

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ENFERMAGEM**

MANUELLA RIBEIRO GASPAR
ORIENTADOR PEDRO DE JESUS

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA**

Rio de Janeiro

2021.2

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

THE ROLE OF THE NURSES IN FIGHTING OBSTETRIC VIOLENCE

Nome (s) do (s) autor (es)

Graduanda Manuella Ribeiro Gaspar do curso de Enfermagem do Centro Universitário São José.

Orientador

Professor Pedro de Jesus

RESUMO

Introdução: A assistência destinada ao nascimento sofreu com o passar dos anos diversas transformações, como a mudança na percepção de quem é o protagonista do parto, a substituição do ambiente domiciliar pelo hospitalar e a perda dos costumes, valores e crenças que permeiam esse fenômeno. Muitas dessas mudanças ocorreram devido à justificativa de busca por maior segurança, todavia estudos demonstram que essa transformação resultou no apoderamento do ato de partear pelos profissionais da saúde, submetendo a mulher a uma série de intervenções, normas e rotinas obstétricas impostas pelas instituições, configurando a possibilidade de estar exposta a violência obstétrica. Diante dessas perspectivas tornou importante o resgate da autonomia das mulheres no processo de parir, iniciando o movimento da humanização da assistência. **Objetivo:** evidenciar as práticas que configuram violência obstétrica e as principais ações do enfermeiro para humanização do parto. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de publicações disponíveis nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDNF. De caráter descritivo-qualitativo. Foram encontrados 10 artigos em português, originais, publicados entre 2016 e 2021. **Resultados e Discussão:** As mulheres buscaram resgatar os valores que envolvem a assistência do parto de forma humanizada, livre de intervenções desnecessárias e com atendimento e assistência respeitosa, realizado onde a parturiente melhor achar indicado para o seu bem estar. **Considerações Finais:** Com a realização da pesquisa tornou-se evidente que essa vontade do ser humano de buscar novos pontos de vistas, idéias, e estilos de vida que melhor o satisfaça é a força que impulsiona a transformação do mundo, considerando a premissa dos aspectos e princípios da humanização. **Palavras-chave:** Apropriação dos Processos Reprodutivos; Violência Obstétrica; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Birth care has undergone several transformations over the years, such as the change in the perception of who is the of who is the protagonist of the birth, the substitution of the home environment by the hospital environment, and the loss of customs, values, and beliefs that permeate this phenomenon. Many of these changes occurred due to the justification of the search for greater safety, however,

studies show that this transformation resulted in the appropriation of the act of giving birth by health professionals, subjecting women to a series of interventions, norms and obstetric routines imposed by the institutions, configuring the possibility of being exposed to obstetric violence. Faced with these perspectives, it has become important to rescue the autonomy of women in the process of childbirth, initiating the movement of humanization of care.

Objective: to highlight the practices that constitutes obstetric violence and the main actions of nurses to humanize childbirth. **Methodology:** This is a bibliographic research of publications available in the LILACS, SCIELO, and BDENF databases. It was descriptive-qualitative in nature. Were found 10 articles in Portuguese, original, published between 2016 and 2021. **Results and Discussion:** The women sought to rescue the values that involve the assistance of humanized childbirth, free of unnecessary interventions and with respectful care and assistance, performed where the parturient woman finds best indicated for her well-being. **Final Considerations:** With the research it became evident that the will of human beings to seek new points of view, ideas, and lifestyles that best satisfy them is the force that drives the transformation of the world, considering the premise of the aspects and principles of humanization.

Keywords: Ownership of Reproductive Processes; Obstetric Violence; Nursing Care.

INTRODUÇÃO:

A violência obstétrica é definida como qualquer prática realizada por profissionais de saúde que desrespeite, maltrate, abuse e desumanize a mulher na gestação e/ou no momento do parto. É efetuada através da aplicação de ações intervencionistas, de forma medicalizada, tendo como resultado a transformação de um processo fisiológico natural, em patológico (TEIXEIRA et al., 2021). Tendo como consequência a eliminação da autonomia da mulher sobre decidir de forma livre sobre o seu corpo e sexualidade no momento considerado único na sua vida, o parto (TRAJANO; BARRETO, 2021).

O parto pode ser realizado através de duas metodologias, sendo a cirúrgica e a natural. O corpo feminino está preparado fisiologicamente para desempenhar esse evento naturalmente (parto normal), salvo condições em que coloca a vida da mulher em risco, demandando a interferência do parto cesariano (COELHO et al., 2021).

A assistência ao parto e o parto passaram ao longo da história por diversas transformações. Inicialmente consistia em um evento que ocorria na residência da parturiente, tido com um assunto de mulheres, com auxílio de parteiras que não possuíam nenhum conhecimento técnico-científico, mas dispunham de muita experiência prática, o que a tornavam capacitadas para execução. Nesse período, a medicina não dispunha de domínio em relação ao parto, sua presença era solicitada em ocasiões em que a parição se tornava difícil (AMARAL; RIBEIRO, 2021).

A mudança desse cenário ocorreu através da existência do fórceps, um instrumento criado com o objetivo de extrair os bebês em casos de partos complicados que traziam riscos que podiam causar mortalidade materna e infantil (TRAJANO; BARRETO, 2021). Assim, surgiram os médicos cirurgiões na assistência ao parto, que contribuíram para desapropriação das parteiras no domínio dos partos. Contribuindo para o início do que atualmente é denominado como medicalização do parto, implementado através da utilização do fórceps e anestesia, no hospital, compondo o parto cesariano (COELHO et al., 2021).

