

## **Violência obstétrica antes e depois do parto**

### **Obstetric violence before and after birth**

---

**Cézar Augusto da Silva**

*Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP*

**Gilvan Soares de Souza Filho**

*Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP*

**Jessiane Rodrigues da Conceição**

*Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP*

**Naylson dos Santos Silva Aguiar Izidório**

*Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP*

**Simone Bispo de Araújo Barboza**

*Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP*

**José Ivo Ferreira da Silva**

*Docente Especialista da Universidade Paulista – UNIP.*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.95.7

## RESUMO

A violência obstétrica é uma forma de violência cometida contra mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, caracterizada como ato de violência física, psicológica e emocional, sendo um sério problema de saúde pública no Brasil. Nesse contexto, foi observado que a violência obstétrica causa abusos e desrespeitos antes, durante e após o parto, isso em instituições de saúde que acontecem de formas variadas. O referido estudo tem como tema violência obstétrica antes e depois do parto. Assim, o objetivo geral do trabalho é compreender a importância da assistência de enfermagem nos casos de violência obstétrica antes e depois do parto. A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi pesquisa de cunho descritivo e bibliográfico para melhor aprofundar a temática. Para efeito de consolidação, a execução do trabalho se deu em etapas que são elas: seleção bibliográfica sobre o material e, utilização de leituras a respeito da assistência de enfermagem a paciente que sofreu violência obstétrica antes e depois do parto. Com base nos resultados, observou-se que as mulheres não compreendem atos violentos e invasivos durante o parto, tanto quanto, negligências e procedimentos que ferem as políticas de humanização, pois estão vivenciando momentos de grande comoção, fazendo-se considerar um ato violento, algo comum, sendo estas as consequências decorrentes da institucionalização do parto que, fez com que a classe médica fosse entendida como a detentora de todo conhecimento referente à parturiente, e fazendo com que a mulher perdesse sua autonomia no ato de parir. Espera-se com esse estudo que o profissional de enfermagem possa esclarecer dúvidas, agregar conhecimentos e promover uma mudança na assistência prestada às parturientes, isso para erradicar a violência obstétrica.

**Palavras-chave:** assistência de enfermagem. humanização. violência obstétrica.

## ABSTRACT

Obstetric violence is a form of violence against women during prenatal, childbirth and the puerperium, characterized as an act of physical, psychological and emotional violence, being a serious public health problem in Brazil. In this context, it was observed that obstetric violence causes abuse and disrespect before, during and after childbirth, in health institutions that happen in different ways. This study has its theme obstetric violence before and after childbirth. Thus, the general objective of the work is to understand the importance of nursing care in cases of obstetric violence before and after delivery. The methodology used to carry out this work was a descriptive and bibliographic research to better deepen the theme. For the purpose of consolidation, the work was carried out in stages, which are: bibliographical selection on the material and use of readings regarding nursing care for patients who suffered obstetric violence before and after childbirth. Based on the results, it was observed that women do not understand violent and invasive acts during childbirth, as much as, negligence and procedures that hurt humanization policies, as they are experiencing moments of great commotion, making themselves considered a violent act, something common, these being the consequences resulting from the institutionalization of childbirth, which made the medical profession understood as the holder of all knowledge regarding the parturient woman, and causing the woman to lose her autonomy in the act of giving birth. It is hoped with this study that the nursing professional can clarify doubts, add knowledge and promote a change in the assistance provided to parturients, this in order to eradicate obstetric violence.

**Keywords:** nursing assistance. humanization. obstetric violence.

## INTRODUÇÃO

A violência obstétrica trata-se de um tema de relevância para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança nas práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e nascimento. No contexto brasileiro há grande influência cultural sobre a percepção do nascimento na sociedade relacionado ao excesso de utilização de procedimentos.

