



ASSISTÊNCIA AO PARTO NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO: O QUE DIZEM AS MULHERES?

Fabiana Santos Lucena¹
Mariana Tarricone Garcia²
Denise Yoshie Niy³
Fanny Talilia Souza⁴

Resumo

Objetivos: Caracterizar as gestantes submetidas à cesariana a partir da Classificação de Robson (CR) e descrever a percepção das mulheres sobre a assistência ao parto no município de Francisco Morato/SP. **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo. Foram analisadas as taxas de cesárea e a distribuição das parturientes segundo CR. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com onze mulheres que deram à luz no município. **Resultados:** Os grupos de 1 a 5 da CR concentraram 78,5% das gestantes. A maioria das entrevistadas demonstraram satisfação com a estrutura, atendimento dos médicos e da enfermagem. Houve relatos de violência obstétrica e de violação de direitos. **Conclusão:** Observou-se grande quantidade de mulheres que sofrem intervenções antes de entrar em trabalho de parto espontâneo e altas taxas de cesárea em mulheres com cesárea prévia. Evidencia-se o potencial da incorporação de enfermeiras obstétricas para uma experiência positiva de assistência ao parto.

Palavras-chaves: Assistência ao Parto; Violência Obstétrica; Gênero e Saúde; Saúde da Mulher.

CHILDBIRTH ASSISTANCE IN THE MUNICIPALITY OF FRANCISCO MORATO: WHAT DO WOMEN SAY?

Abstract

Objectives: To characterize pregnant women undergoing cesarean sections based on the Robson Classification (RC) and describe women's perception of childbirth care in the city of Francisco Morato/SP. **Methods:** Quantitative and qualitative study. According to RC, cesarean rates and the distribution of parturients were analyzed. Semi-structured interviews were carried out with eleven women who gave birth in the municipality. **Results:** Groups 1 to 5 of the RC concentrated 78.5% of pregnant women. Most interviewees demonstrated satisfaction with the structure, care provided by physicians, and care provided by nursing. There were narratives about obstetric violence, and violation of rights. **Conclusion:** Many women underwent interventions before entering spontaneous labor, and high cesarean rates in women with previous cesarean sections. The potential of incorporating obstetric nurses for a positive experience of childbirth care is evident.

Key-words: Cesarean Section; Humanizing Delivery; Obstetric Violence; Gender and Health; Women's Health.

¹ Enfermeira, mestra em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da USP, doutoranda pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, pesquisadora científica II do Instituto de Saúde - SES/SP. Docente da Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Integrante do Grupo de Estudos de Gênero, Maternidade e Saúde (GEMAS).

² Nutricionista, mestra em Nutrição em Saúde Pública e doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. É pesquisadora científica no Instituto de Saúde (IS/SES-SP), docente permanente e coordenadora do programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS/SES-SP.

³ Editora, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e integrante da rede Parto do Princípio. Integrante do Grupo de Estudos de Gênero, Maternidade e Saúde (GEMAS).

⁴ Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva.



Introdução

Os sistemas de informação em saúde devem não só garantir informações confiáveis e oportunas sobre o estado de saúde da população de um determinado território, mas também produzir análises para orientar ações a serem realizadas em todo o sistema de saúde. As estatísticas de saúde devem permitir aos gestores identificar avanços, problemas e necessidades para tomar decisões baseadas em evidências científicas, levando em consideração os recursos disponíveis. Entretanto, estudos demonstram que o uso das informações em saúde para planejamento e tomada de decisão continuam incipientes, com gestores com pouco conhecimento sobre como os sistemas de informação podem ser usados (Lima; Antunes; Silva, 2015).

Alguns aspectos relacionados à assistência ao parto podem ser acessados a partir do painel de monitoramento de nascidos vivos segundo classificação de risco epidemiológico (Grupos de Robson), disponibilizadas pelo Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2015). Essa classificação é recomendada pela OMS desde 2015 e é uma forma de olhar para as taxas de cesárea, ajudando os gestores a entenderem quem são as mulheres submetidas a essa cirurgia, identificando os possíveis excessos (WHO, 2017).

Além das dificuldades de os gestores utilizarem os sistemas de informação para planejamento, temos a invisibilidade de diversas informações relacionadas a assistência ao parto, que não estão presentes nos sistemas de informação, como: episiotomia, posição de parto, acompanhante, alimentação durante o trabalho de parto, entre outras relacionadas às boas práticas de assistência ao parto. Os dados relacionados à percepção da assistência ao parto são igualmente invisíveis, sendo evidenciados apenas através de pesquisas que coletam essas informações diretamente com as mulheres.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012, coletou dados de 23.894 mulheres de todo o Brasil, através de prontuário e entrevista. O estudo mostrou que apenas 25% das mulheres puderam se alimentar durante o trabalho de parto, 44% puderam se movimentar, 27% receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor e em menos da metade (41%) das mulheres utilizou-se o partograma como forma de acompanhamento (Leal, *et al*, 2014). Estudos mais recentes demonstraram melhora nas boas práticas de assistência ao parto, sendo que a presença de acompanhante durante o



parto vaginal nos serviços públicos teve um aumento de 164% de 2011 a 2017. O estudo demonstrou também maior possibilidade de consumo de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto (47%), maior liberdade de deambulação (69%) e houve diminuição de episiotomia (de 47% em 2011/2012 para 28% em 2017) (Leal et al, 2019).

