

A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OBSTÉTRICA NO COTIDIANO E SUAS CARACTERÍSTICAS.

Alexsandra Lopes Leite¹, Daniela Coelho Wykret²

RESUMO

O presente artigo possui a finalidade de explorar a violência de gênero que transcorre no momento da gestação, parto e pós-parto, constituindo uma violação aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres parturientes, bem como expor as formas para coibir tais acontecimentos. Tais práticas são deveras frequentes no período gravídico-puerperal. Infelizmente, tornaram-se previsíveis e de alguma forma esperada pelas gestantes visto a normatização equivocada da violência ocorrida no parto. Entretanto, não deveria essa ser a presente realidade. Essa realidade poderia ser transformada com simples mudanças de paradigmas baseadas em estudos e evidências, através de novas concepções no que tange o parto tendo enfoque na mulher e no bebê, podendo essa ser através de conscientização acerca dos direitos das gestantes, atualização dos profissionais da saúde, bem como maior atuação do Estado em elaborações de estratégias de enfrentamento e combate a violência.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Assistência ao parto. Parto humanizado. Parto.

INTRODUÇÃO

Até o século XIX, o parto era o considerado o ultimo mistério o qual marcava o processo gestacional de uma mulher. Desde a descoberta da gravidez, tanto a gestante quanto a família almejavam que o trabalho de parto transcorresse da melhor forma possível. Caso ocorresse o contrário, tal acontecimento poderia se tornar uma experiência dolorosa, oferecendo diversos riscos para mãe e o bebê. Durante vários anos o parto era feito de modo caseiro, com auxílio de parteiras e de outras mulheres de confiança.

O parto e a assistência passaram por inúmeras mudanças no decorrer dos tempos. Passando do domicílio ao hospital, de um evento feminino a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento metódico.

Com essas transformações que foram desenvolvidas para “melhor” atendimento da equipe de saúde, a parturiente deixa de ser sujeito ativo desse processo e transforma-se em objeto, uma pessoa que nada decide a respeito de si e de como será conduzido o próprio parto.

Nesse contexto a mulher deixa de ser a protagonista de seu próprio parto, para ser submetida à medicalização em uma larga escala, bem como, intervenções

¹ Acadêmica do Curso de Direito, Instituto Educacional Santa Catarina - Faculdade Guaraí, Guaraí-TO, E-mail: lezinha_r@hotmail.com

² Professora Orientadora, Especialista, Professora do curso de Direito, Instituto Educacional Santa Catarina Faculdade Guaraí, Guaraí-Tocantins, e-mail: daniela.wykret@iescfag.com.br

desnecessárias e inadequadas, com o objetivo de monitorar e agilizar o parto, em sua grande maioria sem embasamento científico (DINIZ e CHACHAM, 2006)

A realidade do sistema obstétrico tornou-se preocupante, caracterizada por atendimentos humilhantes, por negação de direitos e falta de informação (RATTNER, 2009), bem como, o abuso de cirurgias cesarianas desnecessárias o qual nosso país se encontra em segundo lugar no mundo em percentual desse tipo de parto (UNICEF, 2017), o que concorre com alta taxa de mortalidade materna e infantil (Ministério da Saúde).

Em estudo realizado em 2010, pela fundação Perseu Abramo, uma a cada quatro mulheres sofreram violência em seu período gravídico-puerperal sendo vítimas de abusos das mais variadas formas. Em 2012 a violência toma grandes proporções a partir de casos extremamente absurdos que vieram a conhecimento, porém ela é bem mais antiga do que já se imagina.

De acordo com a OMS – Organização Mundial de Saúde a violência é imposição de um grau significativo de dores e sofrimentos evitáveis, destacando-se assim, a violência obstétrica.

A violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e de processo reprodutivo da mulher/gestante praticada por profissionais da saúde, através de abuso desumanizado e de medicações e patologização de processos naturais da mulher, causando assim perda de autonomia e capacidade da mulher decidir sobre seu corpo e sexualidade, ocorrendo um impacto severamente negativo na qualidade de vida da mulher.