O conceito de violência obstétrica, além de evidenciar a assistência desumanizada, enfatiza também sua importância obstétrica, a contar das raízes dessa especialidade médica até a educação contemporânea e estruturas de poder. Abordando a discussão sobre abuso e desrespeito no extenso âmbito das desigualdades estruturais e da violência contra a mulher (SADLER *et al.*, 2016).

Por isso, o parto vem sendo frequentemente percebido como um processo patológico, que tem resultado na adoção da tecnologia do parto dirigido, no qual a mulher se encontra, geralmente, semi-imobilizada, com as pernas abertas levantadas, privada de alimentos e líquidos por via oral, sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso rotineiro de episiotomia.

Assim, a violência obstétrica antes e depois do parto, todavia pode-se afirmar que ela é caracterizada como abusos sofridos por mulheres que procuram os serviços de saúde, isso no que tange os períodos antes e após o parto. Esses abusos são apresentados como violência psicológica ou física que são responsáveis por causarem traumas na vida da mulher (LANSKY *et al.*, 2019).

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde (2019), as mulheres ainda são submetidas ao procedimento irrestrito denominado “Manobra de Kristelle” (36%) e do uso do soro de ocitocina (Ocitocina 1º e 2º estágios – 36,5%) para acelerar o trabalho de parto, em desacordo com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, estabelecidas desde 1996 pela Organização Mundial de Saúde.

Pode-se afirmar que conforme estudos pesquisados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ela enfatiza que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (OMS, 2014).

De acordo com a escolha do tema entende-se que existem várias formas de reduzir a violência obstétrica antes e depois do parto, dessa forma, o artigo está delimitado aos profissionais de enfermagem, visto que eles têm como finalidade prestar uma assistência a gestante com o objetivo de reduzir os casos de violência obstétrica que ocorrem nesse município, pois é através dos cuidados ofertados pelos profissionais de enfermagem que a paciente demonstra confiança na hora do procedimento.

O artigo tem como objetivo geral compreender a importância da assistência de enfermagem nos casos de violência obstétrica antes e depois do parto. E os específicos são apontar os principais conceitos de violência obstétrica; explicar as principais causas da violência obstétrica e identificar a função da sistematização da assistência de enfermagem a paciente.

Diante dessas reclamações e casos ocorridos, faz-se necessário abordar um tema de grande relevância pública, com a seguinte problemática. Qual o papel do enfermeiro frente à violência obstétrica?

A metodologia utilizada na produção do artigo tratou-se de um estudo literário a respeito do que vem sendo construído academicamente a respeito da violência obstétrica. Ainda foram utilizadas as palavras-chave na busca: assistência de enfermagem; Humanização; violência obstétrica. Nessa perspectiva, este trabalho foi composto pelas seguintes etapas: seleção bibliográfica sobre o material e, utilização de leituras a respeito da assistência de enfermagem a paciente que sofreu violência obstétrica antes e depois do parto. Para os critérios de inclusão: trabalhos sobre a importância da assistência de enfermagem nos casos de violência obstétrica antes e depois do parto. Sendo compreendido o período de 2011 a 2022, referindo-se as obras analisadas. Com relação ao processo de exclusão foram trabalhos publicados fora da data escolhida. E que não atendia o tema pesquisado.

Nos últimos anos esse tipo de violência tem sido objeto de constante atenção, pois é perceptível a luta das mulheres para ter os seus direitos garantidos em todos os aspectos, com isso o movimento contra a violência obstétrica tem se estendido tanto no meio social como no meio acadêmico com uma forma de solucionar essa situação tão cruel e desumana.

## CONCEITOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Violência Obstétrica é algo que acontece a muito tempo, desde quando as mulheres deixaram de ter seus filhos em casa com o auxílio de parteiras e passaram a ser assistidas nas instituições médicas. É um termo relativamente novo, que ainda é pouco conhecido, porém como estamos em uma era digital, está adquirindo um grande espaço nas mídias sociais, testemunhamos cada vez mais várias histórias relatadas pelas próprias mulheres e mães, que dizem ter sofrido algum tipo de violência obstétrica (TESSER *et al.*, 2015). Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis.

Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher. O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Contudo, o Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas.

Dessa forma, a violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina. De acordo com García, Diaz e Acosta (2013), um fator sempre presente entre as gestantes é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto.

Ainda pode-se afirmar que a violência obstétrica é definida como uma violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da

manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários (ZANARDO *et al.*, 2017).

Contudo, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções na hora do parto, assim como a realização das práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014).

## As principais causas da violência obstétrica

Além das intervenções obstétricas desnecessárias, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade é cotidiana e cruel e revela uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Ainda salientar que a violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias. Nesse sentido, ela faz parte da violência institucional, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros (GOMES, 2014). Por isso, a frase na hora de fazer gostou, então agora aguenta falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (ZANARDO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, reforça-se a importância do atual movimento pela humanização do parto e do nascimento, que busca reafirmar o lugar de protagonista da mulher nessa cena, empoderando-a quanto ao conhecimento em relação ao seu corpo, à gestação, às mudanças esperadas e possíveis, além de tudo que envolverá o processo do nascimento. Mais apropriados, fortalecidos e apoiados, as mulheres poderão se sentir mais seguras para assumir suas posições, vontades e o controle do seu corpo nesse momento, sendo capazes de ter um parto seguro da forma que planejaram e desejaram.

Ainda corroborando com a ideia da OMS (2014), as gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Porém, apesar da disseminação dessas experiências, a OMS aponta que “atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2014, p. 1).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, as maternidades devem: garantir vaga às gestantes; garantir o direito a acompanhante de livre escolha; adotar as boas práticas de aten-

ção segundo as recomendações da OMS; garantir privacidade da mulher no trabalho de parto e no parto; reduzir os índices de cesariana, de episiotomia e uso de ocitocina; promover o parto e o nascimento humanizados; promover a participação do pai no momento do nascimento e o contato entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento; garantir livre permanência da mãe e do pai ao seu recém-nascido durante todo o tempo de internação na UTI; estimular a amamentação na primeira hora de vida; manter atuante comissão de investigação do óbito materno, fetal e infantil; manter ativos mecanismos de participação dos usuários e garantir gestão participativa e democrática, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde (FIGUEREDO; LANSKY, 2014).

Portanto, faz-se necessário o fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade com o objetivo de resistir a todas as formas de violência e investir esforços no sentido do respeito à vida humana. Como alternativa para essa mudança é necessária a elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades sociais, a valorização dos trabalhadores da saúde, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, baseadas em evidências científicas, e a distribuição de serviços e equipamentos de saúde que estejam articulados em rede e compreendam os sujeitos de forma integral (GOMES, 2014).

Para Diniz *et al.* (2015) é fundamental que ocorram as boas práticas obstétricas são os sete passos propostos pela “Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos”, no qual a Enfermagem Obstétrica moderna pode se espelhar:

1) Explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela, e como ela pode colaborar. Promova o direito à condição de pessoa, de sujeito da relação;

2) Conheça e respeite as evidências científicas. Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência;

3) Apesar de suas condições de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente com uma pessoa, com o devido respeito. Se você não tiver tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus colegas no serviço de saúde. Promova o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante;

4) Reconheça e promova o direito das pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência; 5) Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência;]

6) Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução;

7) Invista em você mesmo, busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar-se e reciclar-se. Você não está só: junte-se a uma rede de assistência ao parto humanizado.

Com isso, pode-se afirmar que as principais causas da violência obstétrica ocasionadas nas mulheres é resultado de um conjunto de fatores onde envolve ações desrespeitosas que ferem a dignidade feminina, tal violência se caracteriza por procedimentos rotineiros que são realizados de forma desnecessária. Atualmente, existem alguns estudos que questionam o uso de muitos desses procedimentos, no entanto, ainda são realizados indiscriminadamente.



