



**COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA
COORDENAÇÃO DA MONOGRAFIA
MONOGRAFIA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: SEUS TIPOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS
PSICOLÓGICAS PARA A MULHER**

Ilhéus, Bahia

2020



**COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA
COORDENAÇÃO DA MONOGRAFIA
MONOGRAFIA**

EVELIN IASMINE BARBOSA DE SOUZA SALES

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: SEUS TIPOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS
PSICOLÓGICAS PARA A MULHER**

Monografia (Artigo científico) entregue para acompanhamento como parte integrante das atividades de TCC II do Curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus.

Ilhéus, Bahia

2020

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: SEUS TIPOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS
PSICOLÓGICAS PARA A MULHER**

EVELIN IASMINE BARBOSA DE SOUZA SALES

Aprovado em: __ / __ / ____

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Indira Vita Pessoa – Mestra
Faculdade de Ilhéus - CESUPI
(Orientador)**

**Prof. Paulo Tadeu Ferreira Teixeira – Mestre
Faculdade de Ilhéus - CESUPI
(Avaliador I)**

**Prof.^a Carolina Peixoto Cavalcanti Monteiro – Especialista
Faculdade de Ilhéus - CESUPI
(Avaliador II)**

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a Deus, a minha família, a minha orientadora e a todas as mulheres que já sofreram algum tipo de violência obstétrica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças para seguir e persistir até aqui apesar das dificuldades.

A minha mãe Luciana, ao meu pai Jairo e a meus irmãos Emmili e Moisés, por todo amor, carinho e dedicação para me ajudar nesta caminhada.

A professora Indira Vita Pessoa, minha orientadora, por aceitar transmitir seu conhecimento para me ajudar na construção e desenvolvimento dessa monografia.

Agradeço aos meus amigos pela troca de conhecimentos, a ajuda nos estudos e o carinho em todos os momentos, aos cuidados, preocupações e cumplicidade durante todo o período do curso.

“Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer.”

Michel Odent (médico obstetra e pesquisador)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	11
2.1 TIPOS DE AGRESSÃO OBSTÉTRICA SOFRIDA PELA MULHER	13
2.2 A EPIDEMIA DE CESARIANAS NO BRASIL.....	16
3 O PARTO HUMANIZADO COMO ALTERNATIVA.....	18
4 AS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS NA MULHER.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: SEUS TIPOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS PARA A MULHER

OBSTETRIC VIOLENCE: ITS TYPES AND THEIR PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES FOR WOMEN

Evelin Iasmirine Barbosa de Souza Sales¹; Indira Vita Pessoa².

1. Discente da Faculdade de Ilhéus (CESUPI), Curso de Psicologia. Ilhéus, BA.
2. Docente do Departamento de Psicologia Clínica. Faculdade de Ilhéus (CESUPI), BA.

RESUMO

As gestantes de todo o mundo já sofreram ou sofrem algum tipo de violência obstétrica, seja ela física, verbal, moral ou sexual. Porém muitas dessas mulheres, algumas vezes por falta de informações, acabam não percebendo o desrespeito, as negligências e as agressões que são cometidas pelos profissionais da área da saúde. A discriminação com base em idade, etnia, classe social ou condições médicas ocorrem de forma frequente e há uma grande violação dos direitos dessas mulheres desde a proibição em ter um acompanhante até as humilhações e coações sofridas por elas durante o momento do parto. Devido a algumas intervenções dolorosas o medo do parto vaginal tem aumentando muito e a preferência pelas cesárias tem tido um crescimento bastante elevado. As agressões, negligências e desrespeito podem deixar marcas e traumas físicos e psicológicos graves nessas mulheres, que vão para a unidade de saúde buscando atendimento e acabam sendo frustradas. O objetivo deste trabalho é apresentar o que é a violência obstétrica, identificar os tipos de agressões sofridas e como elas ocorrem, analisar a epidemia das cesarianas no Brasil, especificar os direitos ao parto humanizado e relatar as consequências psicológicas causadas na mulher.

Palavras –chaves: Violência Obstétrica. Profissional da saúde. Negligências. Cesarianas no Brasil. Direitos da Mulher.

ABSTRACT

Pregnant women all over the world have already suffered or are suffering from some type of obstetric violence, be it physical, verbal, moral or sexual. However, many of these women, sometimes due to lack of information, end up not realizing the disrespect, negligence and aggression that are committed by health professionals. Discrimination based on age, ethnicity, social class or medical conditions occurs frequently and there is a great violation of the rights of these women from the prohibition on having a companion to the humiliations and coercions suffered by them during the delivery. Due to some painful interventions, the fear of vaginal delivery has greatly increased and the

preference for cesarean sections has grown quite high. Aggressions, negligence and disrespect can leave marks and serious physical and psychological traumas on these women, who go to the health unit seeking care and end up being frustrated. The objective of this work is to present what obstetric violence is, to identify the types of aggressions suffered and how they occur, to analyze the epidemic of caesarean sections in Brazil, to specify the rights to humanized childbirth and to report the psychological consequences caused in women.