Nesta senda, a situação da parturiente é descrita com exímio por Andrade e Aggio. Senão vejamos:

“A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimento, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter a presença de acompanhante, de decidir a posição que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos, contrariando a Política Nacional de Humanização e mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência, silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente. Porém a amarga vivência e o trauma acompanham a mulher porta a fora da instituição”

Na mesma linha, o deputado Jean Wyllys, através do projeto de lei nº 7.633/142, também conceitua a violencia obstetrica. Vejamos:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

A violência obstétrica ocorre de várias formas nos ciclos de vida reprodutivos das mulheres. Podemos visualizar tais condutas violentas nas parturientes insultadas verbalmente por simplesmente sentir dor no momento do parto e por

descasos não oferecerem ao menos analgésicos, bem como, violência sexual a que sofrem através do pré-natal e em clínicas de reproduções assistidas. A utilização de fórceps e outros métodos invasivos, proibições de doulas e pessoas de confiança, até mesmo o pai dentro da sala de parto também caracteriza violência obstétrica.

Ainda mais preocupante dentro deste contexto é que centenas de mulheres ignoram ou não conseguem identificar a violação de direitos sofrida tamanha é a naturalização da violência sobre seus corpos trazendo a violência obstétrica para uma esfera velada.

Apesar de, em 1948, a Declaração Universal de Direitos Humanos, afirmar que todos nascem iguais em direito e dignidade, não é assim que ocorre. As mulheres suportam, há tempos, grandes guerrilhas em busca de seus direitos muitas vezes básicos e inerentes ao ser humano, que, porém lhes são tolhidos diariamente por uma sociedade excessivamente patriarcal. E a violência obstétrica nada mais é que uma forma de desumanização da mulher.

Na metade do século XXI, a Violência obstétrica teve perceptibilidade, sendo tema de inúmeros estudos e documentários, assim como diversas intervenções de órgãos de saúde pública. Sua relevância e sua legitimidade como um problema de saúde pública foram assim atestadas pela declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como título “Prevenção de eliminação de abusos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Estas ações são voltadas para prevenir, visibilizar e remediar a prática dessa violência, sejam âmbitos públicos e privados e também na criação de recursos humanos, bem como para o incentivo dos governos e das instituições a buscar pesquisas e intervenções.

Surge, desta forma, o parto humanizado, que é aquele que age com respeito as escolhas da mulher com segurança e resguarda seu direito e da criança. O parto é o momento mais importante na vida de uma mulher e, como a maioria dos nascimentos acontece em unidades de saúde, a mulher necessita usufruir dos serviços com dignidade, obtendo um ambiente acolhedor e uma atitude ética e solidária dos profissionais ali habilitados.

Podemos observar que a humanização do parto pode ser classificada como um direito para que todas as mães e bebês sejam respeitados, do pré-natal ao pós parto, recebendo cuidado e acolhimento. A gestante precisa ser informada sobre os procedimentos que ali serão utilizados, ter garantia da presença de seu acompanhante, ter sua individualidade respeitada (medos e necessidades) e ter garantia de que normas técnicas e recomendações advindas do Ministério da Saúde sejam seguidas.

Assim, o intuito do presente artigo é demonstrar de forma crítica e aprofundada a problemática que vem afetando as mulheres no Brasil e no mundo, expondo o que caracteriza e as formas mais comuns desse tipo de violência, e consequentemente possibilitando oportunidades de expressão, bem como, garantias de atenção a parturientes que sofreram com um parto violento e assim compreender seus direitos. Esclarecendo a seguinte problemática, a ausência de informação aumenta o índice da violência obstétrica?

FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

A violência obstétrica é toda ação ou omissão direcionada a mulher, durante o período gravídico-puerperal, causando-lhe dor, dano e sofrimento desnecessário, praticadas não apenas por médicos, mas por todos os prestadores de serviço da saúde.

Esse tipo de violência constitui uma relevante violação à autonomia das mulheres e aos seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Segundo Cunha (2015), existem varias técnicas hospitalares, as quais ferem a integridade, dignidade e liberdade da mulher que veremos neste capítulo.

