

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: IDENTIFICANDO OS MÉTODOS E FORMAS DE VIOLÊNCIA DURANTE O PARTO

Leila Natália Vilas Boas Wanderley Matheus*

Lívia Carvalho de Melo**

Luci Mary Carneiro de Santana***

RESUMO

O presente trabalho refere-se a uma abordagem qualitativa de forma narrativa, que objetiva analisar a assistência prestada às mulheres durante o parto, identificando, sob a ótica da humanização, as diversas formas de violência obstétrica exercidas pelos profissionais de saúde contra as mulheres durante o processo parturitivo. Entende-se que violência obstétrica é todo ato desumanizado que fere a moral, o psicológico e o físico da mulher em qualquer fase do período reprodutivo. Apesar de ser um tema de grande relevância social, ainda necessita de maiores esclarecimentos sobre o assunto, deixando transparecer os direitos das mulheres durante o parto, fazendo-se necessária a implementação de leis que fiscalizem a atuação dos profissionais que assistem às gestantes durante o parto.

Palavras-chave: Gestante. Humanização. Parto. Violência obstétrica.

1 Introdução

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todas que dela participam (BRASIL, 2008).

A maioria das gestantes, no decorrer do parto, não consegue identificar quando são violentadas obstetricamente, seja por estarem tomadas de dor e/ou emoção, ou simplesmente por desconhecerem o que é, de fato, uma violência obstétrica.

A violência obstétrica é relacionada como uma violência praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto, que se submetem a ela principalmente por desconhecerem o processo fisiológico do parto, por não serem infor-

* Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Atualiza Cursos. E-mail: leilanatalia@hotmail.com

** Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Atualiza Cursos. E-mail: liviamelo79@gmail.com

*** Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Atualiza Cursos. E-mail: lumadesantana@hotmail.com

madras pelos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de assistência, por temerem pela vida do bebê e pelo mau atendimento, pela condição de desigualdade entre médico e paciente (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica) ou simplesmente por acreditarem que “é assim mesmo” (WOLFF; WALDOW, 2008 apud SANTOS; SOUZA, 2015).

A violência obstétrica é uma terminologia usada para descrever e se referir a todas as formas de violência originadas durante a assistência ao ciclo gravídico puerperal ou abortamento (TESSER et al, 2015; DINIZ et al, 2015). Nesta pesquisa, iremos focar a violência obstétrica ocorrida durante o processo de parturição. Nos últimos anos, diversas definições têm sido propostas, sendo a legislação da Venezuela pioneira em tipificar a violência obstétrica (BELLI, 2013). A legislação desse país a descreve como:

(...) A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA, 2007, p. 30 apud SANTOS, 2017).

Essa violência é expressa desde o descaso na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não uso de medicação analgésica quando tecnicamente indicada) até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas. (AGUIAR, 2011 apud Rodrigues et al, 2015).

Para Pontes e Lima (2012), na assistência prestada às mulheres durante as etapas que envolvem o nascimento de uma criança, levando-se em conta as intervenções realizadas, o tratamento humanizado, a relação estabelecida entre equipe multiprofissional e parturiente e a posição da mulher frente à autoridade do sistema obstétrico, é recomendada, pela OMS, a adoção de práticas que beneficiam e tornam o parto de baixo risco menos intervencionista e mais humanizado. A institucionalização do parto, porém, fez com que, ao longo do tempo, essas práticas fossem sendo cada vez mais violadas, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada e tirando da mulher o papel de protagonista de sua parturição.

Sentimentos de medo, ansiedade e solidão acompanham a mulher no momento do parto, ela sofre com a ausência da mãe, companheiro ou alguém de sua confiança. O que muitas desconhecem é que existe uma lei que as ampara nesse sentido, isto é, de acordo com a Lei nº 11.108 de 2005, os serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde devem permitir a presença do acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, mas o que se observa nos centros obstétricos é o descumprimento desta lei, violando o direito das mulheres.

