

Evento: XXVII Seminário de Iniciação Científica

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE
CUIDADO AO PARTO¹**
**OBSTETRIC VIOLENCE AND THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH
CARE PRACTICES**

**Martha Gaulke², Gabriela Colombi De Lima³, Laisa Tatiane Fracaro⁴,
Fabrício De Moura Tolvi⁵, Arlete Regina Roman⁶**

¹ Revisão de literatura desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I do curso de enfermagem da UNIJUI

² Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUI, marthagaulke@hotmail.com

³ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUI, gabrielacolombi@gmail.com

⁴ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUI, laisaf16@hotmail.com

⁵ Aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUI, tolvifm@gmail.com

⁶ Enfermeira, Professora Mestre do Departamento de Ciências da Vida da UNIJUI, Orientadora, arleter@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a assistência ao parto e nascimento sofreu inúmeras mudanças à medida que foi se institucionalizando e, gradualmente, foi-se instituindo novas práticas nesse processo a fim de reduzir desfechos perinatais negativos (POSSATI et al., 2017; JARDIM; MODENA, 2018; LEAL et al, 2014). De fato, os avanços tecnológicos e científicos contribuíram na melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna em todo o mundo. Entretanto, muitos destes procedimentos começaram a ser usados forma excessiva, tornando o parto medicalizado, mecânico e tecnicista, deixando de respeitar o protagonismo e autonomia da parturiente (POSSATI et al., 2017; BRASIL, 2017).

A partir desse cenário, o termo violência obstétrica (VO) vem sendo amplamente discutida, especialmente no meio científico. Essa expressão é utilizada para descrever as diversas formas de violência que pode ocorrer durante o período da gestação, parto e pós-parto. A VO inclui maus tratos físicos, verbais ou psicológicos, assim como o uso de procedimentos e intervenções desnecessárias, danosas ou sem indicação clínica, como, por exemplo, episiotomia, tricotomia ou ocitocina de rotina, restrição ao leito, manobra de kristeller e negação do direito de um acompanhante (TESSER, 2015).

Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, tanto de caráter físico como emocional/psicológico, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher (ZANARDO, 2017). No Brasil, estima-se que cerca de 25% das mulheres que realizaram o parto em uma maternidade sofreram algum tipo de violência obstétrica (VENTURI, 2010; LEAL, 2014).

Nessa perspectiva, houve, nos últimos anos, uma crescente movimentação em defesa da humanização do parto. A atenção humanizada ao parto se refere à necessidade de um novo olhar para este evento, de forma a envolver atitudes, condutas e práticas voltadas para o desenvolvimento saudável do parto, valorizando e respeitando as parturientes e suas decisões

Evento: XXVII Seminário de Iniciação Científica

(POSSATI et al., 2017).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propôs e instituiu, a partir de 2000, uma série de programas e políticas em saúde com o objetivo de melhorar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, entre os quais: o Programa de Humanização do parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Rede Cegonha, entre outros (BRASIL, 2014).

Embora os programas citados contribuíssem com inúmeras recomendações de práticas clínicas e abordagens terapêuticas com base em evidências científicas no parto, muitos profissionais dentro dos serviços de saúde não adotaram as boas práticas de assistência ao parto, também devido ao fato de muitos usuários e profissionais não associarem algumas atitudes, dizeres e maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência (ZANARDO et al, 2017; POSSATI et al., 2017).

Apesar de toda movimentação social e científica acima citado, a VO continua sendo praticada na maioria das instituições hospitalares, marcada por intensa medicalização e intervenções desnecessárias, além de partos cesarianos excessivos.

De acordo com Wolf (2008), muitas mulheres se submetem às práticas impostas pelos profissionais de saúde principalmente porque temem pelo bebê e por si própria, porque desconhecem o processo fisiológico do parto e às práticas assistências, e porque consideram o médico ou o profissional da saúde como o detentor do conhecimento e habilidade técnica para realizar o parto.

No entanto, a VO retrata uma violação dos direitos humanos e constitui um problema de saúde pública. Para combatê-lo é preciso conscientização da mulheres, mobilização social e criação de leis e políticas públicas de forma a introduzir um novo modelo de assistência ao parto pautado em práticas humanizadas (JARDIM; MODENA, 2018; POSSATI et al., 2017).

