

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM EM DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

Ana Carla Aparecida de Oliveira Cardoso Cidade

Daphine Michelle Costa de Oliveira

Maíra Cristina de Andrade Ramos¹

Lílian Salomão Elias²

Saulo Saturnino Sousa³

RESUMO

A expressão Violência Obstétrica é utilizada para descrever a violência física, verbal, psicológica ou sexual, praticada contra a mulher no período gestacional, parto ou pós parto. Pode ser cometida por qualquer profissional da saúde ou outro indivíduo, dentro e fora do ambiente hospitalar e que pode causar danos por toda a vida tanto para a mãe quanto para o bebê. Trata-se de uma pesquisa descritiva de revisão bibliográfica realizada no período de Abril de 2022 a Junho de 2022 através da análise de artigos na íntegra publicados em português a partir do ano de 2011 acerca do tema violência obstétrica. Possui como objetivo abordar situações de violência obstétrica em seus amplos aspectos, apontar os direitos das mulheres como gestantes, parturientes e puérperas e relacionar sobre o papel da enfermagem na garantia destes direitos.

PALAVRAS CHAVE: Partos, enfermagem, violência contra a mulher, humanização da assistência, direitos reprodutivos, parto humanizado, saúde da mulher.

¹ Alunos do 10º período do Curso de Enfermagem das Faculdades Promove de Sete Lagoas.

² Orientador do Curso de Enfermagem das Faculdades Promove de Sete Lagoas.

³ Co-orientador do Curso de Enfermagem das Faculdades Promove de Sete Lagoas.

INTRODUÇÃO

A maternidade é um dos marcos mais importantes na vida da mulher. A gestação, sendo ela planejada ou não, traz consigo um ponto em comum entre as futuras mães: o medo do parto. Este momento tão esperado, marca a vida da mulher, mas muitas vezes pode não trazer boas lembranças e o que era para ser um momento feliz da chegada do filho se transforma em um grande trauma.

De acordo OMS (2014) “Toda mulher tem o direito ao mais alto padrão de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso, durante toda gestação, assim como o direito de estar isenta da violência e discriminação.” Portanto todo e qualquer procedimento que interfere no cumprimento deste direito infere nos direitos da gestante.

A violência obstétrica é caracterizada por qualquer ação que envolva violência verbal, física, psicológica ou sexual, assim como procedimentos invasivos e desnecessários praticados contra a mulher no momento do parto ou durante o processo de gestação. Diante disso, vê-se a necessidade de buscar conhecimento e levantar informações acerca deste tema, que ocorre com certa frequência e acarreta consequências muitas vezes graves na vida de tantas mulheres

“Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; que esta seja realizada de forma humanizada e segura” (BRASIL. Ministério da Saúde, de acordo com o Art 2º da Portaria 569, 2000, p. 4-6).

A maioria das pessoas acredita, equivocadamente, que a violência seja praticada exclusivamente por médicos ou por enfermeiros. A mesma pode ser praticada tanto por profissionais de saúde, assim como qualquer outro indivíduo, seja ele do setor hospitalar, acompanhante dos demais pacientes, outras gestantes, familiares ou o próprio companheiro. Vale ressaltar que tal prática não é pertinente e restrito ao âmbito hospitalar, mas em qualquer que seja o local em que a gestante se encontre em situação de vulnerabilidade.

A vivência do parto sempre foi vista como um momento muito significativo para a vida das mulheres, pois é o evento que marca a transição feminina para um novo papel perante a sociedade: o ser mãe. Até por volta do século XIX, o nascimento acontecia de forma natural, em domicílio, sendo a parturiente assistida por parteiras, as quais eram responsáveis por trazer

o bebê à vida e proporcionar apoio à puérpera e também os primeiros cuidados com o recém nascido.

A institucionalização do parto começou a acontecer a partir do século XX, diante da necessidade de se prestar uma assistência com mais recursos para as parturientes, diminuindo os índices de morte neonatal e materna. Entretanto, este processo trouxe consigo um modelo de parto marcado pelo excesso de intervenções desnecessárias e com isso, tendo uma crescente de casos de violência obstétrica. “A ocorrência de violência obstétrica é uma realidade em diversos países. Pesquisa realizada no Brasil aponta que uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto” (Leal et al., 2018).

O parto vaginal que antigamente era considerado como algo comum e fisiológico, passou a ser visto como algo ultrapassado, associado à dor e ao sofrimento materno. O parto se tornou algo patológico, necessitando de intervenção médica, hospitalar, medicamentosa e de equipamentos, elevando o número de cesáreas eletivas e desnecessárias.

[...] “As cirurgias de cesariana acontecem em mais de 82% dos partos na rede privada. A cesariana, quando é necessária, salva vidas. Todavia, em gestações de baixo risco e sem complicações, a indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é o parto vaginal, pois ainda que realizada com frequência, a cirurgia de cesariana apresenta inúmeros riscos de mortalidade e morbidade para mãe e bebê.”
[...] (BRANDT, 2018, p. 19-37).

