

1. INTRODUÇÃO

1.1 TEMA

Historicamente, o nascimento de uma vida é um evento natural que impulsiona a dinâmica populacional humana há milhões de anos e revela a marcante experiência da maternidade. Há dois tipos de parto: o parto vaginal (ou natural) e o parto cesariano. A forma de concepção de vida mais antiga é o parto vaginal, que é entendido como um mecanismo fisiológico não exclusivo da espécie humana (PARENTE *et al.*, 2011). O outro mecanismo de parto, a cesariana, entendido como “retirada do feto via abdominal”, não é tão recente (como um leigo poderia supor), foi atestada legalmente por um conjunto de leis romanas e hebraicas datadas em períodos que compreende antes e depois da Era Cristã (PARENTE *et al.*, 2010).

O que há em comum nessas duas formas de conceber a vida é que: antigamente estavam intrinsicamente relacionadas com dor extrema e sacrifício da mãe em benefício da criança, sobretudo no caso de cesariana, por não haver drogas que amenizassem ou eliminassem a dor; e que atualmente se trata de um fenômeno complexo por envolver um conjunto de fatores, tais como psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Em se tratando dos procedimentos para execução desses partos, a história revela que houve significativas transformações, que vão desde o estado da gestante (morta, cesariana na fase inicial, e/ou viva), os instrumentos utilizados (do fórceps ao kit de cirurgia obstétrica mais atual, medicamentos) e o profissional no atendimento à parturiente (não regulamentado: parteiras tradicionais e doulas; e regulamentado: médico e enfermeiro), além da institucionalização do parto, desenvolvimento tecnológico e avanço da medicina (SEIBERT *et al.*, 2005). No entanto, compartilhamos a ideia de que esses avanços contribuíram para que “a parturiente seja a paciente, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã – plena de direitos” (idem, p. 246).

Neste trabalho, nosso interesse está voltado para a temática violência obstétrica, com enfoque na humanização do atendimento de enfermagem à parturiente.

1.2 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO NORTEADORA

Partindo do entendimento de que a humanização do parto é a alternativa viável na garantia dos direitos fundamentais tanto da parturiente quanto do feto, o nosso problema de pesquisa envolve a constatação de enfermeiro adotando assistência ao parto desumanizante em pleno século XXI, mesmo após os avanços tecnológicos e de conhecimento na área.

A questão central aqui é se a humanização é um processo recente na literatura. Para se ter uma ideia, a primeira menção ao termo na literatura médica foi empregado recentemente, no início do século XX (DINIZ, 2005). Por isso, neste trabalho, entendemos que a humanização do parto se torna uma mudança de práticas desafiadoras para a assistência (idem), o que repercute, por exemplo, nas gestantes desconhecerem seus direitos, que segundo o UNICEF (2011) vai do pré-natal de qualidade, passando pelo parto humanizado à assistência ao recém-nascido e à mãe, bem como desconhecerem o que de fato seja um procedimento violento durante a concepção.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Um exemplo controverso (da temática tratada aqui) com ampla repercussão nos meios de comunicação de massa no Brasil é caso de Adelir Camen Lemos de Góes, ocorrido em 31 de março de 2014 na cidade de Torres no Rio Grande do Sul.

Em síntese, o caso trata da submissão de uma jovem (29 anos) a uma cesariana forçada por determinação da Justiça do Rio Grande do Sul, que, após análises do laudo médico com indicação suposta de risco de morte da parturiente e do feto, cumpriu seu mandato com intervenção policial. No entanto, Adelir alegou em depoimento no hospital não ter sido informada sobre risco de morrer e afirmou que teve “*parto roubado*” (FÁVERO JR., 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2014; ARTEMIS, 2014).

Sem a pretensão de determinar a sentença final para este caso ainda sem parecer conclusivo e de exaurir possibilidades de alcance dessa questão, o caso Adelir revelou pouco consenso entre os especialistas acerca da violência obstétrica e abriu amplo debate não somente na área da saúde, como também na área do Direito (FÁVERO JR., 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2014), e dividiu as expectativas sociais da comunidade. Por estas razões, tomamos o caso Adelir como exemplo

justamente por ele representar para nós um marco na nossa história social e política por levantar questões importantes como a relação entre médico e paciente, a “complexa colisão de direitos fundamentais”, a “histórica luta das mulheres por autonomia, domínio sobre o próprio corpo e concretude de suas vontades” (FÁVERO JR., 2014).

Além disso, como este caso dividiu as expectativas da população e levantou polêmica sobre a intervenção do Estado, nós acreditamos também que o caso Adelir representa simbolicamente um grito de várias vozes femininas no silêncio historicamente imposto à mulher. Mulheres que acreditam ou passam a acreditar no mito da dor e do sofrimento fazer parte de sua condição durante a maternidade. Por isso, talvez soe tão comum ouvir e sentir na pele durante a concepção do feto várias formas de agressão, que vai da brutalidade no tratamento verbal à agressão física.

Como profissionais da área da saúde e como mulheres, não devemos negar que a violência obstétrica existe e não devemos também cogitar a possibilidade de tamanha crueldade ser encarada como rotineiro no ambiente hospitalar. Neste momento delicado à mulher e, sobretudo, após a realização deste trabalho, chegamos ao entendimento de que equipe de profissionais deve tratá-la de forma humana, com ao menos respeito, mas infelizmente tem sido o contrário, já que alguns profissionais tratam a parturiente de forma fria, grosseira, inferior.

Esperamos que este trabalho auxilie enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros interessados no assunto na ampliação de conhecimento e numa efetiva mudança de prática e na compreensão do parto como experiência humana.

1.4 OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo geral realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema violência obstétrica, com enfoque na humanização do atendimento de enfermagem.

Especificamente, visamos reconhecer na literatura da área:

- a) o conceito de violência obstétrica e os prováveis tipos de violência;
- b) o conceito de humanização no contexto do parto e seus avanços;
- c) o papel do enfermeiro e as leis que regulamentam os direitos da parturiente e do bebê;
- d) os estudos de casos que abordam o tema em questão; e

as mobilizações sociais acerca do tema.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A estrutura deste trabalho compreende quatro capítulos, acrescido da introdução e considerações finais. O primeiro capítulo trata da violência obstétrica com uma pequena reflexão sobre sua designação e sua tipologia. O segundo capítulo aborda a humanização, com uma pequena discussão sobre sua definição e sobre essa prática no contexto do parto, as iniciativas políticas que regulamentam a garantia de direitos (as leis). O terceiro capítulo discute quatro estudos de caso a partir de: dois trabalhos relacionando a depoimentos de mulheres em fase de pré-natal e depois do parto; e outros dois relacionados ao papel do enfermeiro. O último capítulo aborda as ações da sociedade no papel de mobilização e divulgação do tema estudado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É sabido que o conceito de violência prevê em seu bojo um conjunto de ações intencionais que atentam contra a integridade de alguém, com vistas a constranger, coagir, forçar, vencer a resistência. Extendendo o significado dessa palavra a diversos setores, poderemos dizer que há ‘violência doméstica’, ‘violência urbana’, ‘violência na escola’, ‘violência no trânsito’. Quanto à violência contra o ser humano, dizemos ‘violência contra o idoso’, ‘violência contra criança e adolescente’, ‘violência contra moradores de rua’, ‘violência contra a mulher’.