Keywords: Obstetric violence. Health professional. Neglect. Cesarean sections in Brazil. Women rights.

1 INTRODUÇÃO

A maioria das mulheres idealiza o momento do nascimento do seu filho e sonha em ter um parto lindo e perfeito, sem nenhum tipo de problema e que seu bebê venha ao mundo saudável e que esteja logo em seus braços, porém a realidade está bem longe de ser essa. Muitas gestantes passam momentos degradantes, desrespeitosos e de muita negligência dentro da unidade de saúde, seja ela particular ou pública, e na maioria das vezes não sabem que estão sofrendo uma forma de violência.

A violência obstétrica acontece durante a gestação, parto, nascimento, pós parto e principalmente durante o atendimento ao abortamento. Essa violência pode ser física, psicológica, verbal e sexual, além de negligência, discriminação, condutas excessivas e desnecessárias que na maioria das vezes são prejudiciais à saúde da mulher e do bebê e que não tem nenhum tipo de embasamento ou evidência científica comprovada.

Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo. Esses procedimentos errôneos infringem os seus direitos deixando nelas sequelas psicológicas a até mesmo físicas, que trazem grandes prejuízos para a saúde dessa mulher.

O método utilizado para o desenvolvimento do trabalho seguiu os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica, mediante a consulta de artigos, arquivos eletrônicos e livros acerca do tema em questão. Para a obtenção dos objetivos aludidos, o presente artigo foi dividido em 3 capítulos.

No primeiro capítulo foram explanadas as características da violência obstétrica, trazendo os tipos de agressões sofridas e como elas ocorrem, dando ênfase importante à epidemia de cesarianas que assola o país. O segundo capítulo traz o parto humanizado como uma solução disponível, porém ainda distante da realidade atual em muitos municípios. O terceiro e último capítulo aborda as consequências psicológicas da violência obstétrica para a saúde da mulher.

Esta pesquisa torna-se relevante, pois irá enfatizar a necessidade de ser realizado o acompanhamento psicológico destas mulheres, bem como a presença do profissional de psicologia nas maternidades.

2 O QUE É A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência e a obstétrica é um tipo específico contra a mulher. A violência obstétrica é uma expressão utilizada para descrever e agrupar diversas formas de agressão e danos durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos psicológicos, verbais, e físicos, assim como procedimentos totalmente desnecessários e danosos à saúde da mulher – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito (RATTNER, 2009).

Segundo Venturi Júnior, Aguiar e Hotimsky (2010) desde as décadas de 1980 e 1990, alguns grupos de profissionais da área saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, vêm se organizando com o propósito de promoverem a discussão sobre a violência obstétrica no momento do parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 1990, com maior intensidade no período do ano 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal dentro do país.

O movimento criado dentro do Brasil contra a violência obstétrica é proveniente das críticas crescentes que os diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, sendo considerado como um movimento em interesse da humanização do parto e nascimento, que envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade. Tal movimento está embasado no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos (RATTNER, 2009).

Segundo Diniz, et al (2015) no Brasil o movimento pela humanização do parto se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de maneira mais centradas na figura da mulher. Neste contexto, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque, especialmente em função de sua carta de fundação, a Carta de Campinas.

A Carta de Campinas é um documento que representou uma forma de denúncia das circunstâncias violentas da assistência ao parto, caracterizando-as como pouco

humanizadas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de mediações violentas e desnecessárias, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes (DINIZ, et al; 2015).

Na década de 1990 a atuação da Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento) promoveu alguns debates relevantes a respeito da qualidade da assistência ao parto da mulher no Brasil, bem como salientou, tanto entre as diferentes categorias profissionais envolvidas quanto dentro da gestão, a existência de condições degradantes e violentas no auxílio ao parto e nascimento. Uma grande parte dos membros da Rehuna era formada por profissionais da área da saúde, agindo na realização de serviços ou no estudo acadêmico, principalmente enfermeiras e médicos com especialidade na área da obstetrícia e saúde pública. Assim, embora também estivessem presentes outros atores sociais, o fato de serem os profissionais da saúde os principais envolvidos neste debate fez com que apenas uma pequena parcela da informação a respeito das violentas condições da assistência ao parto chegasse, de fato, às mulheres usuárias dos sistemas de saúde, as quais representam o principal grupo de interessadas (DINIZ, et al; 2015).

O desrespeito e o descaso com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que calculou que cerca de 12,7% das queixas das mulheres abordavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões físicas e verbais. Segundo Venturini e colaboradores (2010), a pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, mostra que cerca de 25% das mulheres que foram entrevistadas declararam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica quando fizeram uso de algum serviço de saúde no momento da atenção ao parto, nos hospitais públicos e também nos privados.