A qualidade da assistência prestada à parturiente no momento do parto favorece positivamente ou negativamente a assistência médica hospitalar, fato este que interfere fortemente na cultura de violência obstétrica no Brasil. Ainda de acordo com (BRASIL, 2017) a disposição de informações que remetem, a assistência ao parto e nascimento, favorece a todos os envolvidos no objetivo de proteger, promover e incentivar o parto natural.

Esta pesquisa parte da seguinte questão norteadora: qual o posicionamento da enfermagem frente às situações que violam os direitos da mulher durante a assistência no ciclo gravídico puerperal? Como critérios de inclusão foram selecionados artigos em língua portuguesa, disponibilizados na íntegra que discorriam sobre a violência obstétrica como assunto principal. Destes, foram selecionados os artigos de maior relevância para leitura, interpretação e revisão dos dados bibliográficos, com o objetivo de abordar situações de violência obstétrica em seus amplos aspectos, apontar os direitos das mulheres como gestantes, parturientes e puérperas e relacionar sobre o papel da enfermagem na garantia destes direitos.

Para a coleta de dados foram utilizadas fontes de busca como as plataformas online de pesquisa Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Revista Científica de Enfermagem, Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, dados do Ministério da Saúde e outros. O tema escolhido justifica-se através do número relevante de casos no Brasil e da necessidade de se mudar este quadro a partir de um novo olhar dos médicos, de toda a equipe multiprofissional e principalmente da enfermagem. Sobretudo, na mudança de atitudes perante a assistência, na promoção, prevenção e proteção à saúde das mulheres que não ferem os preceitos que regulam o código de ética e os juramentos feitos por estes profissionais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Durante a história da obstetrícia diversas formas de violência vêm acometendo as gestantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimentos evitáveis. Assim, a violência obstétrica destaca-se como um tipo específico de violência contra a mulher. Essas violações podem ocorrer em qualquer fase da gravidez, porém é no parto, momento de maior fragilidade que as gestantes estão susceptíveis a estes acontecimentos. Deve-se destacar que de acordo com estudos, a violência dá-se através de gritos, procedimentos dolorosos sem necessidade, consentimento ou informação para com a gestante, falta de analgesia e até mesmo negligência.

Existem algumas ações que configuram violência obstétrica: violência física é quando realizada práticas invasivas sem o consentimentos da paciente ou acompanhante, administração de medicamentos sem justificativa pelo estado de saúde da parturiente ou do bebê, ou quando não respeitado o tempo ou a possibilidade de parto natural; violência psíquica destaca-se o tratamento desumanizado, onde há grosseirias, humilhação e discriminação, além da omissão de informações sobre a evolução do parto; violência sexual é toda ação forçada à mulher que viole sua intimidade ou pudor, afetando seu senso de integridade sexual e reprodução, acessando ou não órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. De acordo com dossiê elaborado pela Rede de Parto e Princípios para CPMI da Violência contra as Mulheres (2013).

Segundo Silva et al., (2019; °apud°; Pontes et al., 2021) 25% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência obstétrica, podendo causar danos à saúde mental das mulheres, influenciando nas relações com o meio em que ela vive.

A violência obstétrica, além de passar muitas vezes despercebidas pelas mulheres durante o ato, ela nem sempre acontece de maneira explicitamente agressiva, ela pode ocorrer de forma sutil e até sedutora, induzindo a mulher num momento de fragilidade e vulnerabilidade a acreditar que a conduta imposta pelos profissionais é a única possível ou a mais ideal (Moura et al., 2018; °apud°; Pontes et al., 2021).

Existem muitas formas de violência, dentre elas: negar atendimento, negligenciar a assistência, descontinuidade do cuidado prestado, não fornecer orientações, promover discriminação seja ela qual for (condição social, cor, raça, religião, idade, nível de escolaridade, aparência física, orientação sexual, quantidade de filhos...).

Promover xingamentos, grosserias, humilhações, repreensões, ameaças, punições, chantagens, constrangimento, assédio moral e sexual, exposição e uso de chacotas. Privar a mulher da presença de um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de gestação, nas consultas e exames pré natais, durante o pré parto, parto e pós parto, bem como a escolha de não ter acompanhante se assim preferir.

Além disso, não informar a parturiente sobre os procedimentos a serem realizados, não explicar o motivo para a prática de cada intervenção. Imobilização dos braços e pernas. Restringir a mulher ao leito durante o trabalho de parto não possibilitando movimentos que contribuem para um parto vaginal mais rápido, como por exemplo, caminhadas leves pelo corredor e uso da bola de pilates.

Não permitir o acompanhamento de doulas e o uso de manobras não farmacológicas para controle da dor como massagens e banhos de água quente. Exigir a posição de parto, (comumente usada a litotomia), forçar a via de parto ignorando a vontade da mulher e seu plano de parto. Administração de analgésicos, anestésicos e ocitocina de rotina sem o conhecimento e permissão da mulher. Uso de fórceps ou realização de cesárea sem a devida indicação.

Privar a mulher de se alimentar e ingerir água por longos períodos, uso da manobra de kristeller (forçar a saída do bebê através da pressão exercida sobre a barriga da parturiente). A manobra de Kristeller consiste em uma pressão exercida sobre a porção superior do útero na intenção de fazer o bebê sair mais rápido. Pode ocorrer fratura de costelas da mãe e deslocamento de placenta, enquanto o bebê pode entrar em sofrimento fetal, sofrer traumas encefálicos e ter sequelas por toda a vida.

