

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise das consequências

Dayze Carvalho Santiago

Acadêmica do curso de Bacharelado em enfermagem da FASETE ,dayzesc20@hotmail.com

Wanessa Kerlly Silva Souza

Acadêmica do curso de Bacharelado em enfermagem da FASETE, wanessakerlly83@gmail.com

Orientadora: Renata Fernandes do Nascimento.

Enfermeira mestranda em enfermagem pela UFAL, graduada pela UFAL em 2007, pós-graduada em enfermagem obstétrica pela UNCISAL, em didática do ensino superior de enfermagem pela UFPE, em gestão e financiamento do SUS pelo IMIP/FIOCRUZ, em saúde pública pela UNITER, e em ciências da educação pela FATIN enfermeirarenatafernandes@gmail.com

RESUMO

As consequências 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. A partir dessa problemática o objetivo deste trabalho foi identificar quais as consequências que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres. Para tanto, este trabalho foi realizado através de uma revisão de literatura, foi inicialmente realizado uma busca de artigos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na SCIELO, na FEBRASGO e ABENFO, além de consultas a livros e sites de órgãos oficiais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Portarias e Leis do Ministério da Saúde, e revistas especializadas no tema. Observou-se que as intervenções obstétricas são realizadas de forma rotineira e os critérios instituídos para sua aplicação não são respeitados pelos profissionais, tampouco a opiniões e vontades das mulheres que fazem parte desse processo são levadas em consideração. Nota-se que é indispensável que haja uma reavaliação da eficácia e da necessidade na realização dessas intervenções obstétricas, levando em conta os riscos e desconfortos para as mulheres que passam por esses procedimentos, no intuito de permitir que o parto normal aconteça de forma mais natural possível.

Palavras-chaves: Obstetrícia. Parto Humanizado. Cesárea. Violência obstétrica.

ABSTRACT

The consequences of obstetric violence against women are result of a set of factors that involve disrespectful actions that damage female dignity. Such violence

is characterized by routine procedures that are realized unnecessarily. Currently, there are some researches that question the use of many of these procedures, however, they are still indiscriminately conducted. From this problem, the objective of this work was to identify what consequences the obstetric violence cause on women. For this, this work was conducted through a literary revision, by means of a research among the articles in the Health Online Library (BVS), in SCIELO, FENEBRASGO and ABENFO, as also by consulting books and websites of official organs such as the World Health Organization, Health Ministry and periodicals about the theme. It was observed that the obstetric interventions are realized constantly and the criteria used for their applications are not respected by the professionals, either are the will of the women. It was noticed the necessity of a reevaluation of the efficacy and the needing of these obstetric interventions, considering the risks and discomfort suffered by women that are submitted to these procedures, in order to allow the normal childbirth to occur as naturally as possible.

Keywords: Obstetrics. Humanized birth. Cesarean. Obstetric violence.

INTRODUÇÃO

As consequências da violência obstétrica ocasionadas nas mulheres é resultado de um conjunto de fatores onde envolve ações de desrespeito, que deve ser analisado e estudado, pois gera implicações para as mesmas que são usuárias e dependentes do sistema, seja ele público ou privado.

A violência obstétrica é um evento antigo, no entanto, muitas pessoas não consideram essas ações violentas contra as mulheres como uma violência, e sim como procedimentos comuns e de rotina que devem ser realizados durante o parto. As mulheres que sofrem algum tipo de violência podem apresentar inúmeras sequelas e traumas, que provavelmente irão afetar sua saúde reprodutiva e sexual.

O parto nem sempre foi um procedimento médico, no início dos tempos o parto era um evento inteiramente feminino. Porém, com o aparecimento das universidades, a prática médica transformou-se de um episódio espiritual e comum em um conhecimento científico e, predominante da elite. Gradativamente, as mulheres foram adentrando nos hospitais, na falsa concepção de que sua dor e também a mortalidade neonatal iriam diminuir. Mesmo recebendo assistências de pessoas com bases científicas, o paradigma atual de partos é desanimador, pois a mulher é tratada como um simples sujeito auxiliar do nascimento de seu filho, sem atenção às suas necessi-

dades e, que geralmente sofre com atos que ferem à sua integridade física e moral. Como essas ações violentas repercutem por muitos anos, acabou aprofundando-se na mente das pessoas de tal forma que muitas das vítimas que sofrem violência a ignoram, já que se transformou em algo “natural”. Mesmo que não exista no Brasil uma lei que enquadre a violência obstétrica, o quadro pode ser revertido com a busca na implantação efetiva do parto humanizado, no intuito de garantir os direitos fundamentais das parturientes (CUNHA, 2015).