Apesar desses avanços, o modelo de atenção obstétrica no Brasil frequentemente resulta em uma experiência negativa com o parto vaginal. Em estudo nacional de base hospitalar com mais de 15 mil mulheres, as que foram atendidas no serviço público relataram mais frequentemente insatisfação com o atendimento ao parto, incluindo sofrer violência obstétrica, maior tempo de espera para ser atendida, ser tratada com menos respeito, ter menos privacidade, menor clareza nas explicações, menor possibilidade de fazer perguntas e menor participação nas decisões durante o trabalho de parto e parto (D’Orsi *et al*, 2014).

No intuito de subsidiar o planejamento de ações para a melhoria assistencial, este estudo teve como finalidade caracterizar as gestantes submetidas à cesariana e descrever a percepção das mulheres sobre a assistência recebida durante o parto.

Métodos

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, sendo parte do projeto “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, realizado por meio da parceria entre o Instituto de Saúde (IS) e o Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e foi aprovado sob o número do Parecer 5.361.673.

O município conta com duas maternidades, sendo uma estadual, referência para gestantes de alto risco, e uma municipal filantrópica (Santa Casa) para atendimento de gestações de risco habitual. Foram analisados dados referentes ao ano de 2022 (dados preliminares) obtidos no DATASUS, e no painel de monitoramento de nascidos vivos segundo classificação de risco epidemiológico (Grupos de Robson), disponibilizadas pelo Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2015; Brasil, 2023).

No estudo quantitativo, foram analisados todos os grupos da classificação de

Robson (CR) (Quadro 1). A distribuição das cesáreas em cada grupo da CR foi submetida ao teste do qui-quadrado para comparação das proporções segundo estabelecimento (estadual e municipal), com significância estatística definida por um valor de $p < 0,05$.

Quadro 1 – Grupos da Classificação de Robson

Grupo	IG	Nº de fetos	Apresen- tação	Paridade	Cesárea prévia	Início de TP
1	≥ 37 sem	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Espontâneo
2	≥ 37 sem	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Induzido ou cesárea eletiva
3	≥ 37 sem	Único	Cefálica	Múltipara	Não	Espontâneo
4	≥ 37 sem	Único	Cefálica	Múltipara	Não	Induzido ou cesárea eletiva
5	≥ 37 sem	Único	Cefálica	Múltipara	Sim	Indepen- dente
6	Indepen- dente	Único	Pélvica	Nulípara	Não	Indepen- dente
7	Indepen- dente	Único	Pélvica	Múltipara	Indepen- dente	Indepen- dente
8	Indepen- dente	Múltiplo	Indepen- dente	Indepen- dente	Indepen- dente	Indepen- dente
9	Indepen- dente	Único	Transversa	Indepen- dente	Indepen- dente	Indepen- dente
10	< 37 sem	Único	Cefálica	Indepen- dente	Indepen- dente	Indepen- dente

Fonte: Organização Mundial da Saúde⁵.

No estudo qualitativo, foram realizadas onze entrevistas semi-estruturadas, com mulheres que realizaram parto (normal ou cesárea) em uma das maternidades do município entre outubro de 2021 e outubro de 2022. As entrevistas foram realizadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Francisco Morato, no segundo semestre de 2022 e iniciaram apenas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura das participantes. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um celular

⁵ IG: idade gestacional. TP: Trabalho de parto.



smartphone e posteriormente transcritas na íntegra.

Nesse estudo foi realizada uma análise de conteúdo, conforme proposto por Minayo a partir de análise temática com categorias estabelecidas a posteriori, abrangendo os seguintes passos: leitura flutuante; constituição do corpus; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; exploração do material; tratamento dos dados obtidos e interpretação (Minayo, 2010).