Desse modo, a realização do parto no ambiente hospitalar, associada à disponibilidade tecnológica no cuidado à saúde, contribuiu para a organização da assistência como uma linha de produção, acentuando a parturição como um ato médico, cuja capacidade de escolha passou a ser de responsabilidade exclusiva do profissional, contrariando o desejo, protagonismo, privacidade e autonomia das mulheres (VERCEZE; CORDEIRO, 2021).

Um evento natural e fisiológico feito em um local familiar, acolhedor, com suporte de pessoas de confiança, perderam o lugar para um ambiente desconhecido, com pessoas anônimas, realizando procedimentos dolorosos, desconfortáveis e por vezes prejudiciais, tirando a visão singular desse evento (TEXEIRA et al., 2021).

Até agora, casos de agressão corporal, verbal e psicológica, ausência de respeito quanto ao direito de escolha, e negligências são retratadas por mulheres. Essas infrações podem ocorrer em qualquer etapa da gestação, mas é na hora do parto, momento em que o cuidado deve ser redobrado, que essas ações acontecem. Em que as mulheres estão mais fragilizadas e precisam de todo apoio e suporte (AMARAL; RIBEIRO, 2021).

A proposta da humanização do parto surgiu desse pressuposto, visando retornar a uma técnica que sempre existiu e funcionou, sendo desenvolvidos por profissionais de saúde seguindo critérios aplicados no passado, só que

com condutas atualizadas e cientificamente comprovadas, devolvendo a mulher o seu direito de decidir, protagonizar e escolher (VERCEZE; CORDEIRO, 2021).

A terminologia humanizar, beira o respeito a individualidade, o que o outro possui de humano, preza a empatia e a qualidade no cuidado. Para tanto a atenção humanizada durante o parto engloba conhecimento, técnicas, atitudes tendo em vista proporcionar o parto e o nascimento de forma saudável tendo como enfoque a prevenção mortalidade perinatal e materna (TRAJANO; BARRETO, 2021). Ou seja, ressalta o parto como evento fisiológico, próprio da existência humana, em que a assistência deve respeitar o momento oportuno frente ao sofrimento do outro (AMARAL; RIBEIRO, 2021).

Por conseguinte, é de extrema importância o fortalecimento das práticas de humanização e para que esse objetivo seja atingido é fundamental que a equipe de multiprofissional, em particular os enfermeiros, busque meios para que a gestante receba todo o auxílio de forma qualificada proporcionando o bem-estar e a segurança necessária nesse momento tão importante e único na vida da mulher.

Diante das considerações apresentadas a pesquisa se apoia na relevância e reflexão que esse tema despertou no decorrer das vivências acadêmicas, como também, no interesse de identificar na literatura estudos que abordassem a temática de medicalização do parto e a realidade da violência obstétrica diante do enfoque nos dias atuais da humanização na assistência. Com base no que foi evidenciado, foi elaborado o seguinte questionamento: Quais as contribuições do enfermeiro para a humanização do parto. Tendo como objetivo evidenciar as práticas que configuram violência obstétrica e as principais ações do enfermeiro para humanização do parto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Caracterização do Parto

Considera-se que o trabalho de parto é um processo fisiológico, onde o útero expelle, ou tenta expelir o feto, o líquido amniótico, a placenta e membranas. A presença da contração uterina é constante em todo o ciclo gravídico. Conhecida como a “dor do parto”. A mulher vivencia as contrações uterinas como uma sensação muito dolorosa. E, para cada período do parto, ela possui uma finalidade específica (GOMES et al., 2020).

Ao final da gestação, o colo do útero vai ficando cada vez mais fino, a distância entre o colo do útero e o útero está reduzindo, acarretando a perda do tampão mucoso, onde a parturiente irá perder o líquido amniótico pela vagina, que é o rompimento da bolsa, podendo sentir contração ou não (ALVARENGA; KALIL, 2016). Durante o trabalho de parto, existem contrações uterinas, progressivas e involuntárias, e acontece também a dilatação do colo uterino. No início do trabalho de parto acontece a perda do tampão mucoso, que pode proceder ao início do trabalho de parto em até 72h (VARGENS; SILVA, 2017).

Desse modo, o trabalho de parto começa com contrações uterinas irregulares de intensidade variável. Essas contrações parecem amolecer (amadurecer) o colo, que começa a se apagar (afinar e encurtar) e dilatar. À medida que o parto se desenvolve, aumentam a duração, intensidade e frequência das contrações (CAMPOS et al., 2016).

Durante muito tempo, a assistência à mulher durante o parto era realizada por outras mulheres, chamadas de parteiras ou assistentes de parto. Estas podiam ser amigas, vizinhas, mães ou pessoas escolhidas nas comunidades, consideradas capazes de colaborar com a futura mãe em alguma tarefa relacionada ao parto (REIS et al., 2016).

A história do parto e nascimento sofreu progressivas modificações ao longo da história. Durante muito tempo, a situação de parto foi resolvida de modo caseiro, nos ambientes domiciliares, com a atuação das mulheres da casa auxiliadas por uma parteira mais experiente. Sendo assim, passaram-se muitas décadas até que os estudos médicos desenvolvessem alternativas seguras aos nascimentos. Assim, o parto foi adquirindo outro significado e

passou a ser considerado um procedimento cirúrgico, que deve ser realizado por médicos, em ambiente hospitalar (FERNANDES; ROSA, 2020).