Negar a mulher o direito ao acompanhante.

O acompanhamento de alguém de confiança é de extrema importância, pois proporciona maior segurança e tranquilidade a mulher, desta forma sendo o parto mais rápido e também com menos intervenções desnecessárias. Esse é um direito garantido pela Lei, 11.108, de 7 de abril de 2005.

Esta Lei foi fundamental para o reconhecimento da importância do bem-estar da parturiente, entretanto ainda é pouco colocado em prática pelas instituições e pelos profissionais.

Apesar da presença do acompanhante no parto ser uma recomendação do Ministério da Saúde e garantido por lei federal, é cristalina a existência de barreiras para que haja de fato a sua participação. As instituições alegam que é a inadequada infraestrutura dos serviços que não comporta as pessoas na sala, bem como, é notável o despreparo da equipe de saúde ao lidar com esse acompanhante (LONGO; ANDRAUS, BARBOSA, 2010).

Hospitais em todo o País descumprem a lei federal que garante o direito da parturiente de ter um acompanhante antes, durante e após o parto. Segundo dados coletados na rede cegonha entre os meses de maio de outubro de 2012, expõem que após entrevistarem 54 mil mulheres, alarmantes 64% relataram que não tiveram o direito ao seu acompanhante.

Uso de ocitocina por conveniencia médica.

Ao dar entrada no hospital ou maternidade, logo é realizado o acesso para introdução de soro intravenoso tendo como justificativa a hidratação e facilidade na aplicação de certos medicamentos que possam ser necessários. A aplicação do soro se torna um transtorno para a gestante sendo prejudicial, de maneira que, dificulta o relaxamento da mesma e traz dores mais intensas ao processo.

“A aplicação venosa é uma prática desnecessária em nascimentos que sigam a via natural, mas que, em face do grande número de intervenções praticadas atualmente amais comum delas é o uso de ocitocina sintética” (CUNHA, 2015, p. 14).

Ao entrar em trabalho de parto, o próprio organismo da mulher se encarrega de produzir a quantidade de ocitocina suficiente, existem casos em que o trabalho de parto não apresenta evoluções e o uso intravenoso se torna uma forma de intervenção, que sendo utilizada de forma correta poderá salvar vidas, porém, na realidade, o seu uso se tornou habitual, de forma que a ocitocina é utilizada em um amplo número de gestantes como forma de indução, não havendo nenhuma necessidade. O que aparenta é que este ato de violência, o qual é causa de sofrimento é realizado apenas por conveniência da equipe médica, para fluir mais rápido o trabalho de parto pois a ocitocina sintética acelera o trabalho de parto, aumentando a intensidade e a frequência das contrações uterinas.

Segundo Souza (2010) as complicações dessa indução incluem infecção intracavitária, prematuridade iatrogênica, prolapso de cordão umbilical, sofrimento ou

morte fetal e igualmente, falha da indução. É preciso bastante precauções para evitar complicações maiores.

Restrição Hídrica alimentar

Segundo a OMS (1996) no trabalho de parto gasta-se muita energia nas contrações uterinas, tratando-se de um processo que dura várias horas. Com isso, é indicado que a parturiente tenha uma alimentação leve, bem como permaneça constantemente hidratada, equilibrando o líquido que provavelmente será eliminado no suor e com isso enfrentando o trabalho de parto com mais tranquilidade e facilidade.

Lamentavelmente, nas instituições a restrição hídrica e alimentar tornou-se comum, com a justificativa de preparar a gestante para eventuais procedimentos de anestesia ou cirúrgicos.

Pesquisas reforçam a importância de se manter a hidratação e ingestão de alimentos leves durante o trabalho de parto. Referente a um estudo sobre a ingestão hídrica durante o trabalho de parto Cristo et. Al (2010) no qual interrogaram as mulheres, 60% relataram sentir sede durante o trabalho de parto.

Em um outro estudo sobre a energia despendida no jejum e do aporte calórico e os dados foram que a média de energia despendida pelas parturientes que ingeriam mel foi maior que as das parturientes que permaneceram em jejum. (MELO; PERAÇOLI, 2007, p.4).

