



Violência Institucional Obstétrica no Brasil: A contramão do protagonismo da mulher

Obstetric institutional violence in Brazil: opposite direction the woman's protagonism

La violencia obstétrica en Brasil: lo contrario del papel de lamujer

Ane Rose Dias Trindade¹; Michel Marcos Dalmedico²

RESUMO

Enquadramento: a violência obstétrica representa um evento grave que pode determinar agravos físicos ou psicológicos à mulher durante o trabalho de parto. Esta prática vai de encontro aos preceitos bioéticos que norteiam o parto humanizado.

Objetivo: identificar na literatura científica as modalidades de violência obstétrica praticadas nos hospitais brasileiros.

Metodologia: trata-se de revisão integrativa com a finalidade de compilar os principais achados na literatura científica brasileira sobre a prática da violência obstétrica. Os estudos foram recuperados nas bases de dados indexadas: Revista de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online, Bases de Dados Específica da Enfermagem, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed.

Resultados: foram identificados os seguintes tipos de violência obstétrica na assistência ao parto: práticas rotineiras prejudiciais ou ineficazes durante o processo parturitivo; supressão do exercício da autonomia frente ao autoritarismo do profissional; despreparo da equipa profissional; negligência; banalização da violência.

Conclusão: é necessário assegurar o protagonismo feminino durante o trabalho de parto e parto, em que, o paradigma humanista, centrado na mulher, alicerçado pela melhor evidência científica e respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção a ser preconizado, em substituição ao modelo hegemônico intervencionista. A violência obstétrica intencional ou não, vai além da ação desmedida, abrangendo também a omissão daqueles que atuam durante o processo de parto e parto.

Palavras-chave: violência obstétrica; protagonismo da mulher; parto humanizado; enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Background: obstetric violence is a serious event that can determine physical or psychological injuries to women during childbirth. This practice goes against the bioethical principles that guide the humanized delivery.

Objective: to identify in the scientific literature the modalities of obstetric violence practiced in Brazilian hospitals.

Methods: it is an integrative review for the purpose of compiling the main findings in the Brazilian scientific literature on the practice of obstetric violence. The studies were recovered in indexed databases: Latin American Literature Magazine and Caribbean Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, Specific Database of Nursing, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online / Pubmed.

Results: were identified the following types of violence obstetric assistance to delivery: routine practices are harmful or ineffective during the parturitive process; Suppression of the exercise of autonomy to the authoritarianism of the shipping profession; preparation of the professional team; negligence; trivialization of violence.

Conclusions: it is necessary to ensure the female role during labour and delivery, in which, the humanist paradigm, focusing on woman, built by the

best scientific evidence and respect the rights of users, is the model of attention to be established, replacing the hegemonic interventionist model. Obstetric violence, intentional or not, is beyond excessive action, as well involving the omission of those who work during the labor and delivery process.

Keywords: obstetric violence; role of woman; humanized childbirth; obstetric nursing.

RESUMEN

Contexto: la violencia obstétrica es un evento grave que puede determinar un daño físico o psicológico a lamujer durante el parto. Esta práctica va en contra de los principios bioéticos que orientan el parto humanizado.

Objetivo: identificar en la literatura científica los términos de la violencia obstétrica practicada en hospitales brasileños.

Metodología: se trata de una revisión integrativa con el propósito de compilar los principales hallazgos en la literatura científica nacional sobre la práctica de la violencia obstétrica. Los estudios fueron recuperados en las bases de datos indexadas: Literatura latinoamericana de la revista Ciencias de la Salud y del Caribe, Scientific Electronic Library Online, base de datos específica de enfermería, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed.

Resultados: Los siguientes tipos de violencia obstétrica se identificaron en la atención del parto: las prácticas rutinarias perjudiciales o ineficaces durante el parto; supresión del ejercicio de la autonomía profesional autoritarismo de mercancías; falta de preparación del personal profesional; negligencia; banalización de la violencia.

¹ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Paranaense – FAPAR. Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Internacional UNINTER. E-mail: ana.amalia.dias@hotmail.com

² Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva. Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Positivo. E-mail: micheldalmedico@yahoo.com.br



Conclusión: es necesario para garantizar la función de la mujer durante el parto, en el que el paradigma humanista, centrado en las mujeres, con el apoyo de la mejor evidencia científica y respetar los derechos de los usuarios, es el modelo de atención que se recomienda en su lugar el modelo hegemónico intervencionista. Violencia obstétrica, intencional o no, está más allá de la acción excesiva, también implica la omisión de las personas que trabajan durante el proceso de parto y el parto.