Inicialmente, conforme brevemente retratado na introdução, no período compreendido pelo século XIX, a maioria dos partos era realizada nas residências das mulheres em trabalho de parto, pelas parteiras. A realização do parto fora de casa não era normal, era somente considerado em situações extremas. Em casos complicados que o médico era solicitado, e/ou quando a parteira não conseguia resolver o problema (AMARAL; RIBEIRO, 2021). A parteira era social e economicamente mais acessível que o médico, além disso, tinha a vantagem de ajudar com as tarefas domésticas, substituindo ou auxiliando a mulher por um algum tempo após a parturição. Estas atendiam em domicílio ou recebiam as parturientes em suas casas, e em geral, faziam parte do conhecimento do ciclo familiar, ou seja, já havia atuado com a mãe, tia, ou amigos de confiança (REIS et al., 2016).

Existem histórias descritas na literatura que trazem diferentes concepções sobre o nascimento sendo o mesmo, cercado de várias tabus e crenças, entre eles quais, o de que o sangue ser considerado contaminado (TRAJANO; BARRETO, 2021). Por esse motivo, a mulher era retirada do lar para ter o bebê, pois corria o risco de contaminar a própria casa. Posteriormente era proibida de cozinhar e de compartilhar a cama com o marido. A placenta e o cordão umbilical eram enterrados pela própria parteira. O resultado do parto dependia da harmonia do feto e da mãe, e desta com a parteira (CAMPOS et al., 2016).

Segundo Fernandes e Rosa (2020), grande parte do conhecimento das parteiras era adquirida por meio da própria experiência de gravidez e parto. A partir da última metade do século XIX, as parteiras foram gradualmente sendo incorporadas ao sistema médico, mesmo havendo oposição por alguns destes profissionais, cabendo às parteiras, porém, a execução do parto normal. Além de ajudar no parto, elas prestavam cuidados antes e após o nascimento.

Outrora, a partir do século XVIII, o parto, que era um evento adstrito às mulheres auxiliadas por parteiras, passou a ser realizado por médicos na Inglaterra. A concepção tecnicista alterou o modelo de assistência ao parto. Mulheres e filhos foram separados, e a mulher passou a se adequar a parir em função da conveniência médica. Dessa forma, tal incursão histórica desencadeou outros vários procedimentos para corrigir o corpo da mulher, tratado como incapaz de parir autonomamente, configurando o modelo de parto medicalizado (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Os hospitais se tornaram palco da obstetrícia moderna, em que a tecnologia é aplicada não só para salvar a vida das mulheres em trabalho de parto que dela necessitam, mas para aperfeiçoar o tempo da parição e, em tese, minimizar potenciais riscos à integridade física da paciente (TRAJANO; BARRETO, 2021). O parto hospitalizado responde a uma lógica industrial de produção, em que há uma série de prazos a serem cumpridos pelos profissionais, dentro de um período delimitado de tempo. Desta forma, se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções desnecessárias para que ela dê à luz no prazo determinado. O parto, então, modifica-se gradativamente até se tornar um evento hospitalar, e deixa de ser uma experiência unicamente feminina (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

A partir de meados do século XX, no Brasil, “parto natural”, “parto sem dor”, foram palavras de ordem de um grupo de obstetras que buscavam levar às mulheres novas práticas de parto, com menos intervenções e mais conforto. Essas novas teorias, já difundidas nos países europeus e nos EUA por meio de impressos, congressos, conferências e cursos. Seus divulgadores destacavam a importância da preparação da mulher e de seus familiares para o parto. Além disso, acentuavam a importância da educação para o parto (NASCIMENTO, 2020).

2.2 Violências Obstétricas

A violência obstétrica é um termo utilizado para caracterizar abusos sofridos por mulheres quando procuram serviços de saúde na hora do parto (AMARAL; RIBEIRO, 2021). Tais abusos podem ser apresentados como agressão física ou psicológica e são responsáveis por tornar um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher em um momento traumático (ALVARENGA; KALIL, 2016).

A prevalência de violência obstétrica tem variado entre 18,3% a 44,3%, segundo estudos de base populacional realizado no Brasil. Apesar da alta prevalência, há poucos estudos epidemiológicos nacionais abrangendo essa temática. Na última década, o interesse tem crescido devido, principalmente, ao movimento feminista e a grupos que tentam resgatar a fisiologia do parto e protagonismo da mulher (AMARAL; RIBEIRO, 2021). No entanto, muitas dificuldades são impostas, como a falta de definição dos atos, falta de consenso em relação ao termo utilizado, dificuldade de mensuração, poucas evidências sobre as consequências na saúde materno-infantil e, por fim, falta de políticas públicas para coibir esses atos (CORDEIRO, 2021).

São inúmeras as formas de violência obstétrica que ocorrem em todos os hospitais, sejam na rede pública ou privada. São categorias de violência obstétrica, antes do parto, um pré-natal insuficiente, com poucas informações a respeito do andamento da gestação, falsas indicações de cesariana, a não informação acerca da fisiologia do parto e

riscos de cirurgias como a cesárea, falta de autonomia da mulher em escolher o tipo de parto e local (COELHO et al., 2021).