Em diversos cenários, observa-se que a assistência obstétrica no processo parturitivo não é esclarecida às mulheres, pois o que se sobressai é o atendimento embasado no paradigma tecnocrático. Neste, os profissionais de saúde são os que “comandam” o processo assistencial, tornando as mulheres submissas aos seus saberes e fazeres, meros “objetos” dos conhecimentos desses, e não sujeitos participantes deste processo. As mulheres, que deveriam ser as protagonistas, infelizmente, estão sendo obrigadas a assumirem o papel secundário de sua própria história. A violação do direito de serem informadas acerca de seu parto e das práticas implementadas, constitui mais uma modalidade de violência no campo psicológico.

Com o intuito de resgatar a autonomia feminina frente à parturição e ao nascimento digno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu recomendações, que, em 2000, foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, sob o título “Assistência ao Parto Normal — Um Guia Prático”, originando a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde, que objetivam a adoção das práticas humanizadas, está o reconhecimento das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal.

Neste sentido, Diniz (2005) afirma que a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento da parturiente.

O termo “humanização” pode agregar diferentes significados. De acordo com Ferreira (2001), a humanização é definida como o ato de tornar humano, é dar condição humana, humanizar, civilizar; tornar-se humano, humanizar-se.

Já Merighi et al (2007), expressam uma mudança na compreensão do parto como sendo uma experiência humana, gerando interpretação de diversas influências no campo ideológico-cultural. Os principais sentidos atribuídos ao termo podem ser agrupados, relacionando-se os aspectos de ordem técnica e ético-política. Um desses agrupamentos diz respeito ao sentido de humanização relacionado com a assistência baseada em evidências científicas, que utilizam a tecnologia apropriada e inspirada no paradigma da desmedicalização da atenção ao parto e nascimento. O parto passa a ser compreendido como um evento “natural” e fisiológico, resgatando-se a competência instintiva feminina no processo parturitivo.

Para a humanização do parto adequado, é fundamental o preparo da gestante para o momento do nascimento e esse preparo deve ser iniciado precocemente, durante o pré-natal. Isto requer um esfor-

ço muito grande, mas plenamente viável no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve também uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações — onde e como o nascimento deverá ocorrer —, o preparo físico e psíquico da mulher, uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros do mesmo (BRASIL, 2001).

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento, o que permite ao profissional estabelecer um vínculo com cada mulher e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Tendo em vista a assistência de enfermagem à parturiente, o estudo do tema gera uma necessidade quanto ao melhor atendimento humanizado no momento do processo do trabalho de parto visando à qualidade de vida da mulher, assim como a intrínseca relação do enfermeiro atuante para assegurar o bem-estar da cliente antes, durante e após o parto normal.

A enfermagem no cuidar compreende e fornece ao seu cliente/paciente o cuidado de acordo com as suas necessidades, portanto, sendo assim a equipe de saúde deve adquirir consciência na mudança de pensamento em relação à assistência (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

Este estudo considera a importância de reconhecer o parto como um processo que vai além da fisiologia feminina, abrangendo questões que envolvem fatores emocional e social. A passividade da mulher com relação aos seus direitos, possibilitou uma realidade cruel de submissão frente ao processo de gerar e parir. A remodelação do modelo da assistência prestada e a criação de políticas públicas, precisam estar entrelaçadas com o “interesse” da mulher em assumir seu papel de protagonista, exigindo um tratamento de relação horizontal, respeitoso, deixando, assim, a possibilida-

de para que as próximas gerações possam nascer dignamente por meio de um parto ativo, consciente e humanizado.

2 Metodologia

Quanto à abordagem desta pesquisa, ela foi qualitativa e de forma narrativa, objetivando analisar as gestantes que não conseguem identificar a violência obstétrica.

Descreeveram-se os aspectos mais profundos através da abordagem de paramentos, hábitos e atitudes, o que possibilitou uma análise qualitativa do perfil das gestantes vulneráveis a este tipo de violência. Foram utilizados bancos de dados como SciELO, LILACS e BIREME para a seleção de 30 artigos científicos sendo que apenas 10 artigos foram selecionados para a inclusão nesta pesquisa. Teve-se como foco a Violência Obstétrica no processo parturitivo, buscando confrontar as temáticas; analisar se as gestantes reconhecem quando são vítimas de uma violência obstétrica; identificar os tipos de violência, apresentando a importância da orientação à gestante; elencar as políticas pertinentes aos direitos da gestante e evidenciar a humanização desde o acolhimento até o trabalho de parto.

