

CARACTERIZANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Resumo: Caracterizar a VO por meio do documentário “O renascimento do parto”. Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa a partir dos relatos presentes na trilogia “O Renascimento do Parto”. Violência verbal, desrespeito ao protagonismo feminino e manipulação foram às situações frequentes de violência obstétrica nos relatos, negligenciando o direito da mulher e transformando o parto em um procedimento motorizado e desrespeitoso tanto para a parturiente quanto para o bebê, ocasionando consequências diversas e, muitas vezes irreversíveis, tais como transtornos comportamentais, confusões, traumas, inseguranças, transformando um evento potencialmente inesquecível, biológico e natural em algo aterrorizante, traumático e desumano. O profissional de enfermagem, junto a sua equipe precisa proporcionar um ambiente de total acolhida, desde o momento do pré-natal à hora do parto e acompanhamento puerperal. O olhar humano e visão holística devem predominar e serem cultivados pelos mesmos, respeitando e priorizando as emoções e sentimentos da mulher.

Descritores: Violência, Violência Obstétrica, Parto Humanizado, Cuidados de Enfermagem.

Characterizing obstetric violence

Abstract: To characterize OV through the documentary “The rebirth of childbirth”. Exploratory research with a qualitative approach based on the reports present in the trilogy “The Renaissance of Childbirth”. Verbal violence, disrespect for female protagonism and manipulation were the frequent situations of obstetric violence in the reports, neglecting women’s rights and transforming childbirth into a procedure motorized and disrespectful for both the mother and the baby, causing diverse and often irreversible consequences, such as behavioral disorders, confusions, traumas, insecurities, transforming a potentially unforgettable, biological and natural event into something terrifying, traumatic and inhumane. Nursing professionals, along with their team, need to provide an environment of total welcome, from the moment of prenatal care to the time of delivery and postpartum follow-up. The human look and holistic vision should predominate and be cultivated by them, respecting and prioritizing women’s emotions and feelings.

Descriptors: Violence, Obstetric Violence, Humanizing Delivery, Nursing Care.

Caracterización de la violencia obstétrica

Resumen: Caracterizar a VO a través del documental “El renacimiento del parto”. Investigación exploratoria con enfoque cualitativo a partir de los relatos presentes en la trilogía “El renacimiento del parto”. La violencia verbal, la falta de respeto al protagonismo femenino y la manipulación fueron las situaciones frecuentes de violencia obstétrica en los relatos, descuidando el derecho de la mujer y transformando el parto en un procedimiento motorizado e irrespetuoso tanto para la madre como para el bebé, provocando distintas consecuencias y, a menudo, irreversibles. , como trastornos de conducta, confusiones, traumas, inseguridades, transformando un evento potencialmente inolvidable, biológico y natural en algo aterrador, traumático e inhumano. Los profesionales de enfermería, junto con su equipo, necesitan brindar un ambiente de total acogida, desde el momento de la atención prenatal hasta el momento del parto y seguimiento posparto. La mirada humana y la visión holística deben predominar y ser cultivadas por ellos, respetando y priorizando las emociones y sentimientos de las mujeres.

Descriptores: Violencia, Violencia Obstétrica, Nacimiento Humanizado, Atención de Enfermería.

Geovane de Souza Ferraz

Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Anhembi Morumbi (UAM), São Paulo, SP.
 E-mail: geovanni.ferraz@hotmail.com

Sabrina Camilo de Souza

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Anhembi Morumbi (UAM), São Paulo, SP.
 E-mail: sabrina_camilos@hotmail.com

Yuri Robert de Carvalho

Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP.
 E-mail: pessoalyuri@gmail.com

Janize da Silva Maia

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Educação. Coordenadora de Grande Área e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP.
 E-mail: janizecs@yahoo.com.br

Submissão: 19/05/2022

Aprovação: 14/10/2022

Publicação: 19/12/2022



Como citar este artigo:

Ferraz GS, Souza SC, Carvalho YR, Maia JS. Caracterizando a violência obstétrica. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(40):167-177.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.167-177>

Introdução

A terminologia Violência Obstétrica (VO) tem se tornado mundialmente conhecida, para designar toda e qualquer categoria de agravo à saúde da mulher grávida, parturiente e puérpera ou ao seu bebê nos âmbitos de estrutura do parto, ambiente hospitalar e atenção ao parto, quando praticados por profissionais durante a assistência, no que fere os princípios de autonomia, integridade física, psíquicas e emocionais da mulher, até mesmo a suas escolhas, decisões e preferências. Afetando diretamente à mulher e seus bebês, a VO foi reconhecida recentemente pela OMS como uma questão de saúde pública¹.