O percentual de intervenções obstétricas desnecessárias que são realizadas frequentemente em diversas maternidades e unidades de saúde em nosso país está bastante elevado. Então, diante de tantos atos violentos e traumáticos que afetam a maioria das mulheres que são assistidas durante o parto, sentimos a necessidade de pesquisar o tema, principalmente quanto as suas consequências ocasionadas nas mulheres.

Partindo da problemática exposta, o presente artigo tem como objetivo identificar quais as consequências que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres. O texto está estruturado em quatro partes: a primeira trata do conceito da Violência Obstétrica; a segunda, aborda os tipos de intervenções prejudiciais na parturição e as principais consequências que as mulheres apresentam após sofrer uma violência; e a terceira, finaliza com ações que a equipe de enfermagem e demais profissionais poderiam realizar como estratégia para combater a violência.

1 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de uma revisão de literatura. Inicialmente foi realizada uma pesquisa utilizando as palavras-chaves: violência obstétrica, causas e consequências da violência obstétrica, intervenções durante o parto e parto humanizado nas bases de dados em saúde. Analisamos artigos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do Scielo (Scientific Electronic Library Online), da FEBRASGO e da ABENFO. Foi realizado também consulta a sites da Organização Mundial da Saúde (OMS), Portarias e leis do Ministério da Saúde, livros e revistas especializadas no tema. Foi analisado cerca de 16 artigos, 2 Portarias, 1 Lei, 3 publicações da OMS e uma Pesquisa Nacional “Nascer no Brasil” publicada pela FIOCRUZ.

Após a seleção, os estudos foram fichados e analisados de maneira sistemática e criteriosa a fim de levantar o maior número de informações. Buscou-se por estudos publicados preferen-

cialmente entre os anos de 2011 e 2015, com o texto completo, acessível, no idioma português e que abordassem sobre o tema proposto, no intuito de responder os problemas levantados. A análise dos artigos e dos materiais foi realizada por leitura inicial, ou exploratória dos textos, depois leitura aprofundada para elencar as principais e mais relevantes informações pertinentes ao objetivo deste artigo.

2 DESENVOLVIMENTO

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 (como facebook, blogs etc.), 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).

“A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos” (TESSER et al., 2015, p.2).

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014).

A violência obstétrica é caracterizada quando se impede que a mulher, decida quais os procedimentos que devem ser adotados sobre seu próprio corpo; o contato imediato da mãe com seu filho logo após o parto ou quando se impede ou se dificulta o aleitamento materno logo na primeira hora de vida. No modelo hospitalar atual, a mulher é obrigada a ficar deitada na posição de litotomia e com as pernas abertas, em local hostil e gelado, imobilizada, sem acompanhante e assistida por pessoas desconhecidas. É separada de tudo que lhe cause a sensação de aconchego para adentrar na rotina médica e ficar à disposição do profissional e propensa a intervenções cirúrgicas (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Como os atos violentos são corriqueiros e repetem-se por muitos anos, e muitas vezes são causados por conveniência médica e por técnicas que eram utilizadas sem respaldo científico, acabam sendo passados despercebidos pela sociedade, e até mesmo ignorados pelas próprias vítimas. Muitas delas são tão comuns e “normais” na prática médica que as vítimas têm até receio de denunciar os abusos e traumas sofridos (CUNHA, 2015).

Segundo Cunha (2015) existem diversas técnicas hospitalares que ferem a dignidade, integridade e liberdade da mulher, desta forma se faz importante que o enfermeiro conheça e explique as mulheres alguns desses atos violentos, que podem ser citados:

Negar a mulher o direito ao acompanhante - o acompanhamento de alguém de confiança é de grande importância, pois irá proporcionar maior tranquilidade e segurança a mulher, desta forma o parto será mais rápido e com menos intervenções desnecessárias. Esse é um direito garantido pela Lei, 11.108, de 7 de abril de 2005, que

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

A Lei foi imprescindível para o reconhecimento da importância do bem-estar da parturiente, no entanto, não é colocado em prática pelas instituições e pelos profissionais.