Segundo García, Diaz e Acosta (2013), um fator que está sempre presente entre as gestantes é a falta de informações e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Essas ocasiões podem levar algumas mulheres a se submeterem a exploração de seus corpos por várias pessoas

diferentes, tendo que aceitar diversas situações inconvenientes sem fazer nenhum tipo de reclamação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), em toda parte do mundo existem gestantes que sofrem algum tipo de agressão, abusos, falta de respeito, negligência e/ou maus-tratos durante o momento do parto nas instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher.

Apesar da propagação dessas experiências, a OMS aponta que:

“atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2014, p. 1).

e indica a necessidade de realizar pesquisas com intuito de medir, definir e compreender melhor as práticas abusivas e desrespeitosas durante o momento do parto, assim como elaborar formas de eliminação e prevenção dessas condutas agressivas.

No ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa que mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais, nas redes privada e pública, relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados mostraram que a violência institucional está frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil (VENTURI JÚNIOR, AGUIAR e HOTIMSKY; 2010).

2. 1 TIPOS DE AGRESSÃO OBSTÉTRICA SOFRIDA PELA MULHER

Segundo Diniz, et al (2015), a violência obstétrica não atinge todas as pessoas de forma igualitária. As mulheres estão cada vez mais expostas a comportamentos violentos por parte dos profissionais de saúde principalmente as adolescentes, as mulheres com baixa escolaridade, mulheres negras e pobres, as queixosas ou pouco colaborativas e as que algumas vezes não têm acesso a alguns serviços essenciais de saúde, como o pré-natal, por exemplo.

Segundo Oliveira (2015), é de grande importância identificar os tipos de violência sofridas pelas mulheres, à medida que é preciso dar visibilidade para a questão e que a identificação desses tipos de agressão pode ser uma importante ferramenta para fins instrutivos. A violência pode ocorrer de várias formas, por exemplo a moral, institucional, sexual, física, psicológica e verbal.

As agressões obstétricas nem sempre se apresentam nos serviços de forma clara e visível. Algumas vezes nem os próprios profissionais conseguem identificar uma certa conduta como sendo violenta. A utilização de condutas agressivas por parte de alguns profissionais da área de saúde muitas vezes é apresentada e defendida como um cuidado necessário para lidar com as mulheres consideradas queixosas, demandantes ou pouco colaborativas. Nesse contexto, a violência se disfarça de boa prática, já que pretensamente teria como interesse maior o bem estar da paciente, usando assim uma estratégia para garantir a invisibilidade institucional da violência (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

A violência institucional se inicia no SUS (Sistema Único de Saúde), com a falta de acesso das mulheres pobres a serviços de saúde extremamente essenciais e a passagem das mulheres em diversas maternidades para poder conseguir receber os atendimentos necessários. No momento que se tem a garantia da realização do atendimento na unidade de saúde, as mulheres podem acabar se deparando com a ausência de uma estrutura adequada, os recursos físicos e humanos são faltosos, transformando as mulheres em vítimas dos procedimentos institucionais, que em inúmeras vezes não conseguem lhes assegurar se haverá um médico anestesista presente durante o plantão para a realização de analgesias durante o parto, a proibição da entrada de acompanhantes no parto, posto que este seja um direito garantido pela lei 11.108 de 2005 (OLIVEIRA, 2015), ou a proibição de homens na sala de pré-parto, sob a alegação de falta de espaço físico que garanta a privacidade para as demais pacientes, ou a falta de condições para o cuidado privativo (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Segundo Sanfelice, et al (2014), o momento que vem sendo especialmente um transgressor dos direitos das mulheres é a hora do parto, principalmente quando alguns profissionais da área da saúde fazem uso de alguns procedimentos desnecessários e sem evidências científicas comprovadas de que esses procedimentos causem algum tipo de benefício. Durante esse período, algumas mulheres estão essencialmente sendo expostas a sofrer uma agressão moral. A

violência moral está mais associada às condutas profissionais e menos vinculada às normas institucionais, espaços físicos e equipamentos. Um exemplo dessa agressão é a falta de reconhecimento da mulher como sujeito do parto e a colocação do médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa desse processo, controlando e se apropriando desse evento, reforçando o nascimento não como uma experiência fisiológica, mas como um evento de riscos iminentes. Esse processo desvaloriza a autonomia e o saber das parturientes sobre o seu corpo, supervaloriza a utilização de tecnologia e direciona o sistema para o lucro. O enaltecimento da intervenção e da técnica como um valor em si se desdobra no excesso de medicalização, na assistência ao trabalho de parto e no momento do parto, especialmente para as gestantes de baixo risco e seus bebês e na aplicação de terminologias técnicas, incompreensíveis para a freguesia, estimulando assim o sistema de superioridade e de submissão dessas mulheres (OLIVEIRA, et al., 2013).