METODOLOGIA

Este estudo se constitui na revisão de literatura que integra o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica do curso de enfermagem Martha Gaulke, cujo título é "Percepção de puérperas acerca da violência obstétrica", que tem como objetivo identificar a percepção das puérperas acerca da violência obstétrica ocorrida ou não durante o trabalho de parto e parto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para refletir sobre a assistência ao parto faz-se necessário um breve resgate histórico para a compreensão de como se deu este processo através dos tempos até os dias de hoje. O ato de parir, sendo este um fenômeno que atravessa todas as sociedades e tempos/espacos (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006), ocorreu por muito tempo em ambiente domiciliar e exclusivamente feminino, ficando a cargo das parteiras ou mulheres de confiança para realiza-lo (SANFELICE et al., 2014). Estas mulheres eram reconhecidas pela comunidade por seus conhecimentos baseados nas experiências de parto, criando um clima emocional favorável à parturiente através de suas crenças, orações e receitas para alívio das dores das contrações (SEIBER et al., 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Desta forma, as parturientes preferiam a companhia de parteiras e outras mulheres por questões humanitárias e psicológicas, pelo apoio e compreensão, além do tabu de mostrar os genitais à outros homens (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Até o início do século XVI, devido aos padrões culturais da época, a participação masculina em

Evento: XXVII Seminário de Iniciação Científica

atividades ligadas às mulheres era muito pequena e, por este motivo, houve um atraso no desenvolvimento da medicina no campo da obstetrícia (SEIBER et al., 2005; SANFELICE et al., 2014). Entretanto, no final do século XVI, a partir da criação do fórceps e o desenvolvimento da técnica pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, a classe médica se aproximou e se legitimou nesta área (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). O uso do fórceps, que se tornou o símbolo da arte da obstetrícia médica na época, influenciou na aceitação do processo parturitivo como um campo de domínio do homem, consolidando o conceito de que o parto é um evento perigoso (SEIBER et al., 2005). A partir desta concepção, a presença de um médico durante o parto começou a se tornar imprescindível (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O início da assistência médica intervencionista no parto promoveu o declínio das parteiras, visto que estas não eram condizentes com o novo modelo instituído e eram consideradas intelectualmente inferiores aos homens (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). No final do século XIX, começou o processo de institucionalização do parto com a criação das maternidades, e o campo da obstetrícia passa a focar no desenvolvimento de ferramentas e tecnologias para a melhoria do processo aparentemente defeituoso do nascimento (SANFELICE et al., 2014).

Neste contexto, marca-se o início da perda do protagonismo da mulher no processo parturitivo a partir do momento em que este deixa de ser um evento fisiológico, feminino, íntimo e familiar para um evento médico, público e, por vezes, traumatizante, onde o risco de complicações e patologias durante o parto se torna regra e não mais uma exceção (SANFELICE et al., 2014; SEIBER et al., 2005).

É importante ressaltar que a institucionalização do parto tornou-se necessária, durante o século XIX, para diminuir no índice de mortalidade materna. Com o desenvolvimento de técnicas de cirurgia, anestesia e assepsia, houve de fato esta diminuição, contribuindo para a aceitação do pensamento médico pela sociedade de que o hospital seria o lugar mais seguro para parir (SEIBER et al., 2005). Desse modo, consolidou-se, então, no século XX, o modelo de parto hospitalar medicalizado e marcado por intervenções cirúrgicas, uso do fórceps e episiotomias sem indicação clínica, onde a figura do médico se torna o principal autor e responsável pelo nascimento em detrimento ao direito de escolha da parturiente. Salvo algumas exceções, esse modelo de assistência se tornou referência para a condução do processo de parto até os dias atuais (SEIBER et al., 2005; SANFELICE et al., 2014).

O problema principal em questão é que toda tecnologia criada e desenvolvida para “garantir” um parto mais seguro e diminuir as taxas de mortalidade materno-infantil começaram a ser usadas de forma inadequada e indiscriminada, tendo impacto contrário e apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis, além da insatisfação das mulheres frente à assistência intervencionista (SANFELICE et al., 2014).