Apesar da presença do acompanhante no parto humanizado ser uma recomendação do Ministério da Saúde garantido por lei, existem barreiras para que haja de fato a sua participação. A justificativa alegada pelas instituições é a inadequada infraestrutura dos serviços que não comporta muitas pessoas na sala, e também nota-se a ausência de preparo da equipe de saúde em saber como lidar com esse acompanhante (LONGO; ANDRAUS, BARBOSA, 2010).

Uso rotineiro de ocitocina por conveniência médica - quando a gestante da entrada no hospital ou maternidade logo é realizado o acesso para introdução do soro intravenoso, que tem como justificativa a hidratação e tornar mais fácil à aplicação de certos medicamentos que possam ser necessários. A aplicação do soro se torna um transtorno para a gestante, pois prejudica sua deambulação dificultando o relaxamento da mesma e trazendo assim mais sofrimento (CUNHA,

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

A resposta do útero a ocitocina, no período de dilatação, é quase imediata. Nunca será supérfluo insistir sobre a necessidade imprescindível de observação atenta a perfusão, repetindo-se periodicamente a contagem gotejo, a variar constantemente; é imperioso averiguar, repetidamente, a frequência das contrações e sua duração, bem como auscultar, cuidadosamente, os BCF (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2013, p. 207).

Sempre que a mulher entra em trabalho de parto o próprio organismo se encarrega de produzir a quantidade adequada de ocitocina que lhe será suficiente, há casos em que o trabalho de parto não está evoluindo e o uso intravenoso pode ser uma forma de intervenção que se utilizada de forma correta poderá salvar vidas, porém, na realidade seu uso se tornou rotineiro, onde a ocitocina é utilizada em um grande número de gestantes como forma de indução mesmo não havendo necessidade. O que aparenta é que esse ato de violência, onde causa sofrimento as mulheres e é realizado apenas por conveniência da equipe para fluir mais rápido o trabalho de parto (CUNHA, 2015). “A ocitocina acelera o trabalho de parto, aumentando a intensidade e a frequência das contrações uterinas” (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2013, p. 207).

A vitalidade fetal deve ser garantida antes do início da indução através de cardiotocografia, doppler-velocimetria ou perfil biofísico fetal. Recomenda-se, ainda, que a ausculta fetal intermitente pode ser realizada durante o trabalho de parto nos casos de baixo-risco, enquanto os casos de alto risco devem ser idealmente conduzidos com cardiotocografia contínua (SOUZA, 2010).

De acordo com a pesquisa Nascido no Brasil (2014) o uso de ocitocina é realizado em 38,2% nos partos de baixo risco obstétricos, 33,3% em risco obstétrico e 36,4% em todas as mulheres. Com base nos dados, fica evidente que o índice do uso da ocitocina é relativamente alto, comprovando assim a banalização e a falta de respeito com a mulher.

Segundo Souza (2010) as complicações da indução incluem infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução. É preciso precauções para que possam ser evitadas complicações maiores, é necessário esclarecer a gestante sobre tudo que irá ser feito, seus riscos e benefícios.

Restrição hídrica e alimentar - Segundo a OMS (1996) em um trabalho de parto gasta-se muita energia nas contrações uterinas, levando em conta que é um processo que dura várias horas. Desta

forma o indicado é que a parturiente alimente-se com comidas leves como frutas e cereais, além de permanecer hidratada no intuito de equilibrar o líquido que provavelmente será perdido no suor, assim enfrentará o trabalho de parto com maior facilidade. Infelizmente é comum nas instituições de saúde deixar as mulheres em restrição hídrica e alimentar. Tal medida tem por finalidade preparar a gestante para eventuais procedimentos e anestesia. No entanto é desnecessário manter as gestantes com fome e sede, já que a porcentagem de cesarianas não eletivas é apenas de 10%.