Realização de episiotomia (corte perineal utilizado para aumentar o canal, dito para facilitar passagem do bebê) desnecessária e sem consentimento, bem como a episiorrafia (conhecida como “ponto do marido” a fim de se deixar o canal vaginal mais apertado para a prática sexual). Tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos), lavagem intestinal.

Exames de toque de forma demasiada, forçar o rompimento da bolsa, acelerar o processo do nascimento por conveniência, fazendo intervenções deliberadas não deixando a mulher ser protagonista do processo. Não promover contato pele a pele entre a mãe e o bebê nos primeiros minutos de vida (se a condição de saúde de ambos forem favoráveis). Negar que mãe e filho não permaneçam juntos em alojamento conjunto no pós parto, não favorecer a amamentação oferecendo chupetas e mamadeiras sem o consentimento da mãe.

Situações como estas, marcam o parto como um momento de dor e tristeza, fazendo com que as mulheres e seus parceiros percam a confiança nos serviços de saúde, desacreditando na assistência de qualidade e fazendo com que o cuidado humanizado seja uma realidade distante e improvável. Além disso, as lembranças podem perdurar por longos anos, privando as mulheres de viverem novas experiências de parto por medo da situação se repetir.

A fase do puerpério em si, já traz consigo muitas dificuldades e um turbilhão de emoções, causados não só pelos hormônios como também pelos desafios na fase de adaptação da mãe e do bebê e da nova rotina da casa. Contudo, as mulheres que sofrem violência durante a gestação ou parto sofrem consequências ainda maiores e têm esse processo ainda mais dificultados. Os traumas causados pela violência obstétrica podem interferir na relação da mulher com seu parceiro, com o próprio filho e até com ela mesma.

As marcas de uma cesárea indesejada por exemplo, podem trazer à tona lembranças dolorosas, causando nas mulheres frustrações e não reconhecimento do seu próprio corpo, além de angústia, baixa autoestima e favorecimento para a depressão pós parto e blues puerperal (é caracterizado por uma tristeza, choros descontrolados e alterações de humor).

A cesárea é um procedimento cirúrgico desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou do bebê, em casos de complicações durante a gravidez ou parto. No Brasil e em alguns países porém a cesárea tem sido utilizada de forma abusiva e sem benefícios para as mulheres e bebês. (Barbosa et al., 2003; °apud°; Pereira, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil 57% dos partos são cesarianas, o que é contraindicado uma vez que apenas 10% estão associadas a redução de mortalidade materna e neonatal.

Alguns procedimentos que caracterizam a violência, podem repercutir na função urinária, intestinal como no caso da episiotomia por exemplo. A consequente episiorrafia pode causar medo de rejeição dos parceiros através da cicatriz, além do desconforto prolongado, dor durante o ato sexual, interferindo diretamente na saúde íntima do casal.

Segundo Dulfe et al., (2016; °apud°; Assis et al., 2021) a maioria das mulheres chegam até as maternidades acompanhadas, porém os acompanhantes vão sendo afastados progressivamente das gestantes no decorrer dos processos burocráticos que envolvem a internação. Estima-se que o motivo desse afastamento se dá por meio das rotinas hospitalares que não favorecem o direito das gestantes de terem acompanhamento em tempo integral. A presença de um acompanhante de livre escolha da gestante mostrou-se como fator decisivo na diminuição de situações de desrespeito e sentimento de abandono e isolamento da gestante.

Assim sendo, a presença do acompanhante favorece maior esclarecimento e orientações com relação aos procedimentos a serem realizados, diminuem os índices de intervenções desnecessárias e influencia diretamente na qualidade da vivência do parto. Entretanto, a mulher fica consideravelmente mais vulnerável a sofrer violência quando tem seu direito a ter um acompanhante negado.

A falta do contato pele a pele nos primeiros minutos de vida do bebê, podem estar relacionadas ao vínculo materno/infantil, situações de abandono e interferem no processo para uma amamentação bem ou mal sucedida. Além disso, o primeiro contato entre a mãe e o bebê é um momento de intensa emoção e alegria e pode representar para a mãe uma forma de recompensa após os momentos de tensão e dor que envolvem o parto. Segundo Assis (et al., 2021), nos casos em que há separação entre mãe e bebê, podem desencadear prejuízo ao início do apego e estabelecimento do vínculo. Este momento de contato íntimo logo após o parto promove uma adaptação mais suave da chegada do bebê ao mundo e dá sequência aos laços afetivos que já foram criados durante a gestação.