Contudo, observa-se que as principais complicações ocorrem pela ausência de esclarecimento e permissão da paciente, que se torna um ato violento onde nele existe o desrespeito a mulher, pelo fato dos profissionais não se importarem em esclarecer e especificar quais procedimentos são adotados a ela, assim, a maioria das mulheres fica “reféns” e encaram tais procedimentos como “normais” e que precisam se calar e aceitá-las sem questionamentos (SANTIAGO; SOUZA, 2017).

## A função da sistematização da assistência de enfermagem a paciente

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado, promovendo um cuidado de enfermagem contínuo e mais justo, com qualidade para a paciente (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco ou de risco habitual pode ser uma medida capaz de reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, oferecendo um cuidado mais integral à mulher e sua família. Por essa razão, a ideia de humanização vem sendo utilizada há vários anos, em especial na área da saúde. No campo da assistência ao parto, vários autores e organizações não governamentais têm demonstrado nos últimos anos suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência, principalmente naqueles de baixo risco.

O cuidado obstétrico é baseado em evidências, pois ele oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias. Contudo, acredita-se que esta humanização deva começar na primeira consulta de pré-natal, pois uma gestante que tenha recebido um bom preparo nesta fase seja, por orientações adequadas, participações em grupos de gestantes e até mesmo manipulação e reflexão de materiais informativos, chegam mais preparadas aos hospitais: emocionalmente, socialmente, fisicamente e detém melhor o conhecimento de seus direitos legais, para a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério mais facilitada e menos estressante (SILVA *et al.*, 2014).

A SAE consiste em realizar o processo de Enfermagem de forma contínua e integral, por um sistema composto de cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação (intervenções de enfermagem) e avaliação. Por isso, a importância do acolhimento, pois as gestantes depositam a confiança na equipe que irá atendê-la durante todos os meses de gravidez. A equipe deve escutar a história das gestantes aproximando tudo o que pode estar distante, levantando dados para melhor atendê-la, o acolhimento não pode ser único, deve ser realizado durante todo o pré-natal e quando necessário. Os profissionais da equipe devem compreender os significados da gravidez tanto para a mulher como para a sua família (CARRARA; OLIVEIRA, 2013).

Assim, a assistência de enfermagem no pré-natal é um instrumento eficaz que pode ser usado para envolver a mulher no intuito de torná-la uma mãe saudável, com a possibilidade de dar à luz a uma criança sadia. Toda gestante deve ser assistida nas consultas de enfermagem obstétrica intercaladas com as consultas médicas. O enfermeiro deve dar maior ênfase aos aspectos preventivos do cuidado, motivando a mulher ao autocuidado e a comunicação de alterações precocemente (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Assim, o papel do profissional da área da saúde irá além de orientar a mulher no geral tal como saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios; estimulá-la a fazer uso de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e o uso da bola, aplicar-lhe massagem ou fazer uso de qualquer recurso para tornar o processo em si menos doloroso e fazer com que a mulher fique mais relaxada e colaborativa (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

A assistência de enfermagem inicia-se com a admissão da gestante na instituição. E em seguida realizar os seguintes procedimentos que devem ser realizados durante o primeiro período, ou seja, na dilatação: Colher a história e realizar o exame físico. Orientar a gestante quanto ao ambiente hospitalar. Monitorar os sinais vitais maternos de 4 em 4 horas. Observar quaisquer anormalidades no estado geral maternas. Auscultar os BCF a cada 15 minutos. Avaliar a dinâmica uterina se a intensidade das contrações é fraca, moderada ou forte; a frequência, ou seja, o número de contrações em 10 minutos; e a duração das contrações. Avaliar o estado do líquido amniótico se a bolsa estiver rota, pois a liberação do mecônio tingem de verde esse líquido que deve estar claro e com presença de grumos. Observar e incentivar micções. Monitorar a administração de ocitocina se houver necessidade, pois estimula as contrações uterinas. Incentivar a deambulação. Recomendar dieta leve ou jejum. Orientar a gestante a ficar em decúbito lateral esquerdo se ela quiser permanecer deitada. Providenciar medidas de conforto para relaxamento e para alívio da dor, além de banho e higiene íntima. Oferecer apoio emocional. Realizar o menor número de toques vaginais. É importante que o enfermeiro avalie o apagamento e o quanto de dilatação a gestante apresenta, se a bolsa amniótica está íntegra ou rota, e que identifique a apresentação fetal (TEIXEIRA, 2018).