Referente a um estudo sobre a ingesta hídrica durante o trabalho de parto Cristo et. al(2010) relata que, ao ser interrogado se as mulheres sentiram sede durante o trabalho de parto, em torno de 60% mencionaram sentir sede.

Constatado também em um estudo sobre a energia despendida no jejum e no aporte calórico, afirma-se que: “A média de energia despendida pelas parturientes que ingeriam mel foi maior que as das parturientes que permaneceram em jejum” (MELO; PERAÇOLI, 2007, p.4).

Ausência de esclarecimento e permissão da paciente – Na assistência a mulher durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, inúmeros procedimentos são executados por profissionais que não se apresentam, que não informam ou explicam a necessidade e finalidade de técnicas, que não dão chance a mulher de ter autonomia sobre seu próprio corpo e ainda fazem comentários agressivos durante o atendimento.

Infelizmente muitas mulheres desinformadas encaram esses episódios como normais, sem protestar e sem buscar o seu direito a reclamar contra tal sofrimento. Ainda que algumas busquem informações e cheguem no momento do parto conhecedoras dos métodos realizados e do que é mais recomendado pelos estudos atuais, normalmente os médicos não respeitam seus desejos, colocam-se como o centro do nascimento e prejudicam o conforto da mulher, desta forma percebe-se que não há um dialogo que permita que as escolhas sejam feitas em conjunto, mas sim uma hierarquia entre as partes (CUNHA, 2015; Dossiê da Violência Obstétrica, 2012).

As complicações da 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, e a maioria das mulheres ficam “reféns” e encaram tais procedimentos como “normais” e que precisam se calar e aceitá-las sem questionamentos (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012).

Restrição de posição no parto – De acordo com a Portaria 1.067 de 2005, durante a assistência no parto deve-se respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto e também instigar posições não-supinas no decorrer do trabalho de parto.

No entanto apesar das portarias e estudos que defendem o direito de escolha da mulher, essa ainda é a posição mais utilizada, pois infelizmente o conforto e a conveniência médica sempre estão acima do bem-estar da mulher, considerando que esta posição possibilita ao médico uma melhor visualização da vagina e também permite maior manipulação em prováveis intervenções.

Episiotomia – é uma intervenção comum e rotineira realizada na obstetrícia, embora não tenha comprovações científicas que validem seus benefícios. Geralmente é realizado de forma desnecessária, sem o consentimento das mulheres e sem informar ou orientar quanto a realização da técnica (SANTOS, 2014).

Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura. Embora a episiotomia tenha se tornado o procedimento cirúrgico mais comum do mundo, foi introduzida sem muita evidência científica sobre sua efetividade. Por isso, mundialmente, há uma intenção de torná-la um procedimento restrito e não mais rotineiro (ZANETTI et al., 2009, p. 368).

O procedimento foi inserido na realização dos partos a partir de observações médicas que não foram comprovadas cientificamente, mas que possui várias alegações, como a de substituir uma laceração irregular por uma incisão limpa e precisa, de simples restauração e melhor cicatrização; evitar traumas no feto; prevenir lacerações perineais e problemas ginecológicos futuros; diminuição da segunda fase do trabalho de parto; diminuição da morbidade e mortalidade materna infantil, ou seja, os mesmos acreditam que a realização da episiotomia é benéfica tanto para a mãe quanto para o filho, o que a tornou um procedimento de rotina (SANTOS, 2014).

“A episiotomia está indicada por razões maternas ou fetais para evitar lacerações do trajeto e para facilitar ou agilizar o parto difícil; é, por certo, obrigatório no parto operatório” (REZENDE, 2013, p. 211).

Segundo a pesquisa Nacer no Brasil (2014) a episiotomia é realizada em 56,1% nos partos de baixo risco obstétricos, 48,6% em risco obstétrico e 53,5% em todas as mulheres. A partir desses dados estatísticos percebe-se que o índice da realização de episiotomia é elevado, pois é executado praticamente em todos os partos, mesmo naqueles de baixo risco.

A episiotomia pode trazer mais complicações do que as lacerações fisiológicas, essas que muitas vezes não acontecem, e por “costume” a episiotomia é realizada. As complicações dentre as quais mais se destacam segundo Zanetti et al (2009) são: infecção, hematoma, rotura de períneo de 3º e 4º graus, dispareunia e lesão do nervo pudendo.