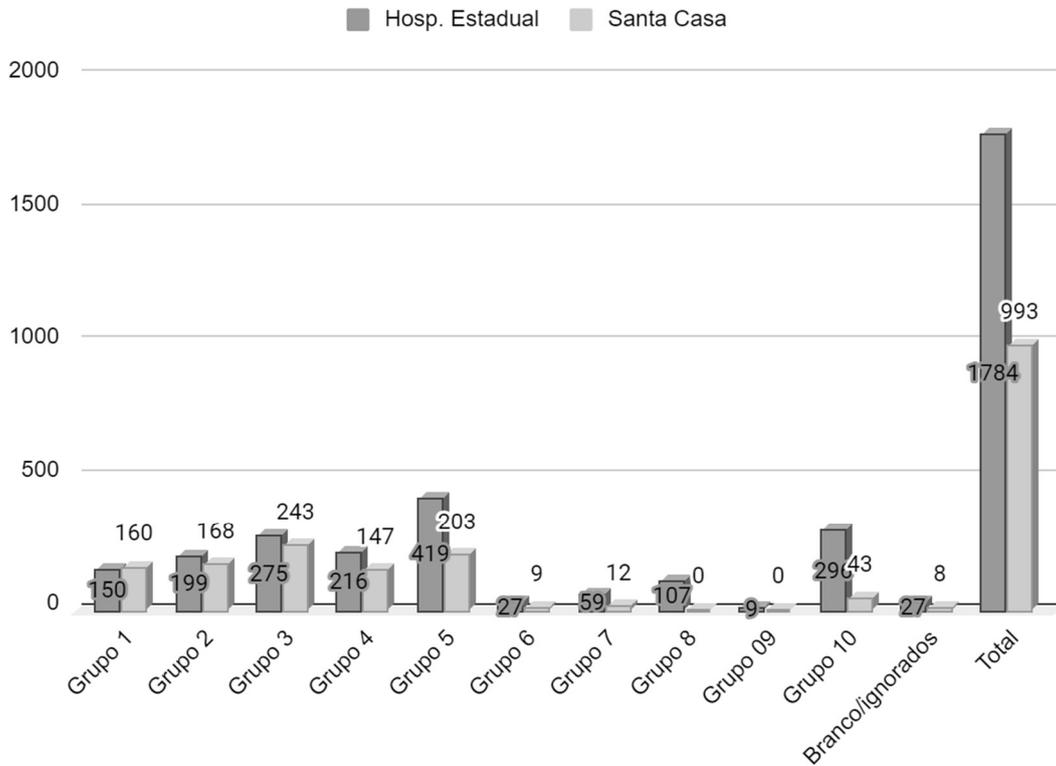
Resultados e discussão

Caracterização das parturientes segundo Classificação de Robson

O Brasil é conhecido mundialmente por suas altas taxas de cesárea, que passou a ser a principal via de nascimento em 2009, apesar das evidências que demonstram que as cesáreas, quando desnecessárias aumentam o risco de parto prematuro, de mortalidade neonatal, de morbi-mortalidade materna, além de gerar um impacto negativo na amamentação e de ter um maior custo para o Sistema de Saúde (Setti *et al*, 2019).

A maternidade estadual conta com 13 enfermeiros obstétricos em seu quadro profissional, todos celetistas e com carga horária de 36 horas semanais. Essa maternidade conta também com 46 médicos ginecologistas obstetras, com regime de contratação autônoma, com carga horária de 12 a 24 horas semanais. A maternidade filantrópica conta com 10 enfermeiros obstétricos, todos celetistas, com carga horária semanal de 40 horas. Quanto aos médicos ginecologistas obstetras, o hospital conta com 65 profissionais cadastrados, todos autônomos, com carga horária variando entre 6 e 9 horas semanais (Brasil, 2023).

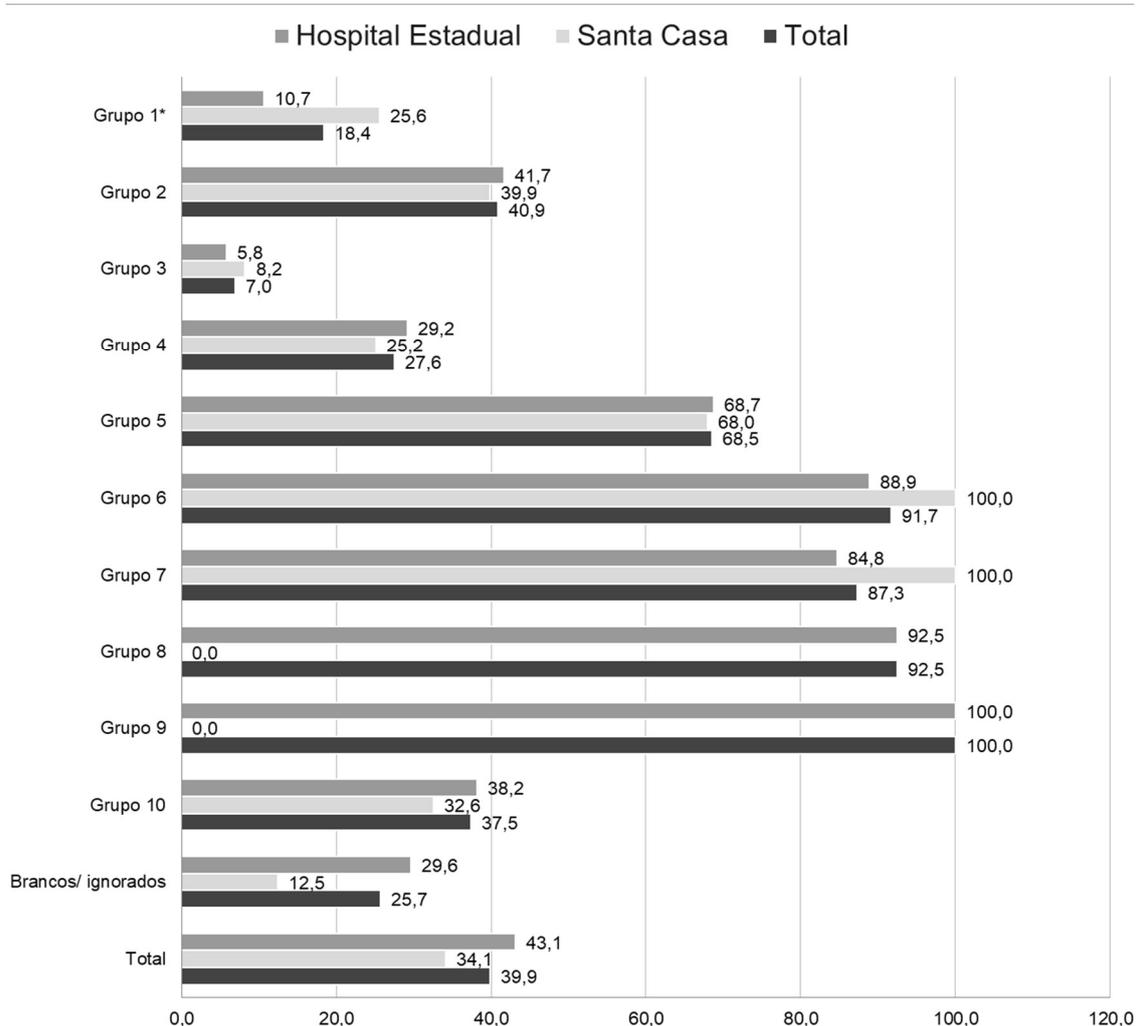
Figura 1- Nascidos vivos segundo Classificação de Robson. Município de Francisco Morato/SP, 2022



Fonte: Autora (2024)

Em 2022 nasceram 2777 crianças nos dois estabelecimentos, sendo 1784 no Hospital Estadual e 993 na Santa Casa (Figura 1). A taxa de cesárea total foi de 39,9%, sendo de 43,1% no estabelecimento estadual e 34,1% no estabelecimento municipal. Os grupos de 1 a 5 da classificação de Robson (CR) concentram 78,5% de todas as gestantes, sendo que os dois maiores grupos foram o grupo 5 e o grupo 3, respectivamente, correspondendo juntos a 41,1% das gestantes (Figura 2). Um estudo analisando uma maternidade paulista também encontrou esses grupos como os maiores a partir da CR (Silva *et al*, 2020).