A VO é ainda caracterizada pela Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência como apropriação do corpo feminino e do processo fisiológico reprodutivo por profissionais de saúde, pelo trato desumano para com a mulher e fortemente ligada a preconceito de gênero, raça, etnia ou condição socioeconômica².

A partir dos anos 1970, as mulheres insatisfeitas com tanto tecnicismo imposto sobre seus corpos, se mobilizam e iniciam a reivindicação para um olhar menos patológico e intervencionista sobre seus corpos, ditados por médicos, que a partir de então, provindo de movimentos feministas a perspectiva de humanização, partindo do princípio da medicina baseada em evidências e por formas temporais de vivência do parto, trazendo ainda a importância da naturalidade fisiológica da parturição, compreendendo a condição humana, e o uso devido de intervenções e tecnologia em prol do bem estar da mulher como um todo³.

Embora a humanização ainda seja um desafio social, para as instituições e para os profissionais de

saúde, a importância de insistir nas adequações, desconstruções e reeducação que precisam ser feitas para a resolução deste problema, precisam ser cada vez mais pautadas e estudadas, tornando-se assim mais frequente, efetiva, mais complexa e mais presente, no que diz respeito ao tratamento totalmente livre de danos e maus-tratos às mulheres, ricos em informação e confortabilidade, sendo tratadas com total dignidade e respeito. São metas a serem alcançadas e aplicadas diariamente nas vivências, fortalecendo a humanização, retomando o natural e fisiológico, recuperando o bem-estar total da mulher nesse momento delicado e importante de sua vida⁴.

Partindo do princípio de apropriação indevida e/ou negativa do corpo de uma mulher e seus direitos reprodutivos e humanos, a Violência Obstétrica se exterioriza, no âmbito profissional de saúde, por meio de tratamentos violentos e incapacidade ou omissão da mulher sobre os processos fisiológicos e naturais do seu corpo, de suas decisões e escolhas e, desta forma, desrespeitando não somente os direitos à pessoa humana da mulher e seu filho, mas aos direitos humanos do paciente, suas especificidades e necessidades como um todo, dentro de uma assistência⁵.

A comunidade científica e social tem encontrado dificuldade na implementação de políticas de humanização e informações sobre a VO, por ser ainda um assunto pouco conhecido e visibilizado. Uma pesquisa feita recentemente, denominada Nascer no Brasil, traz alguns dados de entrevistas realizadas com 23.894 mulheres, avaliando 266 hospitais de 191 municípios brasileiros, onde constaram ainda diversos procedimentos não recomendados a pouco mais de

três décadas, como a posição litotômica (92%), privação de alimentos durante o trabalho de parto (70%), episiotomia (56%), manobra de Kristeller (37%), e presença de acompanhante (18%)⁶.

Vale ressaltar ainda a importância da questão racial, visto que ela é uma problemática e tem incidência maior quando relacionada à mulher preta. Dados de uma pesquisa foram analisados, onde uma amostra de 6.689 mulheres, sendo elas 4.849 brancas e 1.840 pretas, após comparativos pelo score de propensão, revela que mulheres negras recebem menos anestesia na parturição em relação às mulheres brancas. A violência por negligência e maus-tratos tem índices maiores em mulheres negras, que tiveram um pré-natal inadequado e risco de falta de orientação adequada na hora do parto⁷.

Os documentários são importantes e relevantes formas de abordagem com mais clareza e demonstração dos fatos para melhor compreensão do público sobre o assunto abordado, mostrando a realidade de forma mais ampla, com detalhes de informações e imagens aprofundadas. Funcionam ainda como meios de massa, no que diz respeito a atingir pessoas em diversos lugares diferentes, multiplicando informações e se tornando meio de conscientização, mobilização no ambiente em que vivem e a partir de então, podendo construir novos conceitos de vivência e diferentes formas de olhar tal assunto⁸.

Os profissionais de enfermagem têm perdido a sua essência, do cuidado integral com o ser humano. Os ambientes de maternidade são tidos como uma fábrica funcional, onde o objetivo é liderar rankings de partos, o que vai contra todo o princípio de cuidado. A prática da humanização e acolhimento, junto de ações

que conscientizem os profissionais a protagonizarem a mulher e adotarem o método humanizado de parto pode ser o primeiro e grande passo para erradicar a Violência Obstétrica⁹.