Ausência de permissão e esclarecimento

Na assistência a mulher nos processos de parto e pós-parto, são executados diversos procedimentos por profissionais que não se apresentam, informam ou explicam a necessidade e finalidade do uso dessas técnicas, que não dão chance a mulher de ter autonomia sobre seu próprio corpo e fazem comentários agressivos e desnecessários durante o atendimento.

É lamentável que diversas mulheres, por falta de informação encaram esses episódios como normais, sem protestar e buscar seus direitos de denunciar.

E ainda que algumas busquem informações e cheguem no momento do parto conhecendo os métodos a serem realizados assim como o que é recomendado pelos estudos atuais, habitualmente os médicos não respeitam seus desejos, e se colocam como o centro do nascimento, prejudicando o conforto da mulher. Desta forma é cristalina não haver uma forma de diálogo para que se permita que as escolhas sejam feitas em conjunto, mas sim uma hierarquia entre as partes no qual a mulher não opta (CUNHA, 2015; Dossiê da Violência Obstétrica, 2012).

Episiotomia

É uma intervenção comum e rotineira, e não possui comprovações científicas que expõem benefícios. Geralmente é realizado de forma desnecessária, e sem o consentimento da parturiente e igualmente sem informações ou orientações quanto a realização da técnica (SANTOS, 2014).

Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do

segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura. Embora a episiotomia tenha se tornado o procedimento cirúrgico mais comum do mundo, foi introduzida sem muita evidência científica sobre sua efetividade. Por isso, mundialmente, há uma intenção de torná-la um procedimento restrito e não mais rotineiro (ZANETTI et al., 2009, p. 368).

Repara-se que a episiotomia é um procedimento cirúrgico o qual é realizado sem o consentimento da parturiente. Vejamos Ciello (2012 p. 80), sobre a episiotomia:

Episiotomia, ou “pique, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda tem ligações importantes com o clitóris.

Nota-se que a episiotomia é a única cirurgia a qual não se tem consentimento do paciente, nem informações sobre a sua necessidade, seus riscos e possíveis efeitos diversos. (Ciello 2012, p. 80)

Manobra de Kristeller

Conforme o Dossiê da Violência Obstétrica (2012) a manobra de Kristeller foi desenvolvida sem qualquer fundamentação científica. É uma técnica extremamente agressiva que consiste em pressionar a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê.

Várias pesquisas evidenciam grandes complicações do exercício dessa técnica que é desencorajada pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, entretanto, ainda assim a manobra é frequentemente efetuada nas instituições de saúde com um profissional sobre o ventre da mulher, fazendo pressão com o próprio corpo, o braço, antebraço ou joelho.

Tal prática é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente como fratura de costelas e hemorragia na mulher, hematomas na cabeça do bebê, fraturas no crânio do bebê e em alguns casos Acident Vascular Cerebral (AVC).

Violência Psicológica e emocional

É toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio, igualmente todo tipo de humilhação, tortura psicológica, ameaças, chacotas e ofensas.

São alguns exemplos dessa prática as piadas direcionadas a mulher sobre obesidade, pêlos pubianos, estrias, evacuação; recriminar o choro, o grito ou as conversas da mãe com seu bebê; recriminar a expressão de sua religiosidade, discriminação étnico racial; discriminação econômico-social;

discriminação referente à idade, profissão, orientação sexual da mãe; utilizar de tratamento infantilizador, ou outro que inferiorize a mulher; - “Na hora de fazer, você gostou, né?”- “Não grita, se não ninguém vai te atender.” ”- “Obedece, se não você vai matar o seu bebê, você quer matar o seu bebê?”- - “Reclama agora, mas ano que vem está aqui de novo!”- “Pára de chorar, se não vou te furar todinha.”- “Você vai parir deitada porque você não é índia.”- “Faz força, você é muito mole! Preguiçosa!”

ludibriar a mulher para agendamento da cesárea; coagir a mulher quando essa não aceita o agendamento da cesárea; coagir a mulher quando essa quer buscar uma segunda opinião; se recusar a informar a mulher sobre seu estado de saúde, ou se recusar a informar de maneira clara, acessível e respeitosa.