Segundo Sanfelice, et al (2014), no momento do parto algumas mulheres são alienadas, despersonalizadas, desumanizadas, anuladas em suas identidades e transformadas em um número da ficha hospitalar diagnosticado e tratado, dos quais os desdobramentos mais comuns são a invasão de privacidade e quebra de sigilo. A maioria das mulheres que não possuem muito reconhecimento social, acabam sofrendo por práticas de violência moral como negligência em sua dor, desrespeito, abandono, recusa em dar assistência, a proibição de se manifestar e represálias ou maus tratos velados quando reivindicam os seus direitos, suplicam determinados serviços, ou são apontadas como queixosas. Uma boa parte dos funcionários da área da saúde comete diversos tipos de agressões e têm muitas posturas inadequadas, inibidoras e constrangedoras com as mulheres dessa classe (OLIVEIRA, 2015).

Segundo Oliveira (2015) e Sanfelice, et al (2014), como violência física, foram encontradas principalmente a utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto: litotomia (posição desfavorável para o nascimento), manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê), toques violentos ou excessivos, realização de uma episiotomia (incisão efetuada na região do períneo, área muscular entre a vagina e o ânus, para ampliar o canal de parto) para fins de treino, amniotomia (ruptura artificial do saco amniótico ou bolsa amniótica), o uso de ocitocina sintética (substância que é similar ao hormônio que é naturalmente produzido pelo organismo, usada para acelerar as contrações do

útero durante o trabalho de parto e para a liberação do leite para a amamentação) e a negação da analgesia.

Segundo Diniz, et al (2015), a violência física constitui também o recebimento de autorização para intervenções com base em informações parciais ou distorcidas, como mentir para a paciente quanto à sua dilatação ou vitalidade fetal, forjando indicações que não são reais tais como macrossomia fetal (termo utilizado para definir recém-nascido com peso igual ou superior a 4.000 g independentemente da idade gestacional), mecônio (material fecal de cor esverdeada bastante escura produzida pelo feto), circulares cervicais, bacia materna estreita, para indicar cesariana devido a interesses pessoais, a negação de informações à mulher sobre sua condição e sobre a evolução do parto e a manipulação da mulher sem orientação prévia dos cuidados realizados ou mesmo a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher.

Segundo Aguiar, d'Oliveira e Schraiber (2013), a violência sexual não é muito descrita na literatura. Os episódios de toques demasiados e de episiotomia são questões que aparecem na literatura como sendo periódicas durante o parto, mas sem ligação direta com as questões da violência sexual. As falas coercitivas e moralistas de conteúdo sexual no momento do parto são consideradas pela literatura como uma referência para violência sexual.

Segundo Oliveira (2015) as violências psicológicas e verbais estão associadas a comentários utilizados com o intuito de denegrir a mulher e de negar o reconhecimento de seu estado particular durante o período do parto. Foi identificado o não reconhecimento como legítimas das situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando o trabalho de parto, julgamento e culpabilização da mulher, xingamentos, hostilidades e gritos, abusos verbais, humilhação das mulheres grávidas, palavras, expressões de ironia, comentários desrespeitosos, repreensão e ameaças de abandono (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER ., 2013).

2. 2 A EPIDEMIA DE CESARIANAS NO BRASIL

Atualmente no Brasil a atuação dos profissionais da área de saúde, no momento da atenção ao parto, não está baseada em evidências e sim na falta de conhecimento e a uma crença contestável de alguns profissionais de que a experiência profissional tem mais valor do que a elaboração científica atual da área obstétrica (Sanfelice et al

2014). Segundo o Ministério de Saúde (2014) as demandas por cesariana parecem estar associadas a ideia de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia utilizada no parto operatório. O aumento da procura por cesarianas nos últimos anos está fortemente ligado com os fatores culturais e sociodemográficos, como por exemplo, os dados da pesquisa nascer no Brasil ressaltaram que o uso da ocitocina para a aceleração do trabalho de parto era mais comum em usuárias do SUS e nas gestantes com menor escolaridade. Foi verificado que nesses mesmos grupos a frequência do uso de analgesia foi menor (LEAL, et al. 2014).

Associar o parto a momentos aterrorizantes e a intervenções dolorosas pode ocasionar o medo do parto vaginal, além da crença de que o trabalho de parto não trará resultados. Os efeitos indesejados das intervenções podem gerar novas intervenções (uso de substâncias para induzir o parto, rompimento de membrana, episiotomia) - chamada "cascata de intervenções" -, o que pode aumentar as chances e a atração pela escolha da cesárea (LEAL, et al., 2014).

Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010) o momento do parto passa a ser visto pelas mulheres como momento de medo e ameaça à vida, já que perdem seu papel de protagonistas, tornando-se frágeis e submetendo-se a técnicas violentas. Com o propósito de evitar esse sofrimento, a cesariana começa a ser cogitada como uma forma de fuga e de proteção à dignidade, já que o parto vaginal pode ser considerado humilhante. Os autores também apontam o fato de que as cesarianas planejadas são uma forma mais conveniente para os profissionais, que trocam o parto normal, que é imprevisível, pela cesariana, que é feita através do agendamento das cirurgias.