Ainda hoje é evidente a necessidade de esforços para a diminuição da normalização da violência obstétrica nas instituições de saúde, e no Brasil, como forma de incentivo foi criada a Rede Cegonha, que prioriza a valorização de práticas humanizadas no ciclo gravídico-puerperal, trazendo a visão holística e sensível sobre a gestante, parturiente e puérpera na assistência à saúde, levando em conta a importância da reflexão sobre a prática da violência obstétrica como uma ação cultural que precisa ser banida¹⁰.

Os profissionais de saúde e equipe de enfermagem precisam estar em constante atualização de conhecimento e reconhecimento dos direitos das parturientes, apresentando condições adequadas e éticas para a assistência e intervenção no âmbito gravídico-puerperal, garantindo a orientação adequada, o respeito, a dignidade e o protagonismo da mulher mediante seus direitos, deveres e escolhas, promovendo a confiança, motivação e humanização voltadas para o cuidado e atenção integral¹¹, razão pela qual, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a VO por meio do documentário “*O renascimento do parto*”.

Material e Método

Pesquisa exploratória de análise qualitativa, cujo objetivo é mostrar experiências, visando a realidade, a partir de motivos, valores, atitudes, correspondendo às relações profundas¹².

Tendo como objeto de estudo os relatos do documentário “*O Renascimento do parto*”, analisados pela proposta de Bardin, onde foram pré-analisados e

organizados de modo a torná-lo operacional, na sequência explorada e categorizados e, por fim, tratados e interpretados de modo reflexivo e crítico¹³.

O documentário “*O Renascimento do Parto*”, disponível na plataforma digital *Netflix*, é um serviço de *streaming* por assinatura, que permite a reprodução de vídeos de alta qualidade projetados em aparelhos conectados à internet.

Podendo mostrar ou não a realidade tal como ela é, um documentário pode ser uma produção artística ou uma forma subjetiva de abordar meios parciais para um devido fim, podendo ter diversas maneiras de abordagens, registrando histórias de vida de pessoas, marcos de movimentos populacionais, grupos culturais dentre outros. Logo, é um ponto de vista de alguém registrado em um documento audiovisual sem compromisso com a realidade¹⁴.

Os documentários têm o papel de expressar as diversas formas que uma história pode ser narrada, não excluindo o fato de que a mesma pode ser contada em diversificadas vezes e formas, partindo de pontos de vista, visões e olhares diferentes¹⁵.

As versões multifacetadas de um documentário podem despertar diferentes tipos de reações e visões nos espectadores, agindo assim sob diferentes vozes, ou vozes específicas e de natureza própria, pelo qual a subjetividade e reflexividade são fortemente enfatizadas e, os procedimentos da filmagem e a relação entre grupo filmado e documentarista se tornam evidentes para o espectador que consegue notar a reação dos entrevistados diante da câmera e de seu realizador. Desta forma, podem ser classificados como: poético, expositivo, observativo, participativo, reflexivo e performático¹⁴.

No documentário poético as imagens buscam trazer a narrativa e estética, trabalhadas próximo a realidade contada; o expositivo enfatiza a abordagem argumentativa havendo um posicionamento exposto do autor; o observatório onde os temas abordados possuem liberdade de real vivência, ignorando o fato existente, sem alteração ao proposto; o participativo, onde há uma interação mais direta entre o cineasta e o tema ou atores sociais, podendo ainda ser em formas de entrevista ou de eventuais intervenções; o reflexivo, que pode abordar ou não, a estrutura de argumentação, despertando o senso de reflexão e; por fim, o performático, que permite a aproximação com a ficção a partir do empenho em buscar resultados emocionais e sociais para os espectadores¹⁵.

O “*O Renascimento do Parto*” trata-se de um documentário expositivo, com início no ano de 2013 sendo transmitido, desde então, em diversas plataformas digitais, no intuito de retratar a grave realidade do meio obstétrico no Brasil, caracterizando práticas que têm se tornado cada vez mais comum, aumentando significativamente a prática do parto cesárea e de intervenções desnecessárias discutindo, principalmente, a falta de protagonismo da parturiente devido a negligência dos profissionais da área da saúde, em função do lucro e da otimização do tempo, abordando, a partir de depoimentos e imagens, o ponto de vista de especialistas e mulheres que desejaram se fazer ouvir, disseminando informação, sobre a autonomia da mulher diante de suas escolhas, a importância e benefícios do parto normal, devolvendo a humanização do mesmo¹⁶.