Na fase ativa do trabalho de parto, o enfermeiro realiza a abertura do partograma. O partograma é um documento gráfico no qual o profissional de saúde registra o desenvolvimento do trabalho de parto, incluindo a justificativa da necessidade de cesariana, que é parte integrante do processo para pagamento do parto (TEIXEIRA, 2018).

No segundo período, denominado de expulsão, o enfermeiro deve realizar os seguintes procedimentos: Auxiliar na transferência para a sala de parto. Avaliar a ansiedade e o medo. Verificar os sinais vitais. Organizar o material para o parto usando técnica asséptica. Posicionar a parturiente para o parto. Higienizar a área da vulva e do períneo. Dar apoio à gestante. Encorajar o esforço e apontar os progressos. Fornecer medidas de conforto e facilitar o repouso entre as contrações. Observar e comunicar qualquer alteração no estado de saúde materno. Orientar sobre como realizar a força para expulsão do feto. Avaliar BCF depois de cada contração. Avaliar a dinâmica uterina. Auxiliar na anestesia (local ou bloqueio de pudendo). Fazer a episiotomia, caso necessário. Auxiliar na liberação da cabeça e dos ombros. Pinçar e cortar o cordão umbilical, depois de 1 a 3 minutos, quando parar de pulsar. Observar a presença de duas artérias e uma veia no cordão umbilical. Atender imediatamente ao recém-nascido. Realizar o teste de Apgar no primeiro, quinto e décimo minutos de vida (TEIXEIRA, 2018).

No terceiro período, ou seja, durante a dequitação, deve-se: Avaliar a altura uterina e sua consistência, observando sinais de hemorragia. Avaliar sinais vitais maternos. Auxiliar na episiorrafia se necessário. Colher amostra sanguínea caso haja necessidade. Administrar medicamento uterotônico se houver necessidade. Remover lentamente as pernas da mulher dos estribos ou perneiras. Levar a mãe à sala de recuperação ou observação (TEIXEIRA, 2018).



No quarto período ou período de Greenberg, os seguintes cuidados são realizados: Avaliar a localização do fundo uterino (altura). Avaliar a consistência do fundo uterino e massagear se não estiver firme. Avaliar sinais vitais da mulher a cada 15 minutos. Avaliar períneo em relação à episiorrafia, ao edema e ao hematoma. Avaliar o estado de hidratação. Observar se há distensão da bexiga. Proporcionar repouso. Deixar criança próxima à mãe e estimular o aleitamento materno (TEIXEIRA, 2018).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Espera-se com esse artigo que os profissionais da área da enfermagem trabalhem com um olhar mais humanizado para com as gestantes, isso no período antes de depois do parto, isso com o objetivo de proporcionar a ela uma segurança nesse momento único que é dar a luz.

A violência obstétrica durante a gestação, parto e pós-parto pode ser caracterizada por: negação do atendimento à mulher, quando a mesma procura unidades de saúde como postos de saúde, ou quando lhe impõe qualquer tipo de dificuldade onde está sendo realizado o pré-natal; comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, religião, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; palavras ofensivas até mesmo a sua família humilhá-la; agendar cesárea sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico (ANDRADE, 2014).

A violência obstétrica pode-se mostrar de diversas formas no trabalho de parto e parto, mas consideramos que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida mesmo no momento que ela ocorre. Para Soares (2016), nos pré-natais, tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e prepará-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito. Desse modo vimos à importância de detalhar todos os tipos de violência obstétrica em vários caracteres.