Os artigos escolhidos foram publicados no período de 2008 a 2017, na língua portuguesa, pois, nos demais idiomas, o teor não se relacionava com a realidade do tema a ser abordado, ou seja, os artigos excluídos não se adequaram ao tema proposto.

3 Resultado e discussão

3.1 Violência obstétrica: definição e tipos

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, expresso através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos proces-

sos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al, 2012 apud ANDRADE; AGGIO, 2014).

A violência institucional obstétrica é relacionada como uma violência praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto, que se submetem a ela principalmente por desconhecerem o processo fisiológico do parto, por não serem informadas pelos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de assistência, por temerem pela vida do bebê e pelo mau atendimento, pela condição de desigualdade entre médico e paciente (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica) ou simplesmente por acreditarem que “é assim mesmo” (WOLFF; WALDOW, 2008 apud SANTOS; SOUZA, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), o conceito de violência obstétrica, que é definido pela OMS como a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e pelos profissionais que as atendem, bem como o desrespeito à sua autonomia.

Há mais ou menos duas décadas a OMS (2015) expôs informações referentes à assistência ao parto normal e às respectivas condutas obstétricas ao mesmo tempo. As boas condutas devem ser mantidas, sendo realizadas de forma cautelosa, a fim de não expor as gestantes a danos e prejuízos. Baseado nesse documento, em 2000, o Ministério da Saúde lança mão do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento para garantir as recomendações e direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Existem várias práticas que são utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, apesar de serem amplamente divulgadas pela OMS, desde 1996, como prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas da assistência ao parto, e práticas utilizadas de modo inadequado, dentre outras, que, sendo adotadas, influenciam negativamente na experiência do parto, associando-se diretamente à violência obstétrica, pois, além de prejudicar o seguimento fisiológico, torna a parturiente suscetível a complicações. (SANTOS; SOUZA, 2015).

A violência obstétrica é expressa desde a falta de cuidados na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada) até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas. (AGUIAR, 2013 apud RODRIGUES et al., 2015).

Segundo Aguiar et al. (2013 apud RODRIGUES et al., 2015), a violência contra a mulher perpetua-se na negação aos métodos de alívio à dor, na realização de procedimentos desnecessários feitos sem o seu consentimento (como tricotomia, enteroclitomia, uso de ocitócitos, toque vaginal, amniotomia e episiotomia), além da negligência, abandono, indiferença quanto às questões de ordem social e de gênero, e impedimento do parto em relação às posições verticalizadas, prevalecendo a posição horizontal, e a anulação do direito ao acompanhante, evidenciando a violência por parte dos profissionais e dos serviços de saúde. Do mesmo modo, a realização de manobras prejudiciais, como a de Kristeller, além da discriminação, do tratamento grosseiro por meio de ameaças, humilhações e maus-tratos com a utilização de “jargões” como: “Na hora de fazer, não chorou”, demonstram uma violência velada e a sua naturalização pautada em estereótipos de classe e gênero. Destaque deve ser dado ao fato de que até o abuso sexual pode ser vivenciado pela mulher, o que se constitui em violência obstétrica nas maternidades públicas.

3.2 Importância na orientação das gestantes

A maioria das gestantes no decorrer do pré-parto e parto, não consegue identificar quando são violentadas obstetricamente, seja por estarem tomadas de dor e/ou emoção, ou simplesmente por desconhecerem o que é, de fato, uma violência obstétrica.

O exercício da prática profissional requer dos profissionais de saúde o domínio de competências para ofertar serviços de qualidade. (DINIZ et al, 2015). Além disso, devem assumir uma postura condizente com o preconizado pelo Código de Ética que rege a profissão, ou seja, a harmonização da ciência e da ética, no processo de parturição, passa pelo conhecimento e aplicação do Código de Ética. (TIMI, 2016 apud SANTOS, 2017).

A mulher preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará estes períodos com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas. Desta forma, é possível afirmar que a transição para o papel materno inicia durante a gestação, passa pelo processo de parto e nascimento e chega ao puerpério, porém nem sempre a puérpera está apta a enfrentar os novos papéis e a eles adaptar-se de forma equilibrada. (CATAFESTA, et al., 2009 apud FRANCISQUINI, 2010).