Para embasamento científico do assunto abordado serão utilizadas referências publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde nos últimos 9 anos.

Resultados

O quadro abaixo sintetiza a integração dos relatos presentes no documentário.

Quadro 1. Quadro com a integração dos relatos selecionados para o estudo. Fonte: Autoria própria, 2021.

Parte do Documentário	Participante	Relato	Caracterização da VO
1ª	Carol Lobo	Bióloga, vítima de um parto cesárea com 38 semanas e 2 dias, na qual o médico disse que seu filho estava com uma “ <i>circular de cordão</i> ” e que deveria marcar o procedimento cirúrgico. Após anos percebeu a violência durante o parto quando estava assistindo o vídeo dela com a filha em questão, na qual não recebeu a atenção dos médicos e ficou sozinha separada da mãe após o procedimento, além de tratamentos grosseiros na fala e no cuidado.	Sensação de abandono pela mulher (separação da filha após o procedimento); Uso de fala grosseira do profissional; Manuseio da técnica do procedimento de forma brusca; Uso do autoritarismo; Desrespeito ao protagonismo da mulher, enquanto parturiente; Negligência de informações sobre o seu atendimento.
1ª	Andrea Santa Rosa Garcia	Nutricionista, esposa do ator Márcio Garcia, teve um parto cesárea, com 21 anos de idade, na qual relata comentários e olhares dos profissionais de saúde a respeito de ser nova e ter engravidado “precocemente”. Desejava o parto normal, no entanto, próximo ao parto, entre 38 e 39 semanas, recebeu da médica a informação de que o bebê estava com duas “ <i>circulares de cordão</i> ”.	Trato grosseiro; Desrespeito ao protagonismo da mulher, enquanto parturiente; Olhares e comentários inadequados diante da parturiente.
1ª	Amanda Arruda	Contadora, mãe da Ana Clara que desejava realizar um parto normal, apesar de todos os médicos alegaram que não indicariam devido fatores como apresentação pélvica, distocia de ombro, liberação de mecônio. Após diversas recusas, encontrou um médico que a princípio a apoiou, mas foi enganada ao chegar na maternidade em trabalho de parto, o profissional passou por cima de sua vontade, alegando que a mesma só estava com um centímetro de dilatação, na qual poderia posteriormente levar a um sofrimento fetal.	Desrespeito ao protagonismo da mulher; Coação; Manipulação; Episiotomia desnecessária.
1ª	Mariana Carvalho	Gestora pública relata que foi convencida pelos médicos de que seu corpo não funcionava direito por não conseguir trazer ao mundo filhos de maneira natural e que o parto cesárea seria a melhor opção, principalmente por não apresentar um corpo “padrão” para que seu filho viesse ao mundo com saúde.	Violência psicológica; Manipulação; Enganação.
1ª	Carmen Campbell	Mãe e professora, Ph.D. Três semanas antes do parto foi ao consultório médico, e recebeu a informação de que embora seu bebê estivesse em apresentação cefálica (o que não tinha ocorrido antes), ele era muito grande. Recebeu a solicitação de três exames e, posteriormente, viu uma imagem congelada com um feto com três “ <i>circulares de cordão</i> ”. Ao receber a indicação do parto cesárea por este profissional, recebeu do mesmo a indicação de uma segunda opinião, indicando um profissional de sua confiança para receber a confirmação da indicação. Carmen decidiu ouvir a opinião de outro médico já conhecido, que afirmou que a imagem passada anteriormente apresentando problemas no feto era forjada.	Violência psicológica; Enganação; Manipulação; Coação; Falta de respeito; Subestimação.