Segundo pesquisa relatada Diniz et al., (2015; °apud°; Assis et al., 2021) se tornar mãe é considerado uma das melhores experiências para a mulher, entretanto, a concepção, a gravidez e o sentimento de medo ligado ao parto, são considerados por elas as piores

situações já vividas. Ainda segundo o autor, ao discutirem sobre as evidências, apontam a formação dos profissionais como uma das causalidades da violência obstétrica, pelo fato dos ensinamentos na prática priorizarem as competências médicas acima de valores como o cuidado e a ética. Apontam ainda situações em que mulheres passam a ser objetos de estudo, como na prática da episiotomia para fins de treinamento de estudantes e residentes de medicina, sem o consentimento da paciente. E que, tais mulheres são escolhidas de acordo com seu valor social e ordem hierárquica. Ou seja, quanto mais vulneráveis essas mulheres se apresentam, como estado de pobreza, adolescência, usuárias de drogas, mulheres que vivem em situação de rua, não terem realizado pré natal e não possuírem acompanhantes, estão sujeitas a negligência e omissão de socorro.

Durante anos, a episiotomia foi uma prática rotineira durante os partos realizados no Brasil de acordo com Costa et al., (2011; °apud°; Assis et al., 2021). Somente na década de 80 é que os primeiros estudos questionando os critérios para a realização da prática começaram a surgir. De acordo com a OMS (1996) o uso da episiotomia foi indicado para casos que representassem sofrimento materno e fetal, o que representava cerca de 10% a 15% dos partos vaginais. No entanto, apesar das recomendações para que a episiotomia seja realizada de forma seletiva e indicada, no Brasil, a prática ainda é comumente utilizada de forma indiscriminada em 90% dos partos.

Contudo, não há no Brasil uma lei específica que reconheça a violência obstétrica como violação dos direitos da mulher. Visto que não se encaixa nos tipos de lesões corporais e não há uma lei que puna essa violência. Entretanto, pelo Código de Ética Médica as punições vão desde advertência privada, até a cassação do direito de exercer a medicina. Já as punições penais, quando acontecem, são de difícil apuração, uma vez que há necessidade de perícia para afirmar a imprescindibilidade de determinados procedimentos, além de testemunhas que comprovem o acontecimento dentro da sala de parto.

Para esboçar a problemática deste estudo, fez-se necessário conhecer quais são esses direitos e analisar os principais erros cometidos durante a assistência pelos profissionais na institucionalização do parto.

Além de todos os direitos trabalhistas assegurados por lei presentes na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT, decreto-lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943) como garantia de estabilidade, licença maternidade e outros, toda gestante também tem direito a:

- Acompanhamento especializado e assistência integral à saúde durante a gravidez, em todos os níveis de atenção e em toda sua rede de serviços, garantindo atendimento à mulher em todos os seus ciclos vitais, incluindo atividades básicas, assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e assistência ao neonato, de acordo com o parágrafo único da Lei n. 9.263/1996.
- Atendimento digno e respeitoso por toda equipe de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social, podendo inclusive escolher como prefere ser chamada.
- Ter um plano de parto respeitado, documento legal, recomendado pela OMS, que descreve os desejos da gestante em relação ao parto e cuidados com o RN no pós parto. O descumprimento deve ser devidamente justificado e com consentimento prévio da mulher.
- Escolher pelo parto normal, sendo obrigação da instituição viabilizar os recursos necessários para que ocorra. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2019) o parto normal é o mais aconselhado e seguro.
- Conhecer previamente a maternidade na qual será realizado o parto, previsto pelo SUS, assegurada pela Lei n. 11.634, de 2007.
- Atendimento prioritário em repartições públicas, empresas concessionárias de serviços públicos e instituições financeiras, além de preferência em filas e assentos em transportes públicos, previstos na Lei n. 10.048 e Decreto n. 5.296, de 2004.
- Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal (sendo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação). Assegurado pela Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).
- Acesso a exames laboratoriais e ultrassons preconizadas pelo SUS durante o pré natal.
- Direito de ser ouvida em suas queixas e reclamações, de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente durante o parto.
- Sigilo no atendimento, a privacidade, a autonomia, além do recebimento de informações sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Além disso, se a gestante for adolescente tem o direito de ser atendida sozinha, sem um acompanhante responsável.
- Direito de cumprir os compromissos escolares em casa a partir do oitavo mês, para as gestantes que estudam, sem prejuízos à sua formação.
- Um benefício extra durante a gravidez e após o nascimento para as gestantes beneficiárias pelo Bolsa Família.

- Direito de exigir pensão durante a maternidade, para o custeio de gastos adicionais decorrentes a gravidez, como: assistência médica, internações, alimentação e medicamentos, assegurado pela Lei 11.804/2008.
- Ter um acompanhante de sua livre escolha que permanecerá durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Lei n. 11.108, de 2005 e Portaria n. 2.418, de 2 de dezembro de 2005.
- Direito a permanecer em alojamento conjunto na maternidade, quando mãe e bebê têm o direito de ficarem juntos no mesmo quarto, segundo a portaria nº 1.016 de 26 de agosto de 1993.
- Amamentar o bebê quando e onde quiser, seja no ambiente público ou privado, assegurados pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.
- Direito ao acesso à atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.
- Atendimento em situações de urgência em qualquer hospital, maternidade ou casa de parto.

De acordo com (OMS) a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos e além disso constitui como uma quebra de confiança entre a mulher e a rede de saúde. O impacto negativo causado por esta experiência desagradável pode ocasionar na diminuição do número de mulheres que utilizam os serviços ou procuram assistência obstétrica.