Nessas últimas décadas houve um aumento bastante significativo na demanda das cesarianas e esse aumento está sendo associado ao maior valor pago pelos honorários profissionais para a realização da cesárea, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto. Em consequência disso, muitos médicos obstetras começaram a se sentir despreparados para fazer o acompanhamento do processo do parto, e essas situações se tornaram uma cultura pró-cesárea entre os médicos e na população em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A preocupação de preservar a genitália feminina é um dos fatores apontados na escolha pelas cesáreas. O uso de alguns procedimentos durante o trabalho de parto é feito para a acelerar o processo e assim poder liberar os leitos. O nascimento através da cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não

permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através do uso de medicalização, a duração da dor é menor e o procedimento é feito de forma mais “limpa” (LEAL, et al., 2014).

Os conceitos de acolhimento e vinculação são centrais para a construção de um novo representativo na atenção à gestante e ao recém-nascido no Brasil e contesta o arranjo contemporâneo da atenção obstétrica e neonatal no mundo e no Brasil, compostas pela institucionalização e intensa medicalização do parto e nascimento. Existe uma rede de saúde bastante fragmentada que não tem responsabilidade com o cuidado e onde existe uma assistência descontínua dos profissionais entre o pré-natal e o parto. À vista disso, é proposto um modelo onde o profissional da área da saúde esteja incluído e cooperativo no processo do parto e nascimento (LANSKY & FIGUEREDO, 2014).

3 O PARTO HUMANIZADO COMO ALTERNATIVA

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), para que o parto ocorra de maneira humanizada é necessário um conjunto de procedimentos e comportamentos que ocasionem o parto e o nascimento de forma saudável e mais confortável possível, obedecendo o processo natural do corpo e evitando procedimentos desnecessários ou que tragam algum risco para a mãe e o recém-nascido. Atualmente, ver o momento do parto como uma ocasião cirúrgica não tem resultado tanta estranheza, pois as cesarianas são apontadas como uma forma de nascimento seguro, organizado, limpo e que corresponde à vida atual e moderna (NAKANO, 2015).

Toda mulher tem o direito de escolha, e elas devem ser aceitas e respeitadas, principalmente quando ela não aprove a certas condutas que podem lhe causar alguma dor, desconforto ou constrangimento. As intervenções obstétricas desnecessárias não são os únicos problemas enfrentados pelas gestantes, muitas mulheres revelam terem passado por partos dolorosos, humilhantes, preconceituosos e ofensivos. A violência obstétrica é uma realidade cotidiana e cruel, que reflete uma gravíssima infração dos direitos das mulheres (ZANARDO, 2017).

Segundo Costa, Oliveira e Lima (2010), a assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida pelo ponto de vista de tornar o processo de parir e nascer na circunstância de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido. Foram detectados vários obstáculos para inserção do cuidado humanizado como o desconhecimento

das mulheres e de seus familiares e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atividade da resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissionais da saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais e a falta de comunicação entre os profissionais da saúde com a parturiente.

Segundo Santos, Okazaki (2012), a chave para humanização do parto é o pré-natal, pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao parto e conscientizá-las de seus direitos. O parto humanizado tem sido definido como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo um suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para acompanhá-la. Respeitar os desejos da mulher e o seu plano de parto também faz parte deste processo, garantindo que estes eventos sejam vivenciados em sua totalidade.

Apesar do fato de recomendar uma menor intervenção médica nestes processos, o conceito de humanização antecipa as possibilidades de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se colocada apropriadamente vai garantir maior segurança não só para as mães como também para os bebês (SANTOS, OKAZAKI; 2012).

Segundo Santos, Okazaki (2012), o conceito do parto humanizado tem sido ampliado para incluir também as características de espaço físico onde o trabalho de parto e parto acontecerão, reforçando a ideia de que esta não é uma situação de doença, a concepção do espaço físico do pré-parto e da sala de parto como locais em que não se perceba estar em um ambiente hospitalar, que sejam mais acolhedores e que ofereçam mais liberdade de movimentação para a parturiente foram incorporadas ao conceito de humanização.

Para que seja realizado um parto humanizado as instituições deveriam organizar serviços de assistência obstétrica por parte dos profissionais de enfermagem na perspectiva da promoção e facilitação de um parto saudável, fisiológico e da prevenção de possíveis intervenções e agravos, inclusive aqueles resultantes da assistência como a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessárias entre outras. Ao prestar assistência humanizada à mulher, que vivencia o ciclo gravídico puerperal, os profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas ao

contato com essa mulher, favorecendo sua adequação emocional à gravidez e ao parto, podem também ajudar a superar os medos, as ansiedades e as tensões (SANTOS, OKAZAKI; 2012).