Figura 2 – Taxa de cesárea segundo grupos de Robson. Município de Francisco Morato/SP, 2022



* p< 0,001

Fonte: Autora (2024)

Quanto às taxas de cesárea, observamos valores semelhantes entre dois hospitais segundo os Grupos de Robson, com maior taxa no Grupo 5, chegando a quase 70,0%. Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as taxas de cesárea dos dois estabelecimentos apenas no Grupo 1, com 10,7% de taxa de cesárea no Hospital Estadual e 25,6% de taxa de cesárea na Santa Casa. Esta alta taxa de cesárea em nulíparas em TP espontâneo assistidas na Santa Casa é preocupante, uma vez que a via de nascimento na primeira gestação poderá influenciar futuras gestações.

Ao analisar o grupo 1 e 2 conjuntamente (nulíparas, com gestação única e feto em apresentação cefálica, com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas),



encontramos uma taxa de cesárea de 30,6%. Estudo analisando as maternidades públicas do estado de São Paulo encontrou uma taxa de 49,3% (Lucena; Garcia; Duarte, 2020). Já em um estudo analisando as maternidades públicas brasileiras, foi encontrada uma taxa de cesárea semelhante ao achado no município aqui estudado, com 35,8% de taxa nesses mesmos grupos (Dias *et al*, 2016). Entre essas gestantes analisadas (Grupo 1 e 2), apenas 45,8% (n=677) entraram em trabalho de parto, sendo 43,0% na maternidade estadual (n=349) e 51,2% na Santa Casa (n= 328).

Entre as múltiparas sem cesárea anterior, com bebê cefálico e idade gestacional maior ou igual a 37 semanas (grupos 3 e 4), 58,9% (n=881) foram admitidas na maternidade em trabalho de parto, sendo 56,0% na maternidade estadual (n=491) e 62,3% na Santa Casa (n=390).

Associada a essa informação, entre as nulíparas que não entraram em trabalho de parto espontaneamente (grupo 2), temos uma taxa de cesárea de 40,9% e entre as que entraram em trabalho de parto (grupo 1) de 18,4%. Esse dado preocupa, pois a médio prazo pode contribuir para o aumento de taxas de cesárea em geral, já que as taxas de cesáreas em mulheres com cesárea prévia (grupo 5) é bastante alta, chegando a 68,5% no município.

Quanto à contribuição relativa para a taxa global de cesárea (Tabela 1), em ambos os estabelecimentos o Grupo 5 concentra a maior contribuição para a taxa de cesárea total (37,5% no estabelecimento estadual e 40,7% na Santa Casa). Estudo realizado no estado de São Paulo encontrou uma contribuição relativa no grupo 5 (hospitais públicos e filantrópicos) de 36,6%.¹¹ Outro estudo, realizado na Holanda, encontrou uma contribuição relativa para a taxa de cesárea nesse grupo de 18,1% (Zhang *et al*, 2016). Vale destacar que estudos demonstram sucesso em torno de 70,0% na prática de parto vaginal após cesárea (Nakamura-Pereira *et al*, 2016).

Tabela 1 – Contribuição relativa na taxa global de cesárea dos estabelecimentos de saúde e grupos de Robson. Município de Francisco Morato/SP, 2022.

	Número de cesáreas			Número de nascidos			Contribuição relativa (%) na taxa global de cesárea		
	Hosp. Estadual 1	Santa Casa	Total	Hosp. Estadual	Santa Casa	total	Hosp. Estadual	Santa Casa	Total
Grupo 1	16	41	57	150	160	310	2,1%	12,1%	5,1%
Grupo 2	83	67	150	199	168	367	10,8%	19,8%	13,5%
Grupo 3	16	20	36	275	243	518	2,1%	5,9%	3,3%
Grupo 4	63	37	100	216	147	363	8,2%	10,9%	9,0%
Grupo 5	288	138	426	419	203	622	37,5%	40,7%	38,5%
Grupo 6	24	9	33	27	9	36	3,1%	2,7%	3,0%
Grupo 7	50	12	62	59	12	71	6,5%	3,5%	5,6%
Grupo 8	99	0	99	107	0	107	12,9%	0,0%	8,9%
Grupo 9	9	0	9	9	0	9	1,2%	0,0%	0,8%
Grupo 10	113	14	127	296	43	339	14,7%	4,1%	11,5%
Branco/ignorados	8	1	9	27	8	35	1,0%	0,3%	0,8%
Total	769	339	1108	1784	993	2777	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Autora (2024)

O grupo 2 foi o segundo em contribuição relativa para as taxas de cesárea na Santa Casa (19,8%). No hospital estadual, foi o grupo 10 o segundo a ter a maior contribuição relativa, com 14,7%. No estado de São Paulo a contribuição relativa do grupo 2 foi de 21,5% (hospitais públicos e filantrópicos) (Lucena; Garcia; Duarte, 2021).

