; 4) *non-dignified care (including verbal abuse)*; 5) *discrimination based on specific patient attributes*; 6) *abandonment of care*; 7) *detentionin facilities* (BOWSER; HILL, 2010 apud LEITE *et al*, 2022, p.484).

e nos abortos, ressalta as autoras. A partir daí, surge uma nova proposta do termo, a qual foi adotada pela OPAS/OMS (2015), desde sua criação nas suas publicações.

Maus-tratos a mulheres no parto em instalações de saúde, com apresentação de sete dimensões, compreendidas em: 1) abuso físico; 2) abuso sexual; 3) abuso verbal; 4) estigma e discriminação; 5) falta de cumprimento de padrões profissionais de cuidado; 6) baixo relacionamento entre mulheres e profissionais de saúde; 7) condições e restrições do sistema de saúde BOHREN *et al* 2015, *apud* LEITE *et al*, 2022, p.485, tradução nossa)¹⁰.

A autora supramencionada ao discutir essa proposta, destaca de maneira positiva sua vantagem em indicar um maior número de atos vistos como maus tratos e a criação de um questionário padronizado com o objetivo de mensurar *mistreatment in childbirth*, a fim de se obter uma melhor observação da prevalência e, assim, poder comparar as pesquisas, além de estimular o desenvolvimento de estudos causais. Entretanto, reconhece limitações importantes nesse termo, dentre elas, a completa exclusão da violência sexual desse instrumento.

Katz *et al* (2020, p. 628-629), ao examinar a definição de violência da OMS “[...] como qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra o grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte [...]” critica essa organização por resistir ao uso do termo violência obstétrica e adotar os termos abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto nas instituições de saúde. Observa-se aí uma contradição em vista do conceito de violência da própria organização, ressaltam as autoras. Segundo elas, o surgimento dos movimentos pela humanização do parto, na América Latina e na Espanha, nos anos 2000, provocaram a emergência do conceito violência obstétrica. A Venezuela foi o primeiro país a defini-lo em legislação no ano de 2007, através da lei (*Ley n. 38668, 2007*) que circunscreve o tema e assevera a pena para o profissional que tenha conduta desumana, que conduza a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres propiciando a perda de autonomia. Além disso, o texto indica que o abuso da

¹⁰ No original: *Mistreatment of women in childbirth at health facilities*, com apresentação de sete dimensões, compreendidas em: 1) *physical abuse*; 2) *sexual abuse*; 3) *verbal abuse*; 4) *stigma and discrimination*; 5) *failure to meet professional standards of care*; 6) *poor rapport between women and providers*; 7) *health system condition and constraints* (BOHREN *et al* 2015, *apud* LEITE *et al*, 2022, p.485).

medicalização e patologização do parto retirando a autonomia da mulher é considerado violência obstétrica.

Em 2009, a Argentina definiu em Lei a violência obstétrica e a violência contra a liberdade reprodutiva. Seu texto, se assemelha ao da Lei venezuelana, porém acrescentou na definição da violência obstétrica os atos praticados pelos profissionais de saúde, inclusive no puerpério da mulher e seu bebê. Na sequência, outros países latino-americanos aprovaram leis específicas que abordam esse termo aprovando leis que determinam e penalizam a violência obstétrica (LEITE *et al*, 2022).

De acordo com Katz *et al* (2020), no Brasil, a expressão violência obstétrica vem se sobressaindo a partir dos movimentos feministas e pela humanização do parto e nascimento. Apesar disso, ainda não existe lei federal que verse sobre o tema. Todavia, alguns estados e municípios vêm aprovando leis que identificam essa violência. “Todo ato praticado por profissionais de saúde, que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres, gestantes, parturientes e puérperas [...]”, abarcam as leis sancionadas no estado de Santa Catarina em 2017 e no estado de Pernambuco em 2018 (KATZ *et al* 2020, p.628).