Palabras clave: Violencia Obstétrica; el protagonismo de las mujeres; el parto humanizado; Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema da sociedade atual, que atinge a população feminina ao redor do mundo, sem distinção de classe social, etnia, idade, sexo, nível educacional ou religião (Faneite, Feo & Toro Merlo 2012).

Nas suas variadas formas, a violência, afeta diretamente a condição de gênero, ocasionando sequelas que resultam em sofrimento, morte, dano(s) de natureza física, sexual, psicológicas, cometidas tanto em instituições públicas como privadas (Deslandes, Mendes, Lima, & Campos, 2011).

Dentre os diversos tipos de violência, destaca-se aquela praticada durante a assistência obstétrica, que compreende qualquer ato cometido por profissionais da saúde em relação ao corpo e aos processos reprodutivos femininos, abuso de intervenções desnecessárias, transformação do parto em propriedade médica, o desrespeito ao exercício da autonomia da mulher no processo fisiológico do parto (Andrade & Aggio, 2014).

O parto, de evento íntimo e familiar acompanhado por parteiras, realizado na residência da própria parturiente (Barros, Costa, Boeckmann, dos Reis, de Leon, & Funghetto, 2011), passou para o afastamento hospitalocêntrico, transformado em ato médico, tratado como fenômeno patológico a necessitar de controle permanente, com intensa medicalização e procedimentos cirúrgicos, excluindo a participação ativa da mulher do processo de nascimento (Teles, Américo, Pitombeira, Freitas, & Damasceno, 2010).

A mudança da realização da assistência ao parto não implicou somente na transferência do ambiente domiciliar para o institucional, mas também na medicalização e incorporação de técnicas e intervenções, consideradas desnecessárias e prejudiciais, elevando expressivamente o número de procedimentos e uso de tecnologias na assistência ao parto sem embasamento científico justificável (Dias, 2011), dentre eles a cesariana, o tipo de parto mais realizado no Brasil (Leão, Riesco, Schneck & Angelo, 2013).

Sob a alegação de o parto ser um evento potencialmente de risco, o índice elevado de cesarianas é justificado como sendo confortável e seguro para parturiente e o feto (Costa, Policiano, Clode, & Graça, 2013). No entanto, o intervencionismo abusivo surge como uma maneira de dominação e ao mesmo tempo desumaniza o processo parturitivo (Leão, Riesco, Schneck & Angelo, 2013).

Inserida nesse cenário, de atendimento ao parto, a enfermagem obstétrica, procura resgatar as práticas *humanizadas*, pela associação do conhecimento científico com os direitos

da parturiente, rompendo com a desproporção de poder, na construção de relações democráticas na assistência à mulher (Porfírio, Progiati, & Souza, 2010).

O profissional de saúde deve respeitar o processo do nascimento, a fisiologia do parto sem interferências desnecessárias, oferecendo apoio emocional a parturiente e seus familiares, permitir que a mulher exerça sua autonomia e poder de decisão, assegurar a informação sobre procedimentos realizados, posições, nutrição, a presença de acompanhante de sua preferência, via de parto, privacidade, respeito aos direitos de cidadania, proporcionando a parturiente autonomia sobre o seu trabalho de parto de forma ativa (Gonçalves, Aguiar, Merighi & Jesus, 2011).

Guiados pela necessidade de aprimorar o conhecimento científico sobre a temática, surge à questão de pesquisa: Quais as modalidades de violência obstétrica institucional descritas na literatura brasileira?

Considerando que no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, o que, não apenas viola os direitos das mulheres, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação (*World Health Organization*, 2014), justifica-se a realização deste artigo, que tem enquanto objetivo identificar na literatura científica as modalidades de violência obstétrica praticadas nos hospitais brasileiros.