1ª	Flávia Menezes	Mãe e servidora pública. Por ser magra e ter o quadril estreito, ouvia de diversos profissionais da saúde e de seus familiares que tinha um corpo “errado” e que não conseguiria parir, até que ficou grávida e sua obstetra explicou que ela conseguiria sim.	Uso de palavras grosseiras e comentários inadequados; Subestimação; Desmotivação; Coação; Violência psicológica.
1ª	Leidijane Barbosa	Mãe e dona de casa. Ao ter o bebê o médico e a pediatra subiram em cima dela para empurrar o bebê e, num outro momento, realizaram episiotomia para favorecê-los no processo de parturição.	Episiotomia sem consentimento; Palavras grosseiras; Manobras desnecessárias; latrogenia; Autoritarismo; Violência psicológica.
1ª	Juliana Monteiro	Mãe e empresária. A primeira fase do parto teve a duração de 8 horas de trabalho de parto. Recebeu métodos alternativos para alívio da dor, tais como acupuntura e massagem. Teve o acompanhamento da doula e do marido.	Não houve no relato nada que caracterize violência obstétrica.
2ª	Gestante 1	Relata que durante o parto normal, foi violentada fisicamente pelo médico, que por sua vez, realizou bruscamente a manobra de Kristeller, sendo xingada por demonstrar dor, e ao encostar em seu órgão genital, foi repreendida, alegando o médico que a mesma havia contaminado a região. Relatou uma episiotomia desnecessária, medo e procedimentos brutos com o seu bebê, desde limpeza até oxigenação.	Violência verbal; Uso de manobras grosseiras, desnecessárias; latrogenia; Sensação de abandono pela mulher; Episiotomia sem consentimento; Negligência; Violência psicológica; Risos e conversas paralelas durante o procedimento.
2ª	Gestante 2	Ao completar 42 semanas foi convencida a realizar um parto cesárea porque seria de menor perigo para ela e para seu bebê. Apesar de seu marido apresentar as leis para enfermeira na qual comprova que a gestante pode ter um acompanhante, o mesmo recebeu a negativa com a justificativa de que a área é restrita e necessária para a manutenção da privacidade das parturientes.	Violência psicológica; Sensação de abandono pela mulher; Desrespeito ao protagonismo da mulher; Negligência; Prática de humilhação da parturiente; Uso de palavras grosseiras.
2ª	Gestante 3	Relata que chegou ao hospital com 9 cm de dilatação e, enquanto aguardava a liberação do quarto para sua internação, foi abordada de modo grosseiro por um profissional de saúde questionando-a porque ela ainda não estava vestida com roupa de cirurgia, para realizar o parto cesárea, sem o devido respeito à vontade da parturiente. Relata também a realização da manobra de Kristeller de modo grosseiro e a realização da episiotomia sem seu consentimento ou informação.	Desrespeito ao protagonismo da mulher; latrogenia; Episiotomia sem consentimento; Violência psicológica.
2ª	Gestante 4	Relata uso de grande quantidade de ocitocina ofertada e administrada pelos profissionais da saúde, episiotomia na qual a mesma ainda sente dor física e sofrimento durante a realização da manobra de Kristeller.	Uso desnecessário de ocitocina; Episiotomia sem consentimento; latrogenia.
2ª	Gestante 5	Relata que engravidou aos 18 anos e sofreu violência psicológica, pois diziam que se ela não fizesse parto cesárea, iria morrer. Ouviu o médico dizer que cortou as nádegas do bebê sem querer de maneira “normal”.	Violência psicológica; Manipulação; Coação; Uso de palavras grosseiras; Subestimação; Uso de autoritarismo.
2ª	Gestante 6	Relata a todo momento realizados exames de toque e ter sido violentada ao não ter sido ouvida, não pode beber ou comer nada, como modo de punição, alegando que a culpada era ela pois havia escolhido um parto normal, além de perceber risos e conversas	Desrespeito ao protagonismo da parturiente; Subestimação; Privação no direito de comer e beber; Coação; Uso de palavras grosseiras.