Leite *et al* (2022), recorda a convenção de Belém do Pará que trata de o reconhecimento do direito das mulheres viverem livres de violência. No entanto, DINIZ *et al* (2015), assinalaram que cerca de $\frac{1}{4}$ das mulheres que tinham parido, e aproximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de violência obstétrica. Andrade e Cavalli (2023, p. 516-517), a partir de uma análise realizada sobre violência obstétrica no interior do Paraná em 2022, constataram que “[...] 44 mulheres que passaram por parto vaginal, 34 delas passaram por alguma violência no momento do parto (6% procedimentos não autorizados, 3% manobras de kristeller, 3% posição desconfortável e 88% sem acesso a analgesia)”.

Katz *et al* (2020), ao defenderem o uso do termo violência obstétrica argumentam que:

[...] atos assistenciais no parto/puerpério que partam de uma relação de poder entre sistemas de saúde, profissionais e pacientes, durante os quais procedimentos sejam impostos à mulher, ferindo-lhes o exercício da autonomia e assumindo risco de dano físico, emocional ou psicológico preenchem todos os critérios para serem nomeados pelo termo “violência” (KATZ *et al*, 2020, p. 629).

As autoras acima salientam a objeção ao adjetivo obstétrica, feita por alguns profissionais, amparados pelos conselhos e sociedades médicas. Eles alegaram ser uma violência contra os médicos obstetras. Até mesmo o Ministério da Saúde buscou acordar, a fim de que essa expressão fosse retirada de documentos públicos.

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou Ofício nº 017/19 – JUR/SEC, julgando o termo violência obstétrica como inadequado e banindo a sua utilização em documentos legais e em políticas públicas. Após essa decisão polêmica, sob recomendação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde publicou nota reconhecendo o direito legítimo das mulheres em usar o termo violência obstétrica para retratar as experiências de desrespeitos, abusos, maus tratos e violência vivenciadas, bem como o uso de práticas não baseadas em evidências científicas em situações de atenção à saúde (LEITE *et al*, 2022, p. 489).

A violência obstétrica pode perpassar nos diferentes níveis de atenção à saúde, através de omissões institucionais, incorreções e de diferentes profissionais envolvidos na assistência ao parto. À vista disso, “[...] reconhecer, portanto, a violência obstétrica como uma realidade, não significa culpabilizar nenhuma categoria profissional específica [...]”, mas traz benefícios para as mulheres e profissionais devido a exigência de mudanças estruturais e no próprio contexto de trabalho dessa assistência (KATZ, *et al*, 2020, p. 629).

Para as autoras Zanardo *et al* (2017), a falta de uma definição precisa do termo violência obstétrica no Brasil aumenta a submissão das mulheres, contribuindo com a minimização dos seus direitos e autonomia. Ao mesmo tempo dificulta a denúncia e a criminalização dos atos violentos. Consequentemente, não há lei federal que versa sobre esse termo. Entretanto, em conformidade com a Constituição Federal “[...] o estado deve garantir o direito à saúde, à integridade física e mental e a não discriminação” (LEITE, *et al* 2022, p.486). O atual cenário de violência impõe a necessidade de práticas humanizadas.

4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, IMPACTOS EMOCIONAIS E OBSERVAÇÕES RELACIONADAS À VIVÊNCIA DO PUERPÉRIO

Assis, Meurer e Delvan (2021), a partir de sua pesquisa com os relatos de mulheres que sofreram violência durante o parto, destacaram o medo e a tristeza como os sentimentos mais citados frente a violência obstétrica, além da vontade de que a violência passasse logo, unida a intenção de preferir a morte em oposição ao tratamento violento recebido. Essa intenção pela morte, foi observada no relato de uma mulher que fora conduzida para cesárea indesejada. Notou-se ainda a percepção tardia nas mulheres que sofreram violência obstétrica como uma significativa marca comum, referente ao tempo de elas se analisarem a ponto de entenderem que aqueles acontecimentos vividos durante a gravidez, parto, puerpério e/ou processo de abortagem foi violência obstétrica. Destacam ainda, a dor da separação, especialmente no contato imediato com os bebês. Na descrição, as falas estavam carregadas de sentimentos negativos, mostrando a experiência como algo horrível. “Ter esse primeiro contato com o bebê negado, além de prejudicar a formação do vínculo materno também pode acarretar sentimentos de angústia e sofrimento para a mãe” (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2021, p.149).