Uma revisão integrativa de estudos brasileiros publicados analisando partos segundo Classificação de Robson, também encontrou uma maior contribuição relativa para as taxas de cesárea nos grupos 5 e 2. Segundo a revisão, muitos estudos têm enfatizado esses grupos devido às intervenções ou cesáreas eletivas realizadas nas mulheres primigestas antes que entrem em trabalho de parto, e também às altas taxas de cesáreas em mulheres com cesárea anterior. Alguns estudos encontrados nessa mesma

revisão sugerem intervenção específica no grupo 5, já que seria capaz de alterar significativamente as taxas de cesárea do país. Entretanto, outros apostam que primeiramente é necessário evitar a primeira cesárea de modo a quebrar esse ciclo (Bezerra *et al*, 2019).

Importante destacar que, em países com baixas taxas de cesárea, como na Holanda onde um estudo encontrou uma taxa de 15,6%, as maiores contribuições relativas para a taxa de cesárea encontram-se nos grupos 6, 1 e 5 respectivamente (Zhang *et al*, 2016).

Os partos prematuros (grupo 10) correspondem a 12,2% dos nascimentos que ocorreram no município. Um estudo recente encontrou prevalência de prematuridade na região sudeste em 2021 de 11,3%, mesma proporção observada no país (Alberton *et al*, 2023). A Holanda tem uma taxa de prematuridade de 6,5% das gestações.¹³ Um estudo publicado na *The Lancet* em 2019, que analisou 117 países, colocou o Brasil em nona posição entre os países com mais nascimentos pré-termos (Chawanpaiboon, 2019).

Os grupos de 6, 7, 8 e 9, junto aos nascimentos com dados em branco ou ignorados representam 9,3% dos nascimentos. Nesses grupos é esperado que se encontre altas taxas de cesárea, conforme o encontrado neste estudo (Zhang *et al*, 2016).

Percepção das mulheres sobre a assistência ao parto

Entre as onze mulheres entrevistadas, seis tiveram o parto na Santa Casa (2 partos normais, 1 cesárea sem trabalho de parto e 3 cesáreas intraparto) e cinco na maternidade estadual (2 partos normais, 2 cesáreas sem trabalho de parto e 1 cesárea intraparto). A partir da análise das entrevistas não se verificou uma percepção mais positiva em relação a nenhuma das maternidades, tendo sido relatadas experiências positivas e negativas em ambas.

Os relatos das entrevistadas indicam que as duas maternidades do município possuem uma estrutura que condiz com as políticas públicas e que contribuem com uma assistência a partir da concepção de parto como evento fisiológico (chuveiro ou banheira, bola e espaço para caminhar) (Brasil, 2017). Nenhuma das entrevistadas relatou precisar ficar restrita ao leito durante o trabalho de parto e quase todas relataram terem se alimentado durante o trabalho de parto (as mulheres que não se alimentaram referiram

não ter se alimentado por opção ou por terem sido internadas em período próximo ao expulsivo).

Quanto ao direito à acompanhante, apenas uma mulher estava desacompanhada durante a assistência recebida no trabalho de parto e parto, entretanto o motivo estava relacionado ao cuidado dos outros filhos e não a impedimento formal da maternidade. Não houve nenhum relato de episiotomia e também não foi relatado nenhum episódio de manobra de Kristeller. Nenhuma mulher entrevistada teve acesso a analgesia para parto normal, tendo sido relatado apenas o acesso a anestesia local para sutura de laceração pós parto. Nenhuma mulher entrevistada relatou ter o parto em posição alternativa a posição deitada/ litotômica.

Os dados acima apresentados demonstram que as maternidades deste estudo vão em direção a uma assistência humanizada, evitando alguns procedimentos de rotina desnecessários, como episiotomia e jejum, conforme proposto pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (Brasil, 2017).

O relato das mulheres entrevistadas vai ao encontro a estudos que demonstram a melhoria da assistência obstétrica brasileira, que está relacionada a iniciativas do Ministério da Saúde para a qualificação do modelo de atenção obstétrica brasileira, como a Rede Cegonha, lançado em 2011 como estratégia de enfrentamento à mortalidade materna, à violência obstétrica e de melhorar a qualidade de atenção ao parto na rede pública de saúde (Leal *et al*, 2019).

Cuidado de enfermagem e a experiência positiva de assistência ao parto

Foram entrevistadas onze mulheres, entre as quais seis tiveram seu parto na Santa Casa e cinco na maternidade estadual. Entre as mulheres que foram atendidas na Santa Casa, uma realizou cesárea eletiva, duas tiveram parto normal e três realizaram cesárea após trabalho de parto. Entre as mulheres atendidas na maternidade estadual, duas foram submetidas a cesárea eletiva, duas tiveram parto normal e uma foi submetida a cesárea após trabalho de parto.

Das onze mulheres entrevistadas, cinco delas têm uma percepção totalmente positiva sobre o atendimento que receberam, sendo que três delas foram atendidas na maternidade estadual e duas na Santa Casa. Os relatos demonstram satisfação com o

atendimento recebido por médicos, equipe de enfermagem e também com a estrutura:

A estrutura lá também, lá é tudo novinho (risos), bem agradável. (E6)

pessoal bem atencioso, a enfermeira lá, que fez o parto, ela bem atenciosa. Foi o médico lá me examinar, durante todo o processo e depois também passava médico lá...em geral foi bom, não tenho, do atendimento, não tenho do que me queixar (E6)

...não tenho que reclamar em nenhum momento, desde a recepção até o momento da alta, no dia do parto mesmo, as enfermeiras, tudo (E8)

Chama atenção a percepção sobre o impacto positivo relacionado à assistência recebida pela equipe de enfermagem, tendo sido citado por nove das onze entrevistadas. Apenas uma das entrevistadas refere não ter sido bem atendida pela equipe de enfermagem.