As indicações são muito subjetivas, ninguém garante que a capacidade de distensão do assoalho pélvico da paciente será menor ou maior que outra, por esse motivo para se realizar a episiotomia deve fazer uma avaliação mais detalhada da paciente. “As evidências científicas mostram que os riscos do uso indiscriminado da episiotomia são maiores que os benefícios, estando a mulher submetida a esse processo, sujeita a graves consequências, além de impedir que a mãe vivencie de forma prazerosa o momento do parto” (COSTA, 2011).

Manobra de Kristeller - Segundo o Dossiê da Violência Obstétrica (2012) a manobra de Kristeller foi desenvolvida sem nenhuma fundamentação científica, era conduzida com as mãos obtendo força sobre a barriga da mulher em sentido à pelve. Presentemente, dispomos de varias pesquisas que evidenciam as severas complicações do exercício dessa técnica, no entanto ainda assim a manobra é habitualmente efetuada com um indivíduo sobre a barriga da mulher, ou apertando seu ventre com o peso e pressão do próprio corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho.

As complicações relacionadas a manobra de kristeller existem, porém os estudos científicos ainda são escassos, esse procedimento leva a aplicação de um alto número de partos distócicos por ventosas, e com isso se tem o aumento dos índices da realização da episiotomia e lacerações de períneo. É importante a conscientização dos profissionais de saúde quanto a sua pratica, pois a força que exercem sobre a barriga da mulher não é medida e não tem evidencias suficientes que mostrem os riscos materno-fetais relacionados a esse procedimento (CARVALHO, 2014).

Cesárea Eletiva - As indicações de cesariana são divididas em absolutas e relativas. As indicações absolutas devem ter um real significado, ou seja, um diagnóstico que comprove a sua escolha, as relativas são as mais recorrentes, que são aquelas que não têm uma causa real de indicação. A cesariana que é realizada sem um diagnóstico preciso, é chamada de cesárea eletiva, que na maioria das vezes é agendada e realizada antes da mulher entrar em trabalho de parto (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010; DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012).

É notável que a cesariana de forma eletiva, é realizada mesmo sem haver reais indicações, e se tornou uma prática recorrente, transmitida por geração como um procedimento seguro mesmo sem haver respaldo científico necessário. A realização de cesarianas eletivas se tornou comum no meio médico, a cirurgia em si é economicamente viável, na área privada os médicos têm mais ganho e menos tempo de trabalho, já na área pública embora haja gastos, ela ajuda com que não haja a superlotação das unidades (CUNHA, 2015).

As complicações e riscos da cesárea precisam ser explicados a gestante, pois o índice de mortalidade e morbidade para a mãe e para o bebê são maiores que um parto normal quando tem uma boa estrutura e auxílio apropriado. Perante o descaso com as informações, as gestantes ficam vulneráveis às indicações de cesáreas, submetendo-se a uma cirurgia séria que existem complicações e riscos (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012).

De acordo com a OMS (2015) a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. No entanto, as cesarianas estão sendo cada vez mais habituais tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Se for realizada realmente quando necessário, podem diminuir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Entretanto não têm evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não precisem dessa cirurgia traga benefícios. E ainda como qualquer outra cirurgia, uma cesárea ocasiona riscos imediatos e a longo prazo. Tais riscos podem se prolongar por muitos anos depois do parto ter acontecido e comprometer a saúde da mulher e do seu filho, como também gestações futuras.

Existem estudos que comprovam a ineficiência de certas técnicas que podem levar a complicações que seriam evitáveis se não utilizadas, ou usadas da maneira correta na paciente que realmente precisa de tal intervenção. No decorrer do desenvolvimento deste artigo foram citados alguns tipos de técnicas e procedimentos que são atos de violência obstétrica, e que mesmo com os estudos onde há respaldo científico que comprovam a ineficiência dos mesmos, ainda são utilizados de maneira rotineira por profissionais de saúde (SANTOS; SOUZA, 2015).

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014).