		ofensivas.	
2ª	Gestante 7	Relata que ficou esperando dentro de um centro cirúrgico gelado, sozinha, como um meio de punição por um médico que tinha como objetivo fazer com que a gestante assinasse uma papelada, na qual o tornaria isento de qualquer problema que pudesse futuramente ocorrer.	latrogenia; Desrespeito ao protagonismo da parturiente; Sensação de abandono pela mulher; Uso de palavras grosseiras e desnecessárias.
2ª	Gestante 8	Relata que aos 7 anos sofreu um acidente, resultando na amputação de suas pernas. Diante desta situação, sempre ouviu que jamais poderia ter um parto normal pois era inválida para tal ato. Relata que o primeiro médico de sua procura a olhou de maneira vergonhosa, se perguntando como a mesma conseguiu sequer engravidar, tendo que diversas vezes mudar de médico, por opiniões como: bacia não abrir, corpo pequeno, pena e gravidez de risco.	Desrespeito diante de suas necessidades físicas; Violência psicológica; Uso de palavras grosseiras e desnecessárias; Risos e comentários preconceituosos; Subestimação.
2ª	Gestante 9	Relata que ao sugerir que queria um parto normal, ouviu que não poderia realizá-lo em função do parto cesárea anterior e idade avançada, com termos nada formais, mesmo com 31 anos. Após o parto, só conseguiu ver a filha depois de 10 horas após o nascimento.	Manipulação; Uso de comentários desnecessários e ofensivos; Sensação de abandono pela mulher; Negligência; Desrespeito o protagonismo da mulher; Violência psicológica.
3ª	Gestante 1	Relata que ao chegar ao hospital com 5 centímetros de dilatação já lhe aplicaram ocitocina e a levaram ao centro cirúrgico para a realização do parto cesárea. Após o parto, passou a noite com frio, sendo deixada sozinha em um quarto de baixa temperatura. Informa que a insegurança passou a fazer parte de sua rotina após este fato.	Uso inadequado de ocitocina; Procedimento cirúrgico desnecessário; Insegurança devido ao trauma psicológico; Desrespeito ao protagonismo da mulher; Falta de humanização.
3ª	Gestante 2	Médica, relata que escolheu uma colega de profissão para realizar seu parto, na qual posteriormente, sem que ela soubesse, a profissional de saúde lhe deu um medicamento para induzir suas contrações. Entretanto a paciente não demonstrou dilatação, segundo eles, sendo feito um parto cesárea desnecessário.	Negligência; Desrespeito ao protagonismo da mulher; Enganação; Uso desnecessário de ocitocina e outras medicações para induzir rapidamente as contrações; Uso do autoritarismo; Manipulação; Procedimento cirúrgico desnecessário.
3ª	Gestante 3	Relata que toda hora entrava alguém no quarto para ver ela sentindo dor. No momento do nascimento de seu bebê, uma enfermeira perguntou se o médico não iria fazer uma episiotomia, para segundo eles, facilitar o nascimento, sem ao menos ter indícios de necessidade.	Desrespeito ao protagonismo da mulher; Violência psicológica; Uso do autoritarismo; Tentativa de episiotomia sem necessidade; Negligência; Coação.
3ª	Gestante 4	Relata que apresentou um aborto espontâneo, e ao dar entrada ao hospital com hemorragia, foi interrogada pelo uso e quantidade de medicamento abortivo que havia utilizado. Ela e o marido foram questionados isoladamente, presumindo um abortamento induzido e planejado.	Desrespeito ao protagonismo da mulher; Coação; Manipulação; Violência psicológica; Coação; Negligência; Uso de comentários desnecessários e ofensivos; latrogenia.

Violência verbal, desrespeito ao protagonismo feminino e manipulação foram as situações frequentes

de violência obstétrica nos relatos do documentário analisado. Tais agressões, quando praticadas,

negligenciam o direito da mulher e transformam o parto em um procedimento motorizado e desrespeitoso tanto para a parturiente quanto para o bebê, ocasionando consequências diversas e, muitas vezes irreversíveis, tais como transtornos comportamentais, confusões, traumas, inseguranças, transformando um evento potencialmente inesquecível, biológico e natural em algo aterrorizante, traumático e desumano¹⁷.

Discussão

A violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder real ou potencial contra si próprio ou outrem, seja um indivíduo, grupo ou comunidade, que pode resultar em lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação ou até mesmo a morte, associando, desta forma, a intenção à prática do ato¹⁸.

Podendo ser ainda um fenômeno diverso, a violência é, em si, algo complexo e multifacetado, dotado de muitas versões no que apresenta variadas ramificações, tipos e diferentes formas, abrangendo cada indivíduo de maneira diferente, e ainda, sem excluir os aspectos psicossociais que envolvem cada ser em sua individualidade, configurados no cotidiano de vida¹⁹.

De acordo com a OMS, a violência subdivide-se em três grandes categorias: Violência auto infligida, onde a mesma é deferida a si própria, como suicídio, pensamentos suicidas, autolesão; Violência interpessoal, deferida por um pequeno grupo de pessoas e abrange duas categorias, sendo elas violência familiar ou de parceiro íntimo ou violência comunitária, ou que ocorre entre pessoas sem laços parentescos, podendo ser conhecidos ou não e; Violência coletiva que caracterizam as dominações de

grupos e estados, e acontecem em âmbitos sociais, políticos e econômicos, como crimes feitos por grupos organizados, guerras, atos terroristas, crimes de multidões, aniquilamento de determinadas nações ou povos, dentre outros. Destacando-se aquelas que se manifestam no contexto das relações interpessoais, a natureza provinda de atos violentos pode ser física, sexual, psicológica e/ou podem envolver provação e negligência²⁰.