Durante o parto, a violência pode ser tanto física como psicológica, o abuso físico se caracteriza como o excesso de intervenções, com procedimentos sem justificativa, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, tricotomia e episiotomia desnecessárias, muitas vezes sem anestesia (ALVARENGA; KALIL, 2016). A episiotomia pode trazer vários malefícios para a mulher, como risco de infecção, dor no pós-parto e necessidade de analgésicos (JANSEN, 2019).

A imobilização física também é muito utilizada, mantendo a mulher em posições muitas vezes dolorosas, não permitindo que ela se movimente (COELHO et al., 2021). Existem ainda as imposições de intervenções não consentidas, aquelas no qual a mulher verbalmente ou por escrito não autoriza alguns procedimentos como a episiotomia. Aplicação de soro com ocitocina sintética, a fim de contrair artificialmente o útero, acelerando o trabalho de parto (VERCEZE; CORDEIRO, 2021).

A adoção de puxões também é muito comum na prática médica durante o parto, como a manobra de Kristeller, que consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Mas, evidências comprovam que esse procedimento é muito prejudicial tanto para a mãe quanto para o bebê, portanto, essa manobra não deve ser realizada durante o trabalho de parto, e é considerada violência obstétrica (AMARAL; RIBEIRO, 2021).

Dentre as consequências que essa manobra pode trazer para o bebê encontram-se o aumento da probabilidade de um parto difícil, podendo ter fratura de clavícula, úmero e costelas, trauma encefálico, hipóxia, pode ainda ter lesões de órgãos internos, hematomas e aumento da pressão intracraniana (REIS et al., 2016). Para a mãe, os riscos consistem em hemorragias e contusões, fratura de costelas, rotura uterina, aumento do risco de grandes lacerações do períneo e vagina, deslocamento prematuro de placenta, além de prolapso urogenital, que é quando os órgãos genitais da mulher são projetados para fora (HENRIQUES, 2021).

O enema (lavagem intestinal) é também um procedimento realizado de forma rotineira, pois se acredita que esse procedimento pode trazer benefícios como aceleração do trabalho de parto e a diminuição da contaminação do períneo, no entanto, a realização do enema indiscriminado é uma violência à parturiente, pois é um constrangimento desnecessário (AMARAL; RIBEIRO, 2021), uma vez que estudos comprovam que não há diminuição de infecção fecal durante o trabalho de parto, nem aceleração desse trabalho, e o que acaba ocorrendo é que a mulher é submetida à humilhação, dor e desconforto. É um procedimento considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prejudicial ou não efetivo e não deve ser realizado nas rotinas hospitalares durante o trabalho de parto (JANSEN, 2019; (HENRIQUES, 2021).

Ainda, tem-se a pressão psicológica é uma das principais e mais comum das formas de violência obstétrica, a maneira como a mulher é tratada verbalmente pode prejudicar de forma significativa o trabalho de parto, de modo que a comunicação desrespeitosa subestima e ridiculariza sua dor, as desmoralizações do seu pedido de ajuda, além de humilhações de caráter sexual, causam na mulher um sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação e insegurança (ALVARENGA; KALIL, 2016). Também, a cirurgia cesariana nem sempre é sinônimo de violência obstétrica, sabe-se que quando necessária ela salva vidas, tanto da mãe quanto do bebê (COELHO et al., 2021).

Não existe uma definição fechada para o termo, mas sim definições complementares apresentadas por diferentes organizações e governos. Violência obstétrica é um tipo de violência de gênero. Além de ser um tipo de violência que só afeta mulheres pelo simples fato de que apenas as mesmas passam pela experiência da gestação e do parto, atitudes desrespeitosas podem estar relacionadas à estereótipos do que uma mulher deveria ou não fazer. Profissionais de saúde podem se sentir na posição de “ensinar uma lição” a uma determinada mulher que foge de uma determinada “normalidade aceitável” (VERCEZE; CORDEIRO, 2021).

Esse termo é utilizado oficialmente em textos na legislação de ao menos três países latino americanos. O primeiro país a aprovar uma lei que inclui o uso do termo foi à Venezuela, seguido então pela Argentina e, logo depois, pelo México. No Brasil não há atualmente uma legislação federal específica contra a violência obstétrica, mas há iniciativas estaduais e municipais (HENRIQUES, 2021).

2.3 A Humanização do Parto

Como já retratado o parto é um momento de grande intensidade, uma vivência que marca para sempre a vida de uma mulher, é a preparação natural para a maternidade, onde a mulher terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem fortalecê-la como mulher e mãe (GOMES et al., 2020). Durante o trabalho de parto a mulher se sente vulnerável, pois é uma experiência extrema, podendo envolver dor, um árduo trabalho, e ainda o medo da possibilidade de morte ou perda do bebê (FERNANDES; LIMA, 2016).

Entende-se, portanto, que cabe aos profissionais da saúde tornar esse momento o mais agradável possível para a mulher, mas na maioria das vezes a assistência que as mulheres recebem no momento do parto é particularmente perversa porque anula de diversas formas a possibilidade da mulher e da família vivenciar os aspectos subjetivos desse momento (VARGENS; SILVA, 2017).

O conceito de humanização ao parto inclui vários aspectos, entre eles, a mudança na cultura hospitalar, com uma assistência voltada exclusivamente para as necessidades das mulheres e seus familiares, trazendo confiança e autonomia para a parturiente, com intuito de amenizar os medos, os anseios, a dor, e com isso, tornar o momento menos turbulento e mais prazeroso, tornando-se assim, mais fácil o momento do nascimento (VERCEZE; CORDEIRO, 2021).