Rosa *et al* (2010), comenta a ambiguidade de sentimentos presentes nesse primeiro contato. Exemplo disso é a alegria ao confirmar a chegada do bebê através do choro forte, misturada a tensão em querer saber se está tudo bem com ele, especialmente quando percebe o choro fraco. Essa autora ressalta que os procedimentos neonatais devem ser feitos o mais próximo possível ao leito obstétrico. Mediante essa postura, se alcançará uma adaptação ao meio com mais leveza e ao mesmo tempo favorecerá o seguimento dos laços afetivos outrora marcados na gravidez.

Donelli e Lopes (2013), mencionaram um movimento observado durante o processo do parto, o qual chamaram de alienação. Sobre isso, aventaram algumas hipóteses, a saber: defesa contra estímulos percebidos como excesso para a mãe; identificação dela com o seu bebê; exclusiva necessidade de voltar-se para si, pois o parto é um evento feminino por excelência.

Sobressaíram nas pesquisas de Rocha e Grisi (2017); Matos, Magalhães e Féres-Carneiro (2021), os sentimentos de frustração, raiva, angústia, impotência, desespero e vergonha, relatados pelas mulheres que sofreram a violência em meio a toda a complexidade que o processo de parto já engloba. “O medo e a insegurança

existentes nos processos obstétricos alimentam a violência presente no procedimento” (ALMEIDA; RAMOS, 2020, p. 19). Obter o conhecimento das emoções vivenciadas pelas mulheres que foram vítimas da violência obstétrica no parto é um trabalho desafiador, pois essas emoções se misturam às próprias emoções decorrentes do evento parto. Nesse sentido, “[...] a alegria e a realização de estar com o seu bebê e a sensação de tudo ter corrido bem, sem maiores intercorrências, diluem a percepção da violência sofrida no atendimento de saúde” (ZANARDO *et al* 2017, p.6).

Ter uma compreensão da saúde mental materna de forma integral através de um olhar biopsicossocial fará muita diferença para o bem-estar da mulher gestante, parturiente, ou puérpera, aliás, a toda mulher mãe.

No puerpério, novas transformações se instauram no organismo da mulher com a finalidade de restabelecê-lo como um todo, inclusive seu componente psíquico. Diante disso, é recomendado que os profissionais de saúde avaliem a mulher de forma integral, buscando compreender os sinais e sintomas apresentados, sem excluir a manifestação de sentimentos contraditórios próprios das primeiras horas após o parto, observações de alterações de humor, apatia ou psicose puerperal, precisam ser identificadas possibilitando o tratamento adequado o quanto antes. Por consequência de tudo isso, compete a equipe de saúde uma percepção da necessidade de cada mulher, conforme a individualidade apresentada (BRASIL, 2001). Os dados apresentados na citação abaixo demonstram a total importância dessa avaliação.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no período de 2018 a 2021, uma em cada 4 mães em situação de vulnerabilidade socioeconômica no Brasil apresentaram sintomas depressivos no primeiro ou segundo ano pós-parto ou em ambos. A pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz, revelou uma prevalência de 26,3% de sintomas de depressão entre 6 e 18 meses após o parto. O Brasil apresenta taxas que variam em até 30% de depressão no período pós-parto, e cerca de 60% das mulheres já apresenta indícios na gestação, sem ser diagnosticada e devidamente tratada. A depressão pós-parto interfere na capacidade materna de cuidar de si mesma e do lactente, aumenta o risco de psicose, suicídio e infanticídio. Afeta diretamente a criança, a família, a economia e toda a sociedade. [...] a violência obstétrica atinge cerca de 45% das mulheres na rede pública brasileira. Vítimas perdem bebês e ficam com lesões físicas e emocionais irreversíveis. Na rede particular o índice é de 30% segundo estudo da Fiocruz [...] (BRANDINO, 2023, p. 2-3).