... as enfermeiras foram impecáveis comigo, super atenciosas, não é à toa que quem fez todos os procedimentos foram as enfermeiras, e todo mundo que chegava ganhando, quem fazia o parto eram as enfermeiras, a médica só subia pra ir receber o bebê (E3)

As enfermeiras obstétricas e as obstetizas possuem habilitação para realizar assistência ao parto, tendo autonomia na condução dos partos de baixo risco e sem intercorrências. O Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde recomenda a incorporação desses profissionais, com evidências de que reduz intervenções desnecessárias e aumenta a satisfação das mulheres (Brasil, 2017).

Pesquisadores têm questionado o modelo de atenção obstétrica centrada no profissional médico, destacando que a atuação dos outros profissionais tem-se mostrado determinante para a diminuição das taxas de cesáreas no Brasil (Estivalet, 2019). Estudos demonstram que modelos de atenção onde a assistência ao parto é realizada por enfermeiras obstetras e/ou obstetizas, com apoio de médicos plantonistas tem potencial de reduzir as taxas de cesárea e aumentar o número de parto normal após cesárea anterior. Além disso, a incorporação dessa profissional nos sistemas de saúde contribui com uma assistência mais humanizada, com maior adesão às boas práticas de assistência ao parto, recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, diminuindo intervenções e favorecendo um parto fisiológico (Rosenstein *et al*, 2015; Santana *et al*, 2015).

A partir da análise dos profissionais cadastrados nas duas maternidades do município, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, junto às



entrevistas realizadas com as mulheres sobre a percepção da assistência ao parto recebida, é possível inferir que há um investimento nesses serviços para a implementação de um modelo de atenção que priorize a assistência ao parto normal, através da assistência prestada pelas enfermeiras obstetras. Os dois serviços possuem contratação de enfermeiros obstetras (13 e 10) bem superior ao encontrado na média dos serviços da região metropolitana de São Paulo (2,8 por estabelecimento de saúde) (Lucena; Garcia; Duarte, 2020).

Violência Obstétrica e violação de direitos

A discussão sobre violência obstétrica é relativamente recente, tendo ganhado maior visibilidade no início da primeira década do século XXI. Entretanto, os maus tratos sofridos pelas mulheres durante a assistência ao parto foram registrados desde meados do século XX com diferentes nomenclaturas.²¹ Estudos e autores de diferentes países têm adotado diferentes terminologias para descreverem as violações dos direitos das mulheres durante o parto, como: violência obstétrica, cuidado desumanizado, desrespeito e abuso e maus tratos da mulher (Bohren *et al*, 2015). No Brasil, na década de 1980 o tema foi abordado por trabalhos feministas descrevendo o parto institucionalizado como uma experiência violenta (Diniz *et al*, 2015).

Estudo realizado em 2010 demonstrou que 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência no parto, sendo as mais frequentes: exame de toque de forma dolorosa, negar formas de alívio à dor, gritos, realizar procedimentos sem informar, negar atendimento, humilhação ou xingamentos (Fundação Perseu Abramo, 2010).

A violência obstétrica tem implicações sobre a morbimortalidade materna na medida em que adiciona riscos a partir do manejo agressivo do parto vaginal, com uso de procedimentos sem recomendação científica, muitas vezes não consentidos, aumenta as taxas de cesárea, negligencia o atendimento às mulheres que expressam sua dor e pedem ajuda no momento do parto, tratam com hostilidade as mulheres e profissionais que buscam e oferecem uma assistência contra hegemônica, retarda o atendimento à mulheres em situação de abortamento, e impede ou dificulta a presença de acompanhante (Diniz *et al*, 2015).

O Quadro 2 relaciona sete categorias de desrespeito e abusos aos direitos

correspondentes) (Diniz *et al*, 2015; Tesser *et al*, 2015).

Quadro 2 - Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica

Categorias de desrespeito e abuso	Direitos Correspondentes	Exemplos de situações de violência obstétrica
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções didáticas - toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias; imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito de ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito acompanhante.
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”
Discriminação baseada em certos atributos	Direito a igualdade, a não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre,

		não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa da assistência	Direito ao cuidado em saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência - mulheres vistas como queixosas, descompensadas. Demora proposital de atendimento a essas mulheres, com riscos importantes à sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e a autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem suas dívidas com os serviços - no Brasil há relatos de detenção policial de parturientes

Fonte: Tesser apud Diniz *et al*, 2015; p. 3.

Nesse estudo duas mulheres entrevistadas nomearam como violência obstétrica a assistência recebida e outras três relataram situações onde foi possível identificar violação de direitos.

o pessoal falava assim “ah, violência obstétrica’ a mãe fica muito mal, eu achava que era mentira, mas eu vejo assim, que eu tenho crise de ansiedade agora, eu não tinha, (E3)

Em relação a médica, não! Eu tô me sentindo frustrada até hoje, se eu paro pra pensar em relação ao parto, eu me senti como uma violência obstétrica, vai, vamos dizer assim, a palavra certa. (E4)

Dentre as categorias de desrespeito e abuso, três delas foram relatadas nas falas das entrevistadas, sendo elas: abuso físico; cuidado indigno e abuso verbal; e abandono, negligência ou recusa da assistência.