Dentre os diversos tipos de violência contra a mulher, há registro de violência no âmbito doméstico e sexual, acrescentamos ainda a violência no âmbito institucional, mais especificamente em situação de parto, quando a mulher precisa de uma assistência profissional: a violência obstétrica. Neste trabalho, concentramos atenção nestes casos, os quais, assim como os outros listados acima, envolvem dor e silêncio pela violência sofrida. Constitui um “grave fenômeno social em expansão, em todas as suas formas, ao longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico” (FONEITE, FEU, MERLO 2012 *apud* ANDRADE; AGGIO, 2014).

À luz do Direito, Nascimento *et al.* (2014, p. 116) entendem violência obstétrica como:

Intervenções danosas tanto à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais pelos quais são atendidas, assim como o desrespeito a sua autonomia. Essas intervenções, praticadas de forma rotineira no momento do parto, são consideradas, de acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), fatores de risco tanto para a mulher quanto para o bebê. Assim, a violência obstétrica implica em violações de direitos humanos, como o direito à integridade corporal, à autonomia, a não discriminação, à saúde e à garantia do direito aos benefícios do progresso científico e tecnológico.

A Defensoria Pública de São Paulo (2013) conceitua violência obstétrica como:

Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de **tratamento desumanizado, abuso de medicalização e**

patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos **impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres**.

Os dados acerca da violência obstétrica no Brasil são alarmantes. No ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa de opinião pública na qual mais de duas mil mulheres de todo o país foram perguntadas se já haviam sofrido algum tipo de violência provocada por profissional de saúde durante o atendimento ao parto. O resultado foi que 25% das entrevistadas que tiveram filhos das redes públicas ou privadas responderam “sim” (FUNDAÇÃO, 2010).

A tranquilidade da gestação esbarra no tratamento desumano desde as consultas de pré-natal, com falta de esclarecimento do processo de parturição, sobre as situações que podem ocorrer e o tipo de intervenções que podem ser feitas durante o parto. O processo de parturição é fisiológico, na maioria das vezes necessita apenas do acolhimento, atenção, da humanização que é de suma importância, pois faz toda a diferença. O parto deve ser encarado como um momento inesquecível na vida de uma mulher, ainda mais quando sendo bem cuidada pelos profissionais responsáveis. Cabe a esses profissionais tornarem esse momento mais humano possível, já que o contrário (o parto desumanizante) pode deixar traumas. Além disso, há indícios de que o aumento de casos de depressão pós-parto seja consequência da violência obstétrica. (SALGADO, 2012 *apud* ANDRADE; AGGIO, 2014).

Por tudo, consideramos que o termo ‘violência obstétrica’ é adequado a este tipo de situação (objeto deste trabalho) que promove propriamente violação corporal e desrespeito. Por isso, talvez que a literatura não apresente um termo atenuante. Nestes casos, sobram agressões e faltam éticas e comprometimento profissional, que vão desde tratamentos desrespeitosos, comentários constrangedores a intervenções médicas realizadas durante o parto contra a vontade da parturiente e muitas vezes sem conhecimento.

O fato de parir estabelece condições sociais, pois uma vida nasce e outras dão condição a esse nascimento, e esse é um momento único para uma mulher, mas muitos parecem não entender que é uma experiência humana e como tal deveria ser respeitada. Esse é assunto traz à tona muitas vozes: vozes de mulheres que são violadas emocionalmente e fisicamente sofre opressão psicológica, invasão

desmedida e intolerante. Essa é uma situação pouco discutida e pouca reflexão para a sociedade. Apesar disso, este tipo de violência pode ser combatido com informação e mobilização social e política.

2.1.1 Tipologia da violência obstétrica

Os caracterizadores da violência obstétrica são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60). Esse tratamento não viola apenas os direitos das mulheres em ser cuidada com respeito, mas também ameaça o direito à vida e à integridade física.

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

Caráter físico: Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Caráter sexual: Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Caráter material: Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

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

2.2 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO PARTO

Silva *et al.* (2001) informam que humanização pressupõe um conjunto de valores como solidariedade, respeito, dignidade. Humanizar é uma ação que deve revelar preocupação desinteressada com o outro, no sentido de tomar o lugar e de tratar com respeito pessoas desconhecidas em situação vulnerável como se fosse alguém da sua própria família (*idem*). No contexto do parto, não deve ser diferente. A assistência humanizada é uma alternativa de comportamento e tratamento de

peças vulneráveis tanto do ponto de vista psicológico, quanto físico. As parturientes necessitam de um atendimento confiável, profissional, que transmita segurança não somente pelo fato do conhecimento técnico do profissional da saúde, mas pela capacidade desse profissional gerenciar situações de sofrimento com sabedoria. Silva *et al.* (2001) entendem que o enfermeiro obstetra tem maior responsabilidade na ação de humanizar no contexto do parto, já que “mantém sob sua responsabilidade um grande número de profissionais de enfermagem, que deverão estar comprometido com esta assistência” (idem, p. 19).

“A enfermeira obstetra não deve somente resumir a sua atuação na sala de parto, deve acompanhar a gestante no pré-natal, pré-parto, puerpério, incentivando a mulher ao aleitamento materno exclusivo. Deve ainda procurar assisti-la num todo, não esquecendo o seu lado emocional” (SILVA *et al.*, 2001, p. 19).

2.2.1 Breve histórico da humanização na assistência ao parto

De acordo com Diniz (2005), o termo humanizar é utilizado há muitas décadas com os mais diversos sentidos. Foi empregado pela primeira vez por Fernando Magalhães, considerado pai da Obstetrícia Brasileira, no início do século 20 e posteriormente pelo professor Jorge de Rezende que adotou o termo na segunda metade do século (idem). Ambos defendiam que o uso de narcose e fórceps vieram humanizar a assistência ao parto (REZENDE, 1998, *apud* DINIZ, 2005).

A humanização de assistência teve suas muitas versões expressadas em mudanças de compreensão do parto como experiências humanas e para os que assistem uma mudança, no “que fazer” diante do sofrimento da parturiente. (DINIZ, 2005). Desde o início da utilização do termo humanização no parto até hoje, Diniz (2005) considera que houve um grande processo de transformações em relação à humanização, em função da humanização no parto não significar somente tratar a parturiente no processo da dor, mas também no sentido de respeitar os direitos da paciente, dar um tratamento acolhedor e respeitoso, bem como fazer procedimentos para prevenção da dor.