Contudo, a assistência de forma humanizada implica a atuação do profissional de forma que respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (GOMES et al., 2020).

De acordo com o que foi estabelecido pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo MS em 2000, que cita que a privacidade, autonomia e respeito à mulher garante que o parto seja vivenciado de forma incentivadora (NASCIMENTO, 2020).

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (FERNANDES; LIMA, 2016).

Assim, a humanização durante o trabalho de parto, leva em consideração a participação das escolhas da parturiente e a presença do companheiro, tende a melhorar a relação da instituição hospitalar e seus clientes, claro não excluindo as tecnologias que servem para auxiliar a mulher nessa hora, porém não se fazendo uso rotineiramente para que não transforme o parto natural em um ato cirúrgico ou medicalizado (NASCIMENTO, 2020).

Outra forma da política da humanização é o acolhimento, que tem uma recepção humana atenta às queixas, angústias, dúvidas, preocupações, onde as mulheres são ouvidas, garantindo total responsabilidade para sanar os problemas e conseqüentemente dar continuidade quando assim, houver necessidade (CAMPOS, et al., 2016).

Para Gomes et al (2016), o parto humanizado tem valorização, e deve ser levado em consideração o aumento do poder, da autonomia e decisão da mulher, com relação menos autoritária do profissional de saúde, com ações mais afetivas para que haja uma maior evolução no trabalho de parto e conseqüentemente para a saúde da mulher e bebê.

Entre as condutas humanizadas da assistência ao trabalho de parto, estão: o banho, que traz benefícios porque favorece uma boa circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto; a dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal; a deambulação, que abrevia o tempo de trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação; (GOMES et al., 2020). A massagem, que alivia pontos de tensão e promove relaxamento; o estímulo à micção espontânea que no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações e a respiração, que promove e restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal, deverá ser espontânea durante as contrações. Se a mulher encontrar dificuldade de respirar durante as contrações, deverá ser estimulada a soprar lentamente para restabelecer a respiração normal. Uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a re-oxigenação da placenta (VARGENS; SILVA, 2017).

A humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto, respeitando a fisiologia deste momento, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu "plano de parto", propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude (FERNANDES; LIMA, 2016). Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica neste processo, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente, garanta maior segurança não só para as mães com também para o bebê (VERCEZE; CORDEIRO, 2021).

Portanto, a assistência humanizada é ampla e envolvem conhecimentos, práticas e atitudes, que visam à promoção do parto, o nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Onde haja procedimentos benéficos tanto para a mulher, quanto para o recém-nascido, e com isso será evitado intervenções sem necessidades, preservando assim, a autonomia e privacidade da parturiente, visto que o nascimento é um evento fisiológico e marco na vida da mulher (VARGENS; SILVA, 2017).

2.4 O enfermeiro na assistência ao parto de forma humanizada

Considera-se que os profissionais de saúde são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral. A formação dos médicos obstetras, porém, tem se mostrado insuficiente diante da necessidade de tornar estes profissionais habilitados a prestar uma assistência integral de qualidade, além de humanizada, ao contrário do que se pretende, visto que se inclinam mais para a utilização de práticas intervencionistas. Já a formação dos enfermeiros obstetras visa uma assistência de caráter mais humanizada e voltada para o respeito à fisiologia do parto (FERNANDES; LIMA, 2016).

A enfermagem cada vez mais contribui com uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (CAMPOS et al., 2016). O enfermeiro tem a educação em saúde como uma das atribuições pertinentes a sua profissão. Nas atribuições da enfermagem sempre esteve presente uma visão humanística, expandindo a compreensão do homem e o cuidado devendo ser exercido de maneira integral (VARGENS; SILVA, 2017).

Segundo Fernandes e Lima (2016), o enfermeiro atua proporcionando a parturiente, durante o parto, maior conforto e segurança, sempre com uma escuta ativa e atenciosa. A criação de vínculo com a paciente é primordial para perceber as suas necessidades e então saber quais as ações a serem realizadas.

O papel da enfermagem humanizada durante o parto exige um profissional sem preconceitos, a prestação de serviço livre de qualquer dano e utilização mínima de intervenções em suas práticas. O respeito, solidariedade, apoio, orientação e incentivo são fatores que demonstram o cuidado e importância da assistência humanizada desse profissional (GOMES et al., 2020).

O enfermeiro reconhece a relevância da prestação de uma assistência adequada e de qualidade, por isso procura sempre está acolhendo a mulher, proporcionando segurança, reconhecendo fatores que geram estresse, como a dor, criando um ambiente de cuidado e conforto tanto para parturiente como para a família. Dessa forma a enfermagem vem cada vez mais construindo uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (VARGENS; SILVA, 2017).

CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO –

Com a delimitação do tema e através da seleção dos materiais para avaliação e elaboração da discussão, os dados corroboraram para a produção das análises que serão descritas e dispostas a seguir, respeitando a proposta do objetivo.

O modelo tecnocrático, conforme descrito por Davis-Floyd apud Monteschio (2016), representa uma corrente de pensamento convencional e norteia a prática de assistência obstétrica há várias décadas. Mostrando-se como a entrada do homem no atendimento ao parto, e com sua medicalização, situando a mulher na condição de paciente, sem autonomia sobre o seu corpo, separada dos familiares e do próprio filho ao nascer. O parto nessa conjuntura é encarado como um processo patológico, de caráter intervencionista e biologicista.