As autoras Leite *et al* (2022); Nascimento e Souza (2022); Assis, Meurer e Delvan (2021); Rocha e Grisi (2017); Silva, Souza e Leite(2019); Matos, Magalhães e Féres-Carneiro (2021) ressaltaram em suas pesquisas, a presença de impactos negativos na saúde das vítimas de violência obstétrica, como aumento da possibilidade de desenvolver ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e depressão pós-parto, menor utilização do serviço de saúde para a mulher e recém-nascido, seguido de dificuldades de amamentação. No entanto, as autoras Rocha e Grisi (2017); Silva, Souza e Leite (2019), atribuíram a presença desses impactos como influência negativa nas práticas sexuais da vida dessas mulheres. Da mesma forma, Matos, Magalhães e Féres-Carneiro (2021), acrescentaram a esses achados repercussões negativas no desejo dessas mulheres de terem outros filhos.

As doenças psiquiátricas como psicoses e depressão grave, correspondem a critérios de risco, porém uma identificação com antecedência, favorece um prognóstico mais ameno ou talvez até mesmo sua eliminação do processo gestacional e puerperal (BOSKA; WISNIEWSKI; LENTSCK, 2016).

5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

Tesser *et al.* (2015, p. 7), discorreram sobre a prevenção quaternária¹¹ da violência obstétrica e revelaram dois tipos de ações: “[...] as ações individuais, familiares e comunitárias realizadas na atenção primária à saúde (APS), associadas ao pré-natal; e as ações em maior escala (social, política e institucional)”. Destacaram que os médicos de família e comunidade (MFC) devem dispor de orientações as gestantes e familiares sobre o processo de parto natural e às possíveis complicações de intervenções questionáveis. Além disso, retomaram a ideia do plano de parto. Conforme os autores acima mencionados, o plano de parto foi uma prática na década de 1970 realizado por mulheres europeias com reivindicações do domínio do próprio corpo, em vista da conjuntura daquela época que se apresentava em crescente

¹¹ A prevenção quaternária (P4) é um conceito (e prática) relativamente recente, que significa a ação de identificar pessoas em risco de medicalização excessiva e protegê-las de novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos e propondo medidas eticamente aceitáveis (TESSER, 2017, p. 2).

medicalização do parto. A prática médica na relação com o paciente permeia o “[...] não fazer, na atenção individual, requer habilidades comunicativas, muita empatia e trabalho adicional qualificador do cuidado” (TESSER, 2017, p. 7). A ênfase mostrada pelas autoras Zanardo *et al* (2017, p.2), sobre a “[...] importância de analisar a assistência à gestação e ao parto, compreendendo todo o período, desde as consultas pré-natais até o pós-parto [...]”, está em concordância com a prevenção quaternária, por induzir a própria crítica dos profissionais da assistência em seu próprio fazer. Essas autoras também ressaltaram um projeto estratégico lançado em 2015, pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o qual buscou:

Desde a adequação de recursos humanos para incorporar equipe multiprofissional nesses serviços, capacitação profissional para ampliar a segurança na realização do parto normal, engajamento da equipe e das gestantes, até a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês desde o pré-natal até o pós-parto (ZANARDO *et al*, 2017, p. 7).

Diniz *et al* (2015), propuseram a inclusão dos direitos das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos nas disciplinas de graduação em saúde; investimento na formação em especialistas em parto fisiológico e sua valorização; revisão do conteúdo curricular das profissões de saúde; atividades educativas na rotina do pré-natal, com informações às usuárias, inclusive sobre o parto; estímulo de planos de parto; garantia do direito a acompanhantes durante toda a internação; visibilidade ao problema da violência obstétrica; e, por fim, capacitação da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180 para receber denúncias de violência obstétrica e inclusão da assistência ao abortamento. As autoras supracitadas ressaltam o uso de técnicas agressivas nessa assistência como graves situações de violência. E ainda afirmam a necessidade do investimento em pesquisas, cujo objetivo pode suprir lacunas do conhecimento desse tema, além de implementar e fortalecer o fórum perinatal na promoção de diálogos entre os profissionais dessa assistência, com os gestores do SUS e do setor suplementar, usuárias, pesquisadores, Ministérios Públicos, entre outros. Esses diálogos são muito necessários na produção de mudanças.