Durante a assistência a mulher o prestador de cuidado deve respeitá-la e considerá-la como um todo, com parcialidade e diversidade sendo de um grupo familiar e de uma coletividade, deve ainda detectar as mensagens que são passadas pela mulher e reconhecer seus sinais, entendê-los e agir de maneira que satisfaça as necessidades de cuidado e atenção das pacientes. Ao longo de todo o processo não se deve esquecer os valores que a mulher traz, ou seja, sabendo identificar as divergências culturais e característicos de cada uma, nesse seguimento o cuidado deve ser oferecido de maneira globalizante, reconhecendo a mulher que o recebe (SANTOS, OKAZAKI; 2012).

Segundo Santos, Okazaki (2012), a assistência humanizada tem índole ampla e aborda um conjunto de práticas, de conhecimentos e de atitudes que propõem não só a promoção do parto, mas também um nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade perinatal e maternal, tendo início no pré-natal e garantindo que a equipe de saúde realize somente os métodos que tenham seus benefícios comprovados, que evitem procedimentos e intervenções que sejam desnecessárias, que preservem sua privacidade e autonomia, já que o parto é um momento fisiológico e é um evento considerado muitas vezes o mais marcante da vida. A humanização do parto normal tem a finalidade de recuperar o caráter fisiológico durante o processo do nascer, possibilitando à mulher uma vivência positiva sem traumas e sem manobras agressivas no momento do parto, fazendo com que ela consiga atingir o mais alto grau de satisfação.

4 AS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS NA MULHER

A violência obstétrica acarreta sofrimento físico e psíquico à mulher, os traumas psicológicos são muito variáveis, já que cada uma responde de forma diferente à violência. A gestação e o puerpério são momentos que precisam ser vistos com uma atenção especial, já que envolvem diversas alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem transparecer diretamente na sua saúde mental (ALEIXO; GONÇALVES, 2017).

Segundo Barbosa e Mota (2016), as mulheres que são assistidas de forma desumanizada durante o parto, podem desenvolver sentimentos ambíguos de rejeição

e aceitação, angústia, medo, insegurança e abandono. Ainda de acordo com o autor, as mulheres que vivenciaram violência física e psicológica por parte de alguns profissionais de saúde, apresentaram diminuição da autoestima, sentiram-se humilhadas e culpadas diante da sua condição de parturiente, não podendo demonstrar sua dor e subjetividade. Deste modo, a gestação e o puerpério se tornam momentos favoráveis para o surgimento de sintomas psicológicos e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Os transtornos mais comuns nesse período incluem a depressão e a ansiedade (ALEIXO; GONÇALVES, 2017).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM V), o Transtorno Depressivo Maior se caracteriza por cinco ou mais sintomas num período de duas semanas e representa a mudança do indivíduo em relação ao funcionamento anterior em pelo menos um dos sintomas; como humor deprimido frequente, acentuada diminuição e desinteresse por atividades antes prazerosas e ainda insônia, agitação, fadiga, perda de energia, dificuldades de concentração, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida. O transtorno depressivo apresenta episódio único e recorrente em graus leve, moderado e grave (DSM-5, 2014).

O transtorno depressivo é considerado uma das causas mais incapacitantes durante o período da gravidez e apresenta causas de vários fatores, além de distúrbios psiquiátricos, experiências negativas associadas à atenção obstétrica como; maus tratos físicos e psicológicos atingindo um significativo número de mulheres no período pós-parto (SOUZA, 2014).

Segundo os autores Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017), os fatores de risco associados ao transtorno depressivo, apesar dos numerosos estudos que já foram realizados, ainda existem poucos estudos a respeito da assistência por parte dos profissionais de saúde à gestante durante a gestação e o parto, assim como, o suporte social por meio da rede de serviços que integra socialmente a mulher e sua família.

Quando se trata sobre o transtorno depressivo, raramente é citado sobre o suporte oferecido à mulher, família e companheiro(a) pela equipe de saúde, tendo relação a isso, a falta de apoio pode aumentar o risco de depressão. No Brasil, assim como em outros países, recentemente há algumas situações em que acontecem discussões sobre a humanização ao parto, idealiza-se que esse suporte recebido pela gestante poderá ajudar a prevenir e até reduzir os transtornos depressivos (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Segundo Lopes e Santos (2018), a ansiedade é uma antecipação de ameaça futura, que pode ou não ser real e que causa sentimento de angústia, apavoramento e preocupação constante, caracterizada por pensamentos negativos, impulsividade, excitação do sistema nervoso central. A presença desses sintomas causa grande receio do que está por vir, identifica certas situações como sendo de risco e obriga o indivíduo a lutar ou fugir.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM V), os sintomas ansiosos e a preocupação ocorrem na maioria dos dias por pelo menos seis meses, em diversas situações, eventos ou atividades, incluindo o desempenho profissional e acadêmico, assim o indivíduo encontra uma certa dificuldade em controlar essa ansiedade. Além disso, ele experimenta sintomas físicos, incluindo inquietação; dificuldade de concentração; irritabilidade; aceleração dos batimentos cardíacos; tensão muscular; e perturbação do sono (DSM-5, 2014).