Cesárea eletiva

De acordo com os dados trazidos pelo Ministério da Saúde (2014), o Brasil é o segundo país com maior número de cesáreas em todo o mundo.

O elevado número de cesáreas, 52% no setor público e 88% no setor privado, é incompatível com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda a taxa entre 10% e 15%.

O número de cesarianas é exorbitante no nosso país e percebe-se que as mulheres não são informadas sobre as consequências de uma cirurgia desnecessária.

De acordo com o Ministério Público do estado de São Paulo, a cesárea é classificada como uma agressão quando agendada sem nenhuma recomendação apenas para satisfazer aos interesses dos médicos já que é mais rápida, prática e realizada com hora marcada.

Esvaziar a enfermaria é também um recurso usado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e encontrar tempo para dormir antes do próximo turno. Deixar a enfermaria cheia para o próximo turno é considerado incorreto, então os médicos entendem ser sua obrigação “limpar” a enfermaria usando indução ou cesáreas (DINIZ, 2006, p. 83).

CONSEQUENCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É perceptível que atualmente o parto converteu-se em um evento hospitalar, onde nos últimos anos, as pacientes tornaram-se “clientes”, assim observando que a saúde, cada vez mais se torna um produto, tendo foco no lucro do empreendimento e não no bem-estar do paciente, de forma que o contrário a prevenir ou impedir tais práticas conceituadas violência obstétrica, cria um ambiente favoráveis para que tais condutas se estabeleçam e perenizem.

Tais consequências repercutem-se no sistema como um todo, onde cria-se falsa percepção de que, o corpo da mulher não é apto para suportar naturalmente um parto e com isso é visto uma falsa indispensabilidade de intervenções médicas, sendo na maioria das vezes desnecessárias.

Propicia-se também o medo ao parto normal, onde aumenta os nascimentos pela via cirúrgica, sem calcular os riscos inerentes a tal procedimento, aumentando assim o numero de nascimentos prematuros e mortalidade materna, resultante de hemorragias e infecções decorrentes da cirurgia.

A mortalidade materna.

A mortalidade materna institui um grande problema social e de saúde pública refletindo diretamente na qualidade assistencial. De acordo com a OMS/UNICEF:

A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico. (p. 481)

A violência obstétrica possui implicações diretas a morbimortalidade materna, com as seguintes formas:

- Risco adicional associados a eventos adversos em manejo agressivo do parto vaginal. O qual existem danos associados ao uso excessivo e inapropriado, (sendo muitas sem consentimento e não informado), de intervenções bastante invasivas e severamente danosas no parto vaginal, como por exemplo o uso não regulado da ocitocina, usada para indução ou aceleração do parto, bem como, manobra de kristeller, episiotomia, fórceps, dentre outras. Essas intervenções possuem ocorrências acima da justificável por indicação médica, sendo amplamente documentado em estudos nacionais.
- Na negligência, ao atender mulheres que expressam seu sofrimento com choro, gritos, gemidos, ou pedem ajuda incansavelmente. Existe, e é cristalina uma cultura disseminada a qual a mulher que chora ou grita recebe pior assistência, sobretudo aquelas consideradas mal comportadas, ou, que expressam qualquer desagrado com a assistência, ou insistem no atendimento com urgência. A demora a responder tais demandas são associadas a riscos aumentados de morbimortalidade materna.
- Na hostilização, negligência e no retardo ao atendimento às mulheres em situação de abortamento. Nos casos em que as equipes pressupõem que o aborto tenha sido provocado, por exemplo, ocorre por diversas vezes da equipe recusar o atendimento ou o retardar.
- Na ausência de acompanhante por impedimento da equipe: a maioria dos óbitos ocorrem durante o processo do parto e no pós parto e quase totalidade dos casos, as mulheres se encontram dentro de uma instituição. Podemos observar que a negativa de acompanhante se considera uma ameaça a segurança da mulher/parturiente, onde poderiam sinalizar se o estado clínico da mulher se deteriorou. Ainda que seja assegurado por lei, esse direito é comumente não respeitado.