Nesse contexto, de acordo com Coelho (2021) a mulher perde sua auto-suficiência, deixando o profissional escolher qual procedimento seguir. Inúmeros métodos tecnocráticos são agregados como rotina na assistência ao parto, constituindo dessa forma, uma prática mecanizada. Esses procedimentos contemplam ações como a tricotomia da região genital, a enteróclise, a episiotomia, a anestesia entre outros. Para Monteschio (2016), medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

Oliveira e Vargens (2017) acrescentam que esse modelo tem como característica a adoção de rotinas rígidas que levam à despersonalização das gestantes e à supervalorização da tecnologia, visando à idealização da segurança durante o trabalho de parto, atribuindo a cesariana uma conotação simbólica, onde é realizada por conveniência dos

médicos, instituição de saúde, ou da mulher, independente da urgência obstétrica. Reis et al (2016) salienta que o uso crescente da tecnologia na gravidez também tem como consequência o direcionamento da atenção do médico para o feto, deixando a atenção para mãe em segundo plano.

Devido às perspectivas apresentadas é possível observar que o parto quando é realizado de forma medicalizada, o profissional adere práticas que nas instituições são consideradas como processo de rotina, sendo adotadas habitualmente, porém interfere de forma negativa no parto que é definido como um ato natural. Essas técnicas quando não contemplam o desejo da parturiente, pode ser caracterizada como violência obstétrica, contrariando a proposta do emprego da humanização, pois não é centralizada no desejo e nas expectativas da mulher (VARGENS, 2017).

Para Coelho (2021) as condutas de forma medicalizada além de não considerar e favorecer o indivíduo negligencia os aspectos importantes para a mulher como os espirituais, psicológicos e sociais das parturientes, além da separação mãe-bebê que foi uma conduta utilizada por muitos anos como uma maneira de aumentar a segurança.

De acordo com Oliveira (2017) na assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto, contribuindo para a implantação do processo de humanização do cuidado.

O avanço acelerado dos conhecimentos médicos para Campos e Fernandes (2016) impele confrontos entre a ciência e os preceitos éticos. E com base nesse progresso Gomes et al (2020) evidenciou que o cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços da tecnologia e do desenvolvimento da medicina. Apesar de esses avanços terem correspondido às expectativas de queda da mortalidade materna e principalmente infantil, eles contribuíram para que hoje a parturiente seja a paciente, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano.

Coelho (2021) relatam que no passado, o parto era acompanhado por mulheres em suas casas, por parteiras ou comadres, que eram pessoas de confiança da gestante ou de experiência reconhecida na comunidade, que tinham algum saber sobre os mecanismos de reprodução. As parteiras, além de ajudarem no processo de parir, eram benzedoras que faziam uso de palavras, ditas mágicas, para auxiliar no controle da dor e no parto, além de realizar abortos, e serem cúmplices em infanticídios e abandonos, o que deu margem ao descrédito da profissão.

Alvarenga (2016) completa citando que com a criação do fórceps, e o desenvolvimento da técnica, houve um declínio na profissão das parteiras, e este instrumento tornaram-se o símbolo da obstetrícia médica.

Vargens (2017) enfatizam em sua pesquisa que diante desse contexto a figura masculina começou a surgir no cenário do parto e teve como consequência a intervenção em detrimento da parteira tradicional e o descrédito em sua competência.

De acordo com Reis et al (2016) a assistência à parturiente era considerada um assunto feminino, envolvendo laços emocionais, empatia, crenças, talismãs e orações, um assunto de mulheres. Considerava-se a participação masculina, até o século XII, contrária aos padrões culturais da época.

Com o processo de institucionalização do parto foi transformado em uma especialidade clínica e cirúrgica. Alvarenga (2016) e Oliveira (2017) evidenciaram que os procedimentos realizados no parto não eram considerados procedimentos médicos, o trabalho das parteiras, intervenções primordiais, eram entendidas como um “ritual de mulheres”, que necessitavam apenas de intervenção médica, quando havia complicações no parto, o que se caracterizava em uma atenção precária, que em muitos casos, servia apenas para tirar o bebê de dentro da mulher morta. Os casos, em que precisavam da intervenção hospitalar eram realizados pelos chamados de cirurgião-parteiro.

Devido o desenvolvimento do modelo assistencial médico, no qual o paciente é considerado um sujeito passivo e carente de autonomia, não tendo a capacidade de opinar e tomar decisões, Tesser (2016) relata que no contexto do parto medicalizado a mulher é esquecida e tomada como objeto, na medida em que tem a sua individualidade desconsiderada nesta relação. O ser humano que é capaz de gerar é sempre visto a partir do seu caráter reprodutivo e sua singularidade é negada, tendo seu corpo e sexualidade controlados pela medicina.

Este modelo assistencial produz um tipo de violência que é silenciosa e muitas vezes pouco reconhecida, que não emprega força física, mas que provoca importante sofrimento caracterizado por Oliveira e Penna (2017) como violência simbólica.

Levando em consideração essa premissa, Oliveira (2017) e Alvarenga (2016) explicitam em suas pesquisas que a violência obstétrica é um tema de grande relevância, e sua visibilidade tem se ampliado consideravelmente na atualidade. Os descasos à lei que prevê assistência as gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto são comuns, principalmente em instituições públicas.