METODOLOGIA

Estudo de natureza integrativa, que consiste em importante método de revisão literária sistemática que organiza e compila diversos trabalhos científicos divulgados, vindo a permitir, por intermédio de resultados com maior amplitude, a produção de novos conhecimentos, a respeito de um determinado tema em particular de sistemas metodológicos diversos (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

A revisão integrativa constitui-se de seis fases: no primeiro momento é efetuado a escolha da temática, a questão norteadora para gerir a pesquisa e a identificação das palavras-chaves, então se realiza a busca nas bases de dados com os pré-requisitos para inclusão e exclusão estabelecidos. Posteriormente definem-se as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Após a definição do objetivo, mencionado anteriormente, realizou-se nos meses de fevereiro e março de 2015, a busca da bibliografia científica na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados indexadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Bases de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed* (MEDLINE), além de artigos recuperados em periódicos não indexados.

Para a busca dos artigos, foram adotados os descritores: violência obstétrica, parto humanizado, enfermagem obsté-

trica, protagonismo da mulher, que foram combinados por meio do operador *booleano* foram realizados os seguintes cruzamentos de busca: violência obstétrica *AND* protagonismo da mulher; violência obstétrica *AND* parto humanizado; violência obstétrica *AND* enfermagem obstétrica.

Os critérios de inclusão foram: artigos com acesso ao texto completo, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto, publicados entre 2005 a 2015, de diferen-

tes métodos de pesquisa, de autores enfermeiros ou de qualquer outra área em consonância com os requisitos pré-determinados. Foram excluídos os artigos que abordavam outras modalidades de violência contra a mulher.

A partir da estratégia de busca foram recuperados 17 estudos. Mediante leitura na íntegra foram incluídos à revisão 8 manuscritos. Os resultados obtidos foram organizados em quadro sinóptico (Tabela I) para análise e categorização.

RESULTADOS

Tabela I – Síntese dos resultados sobre a prática de violência obstétrica institucional nos hospitais brasileiros.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Resultados	Método	Revista
Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro, & Shimo, 2014.	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.	Verbalizações violentas dos profissionais às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos e o despreparo institucional com ambientes desestruturados.	Relato de experiências das autoras	Rev. Rene
Rocha, De Sousa, De Paula, Veronesi, Borges Junior, Oliveira, Nobrega, & De Castro, 2014.	Relato de episiotomia como violência obstétrica	Relatar um caso de violência obstétrica, cometido pela obstetra que assistia ao parto.	Episiotomia rotineira sem indicação clínica, contra vontade, o que demonstra o despreparo da equipe na assistência ao parto.	Relato de experiências das autoras	Enciclopédia Biosfera
Aguiar, d'Oliveira, & Schraiber, 2013.	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.	Discutir a violência institucional em maternidades sob a ótica de profissionais de saúde.	Práticas discriminatórias e desrespeitosas da assistência a gestantes, parturientes e puérperas. A violência não é percebida pelos profissionais, mas entendida como exercício de autoridade, para o próprio "bem da parturiente".	Pesquisa Qualitativa Exploratória- Descritiva	Cad. Saúde Pública
Belli, 2013	La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos	Explorar a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero e violação de direitos humanos muitas vezes ignorada.	O colapso dos serviços de saúde da América latina é um fator que contribui, entretanto não devem servir de justificativa, para a violação dos direitos humanos das mulheres.	Revisão Bibliográfica	Revista Redbioética / UNESCO
Carvalho, Kerber, Busanello, Gonçalves, Rodrigues, & Azambuja, 2012.	Como trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.	Entender as justificativas dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do Sul do Brasil para a utilização de práticas do parto normal consideradas prejudiciais.	As práticas rotineiras são entendidas como recursos facilitadores do trabalho no momento do parto, detentores do conhecimento.	Pesquisa Qualitativa Exploratória- Descritiva	RevEscEnferm USP
Santos & Pereira, 2012.	Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.	Compreender as vivências de puérperas sobre a atenção recebida durante o processo parturitivo em uma maternidade pública de Feira de Santana- Bahia	Processo parturitivo com solidão, medo, dor, sofrimento, abandono, e tiveram seus filhos, sozinhas. Os únicos momentos de assistência foram limitados ao período expulsivo ou do pós-parto	Pesquisa Qualitativa Exploratória- Descritiva	Revista de Saúde Coletiva
Aguiar & d'Oliveira, 2011.	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.	Práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros na assistência, causando resistência ou acomodação.	Práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros na assistência, causando resistência ou acomodação.	Pesquisa Qualitativa Exploratória- Descritiva	Interface - Comunic. Saúde, Educ
Carvalho, Kerber, Busanello, da Costa, Gonçalves, & de Quadros, 2010.	Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil	Identificar a utilização de práticas consideradas prejudiciais no parto normal em um hospital universitário do sul do Brasil.	A maioria dos trabalhadores emprega práticas consideradas prejudiciais ao parto, como episiotomia, posição de litotomia, tricotomia e utilização de ocitocina.	Pesquisa Qualitativa Exploratória- Descritiva	Rev.Rene