Adoecimento mental no pós parto

Muitas mulheres relatam conviver com sentimentos de frustração, raiva, angústia e impotência frente à situação que foi vivenciada. A gestação e o momento do parto são períodos em que a mulher se encontra vulnerável, fazendo-se fundamental a importância para a sua saúde mental, o apoio da família e dos profissionais envolvidos. Conforme estudo realizado por Schwab, Marth e Bergant (2012), foi realizado uma avaliação sobre os impactos do parto no desenvolvimento de transtornos nas mulheres, e mostrou-se que dentre as que passaram por uma história de parto traumático, 60% indicaram sintomas depressivos nas primeiras semanas do pós parto.

Os sentimentos desencadeados através de experiências negativas do parto, podem causar impactos severos, deixando marcas físicas e psicológicas. Entretanto, cabe aos profissionais um atendimento digno e humanizado, pautado em uma conduta respeitosa e acolhedora, garantido a mulher o direito de livremente poder tomar decisões sobre seu corpo (AGUIAR; RODRIGUES, 2017)

A violência obstétrica é considerada o maior fator que emprega riscos para uma depressão pós-parto. É existente uma diversidade de estudos que evidenciam associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o insuficiente suporte recebido pela parturiente durante o processo do parto. Dentre os principais sintomas da depressão pós parto, podemos citar tristeza, irritação, medo e cansaço excessivo, insônia e ansiedade, durante e principalmente no pós parto. Podem também desenvolver sintomas relacionados aos distúrbios de ansiedade decorrente da experiência negativa, como o TEPT (Transtorno por estresse pós-traumático), fobias em decorrência do evento traumático, como aversão a hospitais e medos de médicos, distúrbios alimentares como perda ou compulsão do apetite, sintomas psicossomáticos como problemas de pele, cabelos e também digestivos, bem como, a qualidade da vida sexual, em decorrência de procedimentos como a episiotomia, que causa dores e desconfortos no ato sexual, problemas de autoestima, devido ao constrangimento ligado às cicatrizes e assim despotencializada e deprimida, recorrendo ao isolamento.

Quando a mulher é devidamente informada a respeito do seu processo de parto, sua experiência faz-se positiva e menos dolorosa, visto que a falta de informação aumenta a ansiedade e diante disso isso, sensações de dores e inseguranças (LOPES et al., 2009). Em conformidade com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), experiências vivenciadas pelas parturientes no momento do parto podem acarretar marcas permanentes, positiva ou negativas em suas vidas. É necessário então, que o serviço de saúde, bem como os profissionais em geral estabeleçam uma comunicação efetiva e harmônica com a parturiente e sua família, para que esta venha ter uma percepção positiva da experiência do parto, influenciando na sua saúde física e emocional, evitando assim complicações.

Podemos destacar, de acordo com o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio(2012), vários depoimentos de mulheres onde apontam inconformismo ao submeter-se a tais procedimentos, sem serem informadas e tranquilizadas. Vejamos:

Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: 'na hora de fazer tava gostoso, né?' Nessa hora me senti abusada (p. 101).

Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Eu não queria ter uma sequela sexual do parto. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relação (p. 102).

Também se percebe nos depoimentos, abandono e tristeza:

Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para 'pegar'. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer (p. 133).

Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga! (p. 135).

Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: 'Tchau! Até o ano que vem!'. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: 'Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.' Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa (p. 136).

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: 'Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!'. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor (p. 137).

O médico só gritava: 'puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!'. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: 'Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar infecção chegar a esse ponto?'. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: 'Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.'. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: 'Quer ver o corpo?'. Eu não quis. (p. 138).

Desta forma, as feridas emocionais e os traumas de mulheres que vivenciaram violências em algum momento de seus processos reprodutivos, perduram por longos anos ou em muitos casos, por toda a vida.