Ainda de acordo com Diniz (2005), o parto era um evento medonho, em que se oferecia um apagamento de experiência. Durante várias décadas do século XX,

mulheres de classe média e alta davam à luz inconsciente. A autora informa que o parto era realizado sob sedação total, aplicava-se morfina no momento do trabalho de parto e em seguida uma dose de amnésico, chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Como a escopolamina era também um alucinógeno, poderia provocar intensa agitação nas mulheres durante o trabalho de parto, por isso geralmente ficavam amarradas em camas, pois se debatiam intensamente e muitas vezes terminavam o parto cheias de hematomas (DINIZ, 2005). Esse modelo de assistência passou a ser inaceitável, devido à alta morbimortalidade materna e perinatal (idem).

A partir da segunda metade do século XX, iniciou-se o processo de hospitalização do parto, ainda que sem evidências científicas do local mais seguro para parir, se parto domiciliar ou casas de parto (TEW, 1995, *apud* DINIZ, 1997).

Para Silva *et al.* (2001), a humanização no parto tem a importância de diminuir as intervenções obstétricas e é entendido como função fisiológica o fato de dar à luz ao recém-nascido, portanto completamente natural. É importante que a equipe de enfermagem assuma atitudes diferenciadas no tratamento à parturiente, considerando a humanização fundamental para o equilíbrio emocional da mulher (idem).

Para as autoras (2001), dentre outras tarefas, o papel do enfermeiro é valorizar os direitos de assistência de qualidade à parturiente, explicar os procedimentos a serem realizados e a necessidade de ter um acompanhante de seu desejo. Além disso, toda mulher deve ter o direito de decidir sobre seu próprio corpo, informar qual o tipo de parto de sua preferência, tem o direito a escolha de seu acompanhante, qualquer pessoa de seu desejo para que possa se sentir bem. Neste sentido, as autoras defendem que seria importante um plano de parto feito pela gestante, o que pode ser expresso por uma carta, desde que a mulher expresse claramente seus desejos e não desejos, e que os profissionais da saúde tenham acesso a este plano da gestante para que seja garantida uma assistência de qualidade (idem). A assistência ao parto é possível quando a equipe assume o compromisso e está disposta a proporcionar a assistência com qualidade (AMORIN, 1987, *apud* SILVA *et al.*, 2001).

2.3 LEIS

Com o intuito de erradicar possíveis tipos de violências contra a mulher ou a falta de humanização no atendimento e a precária assistência no momento do parto, foram criadas leis que possam amparar as mulheres e tornar seus direitos legais e reconhecidos, proporcionando a elas um melhor entendimento. É o que passaremos a discutir.

2.3.1 Projeto de Lei de 2014

Um deputado federal elaborou um Projeto de Lei (PL), ainda em tramitação no Senado Federal, sobre a humanização durante a gestação, pré-parto, parto, e puerpério, incluindo a situação de abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde SUS e em estabelecimento privado de saúde suplementar. A finalidade é defender os direitos da mulher, evitando qualquer intervenção sobre seu próprio corpo e qualquer procedimento a ser realizado sem conhecimento e autorização prévia.

Neste projeto, os princípios da assistência ao parto (PL, 2014, p. 2) são:

- I – mínima interferência por parte da equipe de saúde;
- II- preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;
- III- fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;
- IV – harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

Dentre os direitos estabelecidos no PL para toda mulher durante a gestação, em trabalho de parto, no parto e em situação de abortamento e puerpério, estão enfaticamente o tratamento respeitoso, “de modo individual e personalizado, garantindo a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial”; a garantia “sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente” sobre seu próprio parto; a informação sobre a evolução do parto; a informação sobre intervenções hospitalares; a garantia da elaboração e execução do *Plano Individual*

de Parto; e a não adoção indiscriminada, sem justificativa clínica de práticas invasivas e medicalizadas.

De acordo com o PL (2014, p. 5), durante o atendimento à mulher (no pré-parto, parto e puerpério), é vedado aos profissionais de assistência:

I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde- OMS;

II – constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessários com justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

É permitido à mulher (idem):

I - movimentar-se livremente, devendo ser estimulada a deambular e verticalizar;

II – escolher a posição que lhe pareça mais confortável;

III – ingerir líquidos e alimentos leves.

2.3.2 Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: a “Convenção de Belém do Pará” (1994).

Trata-se de uma ação política, fomentada em Belém do Pará em junho de 1994, de reconhecimento e o respeito dos direitos da mulher como condição indispensável para a criação de uma sociedade mais justa, solidária e pacífica. A partir da preocupação com a violência contra a mulher sem distinção de raça, classe, religião, idade, houve a necessidade de adotar medidas políticas que contribuíssem para acabar com violência contra a mulher. Por isso, a adoção da Convenção é para prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher, no sentido de proteger os direitos e eliminar as situações de violência contra ela.

Neste documento, a violência contra a mulher é entendida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

2.3.3 Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005

O parto é considerado um momento único, muito significativo e importante para muitas mulheres. Não pode ser mais um momento de isolamento. Por isso, tornar o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante a internação é o que estabelece a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005.

Art. 19. 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.

O Ministério da Saúde lançou uma portaria para regulamentar essa lei, definindo como “pós-parto imediato” o período de 10 dias após o parto e dá cobertura para que o acompanhante possa ter acomodação adequada e receber as principais refeições.

2.3.4 Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005.

Esta portaria regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa

autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

Devemos lembrar que o prazo para adequação dos hospitais terminou em junho de 2006 e a cada ano o governo libera mais de 29 milhões de reais para custear a “Diária de acompanhante para gestante com pernoite”, de acordo com a Portaria nº 1.280 de junho de 2006.

Para os atendimentos realizados no setor privado, pelos planos de saúde, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) acrescentou a cobertura do acompanhante ao rol de procedimentos e eventos em saúde na RN 167. Os planos de saúde devem dar cobertura ao acompanhante, isso é o básico de todos os Planos Hospitalares com Obstetrícia, conforme Resolução Normativa nº 167 da ANS, em 9 de janeiro de 2008.

Apresentamos neste capítulo, de forma breve, o movimento do termo humanização e suas transformações no contexto do parto, bem como algumas leis que regulamentam sobre esta ação tão imprescindível em diversas situações, em especial sob o parto, foco do nosso trabalho. Percebemos com isso que aqui no Brasil o esforço no tratamento deste tema sob viés médico e político é ainda muito recente. No entanto, podemos considerar que a mobilização dos profissionais especializados e o esforço político em delimitar a abrangência da atuação desses profissionais são um importante e inovador avanço, não apenas para fatos relacionados ao que seja próprio da profissão do médico, enfermeiro, dentre outros e a relação desses com o paciente, como também para conscientização geral da violência numa situação que é historicamente entendida como normal, pois nesta linha de entendimento o que há fora disso é apenas exagero de mulher (frescura ou moleza de mulher). Ainda que tardiamente, ainda bem que estamos iniciando tentando mudar a execução prática desse processo e a expectativa da sociedade.