DISCUSSÃO

A partir da interpretação dos resultados dos estudos incluídos as modalidades de violência obstétrica institucional foram categorizadas em: práticas prejudiciais durante o processo parturitivo; supressão da autonomia frente ao autoritarismo do profissional; despreparo da equipa profissional; negligência; banalização da violência por parte dos profissionais.

PRÁTICAS PREJUDICIAIS DURANTE O PROCESSO PARTURITIVO

A restrição ao leito durante o trabalho de parto, a obrigatoriedade da posição de litotomia, utilização de ocitocina intravenosa, tricotomia dos pelos pubianos, enterocisma ou enema intestinal antes do parto, realização da manobra de Kristeller, jejum prolongado e episiotomia de rotina, bem como a realização de cesariana sem indicação clínica, são exemplos de procedimentos prejudiciais (Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro, & Shimo, 2014; Aguiar & d'Oliveira, 2011; Carvalho, Kerber, Busanello, da Costa, Gonçalves, & de Quadros, 2010).

No que tange a restrição de posicionamento e movimentação, é de extrema importância o favorecimento de um ambiente acolhedor proporcionando a parturiente vivenciar o momento do parto com liberdade de movimento e escolha de posicionamento mais confortável no período expulsivo.

Os posicionamentos verticais evidenciam maiores vantagens em comparação com a posição de litotomia ou supina durante a evolução do trabalho de parto. Os vasos sanguíneos são menos comprimidos, permitindo maior oxigenação do feto, o canal do parto adquire maior amplitude, as contrações uterinas são mais eficazes (Nogueira, 2012). Quanto maior a participação da parturiente, menor índice de laceração perineal, redução da necessidade de episiotomia (Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012).

Ao contrário da restrição de posicionamento e movimento, as parturientes devem ser encorajadas e esclarecidas quanto aos benefícios da deambulação durante a primeira fase do parto e os posicionamentos que mais favorecem a expulsão.

Outra prática prejudicial refere-se a utilização rotineira de ocitocina. A ocitocina está classificada como uma droga de alto risco que pode causar danos à mãe e filho quando usada de forma inadequada. A alta dosagem da ocitocina pode desencadear estimulação uterina excessiva, causada por contrações hipertônicas ou prolongadas, ruptura uterina, deslocamento da placenta, laceração da cérvix e vagina, hemorragia pós-parto, asfixia fetal, dano cerebral do recém-nato, morte fetal, aumento da dor e desconforto desnecessário para a parturiente (Clark, Simpson, Knox & Garite, 2009).

Diante dos riscos pertinentes, o uso indiscriminado da ocitocina, requer atenção redobrada e avaliação criteriosa de cada parto em particular. A parturiente deve ser esclarecida sobre as indicações clínicas reais e os riscos potenciais para mãe e feto, dando-lhe possibilidade de participação no processo de decisão.

Neste contexto, há evidências do uso de técnicas não farmacológicas que ajudam na diminuição da primeira fase do trabalho de parto, como a movimentação e no alívio da dor como as posições verticais na fase expulsiva (Nogueira, 2012; Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012).

No que tange a realização rotineira de tricotomia, a remoção dos pelos pubianos causa desconforto e propicia a propagação de doenças, caso não seja realizada com material descartável, também favorece o risco de infecção devido às fissuras causadas pela remoção dos pelos. Diante dos fatores de risco, a tricotomia só deve ser executada se for desejo da parturiente (Arias, Nelas, & Duarte, 2013).

Entende-se que a individualidade da mulher deve ser preservada. A mulher deve optar pela raspagem dos pelos pubianos, uma vez que, faz parte da sua intimidade e assim deve ser respeitado. É oportuno durante o acompanhamento gestacional o repasse de informação sobre as reais necessidades de uma tricotomia e as possibilidades de escolha da paciente.

Apesar dos resultados clínicos da utilização de enema não serem concludentes para que haja a justificação da sua prática rotineira, trata-se de um procedimento padrão durante a realização do trabalho de parto.