Considerando a violência contra a mulher, configurada por toda e qualquer ação que traga danos físicos, psicológicos e/ou sexuais ou de sofrimento para a mulher, a violência obstétrica pode ser considerada como qualquer conduta, ato ou omissão realizada por profissionais da saúde em instituições públicas ou privadas, atribuídas direta ou indiretamente a retirada indevida de processos corporais ou de reprodução da mulher²¹.

Movimentos ativistas têm refletido e denunciado inúmeros tipos de violência nos processos de gestação, parto e pós-parto desde os anos de 1980, no entanto, somente a partir dos anos 2000 é que o assunto tem apresentou crescimento e efervescência demasiadamente fortes no meio acadêmico, órgãos governamentais e redes sociais do Brasil²².

Como um fenômeno cujo termo tornou-se conhecido somente em 2007, por meio da abordagem deste assunto pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Perez D'Gregorio, a VO ganhou notoriedade em um editorial de jornal acadêmico sendo que no mesmo ano, o país passou a adotar a nomenclatura "violência obstétrica" para tais práticas, sendo o primeiro país a defini-la de tal forma. Desde então, sua força vem crescendo e o engajamento é notado como crescente,

mesmo sendo uma discussão relativamente recente e os conceitos e definições precisam ser mais bem esclarecidos, por ainda serem inviabilizados, pouco reconhecidos e naturalizados⁶.

A violência obstétrica caracteriza-se por meio do tratamento desumano, da patologização dos processos naturais fisiológicos, da promoção de ausência da autonomia e capacidade para decidir espontaneamente sobre seu corpo e sexualidade, impactando de forma negativa a qualidade de vida da mulher²³.

Também se expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, rispidez e ameaças, comentários desnecessários, gritos de repressão, humilhação intencional), violência física, incluso à não utilização de analgesia quando indicado, abuso sexual e violência psicológica. Ocorre, ainda, o uso indevido de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários, frente às evidências científicas, resultando em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas à saúde da mulher e/ou do seu filho²⁴.

A situação do cenário mundial, são relatos e casos de abusos, maus-tratos, mulheres assistidas de maneira violenta, violação de direitos humanos por profissionais de saúde sendo rotineiros no período de assistência ao parto e de nascimento, e ainda, no momento de trabalho de parto, vê-se a mulher, em posição totalmente submissa, seminua, com a genitália exposta, frente a pessoas estranhas que logo após o nascimento a separa totalmente de seu filho²⁵.

No que diz respeito à relação de poder e abuso, e subordinação da mulher ao profissional de saúde e o viés da VO se manifestar de formas variadas, é notório

a violência de gênero, sendo a mulher submetida a uma via de duplo poder, pois como mulheres estariam sendo submetidas à dominação masculina e como pacientes, estariam sendo submetidas à dominação do corpo médico sobre seus corpos²⁶.

As ações de VO podem ser atribuídos ainda, relatos de privação do direito à alimentação, negação da presença de acompanhante escolhido, falta de informação sobre procedimentos realizados durante assistência, cesárea desnecessária, privação do direito de deambulação, manobra de Kristeller, exames vaginais repetitivos e sem justificativa, uso de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, realização de episiotomia sem o consentimento da mulher, o que por fim, pode acarretar danos permanentes à integridade física, mental e emocional²⁵.

Além dos danos físicos causados de imediato à essas mulheres, a ênfase a ser dada sobre as consequências posteriores são de suma importância, uma vez que o trauma adquirido pode afetar a saúde mental da mulher, visto que os momentos de parto e/ou pós-parto foram marcados de turbulências e violências para a parturiente/puérpera e seu bebê²⁷.

Neste contexto, vê-se a necessidade de uma mudança da parte dos profissionais de saúde, gestores e políticas públicas quanto à saúde da mulher, como um todo e específico para o período gestacional, de parturição e pós-parto, com o desejo de resgatar a autonomia da mulher sobre seu corpo, direita, sexuais, reprodutivas e humanas atreladas a apresentação de informações pouco conhecidas do que teria que ser a realidade da mulher, trazendo à luz, a complexidade do assunto, instituindo progressos e mudanças²⁸.

Os vínculos adquiridos entre o profissional de enfermagem e a mulher e seus familiares os acompanham desde o momento do pré-natal, o que o torna um personagem ímpar e com um papel fundamental a ser desenvolvido na vida de outrem e no processo de gestação e parto.

Conclusão

Este estudo pode demonstrar as diversas situações que caracterizam a VO, por meio dos relatos de um documentário, cujo objetivo foi denunciar ações e falas que violam os direitos da mulher enquanto gestante, parturiente e puérpera.