E no intuito de melhorar a assistência prestada, objetivando a redução da morbimortalidade materna e neonatal que diretrizes e princípios inerentes ao direito da mulher durante a gestação parto e puerpério são garantidos pelo Ministério da Saúde.

De acordo com a Portaria 569 do Ministério da Saúde publicada no ano 2000, a humanização da assistência prestada durante o parto é condição essencial para o adequado acompanhamento obstétrico e neonatal, receber a mulher e o recém-nascido de forma digna é uma obrigação das instituições de saúde. Sendo assim, as práticas humanizadas devem ser implementadas nas rotinas, nos procedimentos e na estrutura física. Devem ser incorporadas nas condutas assistenciais de forma acolhedora e menos intervencionistas.

Ao longo dos anos, as leis foram sendo agregadas, otimizando ganhos à assistência e ao cuidado à saúde da mulher; antes as mulheres pariam seus filhos em ambiente hospitalar, porém sozinhas, sem acompanhantes que permitissem se sentirem seguras. Não conheciam o ambiente ao qual estariam durante o parto momento este mais importante de sua vida, e isto para as mães de primeira viagem era ainda mais assustador frente ao inesperado, novo, oriundo de mitos e verdades compartilhadas por outras mulheres tornando este momento apreensivo e estressante. Conforme dispostas no Ministério da Saúde.

Uma assistência humanizada refere-se à priorização da qualidade na prestação dos serviços, respeitando os direitos de cada ser, as suas particularidades e necessidades individuais, promovendo a autonomia, valorizando o protagonismo e dividindo a responsabilidade dos sujeitos envolvidos. Visto como uma maneira de transformar o processo de desumanização que tem se tornado cada vez mais crescente, objetivando suavizar os medos e as dores dos pacientes durante o cuidado.

A humanização do pré-natal e do parto, acontecem quando a equipe de saúde e a instituição adotam medidas que acolham e respeitem as necessidades da mulher sem intervenções desnecessárias. Ou seja, medidas que garantem o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações de promoção à saúde da gestante e do recém-nascido em todos os níveis de atendimento, seja ele de baixo ou alto risco. Práticas como estas têm como objetivo principal, acolher a gestante durante todo o processo da gravidez e assegurar um parto seguro e saudável garantindo o bem-estar do bebê e da mãe. Um parto humanizado vai além da via de parto e suas intervenções. É fazer da mulher protagonista do momento, dando-lhe total liberdade de escolha e respeitando suas decisões (Assis et al., 2021).

“O parto humanizado visa a mudança de atitudes, filosofias de vida e da percepção de si e do outro como ser humano, implica em responsabilizar e compartilhar a sensibilidade, a informação, a comunicação e a decisão entre mãe-mulher, família e profissionais de saúde.” (Moreira et al., 2009; °apud°; Assis et al., 2021, p. 135-157).

A humanização do parto possui um conceito amplo e ambíguo, que envolve conhecimentos, práticas e ações que tem como objetivos promover partos com a garantia dos direitos em sua integralidade e nascimentos saudáveis, garantindo o direito à privacidade e a autonomia da mulher como protagonista do processo. Proporciona procedimentos que oferecem benefícios comprovados, evitam intervenções desnecessárias e previne a morbimortalidade materna e fetal. (Martinelli et al., 2014; °apud°; Lemos et al., 2019).

Desta forma, reforça-se a necessidade de transformar este processo cada vez mais humano, dando ênfase ao respeito às escolhas da mulher e seu protagonismo e a conscientização dos profissionais através da capacitação e educação continuada. Deve-se considerar o momento como emocional, familiar, social e espiritual e não apenas como um evento médico. É preciso formar os profissionais de saúde de forma diferenciada, para que não interfiram no processo desnecessariamente e enxerguem o nascimento de forma natural. (Narchi et al., 2013; °apud°; Lemos et al., 2019).

Durante toda gestação e trabalho de parto existem direitos que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde para que as mulheres tenham um atendimento integral e de qualidade. Diante disso o ministério da saúde possui políticas que garantem os direitos sexuais, de cidadania e reprodutivos das mulheres, a fim de que elas conheçam seus direitos e possam exigí-los, se prevenindo de abusos e desrespeito contra sua dignidade.

Segundo Diniz (2003; °apud°; Pereira et al., 2016) é direito das usuárias dos serviços de saúde obter informações claras e objetivas e de fácil entendimento sobre as hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, e ações terapêuticas, riscos e benefícios das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, bem como direito a receber informações sobre métodos e técnicas para regulação da fertilidade e/ou prevenção da gravidez.

A Rede Cegonha objetiva uma prestação de assistência à saúde da Mulher humanizada, com acesso a qualidade de assistência prestada com o intuito de promover atenção e promoção à saúde no planejamento familiar, na gestação, pré natal, parto, puerpério e acompanhamento no desenvolvimento infantil. Contribuindo para a redução na mortalidade materna e neonatal. Contudo é na atenção básica que a mulher teoricamente deveria receber orientações e esclarecimentos de seus direitos, assim como a orientação quanto ao que é e como identificar a violência obstétrica desde o momento da concepção até o final do puerpério.