Matos, Magalhães e Féres-Carneiro (2021), salientam que os profissionais da assistência ao parto precisam se comprometer no processo de enfrentamento à

violência obstétrica e se colocarem disponíveis para ressignificar seu entendimento biomédico acerca do ciclo gravídico puerperal. Essas autoras reconhecem que o amparo emocional aos profissionais da assistência ao parto, poderá facilitar a compreensão dos processos emocionais que o parto suscita neles e ser meio de prevenção da violência obstétrica.

Assim como existem os profissionais que cometem a violência no parto, também entre eles se encontra os que a combatem. Ao buscar a educação continuada, poderão se atualizar nas práticas e com competência corrigir um colega quando este agir violentamente (NASCIMENTO; SOUZA, 2022). A Lei nº 11.108/2005, que assegura “[...] o direito da parturiente a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato [...]”, é um importante instrumento na prevenção da violência obstétrica (ALMEIDA; RAMOS, 2020, p.19).

Rocha e Grisi (2017) observaram que mesmo as mulheres que tinham conhecimento da violência obstétrica e de seus direitos, sofreram intervenções desnecessárias. Isso reforça a necessidade de aliar o conhecimento das mulheres, ao cumprimento da Lei do Acompanhante, a presença da doula durante o parto, às mudanças nas atuações dos profissionais de saúde e políticas públicas empenhadas nesse assunto.

A psicologia perinatal é inserida nesse contexto de intervenção e se apresenta como um campo específico dentro da psicologia com proposta de tratar das questões que transpassam a gestação, o parto e o puerpério, levando em conta as variabilidades desse ciclo. Silva; Souza; Leite (2019), apontam que o ciclo gestacional confere ao organismo materno uma vulnerabilidade, e se a mulher for vítima de agressões verbais, físicas ou psicológicas, com desrespeito ao seu direito de escolha, os riscos de desenvolvimento de dano psicológico grave se acentua. Nesse cenário a psicologia perinatal trabalha em equipe multiprofissional de saúde, fundamentando seu campo de saber teórico ao elaborar novas pesquisas em relação a saúde mental materna e comprometida com esses estudos amplia seu espaço de intervenção. As autoras Canavarro, Monteiro e Fonseca (2020, p.133), a partir de estudos realizados em mulheres no período pós-parto [...] “sustenta a relevância de promover saúde mental no período perinatal a partir de uma perspectiva de saúde pública mais equilibrada e focada em aspectos positivos, para além da redução do sofrimento

psicológico”, [...]. Dessa forma, a promoção de saúde mental materna se torna um complemento expressivo em vista dos modelos psicológicos já existentes.

Acredita-se que com a inclusão de instrumentos para avaliar a saúde mental das mulheres no período perinatal, se torne possível uma compreensão mais ampla delas neste período. Deste modo, a realização de psicoeducação devido as alterações do período perinatal é fundamental. Além do mais, enfatizar a abordagem das mudanças nas dinâmicas das relações familiares, sociais e conjugais, diante das possíveis disparidades entre as expectativas e a realidade encontrada no período pós-parto. Cabe ainda, destacar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde psicológica materna nos quais se reconheçam os recursos psicológicos já existentes, capazes de conduzir a um melhor ajustamento psicológico nesse período (CANAVARRO; MONTEIRO; FONSECA, 2020).

Nesse sentido, a autora Gutman (2013a, 2013b), faz observações importantes sobre possíveis intervenções no processo de parto como acompanhamento emocional com conhecimento de técnicas relacionadas ao parto; acompanhamento de doula; fornecer informações realistas a respeito do puerpério a homens e mulheres; difundir as necessidades específicas de uma mulher puérpera e cuidados indispensáveis que devem receber; necessidade de apoio e companhia; aproximação do casal à nova realidade diária com finalidade de restabelecer a vivência da sexualidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a importância das reflexões observadas nesse estudo, destacou-se a necessidade de conhecimento sobre o parto. O que esse evento representa para as mulheres parturientes, equipe de assistência, instituições, assim como sua abrangência na área de saúde pública. Em compensação, conhecer o percurso histórico do tema violência obstétrica revelou o valor social desse estudo e de seu benefício para a promoção da saúde e defesa da vida. A análise teórica desse termo, demonstrou a necessidade do reconhecimento dessa nomenclatura violência obstétrica tal como é, a fim de que os profissionais que se ocupam dessa assistência ao parto se abram ao diálogo, em vista do bem maior, que nesse caso é a saúde da mulher e do seu bebê. Além do mais, compreender a saúde da mulher de forma