FORMAS DE COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para ajudar que ocorra uma mudança nessa realidade é necessário educar, informar, conscientizar, apoiar e incentivar as mulheres a denunciarem tal violência, bem como uma urgente mudança de paradigma institucional e dos profissionais de saúde. A denúncia, a conscientização e a atualização dos profissionais são fatores importantes para o combate a violência obstétrica.

No que tange a todo exposto, cabe expor algumas propostas para que ocorra uma amenização e superação desse tipo de violência:

Plano de parto

O Plano de Parto é um documento escrito pela gestante expressando suas preferências de forma clara sobre o que gostaria e o que não gostaria que ocorresse em seu parto, pós-parto e também com seu bebê. Incluindo a preferência do local

onde a gestante deseja ter seu bebê, as posições que gostaria de adotar, quem estará acompanhando, quais são os procedimentos médicos que a mulher aceita utilizar, bem como os que prefere evitar.

Caso este plano de parto não possa ser utilizado, devido ao parto tomar rumos opostos ao esperado, a mulher e a sua família devem ser avisadas e consultadas previamente a respeito das mudanças.

A humanização do parto e a formação dos profissionais atualizados

O termo “humanizar” está vinculado à assistência as parturientes e tem como objetivo melhorar as condições do auxílio e atendimento à gestante, sua família e ao recém-nascido, reivindicando ações que miram na autonomia, na liberdade de escolha, na equidade, na não violência de gênero e busca da atenção obstétrica integrada e qualificada. O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000 lançou uma ampla proposta de humanização dos serviços de saúde que são destinados a parturição, assim, por meio de programas de Humanização do pré-natal e do nascimento. (PHPN).

Experiências positivas de introdução deste modelo podem ser encontradas em algumas maternidades referenciadas no Brasil, como o Hospital Sofia Feldman, de BH, que foi reconhecido por oferecer condições positivas onde desenvolve uma atenção humanizada a parturiente e ao recém-nascido, busca também oferecer condições as quais a mulher vivencia experiências do parto da melhor forma possível, sendo um evento saudável, feliz e prazeroso.

As ações recomendadas pelo PHPN (Programas de humanização do pré-natal e do nascimento), influenciam diretamente o modelo organizacional do serviço de saúde e dos centros obstétricos (COs), onde resulta em uma assistência de qualidade realmente voltada às reais necessidades das parturientes e suas famílias. Assim, implantando modificações na estrutura dos COs, transformando-os em espaços mais acolhedores, favoráveis à implementação dessas ações, podem auxiliar na humanização da assistência às parturientes.

Além da reestruturação dos hospitais, para humanizar e garantir melhoras no momento do nascimento torna-se imprescindível rever as ações cometidas pelos profissionais e o atendimento prestado pela equipe de saúde, medidas consideradas importantes mediadoras de tal proposta. A implementação do programa de Humanização do pré-natal e do nascimento (PHPN), empreende o envolvimento e a ligação destes profissionais, mediante a compreensão de que a forma a qual o parto é vivenciado pode ser decisiva para o desenvolvimento de uma maternidade segura, com sensibilidade para reconhecer que o momento do parto é ímpar, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Para a formação humana dos profissionais da saúde, surge a concepção de ensino-aprendizagem sendo um processo permanente, onde o estímulo à criatividade, bem como, utilização de tecnologias devem contribuir para instrumentalizar o profissional a instituir relações satisfatórias tanto para as pacientes por ele assistidas quanto para ele próprio, repercutindo assim na formação de um profissional qualificado com condições de oferecer uma assistência humanizada a parturiente.

Podendo também, incluir em disciplinas de graduação da saúde (psicologia, obstetrícia, medicina, dentre outros) os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, desde os previstos no Código de ética médica, a autonomia e escolha com

informações, quanto os direitos recentemente resguardados pelos SUS, também como o direito a acompanhantes durante a internação e parto.

Os direitos dos pacientes profissionais, suas determinadas violações e como coibi-las devem ser observados nas provas de residência bem como no ensino de pós-graduação, dentre as várias formas de especialização.