Permitir que a mulher conheça e entenda sobre os direitos que a lei à assegura, é promover atenção humanizada frente aos direitos atribuídos pelas diretrizes em acordo com as normativas do Ministério da Saúde, ainda que no Brasil não tenha uma lei específica contra a violência obstétrica, mas há outras com cunho punitivo que faz valer a justiça frente a malevolência. De acordo com a Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, a rede cegonha tem como objetivo garantir os direitos da mulher e do bebe, assegurando que a mulher seja coautora do seu planejamento reprodutivo, assim como receber

uma assistência humanizada na gestação, parto e puerpério, e o bebê ao nascimento seguro e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento sadio.

Conforme estudo dos artigos revisados, a violência obstétrica é algo que ainda precisa ser mais evidenciado e enfatizado, uma vez que não permeia em nosso país leis federais que possam respaldar tais ocorrências. As diretrizes existentes permitem o norteamento de critérios específicos para a humanização desde a concepção ao puerpério, porém não punem e tão pouco impõe esclarecimento educativo à mulher sobre seus direitos e o que é a violência obstétrica. Ao longo do desenvolvimento humano e na essência de sua criação, os partos sempre se deram de origem natural, respeitando a fisiologia natural da mulher; os partos eram domiciliados com auxílio de parteiras e vistos como um processo natural, de boas expectativas e feliz, contudo veio a institucionalização do parto sendo este realizado no âmbito hospitalar por médicos e enfermeiros com teorias, técnicas e mecanizações que mudaram a percepção do parir entre as mulheres. Tais técnicas médicas tinham por intuito salvar a vida de mãe e bebê, contudo o exagero desnecessário de tais intervenções oportunizou traumas e medos por métodos invasivos e violentos, e também a prematuridade através de cesáreas desnecessárias. As mulheres que pela própria natureza carregam em seu corpo a essencialidade para um parto natural, contudo traumatizadas pela desumanização intervencionista desnecessária o enxergam como algo excêntrico e violento a seu próprio corpo.

A partir do século XX, a institucionalização do parto e o uso de intervenções tecnológicas visavam atuar nas situações de alto risco para mãe e para o bebê a fim de se diminuir os índices de morte materna e neonatal. Todavia, essas práticas deram espaço para uma assistência mecânica e fragmentada, caracterizada pelo excesso de procedimentos sem a devida indicação, rompimento da autonomia feminina durante o parto. Tornando-o como um evento violador dos direitos, violento e desumano. A partir daí foi reconhecido a violação da mulher e empregado o termo de violência obstétrica, definida como uma apropriação do corpo da mulher. Interferindo na sua autonomia reprodutiva, submetendo a condutas desumanas, dolorosas, constrangedoras e desnecessárias, transformando o que era para ser um processo natural em um evento patológico. Tais atitudes são consideradas abusivas e capazes de ferir o psicológico feminino (Leal et al., 2017).

No entanto, faz-se necessário que a mulher tenha conhecimento de seus direitos e a eles fazer valer. Ainda conforme artigo citado, é evidenciado pelas enfermeiras que participaram da

pesquisa analítica que as mulheres são ignorantes frente a problemática “violência obstétrica”. Percebe-se a importância que este tema pertinente fosse abordado ainda na Atenção Primária e também na Privativa, tanto para orientação e instrução para reconhecimento da ocorrência da violência obstétrica, quanto para o conhecimento do desenvolver do “trabalho de parto” como processo natural e fisiológico.

O conhecimento é a principal arma das mulheres contra as situações de violência obstétrica, a falta de informação em relação aos seus direitos durante a gestação e ao parto, são os que as tornam mais vulneráveis e susceptíveis a sofrerem algum tipo de dano. Nesta questão, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro, promovendo ações de educação em saúde e assistência humanizada, com olhar holístico e integral desde o primeiro contato com essas mulheres durante a gestação até o momento do parto. É papel do enfermeiro fazer o acolhimento da gestante na atenção básica através das estratégias de saúde da família, realizando consultas alternadas com o médico no acompanhamento aos casos de baixo risco.

Neste contexto, cabem a estes profissionais a importante função de dar início ao processo de pré natal, realizar a abertura da Caderneta de Gestante prevista pelo Ministério da Saúde e realizar as primeiras anotações sobre todo o histórico da gestante. Compete ao enfermeiro também a solicitação de exames específicos da gravidez preconizados pelo município e fazer os devidos encaminhamentos. Além disso, o profissional deve orientar as gestantes sobre tudo que envolve o ciclo gravídico puerperal, esclarecendo suas dúvidas e dando-lhes espaço para expressar seus sentimentos e expectativas. Durante a primeira consulta, o enfermeiro deve aproveitar a oportunidade para conhecer melhor a gestante e entender o contexto familiar e social no qual ela está inserida.

Durante o atendimento, o enfermeiro deve ter uma postura sobretudo ética, respeitosa, livre de julgamentos, prestativa, empática e afetuosa, conquistando a confiança da mulher para que ela tenha liberdade em se abrir. É importante que a mulher tenha um profissional em saúde em quem ela possa confiar e que lhe traga segurança sobre os seus medos, receios, angústias e ansiedades que envolvem esta fase. Após estreitarem um pouco mais esta relação, o enfermeiro deve esclarecer a mulher sobre o plano de parto, para que juntos possam dar início a construção deste importante documento. É através dele que a mulher vai expor seus desejos e preferências em relação à conduta durante o parto.