integral, observando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, com acolhimento humanizado é imprescindível nas primeiras horas após o parto e durante todo o período puerperal. Evidenciou-se ainda a relevância das medidas de prevenção a essa violência, o cumprimento da Lei do acompanhante, a presença da doula durante o parto, a prevenção quaternária, o engajamento dos médicos de família e comunidade orientando as gestantes e familiares sobre o processo de parto natural e possíveis complicações de intervenções questionáveis, incorporação de equipe multiprofissional com inserção da psicologia perinatal e propostas de intervenções para prevenir e cuidar das questões que permeiam a gestação, o parto e o puerpério. Acredita-se que, para evitar a recorrência desse cenário de violência durante o processo de parto, é indispensável iniciar o cuidado da violência obstétrica com práticas preventivas durante o pré-natal. Para isso, a capacitação profissional e inclusão do tema nos currículos de graduação dos cursos de saúde é indispensável.

Dentre os impactos emocionais da violência obstétrica foram constatados a insegurança, a vergonha, a ansiedade, seguidos de silêncio e medo de ter outros filhos, a intenção pela morte, a percepção tardia de ter sofrido violência obstétrica, a dor da separação, a alegria ao ouvir o choro misturada a tensão em querer saber se está tudo bem com o bebê. Essa ambiguidade de sentimentos percebidos na mulher parturiente dificulta a percepção da violência sofrida. Diante disso, faz-se necessário a assistência humanizada no processo do parto para conferir proteção e autonomia à mulher parturiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira; RAMOS, Edith Maria Barbosa. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p.12-27, 2020.

Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/643/774>.

Acesso em: 04 set. 2022.

ANDRADE, Ana Julia de; CAVALLI, Luciana Osório. Análise da prevalência de violência obstétrica na rede pública de saúde de uma cidade no interior do Paraná.

Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n.3, p. 510-520, 2023. Disponível em:

<https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/8754/3456>_Acesso em: 09 maio 23.

ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 103, p. 135-157, 2021. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239/pdf>. Acesso em: 09 maio 23.

BOSKA, Gabriela de Andrade; WISNIEWSKI, Danielle; LENTSCK, Maicon Henrique. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburg. **J Nurs Health**, v. 6, n. 1, p. 38-50, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31715/bde-31715-561.pdf>. Acesso em: 16 maio 23.

BOWSER Diana, HILL Kathleen. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Boston: Harvard School of Public Health University Research, 2010. Disponível em: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf?_gl=1*9whzvk*_ga*MTEwMDYwOTIxMy4xNjg2MzM2MTM5*_ga_Q1D7CRPVC5*MTY4NjMzNjEzOS4xLjAuMTY4NjMzNjEzOS42MC4wLjA. Acesso em: 09 jun. 23.

BRANDINO, Ana Vilela Mendes. **Por que precisamos urgentemente dar visibilidade à saúde mental materna?** Campanha comunitária “Maio Furta Cor”, 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/146biTdYQb0s5kxvvnNUDD7dXMkbJympx/view>. Acesso em: 23 abril 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, área técnica da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 20 mar. 23.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf. Acesso em: 20 mar. 23.

CANAVARRO, Maria Cristina; MONTEIRO, Fabiana; FONSECA, Ana. Florescimento no período pós parto: estudo exploratório. *In*: BENINCASA, Miria; ROMAGNOLO, Adriana Navarro; HELENO, Maria Geralda Viana (org). **Maternidade, Parentalidade e Conjugalidade**: novas perspectivas em psicologia perinatal. Curitiba: CRV, 2020. p. 117-144.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomas de Aquino; MARRA, Camila Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.**, v. 72, n. spe, p. 156-169, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v72nspe/12.pdf>. Acesso em: 22 fev. 23.