Ainda, segundo Oliveira (2017) entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que compete à autonomia do corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de

uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde acontecem de formas variadas, como: abusos verbais e humilhações profundas (muitas vezes relacionados ao machismo); violência física (como a manobra de Kristeller); ausência de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, como também procedimentos médicos coercivos ou não consentidos; falta de privacidade; negação de internação nas instituições de saúde; recusa em administrar analgesia; cuidado negligente durante o parto que pode levar a complicações evitáveis; detenção de mulheres nas instituições de saúde, após o parto, devido à incapacidade de pagamento; administração de ocitocina sintética; e também, a impossibilidade de acompanhante durante o parto (BRASIL, 2016; GOMES et al., 2020).

Alvarenga (2016) enfatizam que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, dispõe que dever ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando estes possam ser responsáveis por essas decisões e elas respeitem a autonomia dos demais. Essa declaração dispõe ainda, que qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizado com o consentimento prévio, livre e esclarecida do indivíduo envolvido, com base em uma informação adequado.

O profissional tem o dever de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, como cita Campos e Fernandes (2016), assim como os riscos ou as possíveis complicações que podem surgir, como também as alternativas disponíveis. Pois, será com base nessas informações, que a mulher tem o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, o que se denomina direito à recusa informada. Ao deixar de fornecer informações acerca do estado de saúde da gestante, ao não explicar objetivamente o que será realizado e, ainda, não dar oportunidade para a gestante pensar se deseja ou não o procedimento, configura-se exemplos de violência no atendimento obstétrico.

Essas ações são características implantadas na assistência dita humanizada, pois é centralizada na mulher, respeitando os seus desejos e vontades, a mulher se comporta como protagonista (LOPES; AGUIAR, 2020).

Como decorrência do uso abusivo de procedimentos invasivos, medicalizado, terceirizando a autonomia da parturiente, Reis et al (2016) destacam que ocorreu uma reação em diversos âmbitos da saúde, cuja consequência foi à proposta da humanização como forma de garantir uma assistência segura e adequada a cada família, não sobrepondo a técnica à mulher envolvida no processo.

Gomes et al (2020) descreve que o parto, nessa perspectiva, deve ser visto como um processo fisiológico, natural e feminino e o profissional que acompanha a gestante devem oferecer meios para que ela se torne protagonista desse evento. Garantindo a criação de laços familiares e uma transição com boas qualidades físicas e emocionais para o bebê. A participação de um profissional como referência para um atendimento humanizado e acolhedor se faz importante.

A humanização da assistência ao parto implica para Nascimento (2016) e Fernandes (2016), prioritariamente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de do seu corpo, reconheça aspectos sociais e culturais da família e ofereça suporte emocional facilitador de vínculo entre mãe e bebê.

Durante a década de oitenta, Oliveira e Vargens (2017) salientaram que com a crescente mobilização e discussão sobre as práticas obstétricas inadequadas às necessidades da mulher e da criança levou a realização de diversas pesquisas de âmbito internacional, com o apoio da Organização Mundial de Saúde, tendo como proposta avaliar a validade científica das rotinas de parto que eram desenvolvidas no mundo neste período. Como resultado deste movimento foi publicado um documento em 1985 que critica o excesso de intervenção e medicalização do parto, e reforçava a importância de respeitar o parto como evento fisiológico e natural. Fazendo crescer neste período o debate sobre o uso adequado das tecnologias pela medicina, com base nas evidências científicas e preconizadas num modelo assistencial humanizado.

Segundo Fernandes e Reis (2016) o movimento tomou grande proporção no Brasil na década de 90 e no final deste período o Ministério da Saúde buscou intensificar a elaboração de políticas públicas de enfrentamento às práticas violentas e medicalizadas no parto, com a instituição de analgesia pelo SUS, a maior fiscalização em relação às cesáreas e em 1999, com a portaria 985/1999, o ministério propõe a criação dos Centros de Parto Normal (CPN). Unidades que torna possível a assistência ao parto fora dos hospitais, e por profissionais não médicos, com incentivo às práticas humanizadas e validadas cientificamente.

Campos (2016) citam que a proposta da humanização no parto valoriza a participação ativa da mulher no momento do parto, respeitando seus valores, crenças e desejos, reportando o momento de dor e eliminando as agressões verbais e não verbais que ocorrem nas maternidades. Além de visar a protagonização da mulher, a política recomenda o envolvimento dos familiares e o direito ao acompanhante, que comprovadamente aumenta o grau de satisfação da mulher e melhora os resultados maternos e neonatais.

Um aspecto importante evidenciado por Campos (2016) na proposta de humanização, contrapondo a medicalização, é a qualificação na comunicação entre profissional e parturiente, buscando fortalecer o vínculo e a confiança, elementos fundamentais para o desenvolvimento do cuidado. A comunicação deve ser considerada uma competência técnica indispensável na formação dos profissionais de saúde e deve ser utilizada de modo terapêutico e ético nas relações com as parturientes no momento do parto.

A proposta da comunicação da margem a abertura do diálogo, favorecendo um “feedback”, contribuindo para o acolhimento da dor, a possibilidade de negociação, caso seja necessário e a explicação de cada procedimento realizado. Nascimento (2020) e Campos (2016) concordam que são ferramentas importantes e devem ser valorizadas no cuidado às parturientes tornando possível que a vivência do trabalho de parto se transforme numa experiência de crescimento para mulher e sua família.