Durante o puerpério, as mulheres correm um risco maior para o surgimento ou piora de distúrbios ansiosos devido ao fato delas estarem desprotegidas e vulneráveis no que se refere às mudanças biológicas, fisiológicas, sociais e psicológicas. Silva et al. (2017) reforçam que os índices mais elevados de ansiedade ocorreram com mulheres que estavam no terceiro trimestre da gestação. Tais dados confirmaram ser referentes à proximidade do parto, tendo em vista que isto pode ser explicado pelo fato de que a gravidez e o parto podem ser percebidos por algumas gestantes como momentos de vulnerabilidade, favoráveis a desencadear distúrbios emocionais.

Algumas gestantes relatam que a aproximação da chegada do seu bebê causam sentimentos de medo, predispondo-as a alterações no seu bem-estar psíquico, uma vez que a literatura demonstra que mulheres que apresentam emoções de medo com relação ao parto podem ter maior risco de ansiedade durante a gravidez (SILVA et al., 2017). Por outro lado, como afirmam Lopes et al (2009), quando a mulher está devidamente informada sobre todo o processo que ocorre durante o parto, a experiência que ela irá vivenciar torna-se positiva e menos dolorosa, pois quanto mais desinformada ela estiver maior será a ansiedade e a sensação de dor e insegurança.

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), as experiências que são vivenciadas pelas mulheres durante o processo do parto podem deixar marcas infinitas, que podem ser positivas ou negativas, em suas vidas. Sendo assim, é extremamente necessário que os serviços de saúde, bem como os psicólogos e os profissionais em geral deliberem uma comunicação efetiva e

harmônica com a parturiente e seus familiares, para que esta venha ter uma interpretação positiva sobre a experiência do parto, influenciando na sua saúde física, mental e emocional, evitando assim diversas complicações.

A gestação e o momento do parto são períodos em que a mulher se encontra vulnerável, sendo de fundamental importância para a sua saúde mental, o apoio da família e de todos os profissionais que a assistem. Em um estudo realizado por Schwab, Marth e Bergant (2012), foi feita uma análise do impacto causado pelo parto no desenvolvimento de transtornos em mulheres, e este enfatizou que entre as que vivenciaram uma história de parto traumático, 60% acabaram apresentando sintomas depressivos durante as primeiras semanas após o parto.

Conforme Proganti, Araujo e Mouta (2008), todos os sentimentos que são vivenciados pelas mulheres por conta da episiotomia e outros procedimentos desnecessários que são realizados durante o momento do parto podem gerar grandes traumas, pois estes métodos além de causarem dor e incômodos físicos, acabam interferindo negativamente sobre sua imagem corporal e sobre a sua sexualidade.

Souza, Rattner e Gubert (2017) apontam que a depressão pós-parto está diretamente associada à violência institucional sofrida pela mulher através dos cuidados obstétricos e à falta de humanização dos profissionais da área da saúde. A partir disso, é extremamente necessário que ocorra uma adaptação dos protocolos que são relacionados aos cuidados obstétricos, bem como a urgência para que ocorra humanização durante os serviços prestados pelos profissionais às parturientes, através de uma sensibilização e de atitudes que proporcionem à mulher respeito e dignidade.

Se todos os profissionais oferecessem um atendimento humanizado e voltado para a saúde psicológica e física da mulher durante todo o processo, alguns dos fatores que influenciam o desenvolvimento de traumas poderiam ser evitados. Como afirmam Zambaldi; Cantilino; Sougey (2009), é importante oferecer auxílio para que a mulher tenha uma experiência menos sofrida e dolorosa respeitando a sua vontade, permitindo que tenha a sua autonomia, para que assim sejam minimizados os casos de violência obstétrica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que, a prática da violência obstétrica vem sendo encontrada de forma frequente e pode ocorrer durante a gestação até o momento do parto e pós-parto, podendo ser física, institucional, sexual, moral, psicológica e verbal. Devido à falta de informações, muitas mulheres sofrem ou já sofreram algum tipo de agressão sem nem sequer perceber que essas condutas eram abusivas, inadequadas e que muitas das vezes não tinham comprovação da sua eficácia.

Devido à falta de humanização da equipe de saúde, a maioria das mulheres brasileiras vem sendo submetidas a maus-tratos e processos desnecessários e acabam tendo como alternativa o parto cesariano. A epidemia de cesárias no Brasil está associada ao medo do parto vaginal, devido aos momentos aterrorizantes e às intervenções dolorosas, e por ser uma maneira mais conveniente para os médicos por ser um procedimento agendado.