3. METODOLOGIA

A partir da constatação empírica da violência obstétrica durante nossas aulas práticas em hospitais de Belém, mas infelizmente sem nenhum registro para posterior análise, procuramos reconhecer na literatura da área como a violência obstétrica é tratada, o papel do enfermeiro e a humanização do parto, além das leis que regulamentam os direitos da parturiente e do bebê, as mobilizações sociais acerca do tema.

Este trabalho se caracteriza por ser uma pesquisa de cunho bibliográfico, pautada em leituras exploratórias e seletiva do material de pesquisa, em que procuramos discutir e analisar de forma ampla trabalhos sobre Violência obstétrica, com vistas à melhor compreensão da humanização no atendimento de enfermagem.

A coleta do material bibliográfico foi realizada prioritariamente pela *internet* em função do volume e da atualização das informações. A seleção dos trabalhos foi em conformidade com a temática em questão, a partir dos seguintes descritores “violência obstétrica”, “parto humanizado”, “enfermagem obstétrica” e “atendimento de enfermagem à parturiente”. A triagem do material foi realizada por meio da base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), da consulta a sites de órgãos oficiais na internet e da consulta a revistas de universidades especializadas na área da saúde com enfoque na Enfermagem.

Após o levantamento do material bibliográfico, obedecemos aos seguintes passos para a realização deste estudo:

- a) Estabelecimento da questão norteadora e objetivos da revisão bibliográfica;
- b) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra;
- c) Estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos selecionados;
- d) Análise e discussão dos resultados alcançados.

Importa lembrar que o critério utilizado para inclusão dos trabalhos foi abordar a temática destes estudos relacionados à violência obstétrica, humanização no contexto da enfermagem, o papel do enfermeiro e depoimentos de parturientes

sobre a violência obstétrica. O critério de exclusão prevê temáticas não relacionadas ao tema deste estudo.

Como resultado, integra a base de nosso *corpus* um total de 26 textos que abordam a violência obstétrica e humanização do atendimento em enfermagem. Desse total, metade (13) são trabalhos acadêmicos, dos quais 12 são da área da saúde e 01 do Direito, extraídos da SciELO e das revistas de universidades, quais sejam: Universidade Estadual de Londrina, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal da Paraíba, Universidade de Santo Amaro e Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Trabalhos acadêmicos	Total
SciELO	03
Revistas de universidades especializadas na área	10

Tabela 01: Distribuição quantitativa dos trabalhos acadêmicos encontrados.

Importa lembrar que dos 13 materiais supracitados, 04 referem-se a estudos de casos e 09 referem-se a estudos teóricos.

A outra metade do total (13 trabalhos) são trabalhos não acadêmicos extraídos de sites de órgãos oficiais, como Ministério da Saúde, Defensoria do Estado de São Paulo, Organização Mundial da Saúde, Senado Federal, Câmara Federal e UNICEF, e sites de organizações/associações, tais como: Artemis, Fundação Perseu Abramo.

Trabalhos não acadêmicos	Total
Publicados em sites de órgãos oficiais	09
Publicados em sites de organizações/associações	04

Tabela 02: Distribuição quantitativa dos trabalhos não acadêmicos encontrados.

Optamos por não delimitar um período de publicação pelo fato desta temática ser recente e por haver possibilidade de exclusão de textos importantes. Apesar da publicação mais antiga encontrada datar de 2001, considerando a temática aqui

abordada, temos ciência de que poderá haver trabalhos impressos bem mais antigos do que os analisados aqui.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ESTUDOS DE CASOS

Nesta parte do trabalho, discutiremos violência obstétrica e o papel do enfermeiro a partir de quatro artigos selecionados obedecendo o critério de inclusão aqui determinado. O objetivo aqui é constatar na literatura estudos de casos voltados ao assunto em questão, como também verificar qual o tratamento que a pesquisa científica dá ao caso.

4.1.1 Depoimentos de parturientes sobre a violência obstétrica

Como o enfoque do nosso trabalho é violência obstétrica no contexto do parto, selecionamos dois trabalhos que relatam a violência sofrida por gestantes durante o parto. Um foi publicado com o título “Violência Obstétrica: a dor que cala” e o outro com o título: “Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que o vivenciaram”. O primeiro trabalho mencionado previu quatro (04) mulheres entrevistadas com idade igual ou superior a 18 anos; e o segundo incluiu vinte (20) mulheres na composição da amostra com idade variando entre 23 a 46 anos. Ambos foram publicados em 2014 e tem natureza descritiva, exploratória e qualitativa.

a) Artigo 1: “Violência Obstétrica: a dor que cala”

De acordo com Andrade e Aggio (2014), as entrevistadas, que tiveram partos normais e cesáreos, nomearam o que sentiram durante a concepção como: medo, dor intensa, horrível, insuportável, traumatizante, entre outros. Em síntese, os relatos revelaram que elas tiveram muitas complicações durante o parto, além de não terem sido informadas sobre os procedimentos realizados. A tricotomia e a episiotomia foram procedimentos realizados em algumas parturientes sem consentimento. Em outras palavras, foi um “pesadelo”, sem direito a escolhas, sem liberdade, nenhum tipo de orientação sobre seus partos e sem direito a acompanhante, contrariando a idéia do parto como um momento emocionante, inesquecível.

De acordo com as autoras, “profissionais” que agem com estupidez e brutalidade dessa natureza não somente causam mais sofrimento às parturientes,

como também podem tornar o pós-parto também uma fase difícil na vida dessas mães.

b) Artigo 2: “Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que o vivenciaram”

Para Velho *et al.* (2014), buscar informação para se preparar para o momento do parto é um ponto de partida importante para evitar erros. Neste sentido, a gestante “tem que ir mais preparada, tem os cursos de gestantes, os encontros que a gente faz no posto de saúde, isso também ajuda a gente bastante” (p. 284).

As autoras informam também que no âmbito do SUS as mulheres não tem poder de decisão sobre a forma de concepção, ficando a cargo do profissional da saúde a decisão. Um exemplo disso é a pesquisa realizada em maternidades públicas e privadas no estado de Santa Catarina. As autoras afirmam que as gestantes estão culturalmente conscientes que não tem o direito à opção programada pela cesárea eletiva no SUS em face da normatização das políticas públicas, uma contradição a condição social de possuir um plano de saúde no atendimento prestado pela Saúde Suplementar, o que torna possível a escolha da via de parto. Fato que se pode comprovar no relato abaixo.