Gomes et al (2020) considera válido ressaltar que a humanização da assistência no parto exige que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, que não intervenha de forma desnecessária, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, oferecendo o suporte emocional à mulher e à sua família. O que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo entre a mãe e seu filho.

Outros fatores relacionados à assistência a parturiente de forma humanizada envolvem segundo Campos e Fernandes (2016) aspectos, que muitos dos defensores da proposta de humanização não têm conhecimento. Essas questões envolvem ter o filho num ambiente calmo, com luz suave, cercada de pessoas dedicadas ao nascimento; tomar líquido e se alimentar conforme o desejo durante o trabalho de parto; ser informada sobre os procedimentos adotados e participar das decisões; não receber raspagem dos pêlos e, ou lavagem intestinal; caminhar livremente e assumir a postura que preferir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é uma realidade e é responsável pelo desenvolvimento de doenças de caráter físico e psicológico das mulheres, que são expostas a uma realidade de agressão cotidiana que provoca sofrimento e repercussões na saúde mental de quem vivencia essas situações. O parto é um momento de vulnerabilidades e necessidade de cuidado e acolhimento, que são propostas que norteiam a assistência de forma humanizada. A medicalização do parto é uma recomendação que tira o protagonismo da parturiente, tornando as decisões terceirizadas e da vontade do profissional que assiste. Ter um filho é da natureza da mulher, a mecanização e institucionalização deste só devem ser levadas em consideração, caso haja vias de complicação, fazendo necessidade de intervenção. Porém essa intervenção deve permear os princípios da humanização de forma que a necessidade, os princípios e desejos da mulher sejam considerados no momento das intervenções. Dessa forma, conclui-se que é importante a elaboração de estudos a respeito do tema dando visibilidade a essa realidade que atravessa os tempos e ainda é presente na atualidade.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, S.P.; KALIL, J.H. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. Rev da Universidade Vale do Rio Verde. Três Corações, v.14, n.2, p.641-649, ago/dez, 2016.
- AMARAL, K.P.; RIBEIRO, J.P. Violência obstétrica e neonatal e suas interfaces com a prevenção quaternária: uma revisão integrativa. Revista Saúde (Sta. Maria). Santa Maria, v.47, n.1, jul/fev. 2021.
- BARBOZA, L.P.; MOTA A. Violência Obstétrica. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129, fev/mar, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal. Conitec. Brasília, 2016.
- CAMPOS, N.F.; MAXIMINO, D.A.F.M.; VIRGÍNIO, N.A. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. Paraíba, v.14, n.1, p.47-58, jan/abr, 2016.
- COELHO, L.P.I., et al. Saberes e praticas da não medicalização do parto sob a ótica da enfermagem obstétrica. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, Caxias, v.9, n.2, mai/jun. 2021.
- FERNANDES, N.K.R.; LIMA, C.B. Humanização na assistência de enfermagem no parto natural. Temas em Saúde. João Pessoa, v.16, n.3, p.110-129, out/dez, 2016.
- FERNANDES, K.M.P.; ROSA, C.M. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. Ciências Sociais Unisinos, v.56, n.3, p.254-265, set/dez. 2020.
- GOMES, C.M., et al. papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. São Paulo: Revista Recien, v.10, n. 29, p. 180-88, mai/jan. 2020.
- HENRIQUES, T. Violência Obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. Pagina Grená. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2021/02/violencia-obstetrica_tatiana_henriques_pagina_grena_fev2021.pdf. Acesso em: 4 nov. 2021.
- JANSEN, M. Violência Obstétrica: Porque precisamos falar sobre? Politize! 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- LOPES, L.C.S.; AGUIAR, R.S. Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto: revisão integrativa de literatura. REVISIA, v.9, n.1, p. 133-43, 2020.
- MONTESCHIO, L.V.C.; SGOBERO, J.C.G.S.; OLIVEIRA, R.R. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. Cienc Cuid Saúde. Paraná, v.15, n. 4, p.591-598, out/dez, 2016.
- NASCIMENTO, E. R. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - SERGIPE, v.6, n.1, 141, 2020.
- OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm. Minas Gerais, v.26, n.2, p. 1-10, jul/set, 2017.
- OLIVEIRA, L.G.S.M.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. Revista CEJ, Brasília, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018.
- REIS, C. S. C. et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. Rev. Fund. Care Online, v. 8, n. 4, p. 4972-4979, out.-dez 2016.
- TEIXEIRA, L.A., et al. Medicalização do parto: saberes e praticas. 1 ° ed. São Paulo: Hucitec, 2021. 412p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=I2A0EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Medicaliza%C3%A7%C3%A3o+parto+2021&ots=sht_kPqRLz&sig=FyDIHSiJWsiUD5phJQBoBsXXqu8#v=onepage&q=Medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20parto%202021&f=false. Acesso em: 3 nov. 2021.

TRAJANO , A.R.; BARRETO, E.A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. Interface. Botucatu, v.25, e200689, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2021.

VARGENS, O.M.C.; SILVA, A.C.V. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. Esc Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 1-8, jun/nov, 2017.

VERCEZE, F.A.; CORDEIRO, S.N. A Decisão de uma Mulher por Parir Naturalmente: Contribuições Psicanalíticas. Psicol cienc Prof, v. 41, e225937, p.1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zV5ytd6Z8cKQzNTCh6RvLHH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2021.