O parto e o nascimento é um momento marcante na vida da mulher, no entanto, muitas vezes é lembrado com traumas (sejam eles físicos ou psicológicos) que são causados por pessoas que deveriam dar total assistência. A falta de informação, ou “comodismo” de algumas equipes especializadas em obstetrícia acaba dando continuidade a procedimentos e técnicas que não surtem efeito nenhum pra determinada paciente, mais que mesmo assim são realizados rotineiramente, seja por despreparo ou ate mesmo por uma visão lucrativa e produtiva, já que algumas técnicas podem acelerar o trabalho de parto trazendo assim menos dificuldade para o profissional, e consequentemente mais transtornos e consequências para mãe e feto (SOUZA; SILVA, 2010).

Com o aumento do interesse da obstetrícia médica pelos partos seguida da concepção mercadológica do processo saúde-doença, resultou no crescimento dos partos hospitalares e cirúrgicos. Com a chegada do capitalismo, o saber médico e as práticas médicas foram um dos fatores decisivos para a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e do nascimento. Os procedimentos que são realizados, principalmente o parto cesáreo é uma preferência tanto dos médicos como também dos hospitais, especialmente os particulares. Afinal proporciona maior comodidade e lucro, pois, quanto mais complexo for o parto, mais recursos o hospital terá que usar aumentando assim os valores cobrados a mulher. Infelizmente o parto passou de um evento fisiológico a um ato cheio de intervenções e procedimentos cirúrgicos, com interesses meramente lucrativos (LUZ; GICO, 2015; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

A ausência de orientação nas consultas de pré-natal é visto como um dos principais motivos da aceitação dos procedimentos violentos, visto que se o pré-natal for efetivo, com orientações válidas sobre todo processo de gestação e parto, a mulher terá conhecimento e empoderamento para discutir sobre quais procedimentos devem ou não ser realizados (FRIGO, 2014).

Para que o parto ocorra de forma satisfatória e tranquilidade, é primordial que seja feito de forma humanizada, resguardando o bem estar físico e emocional da mulher, favorecendo, então, a redução de riscos e complicações resultantes de intervenções desnecessárias (REZENDE, 2014).

O parto humanizado pode ser definido como aquele pautado no respeito à mulher que lhe proporciona autonomia e protagonismo feminino. Deve ocorrer sem intervenções, sem cesárea eletiva, sem ocitocina, sem manobras de expulsão, sem fórceps, sem episiotomia, e as intervenções que se seguem no recém-nascido como nitrato de prata, aspiração nasal e gástrica etc., ou seja, é imprescindível que ocorra de forma mais natural possível (ZASCIURINSKI, 2015).

Nos últimos anos foram previstas políticas e programas que visem a melhoria da assistência à gestante, no intuito de um parto humanizado e uma redução da mortalidade materna e neonatal. Pela portaria 1.459/11 do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Cegonha:

Art. 1º: Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Esse programa federal procura estabelecer um atendimento individualizado à gestante, a partir de quando se descobre a gravidez até o parto, oferecendo profissionais especializados para o atendimento e proporcionando maior segurança no momento do parto. Independente das políticas e programas em vigor sabe-se que é papel do enfermeiro prestar assistência a mulher no pré-natal, nesse momento que ele deve orientar e prestar informações sobre toda a situação de parto e as práticas que serão adotadas, para que sejam capazes de fazer suas próprias escolhas

3 DISCUSSÕES E RESULTADOS

Estudar e discutir as consequências que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres é imprescindível, pois a maioria delas estão propensas a sofrer desrespeito, maus-tratos e negligência no decorrer da assistência ao parto nas unidades de saúde.

A violência obstétrica teve sua origem a partir do momento em que as mulheres deixaram de ter seus filhos em casa com o auxílio de parteiras e passaram a ser assistidas nas instituições hospitalares. A mulher tornou-se um objeto de mercado e propriedade da instituição, os procedimentos realizados têm interesse e visão lucrativa tanto dos médicos como também dos hospitais, principalmente os particulares, como é o caso das cesarianas que são economicamente mais viáveis(LUZ; GICO;2015; REZENDE, 2014).