**Caráter físico:** Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada. **Caráter psicológico:** 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. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. **Caráter sexual:** Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento. **Caráter institucional:** Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes. **Caráter material:** Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano

de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante. Caráter midiático: São as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60-61).

Dessa forma, a assistência humanizada trata-se de uma alternativa de comportamento e tratamento de pessoas vulneráveis tanto do ponto de vista psicológico, quanto físico. As parturientes necessitam de um atendimento confiável, profissional, que transmita segurança não somente pelo fato do conhecimento técnico do profissional da saúde, mas pela capacidade desse profissional gerenciar situações de sofrimento com sabedoria. Silva *et al.* (2014) entendem que o enfermeiro obstetra tem maior responsabilidade na ação de humanizar no contexto do parto, já que mantém sob sua responsabilidade um grande número de profissionais de enfermagem, que deverão estar comprometidos com esta assistência.

Ainda, conforme pesquisas, observa-se que os profissionais de saúde têm perdido a sua essência, a essência do cuidado humano. As maternidades têm sido transformadas em fábricas, onde os profissionais respeitam apenas os protocolos, de modo que até no momento do parto esses protocolos são respeitados, existe protocolo para tudo, tempo certo para tudo, inclusive para parir.

A violência obstétrica é mais comum do que se pode imaginar, ela pode vir escondida por trás de frases preconceituosas, muitas vezes com tons de brincadeira, outras através de grande ironia e ignorância, como “na hora de fazer você não gritou”, “ano que vem você volta, então não adianta chorar”, “foi bom fazer né? Agora aguente”, “cala a boca e fica quieta, senão eu deixo você ai sentindo dor”. Essas violências ocorrem diariamente, pois milhares de mulheres em todo o mundo passam por sofrimentos completamente desnecessários na hora do parto (MARTINS *et al.*, 2019).

Assim, cabe à enfermagem realizar uma prática mais humana e acolhedora que pode ser o primeiro e grande passo para erradicar a violência obstétrica, com ações que incentivem os profissionais a adotarem a prática de um parto humanizado, aquele no qual a mulher passa a ser a protagonista nesse momento único e sublime que é o momento do nascimento de seus filhos (SOARES, 2016).

Na visão dos autores, os mesmos afirmam que a enfermagem obstétrica é capaz de exercer uma transformação nas condutas posturais e violentas da assistência obstétrica, tendo embasamento na afirmação da OMS e pelo Ministério da Saúde, afirmando que é a categoria profissional mais apta para a transformação do histórico brasileiro e do fortalecimento de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento (SILVA *et al.*, 2014).

Conforme as pesquisas constatou-se que os procedimentos obstétricos sem o consentimento ou explicação, como o uso da ocitocina, a rotura precoce das membranas, o uso rotineiro da episiotomia, que consiste no corte da região do períneo da mulher, a manobra de Kristeller que compreende na pressão no fundo do útero, uso de fórceps abusivamente, toques vaginais constantes e de forma dolorosa, e realizados por diferentes pessoas, negação de algum tipo de alívio para a dor, restrição ao leito, proibição de ingerir alimentos ou bebidas, enema, tricotomia,

cesarianas sem justificativa e a posição horizontal no parto, que além de retardar o trabalho de parto, aumenta as dores da contração, (POMPEU *et al.*, 2017).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um instrumento metodológico para a prestação de cuidados. Enquanto processo organizacional, a SAE proporciona o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e cuidados humanizados (DALM, 2008; NASCIMENTO *et al.*, 2008).

A aplicabilidade da SAE é realizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), onde possibilita o profissional identificar, descrever, compreender os planos de cuidado e traçar as intervenções de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade da assistência, aumentando a satisfação e crescimento da enfermagem, permitindo aplicar os conhecimentos teóricos na prática, fortalecendo-a enquanto ciência, tornando-a mais precisa e eficiente (GARCIA *et al.*, 2009).