Estudos científicos evidenciam que o enema não reduz eficazmente os índices de infecção neonatal e ferida perineal. Em contra partida, aumenta o risco de quadros clínicos infecciosos, devido ao escape de fezes em estado líquido, durante a descida do bebê pelo canal de parto. Portanto os benefícios desde procedimento são duvidosos, tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido, devendo este, ser desestimulado enquanto rotina no parto (Revez, Gaitán, Cuervo, 2013; Verheijen, Raven, & Hofmeyr, 2009).

Em relação à aplicação da manobra de Kristeller, não há evidências científicas que sustentem os benefícios da utilização dessa prática. Em contrapartida apontam inúmeros riscos como: rompimento uterino, dano cerebral ou fraturas em neonatos, lesão do esfíncter anal entre outros.

Devido à falta de fundamento científico sólido e riscos potenciais, a pressão do fundo uterino, aplicada para a expulsão do feto, não deve ser empregada rotineiramente, mas sim indicada como desnecessária na grande maioria dos partos normais (Leal, Pereira, Domingues, Theme Filha, Dias, Nakamura-Pereira, Bastos, & Gama, 2014; Singata, Tranmer, & Gyte, 2013).

Em uma realidade que aponta o excesso de interferências no processo natural de parir, intercalado por práticas abusivas, a manobra de Kristeller deve ser vista como prática violenta, e conseqüentemente evitada, frente aos possíveis prejuízos aos quais mãe e criança podem ser expostas.

A imposição do jejum, durante o trabalho de parto, deve-se ao receio de aspiração de conteúdo gástrico na eventualidade de uma anestesia, devendo ser considerado como risco habitual em casos de anestesia geral, o que é bem raro em cesarianas. Em partos prolongados, a proibição da ingestão de alimentos pode acarretar desconfortos às mulheres e pos-



síveis sequelas para o feto, devido à diminuição dos níveis glicêmicos, em decorrência do significativo gasto energético (Cruz & Barros, 2010).

A ingestão de alimentos leves por via oral, não eleva os índices de complicações, repõe as energias perdidas no processo parturitivo, proporciona conforto e bem-estar à parturiente, devendo ser recomendado às grávidas de baixo risco (Cruz & Barros, 2010).

O acompanhamento prestado pela equipe profissional no parto, passa pela atenção às necessidades básicas da parturiente. A ingestão de alimentos pode ajudar a equilibrar o aporte calórico favorecendo melhores condições físicas para a fase expulsiva do parto.

Outro elemento controverso diz respeito à realização de episiotomia de rotina, tendo como base argumentativa a prevenção de possíveis lesões do períneo, incontinência urinária e fecal, sofrimento fetal no expulsivo prolongado.

Entretanto há evidências científicas que expõem importantes danos relacionados à realização deste procedimento, que incluem perda sanguínea, dor no pós-parto, maior lesão perineal, incontinência fecal e urinária, dispaneuria (Singata, Tranmer, & Gyte, 2013).

A Organização Mundial de Saúde recomenda índice entre 10% e 30% de episiotomia, sendo esta indicada em situações reais de sofrimento fetal, início de laceração materna de terceiro grau, progressão insuficiente do parto, devendo ser analisado e debatido caso por caso. Evidências científicas apontam que o relaxamento natural do períneo, na fase expulsiva, o posicionamento e a orientação adequada reduzem a intensidade das dores, a possibilidade de lesão perineal e conseqüentemente favorece a expulsão fetal com maior tranquilidade (Singata, Tranmer, & Gyte, 2013; Romero & Korzeniewski, 2013).

Apesar de na grande maioria dos partos normais, o corte prévio no períneo ser desnecessário, esta é uma prática rotineira, realizada por vezes, sem o consentimento da mulher. A informação adaptada de acordo com o nível sociocultural e cognitiva é fator fundamental, para que a mulher tenha condições de livre escolha ou recusa sobre procedimentos realizados em seu próprio corpo.

A prática do parto cesariano sem indicação clínica consiste num dos pontos críticos da obstetrícia no Brasil. Ao contrário do conceito de parto seguro que permeia a prática clínica vigente, nota-se que a cesariana expõe mãe e filho a uma série de danos quando não indicada adequadamente.