Os meus três filhos foram sem opção de escolha. Eu acho que eles avaliam se tu podes ter um parto normal ou se tu vais ter que fazer cesárea. Eu acho que são eles quem decide, na realidade. Porque se tu podes ter um parto normal, tranquilo. Os meus três partos foram sem opção de escolha mesmo (p. 285).

A avaliação final feita pelas autoras, apoiadas nos relatos, foi negativa no tocante à forma de atendimento dos profissionais de saúde envolvidos, independente da via de parto realizado. Nenhuma das mulheres entrevistadas encontrou o apoio desejado e merecido.

As autoras concluíram que as mulheres têm preferência pela cesárea porque pensam livrar-se da dor. Compartilhamos que, obviamente, isso é uma ilusão, pois a dor esta presente no pós-operatório e resulta em dificuldades vivenciadas na recuperação. Outro ponto importante levantado pelas autoras foi a dor pertinente no trabalho de parto, o qual é caracterizado por seus aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. As entrevistadas descreveram o limiar de dor de forma distinta.

Concordamos que a medicalização adotada no processo de trabalho de parto vem retirando o protagonismo da mulher, em que o profissional da saúde passa de coadjuvante a ator principal dessa experiência, enfatizando o aspecto patológico e biológico. Neste caso, o problema é que a gravidez passa a entendida como doença (daí precisar de medicação), fato que reforça as relações desiguais, o que pode vir a contribuir com o grande número de intervenções desnecessárias, como consequência a violência obstétrica e de gênero (BRASIL, 2001).

4.1.2 Papel do enfermeiro

Consideramos dois artigos para mostrar a vivência de enfermeiros (as) obstetras e seus relatos na sua área de atuação. O primeiro artigo tem por título “O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR”, publicado em 2007. O segundo artigo tem por título “Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar”, publicado em 2010.

a) Artigo 1: “O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR”

Neste artigo, Sodré e Lacerda (2007) desenvolvem uma pesquisa qualitativa em seis hospitais de Londrina, enfocando médicos obstetras, enfermeiras e uma obstetrix. Segundo as autoras, as enfermeiras das instituições de saúde relatam que elas tinham que seguir o roteiro feito pelos médicos, agente percussor do trabalho assistencial para as gestantes. O trabalho delas é subordinado ao do médico.

Apesar disso, algumas enfermeiras tentam ser autônomas no processo de trabalho de parto, percebemos que o médico é o que tem mais credibilidades nos hospitais da pesquisa e sua decisão é de mais valia para a assistência ao parto. Muito dos procedimentos são feitos pela vontade do médico, sem consentimento as parturientes, sem a liberdade de suas escolhas.

Acreditamos que muitas decisões podem ser tomadas pelas enfermeiras, pelo fato de elas acompanharem as parturientes. Além disso, de acordo com os trechos abaixo, alguns procedimentos realizados pelos médicos são desnecessários, podemos dizer que, nesses casos, não se demonstra uma devida importância a gestante.

Esta enfermeira acredita que ela é o profissional que deve decidir pela prescrição ou não do jejum, enema e retirada de

pêlos, pela sua capacidade de discernimento e por ela ser o profissional que acompanha o TP (p. 284).

Esta enfermeira acha a tricotomia total desnecessária para o parto normal e prefere aparar os pêlos da região da episiotomia, para facilitar a visualização local durante a sutura e evitar infecção (p. 285).

b) Artigo 2: “Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar”

Rabelo e Oliveira (2010) realizaram uma pesquisa qualitativa com dez enfermeiras obstétricas de um Hospital Universitário da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a qual propiciou a investigação em três temas: “A competência da enfermeira obstétrica”, “A construção da competência” e “O papel profissional da enfermeira obstétrica competente”.

Para as autoras, de modo geral, o enfermeiro deve adquirir competência. Neste sentido, a participação do enfermeiro obstetra é de suma importância para o cuidar e pode ser construída com técnica, habilidade e relacionamento ao cliente. A competência técnica começa pelo conhecimento acadêmico, ou seja, o conhecimento adquirido deverá ser colocado em prática. De acordo com as autoras, a habilidade técnica começa na formação dos enfermeiros. Por isso, “cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude”. É humanizar.

Percebemos neste trabalho que somente um bom enfermeiro obstetra com suas competências e habilidades adquiridas terão uma boa relação com a parturiente, com a família da parturiente e sua equipe de saúde, liderando-os para um trabalho eficaz e satisfatório á todos.

A gente tem que juntar a bagagem teórica que a gente tem aproximar da prática e juntar a tudo isto, também, e respeito a essa mulher que está vivenciando um período único, que vai se deparar com um ambiente desconhecido. Entra respeito e empatia, bom senso e fuga das rotinas (Viviane, p. 216).

De acordo com as autoras, as enfermeiras entendem que a humanização dá ênfase ao individualismo de cada gestante, faz parte do princípio ético-profissional e valoriza um cuidado mais dirigido às necessidades de cada mulher.

Concordamos que a “humanização verdadeira” só acontecerá diante de um profissional que tenha intuição, agilidade e capacidades de conhecimento. Assim, “eu sempre digo que a gente tem sexto sentido tão grande, que, eu, olhando e avaliando o estado da paciente, eu sei se vai nascer ou não (Carla, p. 216)”.

Conforme pudemos observar neste capítulo, a função do enfermeiro frente a uma equipe de saúde é fundamental, ficando a saúde comprometida sem o labor desse profissional e suas competências. Como ser humano, o enfermeiro deve tratar o paciente com dignidade. Por isso, é preciso adotar um comportamento diferente para que o momento da concepção represente minimamente uma ação mais espontânea, natural e divina. Nesse momento, são de suma importância apoio, conforto e segurança vindo não somente do profissional de saúde, como também dos acompanhantes.

4.2. AÇÕES SOCIAIS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesta parte do trabalho, falaremos das ações sociais criadas para mobilização da sociedade com o tema, todos foram encontrados em sites na internet e selecionamos alguns mais interessantes e atuais.

4.2.1 Organizações e associações

- Artemis

Artemis é uma organização criada em 27 de outubro de 2013, em São Paulo, como a primeira organização da sociedade civil sem fins lucrativo, com o comprometimento a promoção da autonomia feminina, extirpando qualquer ato de violência contra a mulher.

De acordo com a leitura, a humanização do nascimento mobilizou durante muitos anos, atuando informalmente como uma rede que provoca discussões, divulga informações, promove protestos e exige mudanças ao impor pressão aos profissionais através de seu papel como consumidores.

O objetivo principal dessa organização é a erradicação da violência obstétrica, através da garantia de seus direitos, inclusive reprodutivos e implantações de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

- Casa Ângela

A casa Ângela é uma associação comunitária que passou por transformações durante o tempo, iniciou-se em 1997 em São Paulo, como casa de parto da Associação Comunitária Monte Azul. Em 1998, a parteira alemã Ângela Gehrke que foi pioneira na luta da humanização do parto no Brasil e dedicou sua vida pela associação, adoeceu, falecendo de câncer em 2000. Daí em 2003, a antiga associação elaborou um projeto para homenagear a parteira e batizou com o nome de “Casa Ângela”.