Um estudo realizado por Leal et al (2014), a partir da pesquisa intitulada Nascer no Brasil, realizou a avaliação das intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual, sendo o total da amostra de 23.940 mulheres, entre as quais 56,8% foram classificadas como risco obstétrico habitual. Neste recorte, apenas 48,1% dos partos se deram por via vaginal e, destes, somente 5,6% foram realizados sem nenhuma intervenção.

Este cenário é considerado alarmante por dois motivos: o alto índice de partos vaginais sob intervenção médica e pelo alto índice de cesarianas, sendo que o recomendado pela Organização

Evento: XXVII Seminário de Iniciação Científica

Mundial da Saúde - OMS é que a taxa varie de 10 a 15% (BRASIL, 2014). De acordo com o Ministério da Saúde (2014), o elevado índice de cesarianas não está relacionado a mudanças no risco obstétricos, melhores desfechos materno-fetais ou na diminuição das taxas de mortalidade, mas sim, relacionado à “cultura da cesariana” que se instalou no país. Esta cultura foi moldada ao longo dos anos a partir da conduta intervencionista da classe médica, que, por conveniência, leva a mulher a escolher esta via de parto, ou pela própria crença da mesma de que a qualidade do atendimento obstétrico está relacionado à tecnologia dura utilizada na operação (BRASIL; 2014). O medo de sentir dor também é um dos principais fatores que levam às mulheres a escolherem a operação cesariana, visto que o parto vaginal está fortemente difundido na sociedade como um evento aterrorizante, sofrido, que pode ser evitado, agilizado e facilitado através de uma cirurgia eletiva (BRASIL, 2014; ZANARDO et al, 2017).

Entretanto, sem a indicação correta, a cesariana, por ser uma cirurgia de grande porte, pode levar a um aumento de riscos de complicações potencialmente graves tanto para a mãe como para o bebê (BRASIL, 2014; ZANARDO et al, 2017). É importante ressaltar que a escassez de informações a respeito dos riscos e benefícios de cada via de parto, bem como as recomendações da OMS e do MS contribuem para que as mulheres continuem refém do modelo tecnicista instituído.

CONCLUSÃO

O modelo de atenção ao parto pautado no excesso de intervenções não encontra respaldo em estudos internacionais. A humanização do parto tem como princípio o respeito às escolhas da parturiente e à fisiologia do nascimento, pressupondo que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia.

Neste contexto, surge com urgência a necessidade de transformar o modelo de assistência obstétrica médico-centralizado instituído em nossa sociedade, pois este contribui na existência e permanência do desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e, logo, permite a ocorrência da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde: Brasília; Ministério da Saúde; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. - Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Cadernos HumanizaSUS; v. 4. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. - Brasília, 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 564/2017, que aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017.
- JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 26, 29 nov. 2018.
- JÚNIOR, Eloir Lázaro de Oliveira. Pesquisa científica na graduação: um estudo das vertentes temáticas e metodológicas dos trabalhos de conclusão de curso. 2017.

Evento: XXVII Seminário de Iniciação Científica

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*, [s.l.], v. 30, n. 1, p.17-32, ago. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programa sociais. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2010.

MOURA, Graziela do Nascimento. A percepção das mulheres puérperas acerca da violência da assistência obstétrica. 2014. 114 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

NAGAHAMA, Elisabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, jul./set. 2005.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, [s.l.], v. 21, n. 4, 7 ago. 2017.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. From institutionalized birth to home birth. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [s.l.], v. 15, n. 2, p.362-370, 16 jun. 2014.

SEIBER, Sabrina Lins et al. MEDICALIZAÇÃO X HUMANIZAÇÃO: O CUIDADO AO PARTO NA HISTÓRIA. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p.245-251, ago. 2005.

STAKE, Robert E.. Pesquisa qualitativa: Estudando como as coisas funcionam. São Paulo: Artmed, 2011.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Curitiba-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 59, n. 6, p.740-744, dez. 2006.

TESSER, Charles Dalcane et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35), pag 1-12.

VENTURI, Gustavo et al. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010.

VIEIRA, Damaris Rebeca; APOLINÁRIO, Josiane Aparecida. A violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins. 2017. 94 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2017.

VOLPATO, Gilson Luiz. O método lógico para redação científica. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Botucatu, v. 1, n. 9mar. 2015.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 17, n. 3, p.138-151, set. 2008.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, [s.l.], v. 29, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.