Durante a assistência no parto, muitas intervenções são realizadas, assim que a mulher dá entrada na maternidade, logo lhe é negado o direito ao acompanhante, mesmo sendo este um direito garantido pela Lei, 11.108, de 7 de abril de 2005. Sabe-se que o acompanhamento de alguém de confiança irá proporcionar maior tranquilidade e segurança a mulher, e assim o parto será mais rápido e com menos intervenções desnecessárias. Então de acordo com essa afirmação, a

ausência de alguém de confiança deixará a mulher ansiosa, angustiada e insegura, e consequentemente o parto poderá ser mais longo e traumático.

Logo após sua internação um dos primeiros procedimentos a ser realizado é o acesso intravenoso, no intuito de administrar soro ou medicamentos. O uso do soro intravenoso prejudica a deambulação da gestante e relaxamento do corpo. Já a utilização da ocitocina sintética deve ser feita de forma ponderada, pois é um medicamento e tem efeitos colaterais como qualquer outro. O aumento das contrações ocasionado pela ocitocina causa uma dor expressivamente mais árdua para a parturiente, podendo levar a uma ruptura do útero. Outras complicações incluem infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução. A administração venosa é um procedimento desnecessário em partos normais, no entanto, é muito utilizada, e o seu uso banal só reafirma que a classe médica a utiliza no intuito de acelerar o parto (Dossiê da Violência Obstétrica, 2012; CUNHA, 2015; SOUZA, 2010).

Conforme preparam o corpo da gestante para possíveis anestésias e procedimentos cirúrgicos. Além da administração venosa, também é comum que as instituições conservem as mulheres em jejum e sem beber água. O trabalho de parto exige da mulher muita energia, devido as contrações uterinas e a duração que pode ser longa. Desta forma, sem se alimentar e ingerir água a mulher pode apresentar episódios de hipoglicemia, o que a deixa fraca e debilitada dificultando o trabalho de parto (CUNHA, 2015; PRISZKULNIK, 2009).

A episiotomia tem indicação bastante subjetiva, considerando que ainda não possui instrumentos que determine a elasticidade perineal. Sua utilização habitual pode levar a uma sequência de complicações, dentre as quais se destacam: risco de infecção e erro cirúrgico, hematoma, rotura de períneo de 3º e 4º graus, dispareunia, deiscência, abscesso, incontinência de gases e fezes, fístula retovaginal e Lesão do nervo pudendo. Logo os riscos associados são a extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, mesmo incomum, a endometriose da episiorrafia. Vale destacar que além dessas complicações o procedimento pode ocasionar alterações cicatriciais para o resto da vida (ZANETTI et al., 2009).

A manobra de kristeller é um procedimento que causa angustia e sofrimento a mulher, pois a força que é exercida sobre a barriga não tem como ser mensurada, esse procedimento leva a ocorrência de um alto número de partos distócicos por ventosas, e com isso se tem a elevação dos índices da realização da episiotomia e lacerações de períneo (CARVALHO, 2014).

A cesárea apresenta riscos e pode ocasionar complicações expressivas e às vezes permanentes, bem como sequelas ou morte, principalmente em lugares sem infraestrutura e/ou que não seja capaz de fazer cirurgias seguras e prestar os cuidados específicos pós-operatórias. As complicações que mais acontecem são os hematomas, abscessos de parede, deiscência da cicatriz cutânea, pelviperitonite, tromboflebite, íleo paralítico e incidentes anestésicos. O índice de mortalidade e morbidade para a mãe e para o bebê na cesariana são maiores do que em um parto normal, uma média de 5 a 20 vezes superior. Por tais razões, uma cesárea só deveria ser realizada quando fosse realmente necessária, de acordo com a avaliação médica (OMS, 2015; Dossiê da Violência Obstétrica, 2012; REZENDE, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada sobre as consequências que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres, percebe-se que a utilização de procedimentos invasivos tem crescido no campo da obstetria, mesmo havendo controvérsias em relação às suas aplicações. E que de fato ocasiona inúmeras consequências e traumas nas mulheres, para tal afirmação, podemos citar como exemplo as complicações e riscos da cesárea, que possui alto índice de mortalidade e morbidade para a mãe e para o bebê.

Diante disso nota-se que os danos físicos são inúmeros, no entanto, a violência vai além, e pode ocasionar também danos psicológicos, que precisam ser abordados cada vez mais, principalmente em estudos e pesquisas para obtermos uma transformação de paradigma, porém, compreendemos que este processo pode ser demorado e gradual, todavia, é totalmente necessário.