É importante a mulher sentir-se segura com a equipe que está ao seu redor, independentemente do tipo de parto a ser realizado. O nascimento se traduz num evento muito importante para a família, e esta, desde a parturiente até as pessoas que estão aguardando o nascimento, necessita de orientação sobre os procedimentos a serem realizados. As orientações devem ser feitas desde o momento da internação, incluindo informações sobre os procedimentos até as formas pelas quais a família pode participar. (FRANCISQUINI, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2001 apud FRANCISQUINI, 2010), as informações recebidas pelas mulheres durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto apresentam uma clara associação com a satisfação com o parto, e quanto mais completa ou suficiente for a informação percebida pela mulher, maior a satisfação relatada com respeito à assistência prestada pela equipe. Além disso, a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e

bem-estar. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a gestante, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento.

Neste contexto, é essencial que a relação entre profissional e parturiente seja pautada no vínculo, na confiança, na segurança e no respeito, sendo necessário que o profissional valorize a participação ativa da mulher, bem como lhe forneça orientações a cada procedimento. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 apud SANTOS, 2017).

Portanto, os profissionais de saúde têm papel fundamental na implementação da política de humanização do parto e nascimento quando assumem uma postura ética, humanizada e holística e investem em uma comunicação eficaz. Assim, tornam-se decisivos no processo de parturição saudável, sem a prática de atos violentos.

3.3 Políticas públicas pertinentes os direitos da gestante

“Nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas”. (RORTY, 1993 apud DINIZ, 2005).

A violência obstétrica pode estar relacionada ao despreparo institucional hospitalar, concomitantemente à falta de qualificação dos profissionais, recaiando em uma assistência obstétrica sem respaldo científico, agressiva e que em muitas vezes viola os direitos humanos básicos das mulheres.

Os hospitais brasileiros precisam se adequar aos direitos humanos das mulheres em seu ciclo gravídico puerperal, deixando estruturas tradicionais e ultrapassadas para trás, além de promover ambientes mais favoráveis à atuação holística dos profissionais, garantindo uma assistência mais digna à mulher e ao seu recém-nascido.

Silva et al (2014) ressaltam que uma boa alternativa para esta melhoria é a construção de Centros de Partos Normais, pois seus históricos de atuação

têm os melhores resultados perinatais para partos normais, fisiológicos e de risco eventual.

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento” elucida os mais recentes dados de nossa nação e aponta como o parto e o nascimento, em nosso País, estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes de uso de ocitocina sintética, episiotomias, manobras para acelerar o nascimento e cesarianas sem justificativas. (SILVA, 2014).

No Brasil não existem leis que definam e fiscalizem a violência obstétrica. De acordo com a legislação da Argentina e da Venezuela, a violência obstétrica é definida como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. A lei venezuelana completa ainda como consequência a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (AGUIAR, 2010 apud SANTOS; SOUZA, 2015).

Em nosso País, foram criados programas com o intuito de estabelecer um critério para atendimento, norteando as unidades para uma assistência de qualidade e humanizada, visando também à redução nas taxas de morbimortalidade de mães e recém-nascidos.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é considerado um importante marco nas políticas públicas na área de saúde da mulher, pois buscou romper com as políticas reducionistas e fragmentadas da época ao adotar um discurso de saúde integral. Contudo, reiterou o foco no ciclo reprodutivo da mulher (FREITAS et al, 2009 apud SANTOS, 2015).

O Programa atua em diversas áreas, sendo elas: assistência gravídico-puerperal; planejamento familiar; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério e às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das

doenças sexualmente transmissíveis, além de incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; MATOS et al, 2013 apud SANTOS, 2015).

O Programa Maternidade Segura é outra conquista fruto da Conferência Internacional “Tecnologia apropriada para o Nascimento”, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que aconteceu em Fortaleza, em 1985, em que fica estabelecido que o parto é um processo fisiológico. Enfatizou, ainda, o respeito, a autonomia e o direito ao acompanhante e propôs recomendações para uma assistência ao parto com menos intervenções e medicações. (SOUZA; TYRRELL, 2011 apud SANTOS, 2015).

Segundo Costa (2009), não houve, na década de 1990, significativas mudanças nas políticas de saúde das mulheres. Contudo, dois movimentos se destacaram nesse período: expansão das coberturas de atenção básica, principalmente através do Programa Saúde da Família, e iniciativas voltadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto, as quais contribuíram para alterar as ações direcionadas à saúde da mulher. Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 985/99, que dispôs sobre a criação de Centros de Parto Normal no âmbito do SUS, os quais poderiam ser intra ou extra-hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, com o objetivo de estimular e destacar as instituições de saúde que oferecessem assistência humanizada às mulheres e aos recém-nascidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 2004, Ano da Mulher, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cujos princípios norteadores residem na promoção da saúde, integralidade e no gênero, com foco na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Com essa linha de atuação, foi lançado, no mesmo ano, o Pac-

to Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que consiste em ações programáticas em prol da qualificação da assistência obstétrica e neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b apud SANTOS, 2015).

Diante disso, em 2011, o governo federal lançou a Rede Cegonha, com o propósito de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência a crianças com até 24 meses de vida. A Rede Cegonha foi organizada para garantir acesso, acolhimento, resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). É definida como “uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis”. Organiza-se em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; além de possuir um sistema logístico de transporte sanitário e regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 apud SANTOS, 2015).

Em 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria 353/2017, que sancionou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Com este documento, objetivou-se promover, proteger e incentivar o parto normal por meio da qualificação da atenção à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, além de uniformizar e padronizar as práticas clínicas de assistência ao parto, diminuir as intervenções desnecessárias e, consequentemente, favorecer mudanças no processo de atenção ao parto normal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017 apud SANTOS, 2015).

3.4 Humanização da assistência no acolhimento à gestante durante o trabalho de parto

O tema da humanização vem sendo utilizado amplamente na sociedade atual e em várias áreas do conhecimento humano, como educação, trabalho e saúde. No campo da saúde, o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao

paradigma de direitos humanos, cujas raízes são encontradas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que expressa a liberdade e o direito de cada um na sociedade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1999).

Na área da saúde, observa-se a procura incessante por aspectos que humanizem a assistência na saúde mental, na obstetrícia, na neonatologia e, de forma mais ampla, na área da saúde coletiva, já que o tema da humanização “entrou no jargão do planejamento e da gestão do setor saúde” (ALEKSANDROWICZ; MINAYO, 2005).

Na enfermagem, têm-se oportunidades de humanizar, desde os recém-nascidos aos idosos, homens e mulheres. Exemplifica-se essa oportunidade com a humanização do parto e nascimentos. Humanizar neste momento é respeitar um processo de dor natural, dando todo suporte emocional para amenizar o sofrimento, um simples toque nas mãos, um sorriso, um afago, apenas a presença para dizer que a parturiente não está só, já faz com que a mesma se sinta cuidada e assistida, diminuindo o seu estado de desespero. Outro fator importante é o posicionamento no qual a parturiente se sente mais confortável, seja ele de cócoras, de lado, deitada ou em pé. A cama de parto deve já estar preparada de tal forma que, no início do trabalho de parto, a mulher não precise ser deslocada e possa ficar esperando o momento oportuno para ter o bebê, sendo muito importante manter a privacidade, o respeito e a dignidade dessa parturiente.

O enfermeiro, neste momento, é fundamental, pois o mesmo assiste com frequência a todo este processo (BRASIL, 2001).

Humanizar o atendimento é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade, e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a humanização é vivencial, é o sentido de viver e os saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

Em 1996, a OMS lançou as recomendações para a assistência ao parto, por intermédio de um guia prático que objetivou servir de referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Apesar de o foco primário deste documento ser o grupo de gestantes de baixo risco, a OMS ressalta que, “como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco tem um curso normal, várias recomendações também se aplicam à assistência dessas mulheres”. Conhecido como recomendações da OMS, o documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias. Em uma ponta, coloca práticas que deveriam ser estimuladas, em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente; em outra, estão aquelas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz; na terceira, mostra condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; e na última, procedimentos usados regularmente, porém de maneira inapropriada.

Há muito tempo, obstetras do Brasil e do mundo não mais consideram o parto como evento natural, fisiológico, mas como patológico e arriscado, utilizando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa.

Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) alerta sobre a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias que perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto. A partir daí, este “passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor”. O “medo paralisante” da dor do parto é apontado como um dos fatores que mais influenciam a escolha das mulheres.

Reverter esta situação é objetivo de todos que lutam pela humanização do parto no mundo e também no

Brasil. O Ministério da Saúde lançou uma cartilha que, se fosse aplicada em nossos hospitais, mudaria a situação. Infelizmente, encontramos nas maternidades grande número de intervenções por rotina que, segundo a OMS e o MS, são prejudiciais ou só deveriam ser usadas com as devidas indicações, o que se limita, normalmente, a 15/25% dos casos.

Medidas estas como a tricotomia e o enema de rotina, toques vaginais frequentes, a falta de um acompanhante para a parturiente, a confinamento na cama, a pega de uma veia com soro, a aplicação de ocitocina, a posição ginecológica sobre a mesa de parto, a episiotomia e a anfalotomia precoce são só algumas das intervenções mais usadas.

Existe uma necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. “A adequação física da rede hospitalar — para que a mulher possa ter um acompanhante (também previamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor — requer, além de boa vontade, também investimentos”. (BRASIL, 2008, p.38).

4 Conclusão

O principal intuito deste estudo foi elucidar a definição da violência obstétrica, elencando as consequências e sequelas causadas à mulher violentada e trazendo como possibilidade de solução a humanização da assistência prestada. O advento da humanização nos centros obstétricos visa a melhoria no atendimento às mulheres durante o trabalho de parto, culminando na necessidade de se criar políticas públicas para solidificar e reafirmar os direitos das mulheres nas unidades de saúde.

Assim, esta pesquisa torna-se relevante, pois busca identificar os tipos de violência obstétrica, assim como a importância de a mulher conhecer e saber quais os direitos que a assistem. É possível motivar os profissionais a prestarem um atendimento qualificado e humanizado, pondo em prática concomitantemente, seus saberes técnico-científicos e com a sensível “arte do cuidar”, que deve ser inerente não somente ao enfermeiro, mas aos demais profissionais da saúde, pois todos lidam com vidas. Sendo estas desiguais, precisam de um olhar holístico, aportando em um tratamento diversificado para cada situação, pois cada ser possui suas especificidades e diferenças.

OBSTETRIC VIOLENCE: IDENTIFYING METHODS AND FORMS OF VIOLENCE DURING BIRTH

ABSTRACT

The present work deals with a qualitative approach in a narrative form, which aims to analyze the assistance provided to women during childbirth, identifying from the point of view of humanization the various forms of obstetric violence carried out by health professionals against women during the parturition process. It is understood that obstetric violence is any dehumanized act that hurts the moral, psychological and physical of the woman at any stage of the reproductive period. Although it is a subject of great social relevance, it still needs to be clarified on the subject, showing the rights of women during the parturition, making it necessary to implement Laws that supervise the performance of professionals who assist pregnancy women during childbirth.

Keywords: Childbirth. Humanization. Obstetric violence. Pregnancy.

Referências

- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: III SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena_Padilha_Andrade.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v.5, n.1, p.119-129, 2016.
- CAMPOS, Neusa Ferreira de et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.14, n.1, p. 47-58, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORTANCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO-PRONTO.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2017.
- FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupodepuérperas. **CiencCuidSaude**, v.9, n.4, p.743-751, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13826/7193>>. Acesso em: 05 nov. 2017.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas**. 11 ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- MEDINA, Ana Beatriz Campos; PENNA, Lúcia Helena Garcia. A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n.3, p. 466-73, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a07v17n3.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- RODRIGUES, Diego Pereira et al. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.9, Supl. 5, p.8461-7, jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10613/11595>>. Acesso em: 05 nov. 2017.
- SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. 115f. 2017. (Dissertação) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7601/5/Dissertação_-_Mayara_Guimarães_Santos_-_2017.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2017.
- SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**. Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas. **Rev Rene.**, v. 15, n. 4, p.820-8, jul-ago 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/1121/1079>>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- ZASCIURINSKI, Juliana Miranda. **Violência obstétrica: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino**. 2015. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.