Toda mulher tem o direito de escolha, e para que o parto ocorra de forma humanizada, todas elas devem ser aceitas e respeitadas. Para que a humanização seja feita é necessário um conjunto de procedimentos e comportamentos para que ocorra de forma saudável, respeitando sempre a opinião da parturiente e que não causem prejuízos físicos e psicológicos.

Os sentimentos que são desencadeados através da experiência negativa que pode ocorrer durante o parto, podem causar grande impacto, deixando marcas físicas e psicológicas, como a ansiedade e a depressão. Sendo assim, cabe aos profissionais da saúde um atendimento humanizado, com atitudes respeitadas e acolhedoras, garantido assim o direito da mulher de decidir de forma livre sobre seu próprio corpo.

Esse trabalho traz a importância de um olhar voltado para a saúde física e psicológica da mulher, da identificação das agressões que acontecem de forma velada e para a humanização do parto, para que esse ocorra de maneira saudável e sem causar nenhum problema durante o nascimento do bebê. Traz também a importância do acolhimento e do suporte familiar e da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS:

Aguiar JM, d'Oliveira AF, Schraiber LB. **Violência institucional, autoridade médica e relações de poder em maternidades na perspectiva de trabalhadoras saudáveis.** Cad Saúde Pública, 2013.

Aleixo, Bruna Andrade; Gonçalves, Marcia. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério.** Rev. Psichiatry online Brasil, vol.22, n.5, p.5, 2017.

Barbosa, Luciana Pereira; Mota, Alessivânia. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, 2016.

Costa T, Oliveira FC, Lima MOP. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado, conflitos e dificuldades institucionais na implantação da lei do acompanhante.** 2010.

Diniz SG, Salgado HO, Andrezza, HFA, Carvalho PGC, Carvalho, PCA, Aguiar CA, et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2015.

García, D., Díaz, Z., & Acosta, M. (2013). **O nascimento em Cuba: análise da experiência do parto medicalizado sob uma perspectiva antropológica.**

Hartmann, Juliana Mano; Mendoza-Sassi, Raul Andrés; Cesar, Juraci Almeida. **Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.

Lansky, S. & Figueredo, V. O. (2014). **Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal.** In **Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento** (pp. 155-170).

Leal, M. C., Pereira, A. P., Domingues, R. M., Theme, M. M., Dias, M. A., Nakamura-Pereira, M et al. (2014). **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.**

Lopes, C.V; et al. **Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu Filho.** Cogitare enferm. v. 14, n. 3, p. 484-90, jul./set. 2009.

Lopes, Keyla Crystina da Silva Pereira; Santos, Walquiria Lene dos. **Transtorno de ansiedade.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 1, n. 1, p. 45-50, 2018.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM5.** [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento...et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]- 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Ministério da Saúde. (2014). **Cadernos Humaniza SUS** - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde.

Ministério da saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Conitec. Relatório de Recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Jan./2016.

Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS**, maio a outubro de 2012.

Nakano. **A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do Brasil**. Revista de Saúde Coletiva – Physis, Rio de Janeiro, vol.26, n.3, 2015.

Oliveira GD. (2015). **Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres**. RECIIS - Rev. Eletron Comun Inf Inov Saúde.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Direitos das Gestantes**; 2018.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**.

Pasche, D. F., Vilela, M. E. A., & Martins, C. P. (2010). **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado**.

Progianti, J. M.; Araujo, L.M.; Mouta, R. J. O. **Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade**. v. 12, n.1, p.45-49, 2008.

Rattner D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas**. Interface (Botucatu). 2009;

Sanfelice CF, Abbud FS, Pregnoatto OS, Silva MG, Shimo AK. (2014). **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**.

Santos IS, Okazaki ELFJ. **Assistência de enfermagem ao parto humanizado**. Rev Enferm UNISA. 2012;

Schwab, W.; Marth, C.; Bergant, A.M. **Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto**. Geb. Fra. Ciência, v. 72, p. 56-63, 2012.

Silva, Mônica Maria de Jesus et al. **Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados**. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo. p.1-8, 10 out. 2017.

Souza, Karina Junqueira. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. 2014.

Souza, K.J.; Rattner, D.; Gubert, M.B. **Violência institucional e qualidade de serviço em obstetrícia estão associadas a depressão pós-parto.** Rev. Saúde Pública. 2017.

Venturi Júnior G, Aguiar JM, Hotimsky SN. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010.**

Venturi, G., Recamán, M., & Oliveira, S. (Orgs.). (2010). **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado.**

Zambaldi, C. F.; Cantilino, S, A.; Sougey, E. B. **Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura.** J. bras. psiquiatr, v. 58, n. 4, p. 252-257, 2009.

Zanardo, G. L. P.; et al. **Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.** Psicologia e Sociedade, v.29, 2017.