Além dos riscos próprios do procedimento cirúrgico, para a mulher, um dos possíveis danos é a ruptura uterina em futuras gestações, para o neonato há evidência de aumento para o desenvolvimento de morbidades como: asma, alergias distúrbios gastrointestinais e diabetes mellitus tipo 1. Isso se deve pela ausência do trabalho de parto, no qual a atividade do sistema imunológico de feto é aumentada (Costa, Policiano, Clode, & Graça 2013; Romero & Korzeniewski, 2013). A cesariana tornou-se a principal forma de parto no Brasil, no serviço público de saúde as taxas atingem 52% dos procedi-

mentos, enquanto no setor privado a prevalência é próxima dos 90%. No entanto a Organização Mundial da Saúde determina uma margem entre 10% e 15% como adequado para a execução de cesarianas mediante indicação médica (Leão, Riesco, Schneck, & Angelo, 2013).

O parto cesáreo é um elemento importante em circunstâncias específicas, onde o parto normal implica em riscos à mulher ou criança, no entanto, a prática médica adotou a cesárea como padrão de atendimento, em detrimento dos benefícios comprovados do parto fisiológico.

SUPRESSÃO DA AUTONOMIA FRETE AO AUTORITARISMO DA EQUIPE

Diante da vulnerabilidade da parturiente no processo parturitivo, com frequência a equipe profissional realiza procedimentos, referidos acima, sem consultar o parecer da paciente a respeito e até mesmo contra a sua própria vontade. As parturientes não são questionadas e nem é concedido o espaço de participar das decisões inerentes ao seu atendimento, lhes sendo negado o direito de aceitar ou não tais procedimentos (Rocha, De Sousa, De Paula, Veronesi, Borges Junior, Oliveira, Nobrega, & De Castro, 2014; Carvalho, Kerber, Busanello, Gonçalves, Rodrigues, & Azambuja, 2012).

A prática de condutas abusivas sobre a parturiente contribui para a desvalorização do parto, enquanto momento ímpar na vida da mulher, e supressão do exercício da autonomia.

Alegadamente essas atitudes autoritárias são justificadas pelos profissionais, pelo fato de terem a detenção do conhecimento, por tanto têm pleno poder para tomar qualquer decisão sem o parecer da parturiente. Em contra partida é notório o conflito da parturiente diante de uma conduta autoritária, sem poder fazer valer os seus direitos e a oportunidade de participar e manifestar os seus desejos (Carvalho, Kerber, Busanello, Gonçalves, Rodrigues, & Azambuja, 2012).

DESPREPARO DA EQUIPE PROFISSIONAL

A realização rotineira de intervenções desnecessárias sugere despreparo das equipes que assistem o parto, o que resulta na deficiência de um cuidado individualizado, com a participação da parturiente somado a experiência do profissional. Importantes aportes que auxiliam na identificação das necessidades e tomada de decisões, pautadas nas melhores evidências científicas atuais.

Estudos evidenciam que a maioria dos trabalhadores ignoram as recomendações da OMS. Tendo como consequência a replicação de algumas práticas prejudiciais na assistência ao parto, justificadas para a facilitação do atendimento ao parto e devido à superioridade da prática diária e experiência sobre as diretrizes internacionais (Carvalho, Kerber, Busanello, Gonçalves, Rodrigues, & Azambuja, 2012; Carvalho, Kerber, Busanello, da Costa, Gonçalves, & de Quadros, 2010).

A base da construção do conhecimento científico e bioé-



tico deve ser promovida durante a formação acadêmica e consolidada na trajetória profissional, por meio da busca constante de aperfeiçoamento técnico-científico, para subsidiar uma prática racional e humanística.

NEGLIGÊNCIA

Estudos evidenciam que na maioria das maternidades as parturientes são isoladas dos familiares e mantidas durante todo o trabalho de parto, sem o cuidado adequado ou até mesmo inexistente, principalmente no manejo da dor (Santos & Pereira, 2012; Aguiar & d'Oliveira, 2011).

Em diversas ocasiões, o desleixo e o descaso são tão evidentes, que as mulheres chegam a parir sozinhas. A falta de assistência permanente leva muitas mulheres a *vivenciarem* o abandono, medo, solidão, lhes sendo negado muitas vezes o direito ao acompanhante de sua escolha (Santos & Pereira, 2012; Aguiar & d'Oliveira, 2011).