Ainda conforme os autores Jeronimo e Cheregatti (2011), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta muito importante para o enfermeiro e a mesma é composta pelo: histórico, exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição de Enfermagem e evolução de Enfermagem. É a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência de melhor qualidade a paciente. É de extrema importância reconhecer que a SAE é o marco da profissão de enfermagem, para a institucionalização dos serviços de saúde, tornando-se uma ferramenta essencial para gerenciar o cuidar, através do planejamento, execução, controle e avaliação das ações realizadas no cuidado direto e indireto ao paciente (TORRES *et al.*, 2011).

Portando, é responsabilidade do profissional de enfermagem trabalhar a ambiência proporcionando um ambiente limpo e alegre que proporcione conforto tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Além disso, é importante despertar a humanescência nos profissionais de saúde, valorizando a essência humana, olhar a parturiente como um todo, respeitando suas emoções e dores durante o parto (DINIZ *et al.*, 2015).

Contudo, com essa pesquisa, pretende-se que os profissionais reflitam sobre a temática, e possa exercer um cuidado humanizado durante o parto e nascimento do bebê. Pois, corroborando com essa ideia, a Organização mundial de saúde (2019), recomenda que seja interrompido qualquer processo de exclusão da expressão violência obstétrica tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização, visto que tais práticas e maus tratos devem ser combatidos com firmeza e combate nas maternidades do Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a pesquisa é importante ressaltar que a violência obstétrica provoca sofrimento e repercussões na saúde de quem vivencia essa situação, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Sendo assim, se faz necessário políticas públicas eficazes no combate a este tipo de violência, por meio de uma avaliação contínua e permanente da assistência obstétrica oferecida pelos serviços.

Outro fator que merece destaque é colocar em prática a questão da humanização na hora do parto para ser realizado, pois é necessário colocar a gestante em destaque, respeitando seus direitos e desejos, porém não é a realidade que presenciamos no ambiente hospitalar, vis-

to que a principal barreira para chegar a humanização que por sinal é a mais preocupante, é a violência obstétrica, a forma como a mulher é tratada nos centros de partos é assustadoramente preocupante, pois a equipe pronunciam palavras rudes para se dirigir as gestantes, com isso as mesmas sentem-se violentadas dificultando o parto.

Todavia, o estudo deve resgatar a importância de minimizar e até mesmo anular definitivamente as práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, pois essas práticas causam danos à mesma, por isso, a enfermagem deve criar estratégias para a efetivação de programas e políticas públicas mundiais e nacionais voltadas à assistência integral deste binômio, como exemplo o guia de Boas práticas de Atenção ao Parto, Nascimento Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Todavia, para instituir uma assistência humanizada visando reduzir ou até mesmo eliminar as complicações que as intervenções podem ocasionar nas mulheres, é necessário um trabalho em conjunto dos gestores e profissionais de saúde para oferecer um atendimento digno as gestantes, e proporcionar informações sobre o referido tema para que as pessoas saibam diferenciar o que é um procedimento necessário de um ato violento, podendo assim intervir e não deixar os seus direitos ofuscados e mascarados pela relevância em um achismo de que é normal. Salientando ainda a importância de uma educação continuada desses profissionais de saúde, proporcionado debates e inovações das técnicas utilizadas na medicina obstétrica, bem como suas consequências na vida da mulher.

Portanto, torna-se fundamental salientar que o profissional da área de enfermagem desempenhe um papel fundamental em todo o processo de gestação e parto, pois é ele quem estabelece um vínculo maior com a mulher e a família. Por isso, espera-se que esse estudo possa esclarecer dúvidas, agregar conhecimentos e promover uma mudança na assistência prestada por esses profissionais de frente a violência obstétrica com a finalidade de incentivar um novo olhar baseado na humanização e segurança da puérpera.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. P; AGGIO, C. M. Violência Obstétrica: a dor que cala. Universidade Estadual de Londrina, 2014.

CARARRA, G. L. R; OLIVEIRA, J. P. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. Rev. Fafibe. p. 96-109. nov 2013. 16.

DALM, C. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R. Diagnósticos de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.

DINIZ, S. G; SALGADO, H. O; ANDREZZO, H. F. A; CARVALHO, P.G. C; CARVALHO, P.C. A; *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2015. 25(3): 377-384 Disponível em:[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf). Acesso em: 26 mai. 2022.

FIGUEREDO, V. O; LANSKY, S. Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e das Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM). In Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento (pp. 77-108). Brasília, DF: UECE/ Ministério da

Saúde, 2014.

GARCÍA, D; DÍAZ, Z; ACOSTA, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2013. 39(4), 718-73

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L.; *Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa*. Esc. Anna Nery Rev. Enf. 2009.

GOMES, A. M. Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. In *Cadernos Humaniza SUS: Volume 4 - Humanização do parto e nascimento* (pp. 133-154). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde. 2014.

JERONIMO, R., CHEREGATTI, A. *Técnicas de UTI*. 2. Ed. São Paulo: Editora Rideel, 2011.

LANSKY, Sônia, *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014. 30(Supl. 1), S17-S32

MARTINS, Fabiana Lopes, *et al.* VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco – Edição nº 11 – Ano: 2019*. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034\\_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf). Acesso em: 30 mai. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, maio a outubro de 2012. Brasília, DF: 2012.

MUNIZ, B; BARBOSA, R. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? [Resumo]. In *Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2012*. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba. 2012.

NASCIMENTO, T. F. H. *et al.* Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. *Rev Pre Infec e Saúde*. 2018;4:6887.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1). Acesso em 23 mai. 2022.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”. Elaborado para a CPMI Violência contra as Mulheres 2012. Disponível em: [www.senado.gov.br/comissoes/documentos/.../DOC%20VCM%20367.pdf](http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/.../DOC%20VCM%20367.pdf). Acesso: 30 mai. 2022.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia, Canoas*, n. 37, p. 212-227, abr. 2012.

POMPEU, C. K; SCARTON, J; CREMONESE, L; FLORES, G. R; LANDERDAHL, C. M; RESSEL, B. L. Práticas da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 20177(1): 2-8. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1142/1302>. Acesso em: 29

abr. 2022.

RECOMENDAÇÃO Nº 024, DE 16 DE MAIO DE 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2022.

SADLER M.; *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, v.24, n.47, p.47-55, 2016.

SANTIAGO, D. C; SOUZA, W. K. S. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise das consequências. *Revista Científica da FASETE*. 2017.2. Disponível em: [https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia\\_obstetrica\\_uma\\_analise\\_das\\_consequencias.pdf](https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf). Acesso em: 26 mai. 2022.

SILVA, M. G. DA; MARCELINO, M. C; RODRIGUES, L. S. P; TORRO, R. C. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 15, n. 4, p. 720-728, jul-ago, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324032212020/>. Acesso em 29 abr. 2022.

SOARES, A. F. Parto humanizado e a violência obstétrica: o cuidado do técnico de enfermagem. 18 f, Curso Técnico em Enfermagem- Escola GHC, Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do rio grande do sul – câmpus porto alegre, 2016.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC. 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013/716>. Acesso em 26 mai. 2022.

TEIXEIRA, Thalyta Cardoso Alux. *Propedêutica e Processos de Cuidar da Saúde da Mulher*. – São Paulo: Editora Sol, 2018.

TORRES, E; CHRISTOVAM, BP; FULY, PCS; SILVINO, ZR; ANDRADE, M. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. *Esc. Anna Nery*. 2011 [cited 2013 Apr 11];15 (4):730-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011). Acesso em: 28 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva: 2013. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/introduction.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf). Acesso em: 25 mai. 2022.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/CESAR/Downloads/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em 25 mai. 2022.