Compete ao enfermeiro, assistir a mulher antes, durante e após o parto, como educador, fornecendo orientações de saúde inerentes a saúde da população, acompanhando a evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distócia, ou seja, quando não há nenhum problema, tanto de origem materna quanto fetal, que dificulte ou impeça o parto, respaldados pela Lei do exercício profissional n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Cabe ainda aos profissionais referidos no inciso II do artigo 6º desta lei, que prevê ao enfermeiro obstetrix a incumbência de assistir à parturiente e ao parto normal, identificar as distócias obstétricas e tomar as providências até a chegada do médico e realizar episiotomia, episiorrafia e administração de anestesia local, quando há indicação.

O enfermeiro também pode atuar em defesa dos direitos da mulher dentro das instituições, nos hospitais, nas maternidades e nas casas de parto, promovendo uma assistência de qualidade, fazendo a capacitação de sua equipe para um atendimento mais humanizado e até mesmo fazendo as intervenções que lhe forem cabíveis ao presenciar atos de violência, minimizando o uso indiscriminado de procedimentos que possam interferir na qualidade de vida das mulheres.

No decorrer do pré natal, a gestante deve receber informações sobre seus direitos durante o parto e ser orientada sobre as ações que caracterizam violência obstétrica a fim de conhecê-las. Segundo Estumano et al., (2017; °apud°; Assis et al., 2021) a falta de informação faz da mulher refém das imposições médicas e de toda a equipe, visto como uma atitude correta e irrevogável.

Além disso, há uma recorrente banalização das experiências de violência retratadas pelas mulheres e os procedimentos invasivos e desnecessários são vistos como comuns e rotineiros. Tudo isso, somados ao medo de sofrer represálias e danos à sua saúde ou de seu bebê durante a assistência fazem com que a mulher fique em silêncio e aceite passivamente as escolhas da equipe de saúde e as intervenções realizadas.

Desta forma, as mulheres não reclamam e não denunciam. Algumas por não terem conhecimento sobre os seus direitos ou por não saberem identificar as formas de violência obstétrica e outras por medo. O fato de não denunciarem a violência sofrida, contribuem para que a violência obstétrica se perpetue e se naturalize cada vez mais nos hospitais onde ocorrem os casos na maioria das vezes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu elucidar os diversos tipos de violência obstétrica que existem, quando e onde ela ocorre, por quem ela pode ser praticada e como ela afeta a vida das vítimas. Diante dos fatos apresentados nesta narrativa, percebe-se que esses acontecimentos vão muito além da violação dos direitos da gestante e do desrespeito dos profissionais, tais atos podem causar um impacto físico e emocional muito marcante na vida destas mulheres.

Com a finalidade de minimizar a incidência de casos no Brasil, o Ministério da Saúde criou políticas públicas que visam garantir os direitos das gestantes e fazer com que o parto seja mais respeitoso e humanizado. Contudo, para que isso funcione na prática, é preciso que os profissionais estejam bem preparados para orientar as mulheres a fim de que conheçam seus direitos e os façam serem cumpridos. Além disso, faz-se necessário para a equipe durante o cuidado, o abandono de técnicas já obsoletas e intervenções que além de desnecessárias vão contra o consentimento da mulher.

Apesar de ser um assunto presente nas mídias sociais e possuir informações de livre acesso, é perceptível que muitas mulheres nunca tenham ouvido falar ou não sabem ao certo como reconhecer e se protegerem da violência obstétrica. Quanto menos esclarecidas, mais vulneráveis as mulheres se tornam. Muitas delas só percebem a violência tempos depois de terem sofrido, quando já não podem mais impedi-las de acontecer e pouco fazem para correr atrás dos seus direitos violados. É preciso dar voz a essas mulheres, fazendo elas se sentirem seguras e acolhidas.

Com base nos dados expressos nesta revisão verificou-se a necessidade da mudança comportamental em todos os âmbitos da assistência. Destacando-se o papel do enfermeiro como defensor dos direitos da mulher desde o pré-natal até o momento do parto. Evidencia-se portanto, a importância de se incentivar a autonomia da mulher, tornando-a consciente dos seus direitos e protagonista de sua vivência durante o ciclo gravídico puerperal. Compreende-se como a ressignificação das experiências de parto, tornando-o com um evento natural, prazeroso e feliz, sobretudo garantindo o bem estar materno e fetal, antes, durante e após o nascimento.

Por fim, reflete-se sobre a urgência de fazer com que a violência obstétrica seja um assunto de extrema relevância a ser abordado ainda no início da gestação, por toda a equipe multidisciplinar que assiste a gestante, seja na rede pública ou privada. Levando

esclarecimento para a mulher, o parceiro, a família e/ou rede de apoio, além de fomentar ferramentas que respaldam o direito de ter acesso à assistência de maneira digna e humana. O combate à violência obstétrica vai muito além do empoderamento feminino é uma questão de saúde pública e de respeito à vida.