O profissional de enfermagem, junto a sua equipe precisa proporcionar um ambiente de total acolhida, desde o momento do pré-natal à hora do parto e acompanhamento puerperal. O olhar humano e visão holística devem predominar e serem cultivados pelos mesmos, respeitando e priorizando as emoções e sentimentos da mulher.

A sociedade caminha para melhorias quanto aos fatos mencionados, mas ainda há necessidade de mudanças no que diz respeito à humanização. A pauta em questão, que é o protagonismo da mulher sobre o seu corpo, direitos e o momento único da parturição, precisa ser mais bem abraçado pelos profissionais de saúde e o acolhimento colocado em sua forma genuína e essencial.

Espera-se que este estudo, embora limitado, proporcione reflexão e mudança de comportamento nos profissionais e agregue conhecimento, informações e promoção à assistência adequada mediante a VO incentivando o olhar diferenciado, baseado na humanização em sua real essência.

Referências

1. Lansky S. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência Saúde Coletiva*. 2019; 24(8):2811-2823.
2. Menezes FR. O olhar de residentes em enfermagem obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020; 24(e180664):1-14.
3. Souza JB. Parto humanizado e o direito da escolha: análise de uma audiência pública no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde*. 2020; 27(4):1169-1186.
4. Oliveira MSS. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. *ABCS Health Sci*. 2019; 44(2):114-119.
5. Albuquerque A, Oliveira LGSM. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Rev CEJ*. 2018; 22(75):36-50.
6. Sens MM, Stamm AMNF. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019; 23:(e170915).
7. Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero Am Direito Sanit*. 2020; 9i1.585:97-119.
8. Andrade GO. A narrativa audiovisual como recurso de conscientização para doação de medula óssea. *Rev Iniciacom*. 2019; 8(2).
9. Martins FL, Silva BO, Carvalho FLO, Costa DM, Paris LRP, Junior LRG. Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. *Rev Saúde em foco*. 2019; 413-22.
10. Niculau DS, Feitoza CSV, Menezes MO. Reflexões sobre a violência obstétrica no Brasil: aspectos culturais. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE*. 2021; 6(3):95.
11. Maia JS. A mulher diante da violência obstétrica: consequências psicossociais. *Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2018; 7(11):54-68.
12. Ramires JCL, Pessoa VLS. Pesquisas qualitativas: referências para pesquisa em

- geografia. In: Marafon GJ, Ramires JCL, Ribeiro MA, Pessôa VLS. Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas. 2013; 22-35. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575114438.0003>>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. SP: Casa das ideias. 2016. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>.
14. Sousa JC. Documentários científicos sobre o mundo natural no ensino de biologia. Ciência Educação (Bauru). 2020; 26:1-18.
15. Maia JS, Santos CEF, Grespan JF, Pereira IM, Bruno JNS. A percepção do puerpério atrás das grades. Glob Acad Nurs. 2021; 2(1):69.
16. Chauvet E. O renascimento do parto. Netflix Brasil, plataforma de streaming. 2013. Disponível em: <<https://www.netflix.com/br/title/80995575>>.
17. Zanardo GLP, Calderón M, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia Sociedade. 2017; 29:e155043:1-11.
18. Busnello GF. Tipos de violência no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery. 2021; 25(4):1-11.
19. Silva SSGT, Guzzo RSL. Escola, Família e Psicologia: Diferentes Sentidos da Violência no Ensino Fundamental. Psicologia Escolar e Educacional. 2019; 23:1-9.
20. Coelho EBS, Silva ACLG, Lindner SR, UNA-SUS. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2018. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45088>>.
21. Katz L. Who is afraid of obstetric violence? Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2020; 20(2):623-626.
22. Palharini LA. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. Cadernos Pagu. 2017; (49):1-47.
23. Silva EHB, Silva JND. Ações de enfermagem capazes de prevenir ou diminuir a violência obstétrica: revisão integrativa. Gep News. 2019; 2(2):589-598.
24. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Rev Estudos Feministas. 2018; 26(e43278).
25. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Latino Am Enferm. 2018; 26:1-12.
26. Carnaval CAC, Silva TH. A violência obstétrica e suas consequências para as mulheres. Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2021; 7(7): 850-83.
27. Dias S, Pacheco A. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. Rev Arquivos Científicos (IMMES). 2020; 3(1):04-13.
28. Paula E. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. Texto Contexto Enferm. 2020; 29 (e20190248):1-14.