O "descuido" ou a má prática nos serviços de saúde no atendimento ao parto, estão contra os princípios da bioética de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O profissional de saúde comprometido pautado nos princípios éticos respeita a individualidade da parturiente atendendo suas necessidades, não oferece na sua prática cotidiana de assistência riscos ou danos, tanto de natureza física como moral, proporciona à mulher aceitar ou recusar a realização de procedimentos em seu próprio corpo.

É direito de a mulher receber uma assistência humanizada com pleno exercício da autonomia, tendo sua individualidade valorizada e respeitada, englobando crenças, desejos, sentimentos, opiniões, ter um acompanhante de sua preferência. Assim como é dever do profissional de saúde proporcionar um ambiente acolhedor, respeitoso, seguro e motivador, para a parturiente e familiar, no processo de nascimento.

BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A banalização da violência nas instituições de saúde muitas vezes é travestida de "boa prática profissional", necessária para o bem da parturiente, presunçosamente defendida como exercício legítimo de autoridade, justificada pela intenção da fazer a mulher em trabalho de parto cooperar (Aguiar, d'Oliveira, & Schraiber, 2013).

O não reconhecimento da violência, recorrente na prática laboral das instituições, contribui para torna-la naturalizada, em que, o sofrimento alheio passa a ser tratado com desdém. Neste contexto, a parturiente que aguenta a dor da parturição em silêncio, acreditando que a exposição e invasão do seu corpo são eventos normais, e que assim deve ser, é valorizada, pois desta maneira incomoda menos.

Quando as parturientes não se enquadram na rotina da instituição ou se recusam à sujeição e obediência, dentro de um comportamento esperado, que é o de suportar e aceitar a dor na parturição resignadamente, a maioria dos profissionais admite agir com rispidez, reprimendas, ameaças de abandono na assistência no manejo da dor, gritos, frases jo-cosas ou termos pejorativos para "focar" a paciente no obje-

tivo principal que é o nascimento do filho (Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro, & Shimo, 2014; Aguiar, d'Oliveira, & Schraiber, 2013; Aguiar & d'Oliveira, 2011).

Na contramão do panorama apresentado surgem novas vertentes de reflexão sobre a assistência ao processo de parturição, devolvendo à mulher o papel de protagonista desde evento, pautadas em suas características particulares, direitos reconhecidos, poder de decisão, necessidades individuais fisiológicas (físicas), emocionais a espera de substituir o paradigma hegemônico pelo modelo humanista, por meio de atitudes que envolvam aspectos culturais e sociais femininos (Porfírio, Progiati, & Souza, 2010).

CONCLUSÃO

Apesar de o cuidado com base em evidências científicas implicar em melhores desfechos e benefícios, proporcionando assim, maior segurança e melhor qualidade da assistência no processo de parturição, evidencia-se nos hospitais do Brasil uma prática obstétrica empírica, pautada no intervencionismo médico.

A violência obstétrica intencional ou não, vai além da ação desmedida, abrangendo também a omissão daqueles que atuam durante o processo de parto e parto. No âmbito da enfermagem, profissão juramentada a preservar a vida e segurança dos indivíduos sob seus cuidados, deve-se adotar uma prática holística que contemple as necessidades e anseios da mulher durante o processo de parto.

A impossibilidade de a mulher ter e fazer escolhas sobre seu próprio corpo no processo do parto e nascimento, a falta de privacidade, informações sobre a evolução ou eventuais mudanças, liberdade de manifestar seus sentimentos, duvidas, medos, não ter suas necessidades atendidas, denota um modelo obstétrico à contramão dos princípios éticos, que asseguram a integridade e a dignidade humana.

Logo, faz-se necessário assegurar o protagonismo feminino durante o trabalho de parto e parto, em que, o paradigma humanista, centrado na mulher, alicerçado pela melhor evidência científica e respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção a ser preconizado, em substituição ao modelo hegemônico intervencionista.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, BP&Aggio, C DM. (2014). *Violência obstétrica: a dor que cala*. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina, Paraná.
- Aguiar, JM, & d'Oliveira, AFPL. (2011). *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 15(36), 79-92. EpubDecember 10, 2010.https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035
- Aguiar, JM, d'Oliveira, AFPL, &Schraiber, LB. (2013). *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 29(11), 2287-2296. https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912
- Arias, BF, Nelas, P, &Duarte, J. (2013). *Recomendações da Organização Mundial de Saúde nas práticas Obstétricas*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. n 13.
- Barros, WLL, Costa, E, Boeckmann, LMM, dos Reis, PED, de Leon, CGRM, &Funghetto, SS. (2011). *Humanizing delivery: a reality in a birth center?*



- Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, 5(1), 67-74.
- Belli, L. F. (2013). *laviolenciaobstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. *Obstetric violence: another form of Human Rights violation*. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34.
- Carvalho, VF, Kerber, NPC, Busanello, J, da Costa, MMG, Gonçalves, BG, & de Quadros, VF. (2010). *Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 11, 92-98.
- Carvalho, VF, Kerber, NPC, Busanello, J, Gonçalves, BG, Rodrigues, EF, & Azambuja, EP. (2012). *Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(1), 30-37. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100004>
- Clark, SL, Simpson, KR, Knox, GE, & Garite, T J. (2009). *Oxytocin: new perspectives on an old drug*. American journal of obstetrics and gynecology, 200(1), 35-e1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18667171>
- Costa, A, Policiano, C, Clode, N, & Graça, L.M. (2013). *Indications for Cesarean Deliveries during a 7-Year Period in a Tertiary Hospital*. Acta Médica Portuguesa, 26(6), 649-654.
- Cruz, AP, & Barros, SMO. (2010). *Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal*. Acta Paulista de Enfermagem, 23(3), 366-371. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300009>
- Deslandes, S, Mendes, CHF, Lima, JS, & Campos, DS. (2011). *Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Cadernos de Saúde Pública, 27(8), 1633-1645. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800018>
- Dias, MAB (2011). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Cadernos de Saúde Pública, 27(5), 1042-1043. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500022>
- Faneite, J, Feo, A, & Toro Merlo, J. (2012). *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 72(1), 4-12. Recuperado en 27 de agosto de 2015, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&tlng=es.
- Gonçalves, R, Aguiar, CA, Merighi, MAB, & Jesus, MCP. (2011). *Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(1), 62-70. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100009>
- Gupta, JK, Hofmeyr, GJ, & Shehmar, M. (2012). *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*. Cochrane Database Syst Rev, 5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>
- Leal, MC, Pereira, APE, Domingues, RMSM, ThemeFilha, MM, Dias, MAB, Nakamura-Pereira, M, Bastos, MH & Gama, SGN. (2014). *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. Cadernos de Saúde Pública, 30(Suppl. 1), S17-S32. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Leão, MRC, Riesco, MLG, Schneck, CA, & Angelo, M. (2013). *Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres*. Ciência & Saúde Coletiva, 18(8), 2395-2400. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
- Mendes, KDS, Silveira, RCCP, & Galvão, CM. (2008). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto & Contexto - Enfermagem, 17(4), 758-764. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Nogueira, J. (2012). *Posições alternativas em trabalho de parto*. Rev. da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. n 12, 2182-3006.
- Porfírio, AB, Progianti, JM, & SouzaDOM. (2010). *As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 12(2), 331-6. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7087>.
- Revez, L, Gaitán, HG, Cuervo, LG. (2013). *Enemas during labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0010611/>
- Rocha, ES, De Sousa, K, De Paula, NI, Veronesi, CL, Borges Junior, OS, Oliveira, MR, Nobrega, VKM, & De Castro, PA. (2014). *Relato de episiotomia como violência obstétrica*. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer. v.10, n.19; p. 481-487. <http://www.conhecer.org.br/enciclop/seminario/relato.pdf>
- Romero, R., & Korzeniewski, S.J. (2013). *Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life?* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 208(4), 243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23273890>
- Santos, LM, & Pereira, SSC. (2012). *Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 22(1), 77-97. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100005>
- Silva, MGD, Marcelino, MC, Rodrigues, LSP, Toro, RC, & Shimo, AKK. (2014). *Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras*. Rev. RENE, 15(4), 720-728. <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514>
- Singata, M, Tranmer, J & Gyte, GM. (2013) *Restricting oral fluid and food intake during labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. Issue 8. Art. No CD003930. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract>
- Teles, LMR., Américo, CF, Pitombeira, HCDS, Freitas, LV, & Damasceno, AKDC. (2010). *Delivery accompanied in the perspective from who has experience*. Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220], 4(2), 498-503.
- Verheijen, EC, Raven, JH, & Hofmeyr, GJ. (2009) *Fundal pressure during the second stage of labour*. Cochrane Database Syst Rev. 15(4): CD006067. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/abstract>
- World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf