

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA CONSENTIDA

Adriana Pereira

Enfermeira. Especialista em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade de Pimenta Bueno FAP. Especialista em nutrição materno infantil pelo Grupo Inades. Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0002-5012-4576>
E-mail: driga_victor@hotmail.com

Dionísio Chiaratto Filho

Médico especialista em obstetrícia. Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA. Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0001-7219-2871>
E-mail: chiaratto@hotmail.com

Thays Dutra Chiarato Verissimo

Enfermeira. Mestre em Teologia e docente no Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA. Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0003-4600-1458>
E-mail: enfermagem@unifaema.edu.br

Gustavo Barbosa Framil

Enfermeiro estatutário da secretaria de estado de Justiça SEJUS-RO. Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0001-6453-7905>
E-mail: gustavo_framil@hotmail.com

Submetido: 31 out. 2022.

Aprovado: 10 nov. 2022.

Publicado: 25 nov. 2022.

E-mail para correspondência:

driga_victor@hotmail.com

Este é um trabalho de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.

Imagem: [StockPhotos](https://www.istockphoto.com) (Todos os direitos reservados).



Open Access

Introdução

A preocupação em melhorar os modelos de cuidado direcionados à mulher e sua família durante o processo de parto, compreendido como todo o período do trabalho de parto e parto, se expressa pelo crescente número de publicações voltadas às práticas obstétricas utilizadas nos partos, tanto para evidenciar as condutas adotadas para torná-lo um momento mais acolhedor como para indicar comportamentos e rotinas prejudiciais à parturiente e à família em sua integralidade ⁽¹⁾.

De modo geral, podemos dizer que, principalmente, o crescente poder dado aos médicos, fez com que o parto, evento dominado por saberes femininos, passa aos poucos a sê-lo pelo masculino. No final do século XVI, o fórceps é inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, instaurando um marco da intervenção masculina no parto, sendo vedado a parteiras, por ser de uso exclusivamente médico ⁽²⁾.

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, seja através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológica. O processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais importante, humanização ⁽³⁾. A violência institucional pode ser considerada uma das faces mais preocupantes da violência, pois é praticada por agentes e órgãos públicos que deveriam estar voltados para a defesa dos cidadãos ⁽⁴⁾.

O termo humanização possui também um conteúdo importante de questionamento às práticas de saúde excessivamente intervencionistas, julgadas muitas vezes práticas desumanizadoras, ao desconsiderarem as condições fisiológicas da vida e a importância do apoio emocional na atenção em saúde ⁽⁵⁾.



Todo este questionamento, portanto, traz a proposição de refletir sobre o conceito de humanização do parto e nascimento, apontando suas contribuições às parturientes, propiciando assim um melhor entendimento das práticas dos profissionais de saúde quanto ao parto humanizado, visando não só um melhor resultado na assistência em ambiente hospitalar, mas também maior satisfação e benefícios às suas usuárias.

Objetivos

Identificar a violência obstétrica sofrida por mulheres durante trabalho de parto.

Metodologia

O presente estudo se trata de uma pesquisa de campo, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, que utilizou a técnica de análise de conteúdo, conforme descrito por Bardin. Realizada a partir do relato de parturientes atendidas no ano de 2015 no Hospital Municipal de Ariquemes (HMA), no município de Ariquemes-RO. Sua população é de 102 860 habitantes. O clima é quente e úmido, típico da região amazônica, com dois períodos distintos, que duram em torno de seis meses cada, sendo conhecidos como o inverno e verão. A temperatura média anual oscila entre 30 e 35°C. O município foi apontado como o de maior arrecadação estadual, tendo a economia baseada na pecuária, produção de café, cacau, guaraná e cereais. Além da mineração e indústria madeireira ⁽⁶⁾.

A presente pesquisa foi desenvolvida nas dependências do HMA com as respectivas puérperas. A população de estudo foi composta pelas puérperas de pós-parto imediato e mediato de cesariana, parto normal ou natural, atendidas no HMA-RO. A coleta de dados aconteceu nos meses de julho a agosto de 2015, por meio de formulário, sobre a vivência dessas mulheres no processo de parir, embasada na Política Nacional de Humanização ao parto. Como requisito fundamental, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA (número do parecer: 1.130.318), de forma a garantir os princípios éticos do desenvolvimento de pesquisa com seres humanos. Os resultados foram analisados com auxílio do Microsoft Word e Excel 2010 para a realização do comparativo, objetivando investigar possíveis relações entre as variáveis do estudo.

Resultados e Discussões

Do total de 31 puérperas entrevistadas no período de julho a agosto de 2015, somente 1 foi excluída, uma vez que suas respostas foram induzidas por um profissional do HMA enquanto era entrevistada. Das 30 entrevistas realizadas, 100% das mulheres relataram que

não houve nenhum tipo de recusa para a admissão hospitalar. Quanto ao cartão da gestante, foi solicitado para 93,4% parturientes. Na maioria das vezes, o cartão da gestante é o único documento portado pela mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com registros do acompanhamento do pré-natal.