Quatro entrevistadas apontaram situações de cuidado indigno e abuso verbal, violando o direito a dignidade e respeito:

porque o tratamento em relação às enfermeiras foi bem bruto. ... tudo elas queria brigar, a gente perguntava uma coisa elas já vinha com ignorância, quanto a isso eu não me senti acolhida. (E2)

e o doutor começou a ficar bem ignorante comigo (E11)

“pai, você tem que calar a sua boca”, desse jeito, “você não manda nada aqui, quem manda sou eu, e eu tô falando que ela aguenta até amanhã”, (E3)

Três entrevistadas relataram terem sofrido abandono, negligência ou recusa da assistência, tendo sido violado o direito ao cuidado em saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde:

“sobe lá e avisa pra ela que ela aguenta esperar até amanhã”, aí foi quando meu esposo começou a ficar nervoso, aí ele falou assim “mô, você já desmaiou mais de 25 vezes, você não tá aguentando mais”, foi quando eu comecei a falar pra ele “ô amor tem dinheiro em tal lugar, a senha é tal, cuida das meninas” (E3)

Uma das entrevistadas relatou ter sofrido abuso físico:

... como minha filha tava transversal ela ficou tentando virar a neném, tava colocando a mão e virando, e isso me machucava mais ainda e eu pedia pra parar e ela não parava e continuava e ficou mais de uma hora e meia fazendo isso...Em relação a médica que eu passei pra mim foi um transtorno em relação a isso, sofri em questão disso (E4)

Chama atenção a fala de uma entrevistada que relaciona a possibilidade de mau atendimento ao conhecimento e reivindicação dos direitos relacionados à assistência ao parto:

se você impõe o seu direito, você é muito mal tratada, eu tiro por essa unidade. (E2)

Apesar das evidências (Gomes *et al*, 2019; Diniz *et al*, 2014) e legislação (Brasil, 2005) relacionadas aos benefícios de estar acompanhada no processo de parto e nascimento foi encontrado neste estudo, situações de violação desse direito:

meu esposo viu eu sofrendo tanto que ele ficou do meu lado lá e tipo teve uma que eles falou: “não, pai, espera aí fora” e ele falou: “não, vou assistir o parto dela, mas teve uma hora que eles não queria deixar ele assistir, pediu pra ele aguardar lá fora, aí ele fez escândalo lá e eles deixaram. (E9)

Duas entrevistadas consideram que a qualidade do atendimento depende do comportamento da mulher e da sorte de ter uma equipe respeitosa no plantão

mas assim no outro dia que eu fiquei, que já foi outro plantão já não gostei tanto, então depende muito do dia e do plantão, (E10)

mas pra você ser bem tratada depende muito de como você é e com eles, depende muito do plantão, não são todos que tem a mesma paciência, não são todos que tem o mesmo jeito pra conversar, pra orientar você,

apenas isso. (E11)

Chama atenção um dos relatos analisados nesta pesquisa que exemplifica uma assistência permeada por violação de direitos, com potencial de causar danos à saúde da usuária, tendo impacto em sua saúde mental após o parto. A entrevistada contou que só conseguiu atendimento após o esposo ter acionado a polícia, que foi ao local e exigiu atendimento. Ela relatou que antes de sua experiência, entendia a morte materna como uma fatalidade, e que após sua experiência de assistência ao parto passou a compreender a mortalidade materna como resultado de uma má assistência. Após o seu parto, soube de outros relatos de violência obstétrica sofrida por outras mulheres que foram assistidas pela mesma médica. A entrevistada falou também do impacto que a assistência ao parto causou em sua saúde mental. Apesar do desejo de se mobilizar e acionar a justiça pelo que vivenciou, não se sente preparada psicologicamente para essa ação:

e infelizmente a gente ouvia falar “a foi ganhar neném morreu..., aí eu pensava “poxa, a pessoa chegou lá com a pressão 20 e tanto”, mas não é, é o atendimento mesmo. (E3)

... eu ouvi que ela faz isso, com um monte de gente...(E3)

eu desenvolvi crise de ansiedade, durante um mês inteiro eu olhava pra ela eu chorava, eu fiquei umas 15 noites acordando assustada, eu e ela, porque foi um sofrimento muito grande. (E3)

[meu marido] falou pra eu entrar com uma ação contra a médica, não contra o hospital. Mas eu falei pra ele que eu ainda não tô preparada. [ele disse] ah amor, mas a gente podia impedir isso de acontecer com outras pessoas”, mas eu ainda não tô preparada não, não consigo nem falar. (E3)

A violência obstétrica tem na desigualdade de gênero a sua gênese e explicação. Há uma construção hierárquica nas relações entre homens e mulheres que leva a situações de opressão e violência sofridas pelas mulheres. Essa desigualdade reflete na organização do sistema de saúde para a resposta às necessidades de assistência durante o ciclo gravídico puerperal, e também na formação dos profissionais habilitados para prestar assistência. A interação entre os profissionais de saúde e a mulher durante a assistência recebida, como relatado acima, resulta dessa construção social (Diniz, 2023).

A assistência ao parto possui uma íntima relação com a forma de reconhecimento dos direitos sexuais das mulheres, evidenciada pela gestação. Assim como visto nesta pesquisa, são inúmeros os estudos brasileiros que partem da narrativa de mulheres e



revelam uma assistência ao parto permeada pelo medo, solidão, abandono, em serviços que não legitimam a sua sexualidade. As mulheres são consideradas subalternas, e cria-se uma hierarquia de legitimidade da maternidade a partir de sua condição social de mulher, de seu estado civil, sua idade, sua raça/cor, e outros critérios que possam denotar uma maior ou menor valorização, ou desvalorização social (Diniz, 2005; Gazar *et al*, 2021).