DINIZ, Simone Grilo, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5525>. Acesso: 14 abr. 23.

DONELLI, Tagma Marina Schneider; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 289-298, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/tsH5mBfLHNsr796RVSFYspP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 06 nov. 2022.

GUTMAN, Laura. O parto. *In*: GUTMAN, Laura. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. 4. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2013a. cap. 2, p. 41-64

GUTMAN, Laura. Transformar-se em puérpera. *In*: GUTMAN, Laura. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. 4. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2013b. cap. 4, p. 91-106.

JUIZ DE FORA. **Lei Nº 13.477, de 23 de dezembro de 2016**. Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada da cidade de Juiz de Fora permitirão a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Juiz de Fora: Câmara Municipal, 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/mg/j/juiz-de-fora/lei-ordinaria/2016/1348/13477/lei-ordinaria-n-13477-2016-dispoe-que-maternidades-casas-de-parto-e-estabelecimentos-hospitalares-congeneres-da-rede-publica-e-privada-da-cidade-de-juiz->. Acesso em: 13 abr. 23.

KATZ, Leila, et al. Quem tem medo da violência obstétrica? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 20, n. 2, p.627-631, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RDwVm7ZV3DksbRBsKLBwXjw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 23.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 2, p. 483-491, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2022.v27n2/483-491/pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

MALDONADO, Maria Tereza. Aspectos Psicológicos da Gravidez, do parto e do puerpério. *In*: MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1984. p.48-63.

MATOS, Mariana Gouvêa; MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XSKSP8vMRV6zzMSfqY4zL9v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2022.

MOURA, Marisa Decat de. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, Marisa Decat de (org.). **Psicanálise e Hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 3-15.

NASCIMENTO, Raphaela Correa do; SOUZA, Ana Carolina Ferreira de. A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. **REVISA**, v. 11, n.2, p. 149-62, 2022. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/884>. Acesso em: 20 out. 2022.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. **Saúde Materna e Neonatal**. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 04 mar. 23.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Saúde materna**. Washington D.C., 2015. Disponível em: paho.org/pt/node/63100. Acesso em: 15 maio 23.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. Washington D.C., 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuem-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 13 jun. 23.

PERAÇOLI, José C, et al. Síndrome HELLP recorrente: relato de dois casos. **RBGO**, v. 20, n. 3, p. 165-167, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wtMMsWhznVVgD8Pkv4vdLyy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 23.

PEREIRA, Jéssica Souza et al. Violência Obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 15, n.1, p. 103-108, 2016. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf. Acesso em 04 set. 2022.

ROCHA, Márgda Jardim; GRISI, Erika Porto. Violência Obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Id on line: Revista**

Multidisciplinar e de Psicologia, v. 11, n. 38, p.623-635, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>. Acesso em: 06 nov. 2022.

ROSA, Roseane da, et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 105–112, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BJW3LfQGmSSS6nhCtdSLFwz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 maio 23.

SILVA, Fabiana Laranjeira; SOUZA, Ana Livia Siqueira; LEITE, Cláudia Daniele Barros. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa. **Rev. UNINGÁ**, v. 56, n. S1, p.159-171, 2019. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2060/1869>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVA, Maria Lucia Fornazari Urbano da. Como ordenar a realidade? *In*: SILVA, Mara Lucia Fornazari Urbano da. **O entre-lugar que floresce**: narrativas de parteiras e doulas sobre o parir e o nascer em Francisco Beltrão/PR. 2022. 228 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, 2022. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6139#preview-link0>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SILVA, Raimunda Magalhães da, et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2783–2794, out. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zNSMKtmQVWb89TkwhNmFwPC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 23.

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. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 11 set. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/LCcGzDHGMPDCfwP6gf3cdg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

TRICOTOMIA. *In*: **PRIBERAM**, Dicionário. Lisboa: Priberam, 2022. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/tricotomia>. Acesso em: 27 maio 23.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, v.16, n.1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 22 mar. 23.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 11 set. 2022.