REFERÊNCIAS

ASSIS K.G et al. **Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica.** Psicologia Argumento. Itajaí, v. 39, nº 103, p. 135 - 157, jan./mar, 2021. Disponível em: <file:///D:/USUARIO/Downloads/27239-57099-1-PB%20(5).pdf>. Acesso em: 29 de abril de 2022.

BRANDT, G.P et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto.** Revista gestão & saúde. Rio Grande do Sul, v. 19, nº. 1, p. 19-37, 2018. Disponível em: <https://herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2022.

BRASIL, Agência Brasil-ANS **Campanha de reforço à importância do parto normal**, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-12/campanha-da-ans-reforca-importancia-do-parto-normal#:~:text=Segundo%20a%20ANS%2C%20o%20parto,menos%20dolorosa%20para%20a%20m%C3%A3e.>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Lei do exercício profissional n. 7.498 de 25 de junho de 1986**, Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 29 de abril de 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao normal parto versão resumida.** Brasília 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**, Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 29 de abril de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 fevereiro de 2006**, Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 29 de abril de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**, Brasília, 2000, p. 4-6. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 01 de maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993**, Brasília, 1993. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005**, Brasília, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, OMS- Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento de 1996**. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2022.

BRASIL, OMS- Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 01 de maio de 2022.

BRASIL, **Presidência da República, Casa Civil. DECRETO-DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004. Prioridade de atendimento**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm#:~:text=Regulamenta%20as%20Leis%20nos,mobilidade%20reduzida%2C%20e%20d%C3%A1%20outras>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, **Presidência da República, Casa Civil. DECRETO-LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007. Direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, **Presidência da República, Casa Civil. DECRETO-LEI Nº 11.804, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2008. Disciplina o direito a alimentos gravídicos**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111804.htm>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, **Presidência da República, Casa Civil. DECRETO-LEI Nº 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943 Consolidação das Leis do Trabalho**. Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452compilado.htm>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, **Presidência da República, Casa Civil. DECRETO-LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Planejamento familiar**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, **Presidência da República, Casa Civil. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL, Senado Federal, **Comissão parlamentar mista de inquérito- CPMI Violência contra mulher 2012**, p. 62. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contras-mulheres>>. Acesso em: 06 de maio de 2022.

CASTRO, A.T.B. et al. **Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura.** Rev. Enfermagem Foco, vol. 11, n°. 1, p. 176-181, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798>>. Acesso em: 01 de maio de 2022.

COSTA, N. M. et al. **Episiotomia nos Partos Normais: uma revisão de literatura.** Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 9, n°. 2, p. 46-51, 2011. Disponível em: <<http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/383>>. Acesso em: 12 de maio de 2022.

DINIZ, S. G. et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** Journal of Human Growth and Development, São Paulo, vol. 25, n°. 3, p. 376-377, 2015. Disponível em: <[file:///D:/USUARIO/Downloads/106080-Texto%20do%20artigo-193143-1-10-20151209%20\(4\).pdf](file:///D:/USUARIO/Downloads/106080-Texto%20do%20artigo-193143-1-10-20151209%20(4).pdf)>. Acesso em: 16 de maio de 2022.

DULFE, P. A. M. et al. **Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica.** Cogitare Enfermagem, vol. 21, n°. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37651>>. Acesso em: 02 de maio de 2022.

ESTUMANO, V. K. C. et al. **Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes.** Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, vol. 7, n°. 19, p. 83-91, 2017. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/126>>. Acesso em: 05 de junho de 2022.

LEAL, S.Y.P et al. **Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.** Revista Cogitare Enfermagem. Paraná, v. 23, n° 1, p. 7, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473>>. Acesso em: 03 de junho de 2022.

LEMOS T.A.B et al., **Humanização como forma de superação da violência obstétrica: papel do enfermeiro.** Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091, vol. Sup. 23, e. 207, p. 1-7, Piauí, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/207/421>>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

MENEZES, F.R., **O olhar de residentes em Enfermagem obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições.** Interface. Botucatu, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e180664/>>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

MOURA, R.C.M et al. **Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.** Rev. Enfermagem Foco, v. 9, n°. 4, p. 60-65, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

NARCHI, N.Z. et al. **O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, n°. 4, p. 1059-1068, 2013.

PEREIRA, J.S. **Violência Obstétrica: Ofensa à Dignidade Humana.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v.15, n°.1, p.103-18, Jun - Ago,2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2022.

PINTO, A.M.O. **Violência obstétrica: uma análise acerca do projeto de Lei nº 7633/2014 como proposta de garantia dos direitos fundamentais da mulher.** Monografia (graduação) curso de direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, p. 92, 2017. Disponível em: <<https://rosario.ufma.br/jspui/handle/123456789/1652>>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

PONTES, B.F et al. **Repercussões físicas e psicológicas na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica.** Rev. Cien. São Paulo, v. 11, nº. 35, p. 1-8, 2021. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/472>>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

SILVA, F.L et al. **Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa.** Rev. Uningá, Maringá, v. 56, nº. S1, p. 159-171, jan./mar, 2019. Disponível em: <<https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2060>>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

ZANARDO, G.L.P. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa.** Psicologia & Sociedade, p. 29, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 de maio de 2022.