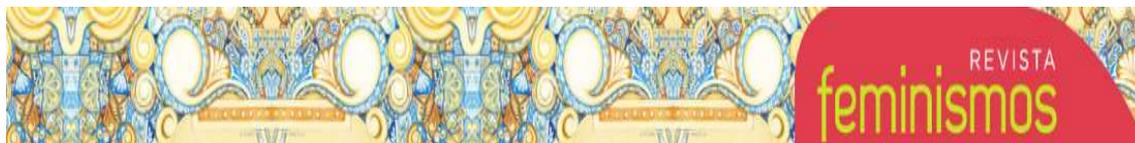
Podemos compreender os relatos analisados, que demonstram desrespeito e abuso na assistência ao parto, como sinal de um sistema de saúde em crise de qualidade e responsabilidade. No nível mais fundamental, o sistema de saúde que tolera abuso e desrespeito, desvaloriza a mulher, o que por si é a causa base do lento progresso na redução da mortalidade materna (Freedman *et al*, 2014).

Nesse estudo foram relatadas diversas situações de violação de direitos, dados a partir da assistência prestada e da interação entre profissional e usuária. Entretanto, essas situações devem ser vistas como resultantes de uma complexa variedade de falhas nos serviços e sistemas de saúde que contribuem para sua ocorrência, como: equipes insuficientes, estruturas frágeis de supervisão, estrutura inadequada dos serviços e relações de poder que desconsideram sistematicamente as mulheres. As condições do sistema de saúde podem contribuir diretamente nos comportamentos individuais. O sistema de saúde pode favorecer um contexto de experiências negativas, entretanto não pode ser considerado uma justificativa para que os maus tratos aconteçam (Bohren *et al*, 2015).

Considerações finais

Este estudo traz a importância de analisar os dados disponíveis nos sistemas de informação e sua potencialidade para analisar dados relacionados à assistência ao parto, junto a análise de informações coletada diretamente com as mulheres, dados ainda invisíveis aos sistemas.

Chama atenção a quantidade de mulheres do município que sofrem intervenção antes de entrar em trabalho de parto (Grupo 2 e 4) e também as altas taxas de cesárea em mulheres com cesárea prévia (Grupo 5). Ainda assim é possível perceber o investimento em uma estrutura favorável ao parto normal.



Quando analisada a percepção das mulheres sobre a assistência, os relatos ainda demonstram situações de violação de direitos, tornando uma experiência negativa de assistência ao parto. Entretanto, chamou atenção os relatos positivos da assistência recebida pela enfermagem. O conjunto de dados demonstra a incorporação de enfermeiras obstétricas neste município e o seu potencial para uma experiência positiva de assistência ao parto.

Para compreender melhor a realidade da assistência ao parto no município, novos estudos devem ser realizados, incluindo os profissionais das maternidades, para melhor compreender as barreiras ainda presentes para uma assistência mais humanizada e com menos intervenções.

Referências

ALBERTON, Marcos; ROSA, Vanessa Martins; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série histórica 2011-2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, p. e2022603, 2023.

BEZERRA, Larissa Figueiredo; BEZERRA, Leticia Figueiredo; MARQUES, Marcelo Costa Cronemberger. Classificação de Robson nas maternidades brasileiras: estatísticas, prós e contras. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, v. 4, n. 7, p. 38-46, 2019.

BOHREN, Meghan A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, v. 12, n. 6, p. e1001847, 2015.

BRASIL. *Lei 11.108, de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 01 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.



Diretrizes Nacionais de assistência ao parto: uma versão resumida. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.

CHAWANPAIBOON, Saifon et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet global health*, v. 7, n. 1, p. e37-e46, 2019.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reproductive health*, v. 13, p. 175-185, 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, p. S140-S153, 2014.

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. *J Hum Growth Dev*, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto - teoria e prática - gênero, direitos humanos, desafios e lições aprendidas na implementação de práticas humanizadas*. 1ª ed. São Paulo: Dialética, 2023.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S154-S168, 2014.

ESTIVALET, Anelise Gregis. Saúde reprodutiva e gestão dos corpos das mulheres brasileiras. *Revista Feminismos*, v. 7, n. 2, 2019.

FREEDMAN, Lynn P.; KRUK, Margaret E. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, v. 384, n. 9948, p. e42-e44, 2014.

Fundação Perseu Abramo. SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Perseu Abramo/Sesc, 2010.

GAZAR, Thalita Nascimento et al. Direitos reprodutivos em tempos de pandemia COVID-19: compreendendo o acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde. *Revista Feminismos*, v. 9, n. 1, 2021.

GOMES, Iris Elizabete Messa et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev Enferm da UFSM*, v. 9, p. 61, 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, p. S17-S32, 2014.



LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, 2019.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 61-71, 2015.

LUCENA, Fabiana Santos; GARCIA, Mariana Tarricone; DUARTE, Lígia Schiavon. Taxas de cesárea no estado de São Paulo: desigualdades regionais na assistência obstétrica prestada pelo SUS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, p. 1137-1149, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproductive health*, v. 13, p. 245-256, 2016.

ROSENSTEIN, Melissa G. et al. The association of expanded access to a collaborative midwifery and laborist model with cesarean delivery rates. *Obstetrics & Gynecology*, v. 126, n. 4, p. 716-723, 2015.

SANTANA, Ariane Teixeira de et al. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, p. 135-144, 2019.

SETTI, Cecília et al. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.

SILVA, Lais Flávia et al. Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública. *Femina*, v. 48, n. 2, p. 114-21, 2020.

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.

WHO (World Health Organization). *Robson classification: Implementation manual*. Geneva: WHO, 2017.

ZHANG, Jun et al. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 123, n. 5, p. 754-761, 2016.