A Casa Ângela atualmente é reconhecida pela ANVISA que estabelece padrões para o funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal desde 2005. Sendo assim, depois de todos os direitos de funcionamentos, ela age como Centro de Atenção Integral à Saúde Materno-infantil com Centro de Parto Normal e Núcleo de Educação Sexual e Aconselhamento para Adolescentes. Seu objetivo é fazer o acompanhamento do pré-natal (consultas, cursos, oficinas e trabalho corporal), assistência ao parto natural, atendimento de pós-parto, visita domiciliar, consultas de puericultura, incentivo e apoio ao aleitamento materno com posto de coleta, cursos e oficinas.

- REHUNA – Rede pela humanização do parto e do nascimento

A Rehuna é uma organização da sociedade civil, que vem atuando desde 1993. Seu objetivo principal é a divulgação da assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa organização tem como foco fundamental na estruturação do movimento denominado de “parto humanizado/nascimento”. A organização tem como pretensão diminuir as intervenções desnecessárias e promover um bom cuidado as gestantes, auxílio no parto, pós-parto, baseando-se na compreensão do processo natural e fisiológico. Em seu site percebemos que a organização promove vários eventos e seminários voltados ao público, o mais comentado no momento é a “IV CONFERÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO”, que será realizado nos dias 29 de julho a 2 de agosto de 2016, em Brasília-Brasil.

4.2.2 Cartilhas e guias informativos

- Cadernos Humanizassus – Humanização do parto e do nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Lançado pela Universidade Federal do Ceará, a cartilha vem em formato de cadernos é uma série de publicações, no formato de ensaios, artigos, relatos de experiência e entrevistas, reunidos em um caderno de textos em torno do tema.

- Conversando sobre violência obstétrica (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015)

A cartilha contém “informações sobre o que é violência obstétrica (incluindo os casos de abortamento), direitos da gestante, canais de denúncia e muito mais”. Inclui também procedimentos formais para denunciar casos de violências obstétricas e telefone para registrar ocorrências: 180 Violências contra a Mulher e 136 Disque Saúde.

- Guia dos direitos da gestante e do bebê (UNICEF, 2011)

Trata de uma publicação do UNICEF em parceria com o Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha (iniciativa do governo federal que estipula uma rede de cuidados para assegurar às mulheres seus direitos) com o objetivo de “ajudar a fortalecer o controle social por meio da ação de conselheiros, agentes comunitários de saúde, profissionais da assistência social, lideranças comunitárias, da imprensa e da sociedade”. De forma geral, as informações principais deste Guia perpassam pelas questões de direito (ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e à mãe, legislação vigente).

- Humanização do parto. Nasce o respeito. Informações práticas sobre os seus direitos (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015)

O ministério público de Recife resolveu apoiar a causa da humanização do parto por seu um momento marcado pela “importância chegada de uma nova vida”. Sendo assim, ainda estão trabalhando para repassar informações sobre a humanização e direito das mulheres que devem ser respeitados, criaram a cartilha sobre com o intuito de informar as mulheres e esclarecer quaisquer duvida. A cartilha apresenta os principais direitos relacionados à humanização do parto, e

explica o que é a violência obstétrica e os tipos que podem ser sofrido pelas mulheres.

- Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (OMS, 2014)

Trata de um documento com um conjunto de informações sobre a violência obstétrica e sobre como obter um nível de respeito durante a assistência ao parto. O objetivo é “evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro”.

4.2.3 Redes sociais

As redes sociais facilitaram muito a vida das pessoas hoje em dia, principalmente em termo de informação, é bom está bem informado e atualizado de notícias importantes para o nosso cotidiano.

Dessa maneira, encontramos vários meios de divulgação relacionados ao tema “Violência obstétrica e Parto humanizado”, são eles: *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *Blogs* de humanização, revistas eletrônicas, vídeos no *Youtube* mostrando partos humanizados e relatos de mulheres que sofreram violência. O que é bom ressaltar uma novidade que será de grande utilidade às mulheres, a criação de um *Aplicativo* de celular chamado “Parto Humanizado”, criado pela associação Artemis, que poderá facilitar ainda mais a informação as mulheres já que o uso de celular onde em dia é indispensável e acessível.

4.2.4 Projeto

Uma das formas de manifestação contrária à violência sofrida por mulheres durante a concepção é o projeto fotográfico “Retratos da Violência Obstétrica”, criado em 2013 pela produtora cultural Caroline Ferreira e a fotógrafa Carla Raiter. Esta iniciativa teve início com o resultado da pesquisa “Mulheres Brasileiras e gênero nos Espaços Público e Privado” da Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC (2010), em que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou

psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996 *apud* ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 1).

O projeto fotográfico prevê discussão sobre as agressões físicas ou emocionais que inúmeras mulheres sofrem em consultórios e hospitais das redes pública e privada de saúde. Segundo o relato da produtora Caroline (ABRIL, 2015), o projeto passou a ser um meio de quebrar o silêncio imposto ao sofrimento porque as parturientes passam. As dores sofridas no momento da concepção se mesclam às dores causadas por agressões físicas e verbais, promovendo “feridas” difíceis de cicatrizar, pois permanecerão marcadas para sempre não somente na pele, mas também na alma destas mulheres que, ao serem submetidas sem autorização a procedimentos dolorosos, tiveram um dos momentos mais felizes de suas vidas afetados pelo desrespeito. Conforme poderemos observar nos relatos expressos como tatuagem nos corpos de parturientes nas imagens extraídas do projeto fotográfico a seguir:

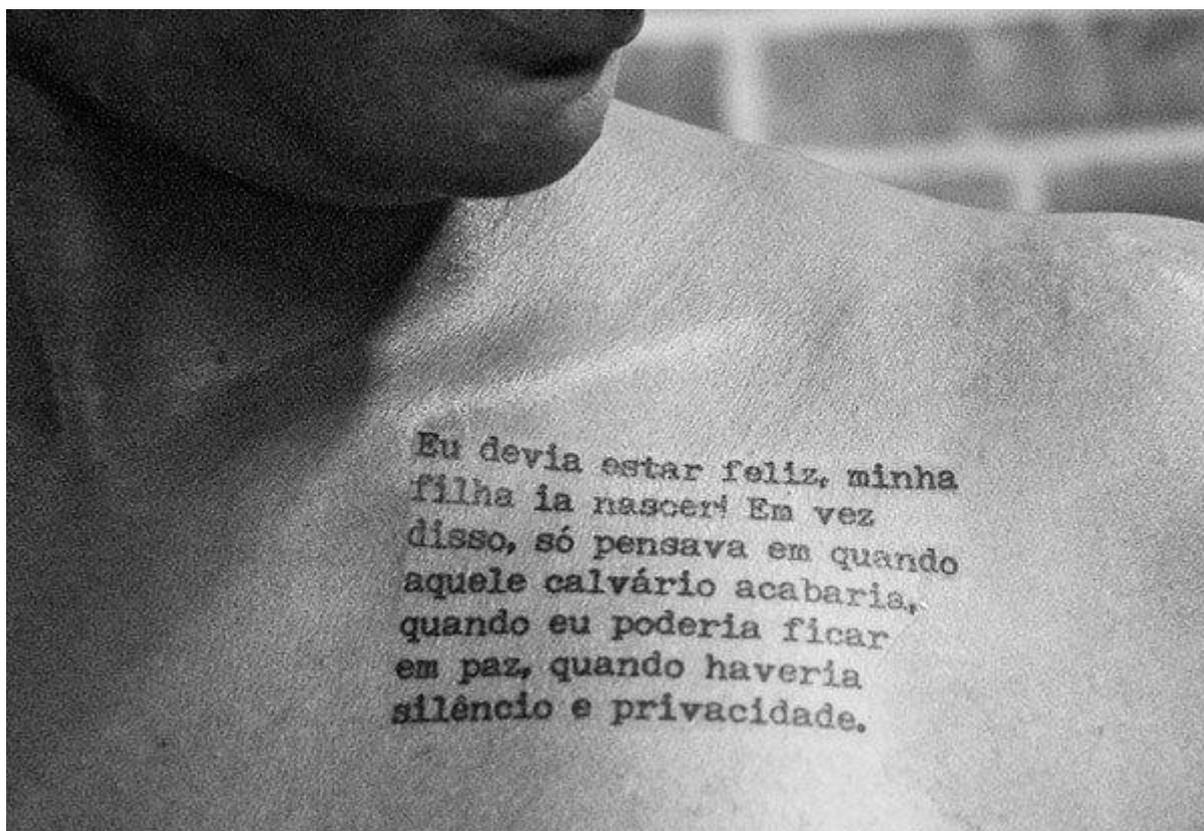


Figura 01: Revista Abril (<http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/violencia-obstetrica-e-retratada-em-projeto-fotografico>)



Figura 02: Revista Abril (<http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/violencia-obstetrica-e-retratada-em-projeto-fotografico>)

De forma geral, constatamos neste capítulo importantes iniciativas sociais e políticas para tratar de um tema tabu de forma didática e de fácil compreensão, que trazem informações sobre formas de combate ao desrespeito e manutenção de direitos. A ideia aqui é de que esses materiais foram elaborados para alcançar não somente os profissionais da área da saúde, mas também a população, incluindo àqueles responsáveis por algum setor da sociedade, a exemplo de conselheiros tutelares.

Podemos dizer que o primeiro passo já foi dado rumo à divulgação e mobilização da população e profissionais. Ainda assim, as circulações desses materiais são restritas, falta conhecimento da população sobre a existência deles e, a nosso ver, falta sobretudo uma maior divulgação. Considerando que todas essas publicações servem de conhecimento a todas as mulheres, independente de classe social, acreditamos que imprensa (televisão, rádio) poderia/deveria ter uma maior atuação, em função do seu poder de alcance, o que poderá incluir além das áreas urbanas e rurais, os ribeirinhos, as comunidades indígenas e quilombolas, além

disso, os próprios profissionais de saúde (enfermeiros ou não) deveriam prestar essas informações às mulheres e, sobretudo adotar um comportamento humanizado na assistência, conforme orienta minimamente os informativos.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho nos possibilitou compreender sobre a violência obstétrica e a importância da assistência à parturiente pelos profissionais de saúde na vivência do parto. A parturiente não é apenas um corpo físico e biológico, mas sim um ser com sentimentos, precisando de ajuda e apoio num momento de dor. Sendo assim fazer com que a mulher possa resgatar o propósito do processo fisiológico do nascer, proporcionando-a, a uma vivência positiva sem traumas e manobras invasivas no momento do parto.

Desde o início do mundo a mulher pari, e este processo vem passando por várias transformações, e as violências são cada vez mais aparentes e precisam ser revertidas, pois há essa possibilidade, há ferramentas para isso. Verificamos que a violência obstétrica mostra-se de diversas formas, nas consultas de pré-natal, no trabalho de parto e parto. A parturiente tem total direito de saber tudo o que vai acontecer durante o processo da gestação e da parturição, serem esclarecidas as intercorrências médicas caso haja algum problema durante o parto e mostrar, sem impedimento nenhum, que ela tem total domínio sobre seu corpo e plenos direitos sobre sua história, que ela pode argumentar e decidir as situações ao seu respeito, deixando assim de perpetuar a violência obstétrica, caso contrário ela pode denunciar.

Ressaltamos que a violência obstétrica ainda é pouco reconhecida e divulgada, muitas mulheres já foram, são, irão ser violentadas sem ao menos ter noção disso. Poucas literaturas fazem referências a esse tipo de violência, poucas leis encontramos que ampare a mulher em todas essas situações. Esse trabalho pode servir de reflexão para elaboração de novas leis, de novos trabalhos mais aprofundados e formas de divulgação mais precisa e que alcance o maior número de mulheres e profissionais possíveis para que tudo isso que vem ocorrendo com as parturientes sejam revertidas e que de fato, apesar da dor seja um momento lembrado para a parturiente de forma positiva e sem marcas.

Geralmente a equipe multiprofissional espera que a parturiente tenha um tipo de comportamento contido frente à dor frente ao parto. Entendemos que a mulher tem o direito de expressar seus sentimentos em qualquer momento do trabalho de

parto, sem ser desrespeitada ou hostilizada pela equipe de saúde. Aprendemos que, como profissional de saúde, é necessário interagir com o outro com mais dignidade e respeito, entendendo que são experiências diferentes, e exige de nós profissionais de enfermagem uma posição mais humana possível. É preciso que direcionemos o nosso olhar para entender a situação da parturiente diante desse momento delicado do parto, estabelecendo com ela um vínculo de confiança, passar tranquilidade, mostrar que está ali para ajudar, o que pode amenizar a situação da tensão, nervosismo, medo, dúvidas e inseguranças, deixá-la mostrar o que está sentindo no momento de antecedência e durante a parturição. Este tipo de relação colabora para que a parturiente tenha um novo comportamento em relação ao parto, pois ela passa a se sentir atuante e protagonista de sua gravidez e parto, colocando-se ativas nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado.

Aprendemos que o profissional de saúde se tem necessário interagir com respeito e dignidade ao outro, com uma postura mais humana e livre de preconceitos. O papel da equipe de saúde é muito importante, quando se trata de humanização no parto, pois nesse momento único para a maioria das mulheres, uma melhor atenção por parte dos profissionais visando um atendimento de qualidade e mais humanizada. A humanização não deve ser enfatizada somente em relação ao parto normal, mas também no parto cesariano, onde devemos considerar diversos fatores como um deles o cuidado da saúde não só da mãe como também do bebê.

O atendimento humanizado é possível quando a equipe de enfermagem assume o compromisso e está disposta a colocar em prática com qualidade. Sendo que ao se inserir no trabalho, precisam assumir atitudes diferenciadas no tratamento à gestante, considerando o processo de humanização fundamental para o equilíbrio emocional da mesma. Esta mudança deve partir de cada um de nós profissionais da área da saúde, sendo empáticos com o nosso próximo, fazendo assim a diferença no atendimento e assistência prestada.

Esperamos que este estudo incentive os profissionais de saúde a terem outro comportamento com a parturiente, ampliando sua capacidade de atuação para resolução de conflitos e prestação de assistência à mulher de forma humanizada, valorizando o parto como evento natural onde à mulher é atuante, pois é necessário

o acompanhamento dos profissionais em atentar sobre a importância do ato de parir como naturalidade. Assim, fazendo a diferença no local de trabalho e deixar nessa mulher boas lembranças e ter certeza que em meio aos desumanos ainda há alguém que se preocupa com seu semelhante e que faz o possível para que esse momento difícil e único não seja como um calvário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIL. **Projeto '1:4 Retratos da violência obstétrica'**. 2015. Disponível em: <http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/violencia-obstetrica-e-retratada-em-projeto-fotografico>. Acesso: novembro de 2015.

ASSOCIAÇÃO ARTEMIS. **Denúncia: cirurgia cesariana determinada por Ordem Judicial: violência obstétrica**. Abril de 2014. Disponível em: <http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Denúncia-Adelir-PRESIDÊNCIA-DA-REPÚBLICA.pdf>. Acesso: novembro de 2015.

ANDRADE, Briena Padilha & AGGIO, Cristine de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina, maio de 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/anais---iii-simposio-genero-e-politicas-publicas.php>. Acesso: novembro 2015.

BEZERRA, Maria Gorette A. & CARDOSO, Maria Vera Lúcia M. L.. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. In: **Revista Latino-am Enfermagem**, maio-junho de 2006, 14(3), p. 414-421. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso: novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Editora Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.418, de 02 de dezembro de 2005**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso: novembro de 2015.

_____. **LEI N° 11.108, de 7 de abril de 2005**. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/...da.../lei_n_11.180_-_acompanhante.pdf. Acesso: novembro de 2015.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. **Convenção de Belém do Pará**. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso: novembro de 2015.. Acesso: novembro de 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005, 10 (3), p. 627-637. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso: novembro 2015.

ESCOLA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Você sabe o que é?** 2013. Disponível em: < <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2015.

FÁVERO JÚNIOR, Luiz Carlos. **Brevíssimos considerações sobre o caso Adelir**. 2014. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3357>. Acesso: novembro de 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU AMBRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: www.fpa.org.br. Acesso: novembro de 2015.

MATOS, Greice C. de; ESCOBAL, Ana Paula; SOARES, Marilu C. *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. In: **Revista Enferm UFPE on line**, Recife, 7 (esp.), mar. 2013, p. 870-878. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5742. Acesso: novembro de 2015.

NASCIMENTO, Samuel P. do; CARVALHO, Isadora L. & FRAGA, Meg Maria da Conceição V. C.. Análise do caso Adelir Góes sob a perspectiva de Dworkin e Luhmann. In: **Arquivo Jurídico**, Teresina-PI, jan./jun de 2014, v. 1, nº 6, p. 114-129. Disponível em: www.ojs.ufpi.br/index.php/raj/article/download/3333/1905. Acesso: novembro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: www.who.int. Acesso: novembro de 2015.

PARENTE, Raphael C. M.; MORAES FILHO, Olímpio B.; REZENDE FILHO, Jorge de; BOTTINO, Nathalia G.; *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. In: **FEMINA**, setembro 2010, vol. 38, Nº 9, p. 481-486. Disponível em: www.febrasgo.org.br/site/wp-content/.../feminav38n9_pg481-486.pdf. Acesso: novembro de 2015.

PARENTE, Raphael C. M.; BERGQVIST, Lílian P.; SOARES, Marina B. & MORAES FILHO, Olímpio B.. A história do nascimento (parte 2): parto vaginal. In: **FEMINA**, fevereiro 2011, vol. 39, Nº 2, p. 65-83. Disponível em: www.febrasgo.org.br/site/wp-content/.../05/femina_v39n2_65-83.pdf. Acesso: novembro de 2015.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Dossiê da Violência Obstétrica. **“Parirás com dor”**. Elaborado para a CPMI Violência contra as Mulheres 2012. Disponível em: www.senado.gov.br/comissoes/documentos/.../DOC%20VCM%20367.pd. Acesso: novembro de 2015.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. In: **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, ago 2015, v. 12, nº 35, p. 544-564. Disponível em: www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html. Acesso: novembro de 2015.

PROJETO DE LEI. Dispõe sobre humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2014. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546.pdf. Acesso: novembro de 2015.

RABELO, Leila Regina & OLIVEIRA, Dora Lúcia de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. In: **Revista Enferm, USP**, 2010, 44(1), p. 213-220. Disponível em: www.scielo.br/reeusp/. Acesso: novembro de 2015.

SILVA, Andréa S. da; CUNHA, Isabel Cristina K. O. & OKASAKI, Egle de Lourdes J.. Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. **Revista Enferm, UNISA**, 2001, 2, p. 18-21. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-04.pdf>. Acesso: novembro de 2015.

SODRÉ, Thelma M. & LACERDA, Rúbia Aparecida. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. In: **Revista Bras. Enfermagem**, 2007, 41(1), p. 282-289. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso: novembro de 2015.

SEIBERT, Sabrina L.; BARBOSA, Jéssica Louise da S.; SANTOS, Joares M. dos & VARGENS, Octávio M. da C.. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. In: **Revista Enferm, UERJ**, 2005, 13, p. 245-251. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf. Acesso: novembro de 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia K. A. Dos & COLLAÇO, Vânia S.. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. In: **Revista Bras. Enfermagem**, mar-abr. 2014, 67(2), p. 282-289. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200282&script=sci_arttext. Acesso: novembro de 2015.

SITES

<http://artemis.org.br>

<http://www.casaangela.org.br>

<http://www.rehuna.org.br>

<http://videos.clicrbs.com.br/rs/zerohora/video/geral/2014/04/sinto-frustrada-afirma-mae-apos-cesariana/71559/>

<http://tjrs.jus.br/site/imprensa/noticias/?dNoticia=236190>