Segundo Rodrigues et al., ⁽²⁾, para que um plano de acompanhamento da gestação seja considerado bom, ele deve incluir atenção ao emocional da paciente, orientações educacionais quanto à saúde e aos hábitos de vida e preparação para o parto e para a vida materna, além dos diagnósticos e tratamentos de doenças da gravidez, sendo o enfermeiro elemento-chave para a elaboração e realização desse plano de acompanhamento utilizando o cartão da gestante. O número de consultas pré-natais realizadas pelas parturientes ficou assim distribuído: 40% delas realizaram 6 consultas, 16,6% realizaram 9 consultas, 16,6% realizaram entre 3 e 6 consultas, 13,4% realizaram mais de 9 consultas, 10% delas realizaram 3 consultas, e apenas 3,3% realizaram menos que 3 consultas. Testes rápidos durante a admissão foram realizados somente em 30% das parturientes ⁽⁵⁾.

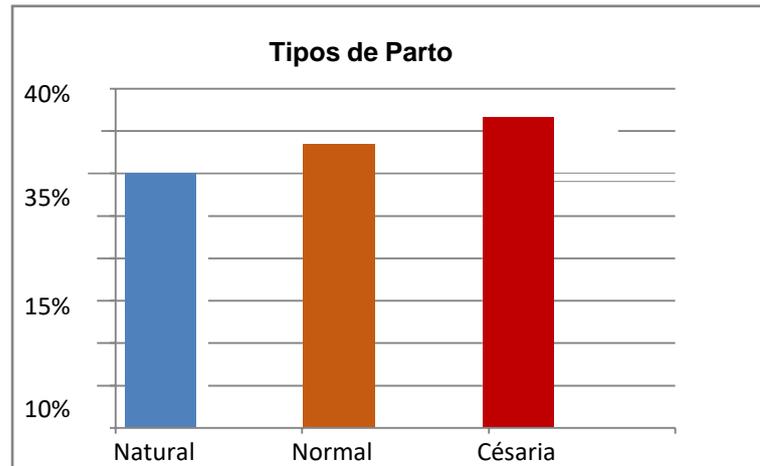
No tocante ao respeito à privacidade da parturiente durante a avaliação médica, 93,4% relataram que houve respeito. As parturientes consideram normal a presença de mais de um médico e/ou enfermeiros durante a avaliação pré-hospitalar. Todas as mulheres têm direito à privacidade, ao conforto e a não ser constrangida nas consultas, durante os procedimentos, sejam eles diagnósticos preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e/ou internações.

Gráfico 1: Distribuição referente ao direito ao acompanhante, julho/agosto. Ariquemes – RO.



Fonte: Dos autores (2015).

Gráfico 2: Distribuição dos tipos de partos, julho/agosto. Ariquemes – RO.



Fonte: Dos autores (2015)

Quanto à escolha do tipo de parto, 76,6% tiveram direito a escolha. Nos partos cesarianos, as justificativas médicas para a realização do procedimento variam em: 36,6% laqueadura, 27,3% por falta de contração e/ou dilatação, 18,1% mulher com quadril muito estreito (não tem passagem), 9% bolsa rota (bolsa rompida), 9% não souberam responder. Para Marques e Azevedo ⁽⁵⁾, a realização indiscriminada de cesarianas aumenta os custos hospitalares e pode transformar o que era uma solução em problema. O parto vaginal deve ser estimulado, mas cabe ao obstetra, junto com sua paciente, decidir a melhor conduta a ser seguida. A cesariana deve ser realizada sempre que o médico julgar que o benefício do procedimento é maior que o risco de sua realização e que há de fato sua necessidade.

Nos partos naturais ou normais, nenhuma parturiente teve direito a escolha da posição para parto. Da mesma forma, 100% das parturientes não foram orientadas sobre posições mais confortáveis para o parto normal. Todas as parturientes, sem exceção, foram submetidas à posição ginecológica na mesa de parto, sem direito de escolha. Referente às ações verbais ou comportamentais que causaram sentimentos de inferioridade, medo, insegurança, abandono, 33,4% das puérperas relataram ter acontecido. Sobre as medidas para controle da dor, como: massagens, banho morno, entre outros, somente 13,4% delas relataram que foram realizadas.

Conclusão

Conclui-se que com a presente pesquisa, no que diz respeito à fomentação do debate, em torno do tema, que foi possível identificar a elevada ocorrência de práticas danosas que devem ser eliminadas, e a alta frequência de práticas usadas de forma inadequada. Nos

depoimentos apresentados são notórios o não-cuidado, a desumanização e a violência a que foram sujeitas algumas das parturientes desta pesquisa. As parturientes, indiscutivelmente, necessitam de mais informações e suporte, de um melhor preparo para o trabalho de parto e parto durante todo o seu pré-natal, implementando estratégias para aumentar a segurança e a autonomia dessa parturiente, um atendimento humanizado, empoderamento dessas parturientes de que o parto é fisiológico, aumentando a satisfação das usuárias, nas maternidades e hospitais.

No cenário brasileiro o parto normal é visto como algo medonho, que causa dor e sofrimento, insegurança, inferioridade e constrangimentos, exposição do corpo feminino, sendo assim, é notório a ideia que os hospitais vendem de que a cesariana é um parto moderno indolor, racional, com horário e data marcados, sem gemidos, sem partes íntimas expostas e/ou tocadas, e que se paga por isso.

Palavras-chave: Violência obstétrica, Parto Humanizado, Assistência ao Parto.

Referências

1. Frello AT; Carraro TE; Bernardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Revista Baiana de Enfermagem, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.portal.seer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5093>.
2. Rodrigues RRN; et al. O parto é nosso: autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos humanistas em Florianópolis, SC. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/105117>.
3. Andrade BP; Aggio CM. Violência obstétrica: a dor que cala. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>.
4. Wolff LR; Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde soc, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.
5. Marque FC; Dias IMV; Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>.