Informações e fortalecimentos na autonomia das mulheres

Podemos também citar como forma de coibir, o oferecimento de informações a respeito da assistência ao processo do parto para as parturientes como rotina de pré-natal, de forma em que o conteúdo possa ser averiguado com calma durante os meses que a gestação se desenvolve. As atividades educativas carecem adentrar na rotina do pré-natal não devendo ser tratadas como secundário, mas sim, como algo fundamental para a promoção da saúde

Rodas de conversa e grupos de apoio ao parto, fortalecimento e empoderamento das mulheres também se tornam imperiosos no oferecimento de informações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com todo exposto, a Violência Obstétrica é bem constante no Brasil, nos processos de gestação, parto e situações de abortamento. Esse tipo de violência tornou-se difícil de ser compreendida pelas gestantes/parturientes por ser silenciosa e institucional, sendo por diversas vezes confundida com a dor do parto e como consequência é aceita como se fosse normal. Mas, como observamos pode ser considerada um atentado contra a dignidade da mulher.

Esse artigo tem como função ser um importante meio de informação, tendo como objetivo trazer o conceito e detectar as formas com que essa violência se caracteriza.

O artigo faz menção à história do parto e traz o conceito sobre parto humanizado e a forma como ele se relaciona com os acontecimentos e mudanças no cenário atual.

O Trabalho possui o intuito de informar, considerando uma pesquisa qualitativa descritiva, com o objetivo de conhecer e abordar determinados fenômenos e situações sociais, objetivando descrever ou explicar um conceito ou teoria. (Strauss e corbin)

Conforme exposto, a falta de conhecimento sobre seus direitos e de informação das equipes contribuem diretamente para o cenário violento que atualmente as gestantes e parturientes vem sendo submetidas nos hospitais e facilitam ainda mais a utilização de intervenções desnecessárias, sem objeção ou questionamento das parturientes.

Assim, conclui-se que o combate a violência obstétrica é um extenso caminho a ser percorrido, não apenas na área obstétrica, mas na sociedade em geral. Sendo relevante a criação de leis, programas de saúde e portarias, que objetivem a cautela ao parto como também programas destinados a informações e conscientização das mulheres e da sociedade sobre essa violência que atualmente é pouco discutida e não tão conhecida e igualmente seja incentivado mudanças na formação dos futuros profissionais de saúde, para que saiam de suas universidades exercendo com o pensamento do parto humanizado, com respeito e dignidade.

REFERÊNCIAS

AGGIO, Cristiane de Melo e ANDRADE, Briena Padilha. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Disponível em:
http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf.
 Acesso em: 09 de fevereiro de 2019.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. Femina**, v. 36, n. 1, 2008, p. 47–54

_____. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispões sobre **a Lei do acompanhante durante o trabalho de parto**. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. [Acesso em 12 de maio de 2018] Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

CARVALHO, Laëtítia Cristina Varejão. **Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Porto, 2014. Disponível em:
 <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABtitia%20Carvalho.pdf>> acesso em: 23 de abril de 2019

CIELLO, Cariny. **Violência obstétrica – “parirás com dor”**. Disponível em:
 <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 11 março. 2019.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Brasília, 2015. Disponível em:
http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. acesso em: 20 abril 2019

Diniz CSG, Chacham AS. O **"corte por cima" e o "corte por baixo"**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprodutiva*. 2006;1(1):80-91. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo> acesso em: 04 de abril de 2019

Diniz CSG, Ayres JRCM. **Entre a técnica e os direitos humanos/: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado) -

Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>> acesso em: 17 de fevereiro de 2019

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Disponível em :
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>
Acesso em 11 de março de 2019

_____. Projeto de Lei nº 7.633/142, Dispõe **DAS DIRETRIZES E DOS PRINCÍPIOS INERENTES AOS DIREITOS DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO, PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO** Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785,
acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

Rattner, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.** Interface (Botucatu). 2009; 13(1):759-68.
Disponível em
<https://www.researchgate.net/publication/250989940_Humanizacao_na_atencao_a_nascimentos_e_partos_ponderacoes_sobre_politicas_publicas> acesso em: 23 de março de 2019