Sabe-se que não existem procedimentos médicos livre de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas e que no decorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto podem ter ocorrências que fogem ao controle, mas não é isso que está em discussão e sim o uso desnecessário desses procedimentos, pois a maioria dos partos pode transcorrer de forma natural sem a necessidade de nenhuma intervenção.

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 às gestantes, e proporcionar informações sobre o referido tema para que as pessoas saibam diferenciar o que é um procedimen-

to 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, proporcionando debates e inovações das técnicas utilizadas na medicina obstétrica, bem como suas consequências na vida da mulher.

Dessa forma, pode-se afirmar que os objetivos buscados inicialmente foram alcançados, mesmo com a escassez de estudos publicados em torno do tema, foi possível discutir quanto às consequências que as mulheres apresentam após sofreram uma violência obstétrica. Observa-se que nem todas as intervenções obstétricas podem causar consequências imediatas ou futuras, mas, certamente ocasiona transtornos e desconforto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/11108_\[2560_120110_SES_MT\].pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/11108_[2560_120110_SES_MT].pdf).

BRASIL. **Portaria Nº. 1.067, de 4 de Julho de 2005**, Ministério da Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/Dayse/Downloads/portaria%20n%201067%202005%20-%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20aten%20obsttrica%20e%20neonatal.pdf>

BRASIL. **Portaria Nº. 1.459, de 24 de Junho de 2011**, Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

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

COSTA, Nilma Maia da Lucídio; OLIVEIRA, Clebson de; SOLANO, Lorrainy da Cruz; MARTINS, Patrícia Helena de Moraes Cruz; BORGES, Ivone Ferreira. **Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura**. Facene/Famene 2011. Disponível em: <http://docplayer.com.br/4225395-Episiotomia-nos-partos-normais-uma-revisao-de-literatura.html>

CRISTO, Beatriz Teresa De; MELO, Bruna Leticia Rocha De; VITALI, Camila Assis, OLIVEIRA Cristina Augusto De. **Ingesta hídrica durante o trabalho de parto: uma análise em maternidades de hospitais de ensino**. Curitiba, 2010. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0092.pdf

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

FRIGO, Woman Jucimar ; CAGOL, Grasielle; ZOCCHÉ, Denise Azambuja; ZANOTELLI, Silvana dos Santos; RODRIGUES, Renata Mendonça; ASCARI, Rosana Amora.

Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. *Jornal BJSCR*, 2014. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS Lourdes Maria Silva, BARBOSA Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* **2010**. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. **Violência obstétrica**: ativismo nas redes sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, RN, Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1109/632>

MELO, Célia Regina Maganha; PERAÇOLI, José Carlos. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (mel) em parturientes. *Rev latino-am enfermagem* 2007 julho-agosto. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/16133-19157-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/16133-19157-1-PB%20(1).pdf)

NASCER NO BRASIL: **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Maria do Carmo Leal e divulgada em 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1

_____. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriaId=2&id=48&pagina=1&id=56&>

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

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: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo Carrera. **Parto humanizado**: influências no segmento saúde. São Paulo. 2009. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf.

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira de. **Violência obstétrica**: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. UniCEUB, Brasília, 2014. Disponível em: <file:///F:/EBE/ARTIGO/20812390pdf>

REZENDE FILHO, J; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetricia Fundamental**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2013.

SANTOS, R. C. S; SOUZA N. F. **Violência Institucional Obstétrica No Brasil**: Revisão Sistemática. Macapá, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

SOUZA, A.S.R.; COSTA, A.A.R.; COUTINHO, I.; NORONHA, N. C.; AMORIM, M.M.R. **Indução do trabalho de parto**: conceitos e particularidades. FEMINA, Abril, vol. 38, nº 4, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico**. FEMINA | Setembro 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>

ZANETTI, M.R.D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M. R.; NAKAMURA, M. U.; SASS, Nelson. **Episiotomia**: revendo conceitos. FEMINA | Julho 2009 | vol 37 | nº 7. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>

ZASCIURINSKI, Miranda Juliana. **Violência obstétrica**: uma contribuição para o debate a cerca do empoderamento feminino. 2015. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf