

“AMEAÇADA E SEM VOZ, COMO NUM CAMPO DE CONCENTRAÇÃO”: UMA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.

Amanda Laysse da Silva Feitosa*

Maria Indyajara da Silva Filgueiras**

Maria Natalia Fernandes de Aquino***

Orientadora: Ingrid Dantas Gonçalves****

* *Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: amandalaysse@gmail.com.*

** *Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: indyajaraf@gmail.com.*

*** *Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: marianatfer@gmail.com.*

**** *Graduada em Serviço Social pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras (FAFIC) e Especialista em Gestão e Avaliação de Políticas Públicas (FAFIC). Assistente Social da Maternidade Dr. Deodato Cartaxo – Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). E-mail: ingriddantasg@gmail.com.*

Resumo: Analisar as práticas de violência obstétrica que acontecem diariamente nos hospitais e maternidades públicas de todo o Brasil foi o objetivo deste estudo, conduzido por meio de uma ampla revisão bibliográfica na literatura científica. A análise dos dados encontrados e a consecutiva discussão suscitaram nos seguintes temas: o primeiro, denominado violência obstétrica e dominação feminina: relações de gênero e poder médico, analisa o alicerce histórico e social desse tipo de violência, destacando as relações de poder do homem e a dominação médica nessas práticas, uma vez que por mais que a mãe seja a responsável por trazer o bebê ao mundo, ainda existe a ideia de que o médico é quem “faz o parto”, provocando, assim, cada vez mais casos de violência obstétrica. O segundo denominado violência no parto hospitalar: a dor que cala, identifica e descreve as várias formas de violência presentes na rotina dos serviços de saúde, a naturalização dessas práticas e as consequências para o bem estar das mães e bebês. No terceiro intitulado parto humanizado: limites e possibilidades abordou-se a Política Nacional de Humanização do Parto que vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde desde os anos 2000, foi realizada, também, a análise dos avanços da proposta e a possibilidade de extinção das relações de opressão transcorridas no momento do parto com intuito de fortalecer o destaque das mulheres. Aponta-se, portanto, com esse estudo a necessidade latente de que os profissionais que compõe a rede de saúde, a saber, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos etc., possuam em suas práticas diárias um comprometimento ético para com os usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS) tratando-os, assim, como sujeitos de direito que são.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Saúde Pública, Parto Humanizado.

1. Introdução

As práticas de violência vivenciadas pelas mulheres manifestam-se nas mais variadas formas e nos mais diversos espaços sociais. Agressões físicas, morais, psicológicas, patrimoniais e o feminicídio dão-se cotidianamente nos espaços domiciliares e institucionais.

Conforme Chauí (apud AZEVEDO & GUERRA, 2001, p.8) a violência se traduz como:

[...] a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior [...]. A ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas. Há violência.

Segundo dados de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) entre 2009 e 2011 foram registrados 16,9 mil mortes de mulheres por conflitos de gênero indicando uma taxa de 5,8 casos para cada 100 mil mulheres¹.

Visto isso, a violência obstétrica como um fenômeno que ocorre em sua maioria nos espaços institucionais vem evidenciando-se nos últimos anos. A pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo evidencia que uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil². E por serem práticas silenciosas e institucionalizadas são naturalizadas e reproduzidas na rotina da maioria dos hospitais e maternidades de todo o país. Um momento que deveria ser de acolhimento e cuidado à mãe e ao bebê traduz-se por tratamentos abusivos e desrespeito físico, moral e psicológico.

Dessa forma, esse artigo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o cenário vivenciado pelas mulheres durante o parto e os impactos causados na vida delas no pré e pós-parto. A priori pretende-se realizar uma discussão a cerca das relações de poder que desencadeiam esse fenômeno, enfatizando a dominação masculina e a autoridade médica. Logo após será sinalizado como essa violência se expressa na vida das mulheres, e as consequências suscitadas por essas relações. Por fim, haverá a análise e discussão a respeito das políticas de humanização do parto, bem como os limites e possibilidades no desenvolvimento de uma nova prática assistencial para as mulheres e os bebês.

2. Metodologia

Foi realizada uma busca por artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses a respeito da temática utilizando as palavras-chave: violência obstétrica, saúde pública e parto humanizado, sendo encontrado um numeroso acervo bibliográfico. Logo após foi realizada a seleção de aproximadamente vinte produções e em seguida a leitura dos textos para análise e revisão de literatura do tema com objetivo principal de identificar os impactos da violência obstétrica na vida das mulheres, como também as rotinas que são reproduzidas nas maternidades e a naturalização dessa prática pelos profissionais da saúde.

3. Resultados

Como resultado da análise dos dados encontrados e das discussões desencadeadas, os seguintes temas serão abordados durante a discussão desse estudo, são eles: 1) Violência

¹ Disponível em: <<http://negobelchior.cartacapital.com.br/tragedia-do-machismo-no-brasil-472-mulheres-assassinadas-por-mes-revela-ipea/>>. Acesso em 05set2017.

² Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 05set2017.

obstétrica e dominação feminina: relações de gênero e poder médico; 2) Violência no parto hospitalar: a dor que cala; 3) Parto humanizado: limites e possibilidades.

4. Discussão

Discutiremos cada tema de forma separada, como segue.

4.1 Violência obstétrica e dominação feminina: relações de gênero e poder médico

De acordo com Rattner (2009) até o início do século passado, a cena do parto, era predominantemente feminina. A assistência ao bebê e à mãe era feita pelas mãos das parteiras, na intimidade dos domicílios e na presença de pessoas de confiança da puérpera. Dessa forma, estava envolvida não só a dimensão biológica, mas a psicológica e espiritual também, possibilitando que a subjetividade das mulheres viesse à tona, ao mesmo tempo assegurando poder, prestígio e competência as parteiras. Conforme Wolff e Waldow (2008) “A dor e a angústia que envolvia a parturiente eram interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina e por meio dessa cultura sobre o parto as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero” (p. 141).

No século XVIII as práticas de partejar³ historicamente advindas do poder-saber feminino, transformam-se em poder-saber masculino. Com o surgimento da medicina científica, desenvolvida nas universidades e de acesso exclusivo dos homens, o processo de dominação do corpo feminino, iniciado no século XV pela igreja, ganha ainda mais força.

Com a Segunda Guerra Mundial, nos anos 1940, a institucionalização do parto ganhou um grande impulso, com isso, no final do século XX mais de 90% dos partos passaram a ser realizados em ambiente hospitalar, colocando a participação das parteiras em segundo plano. Nesse sentido, a “assistência à saúde foi se medicalizando e se masculinizando nos últimos dois séculos, sendo realizada cada vez mais dentro do hospital, local que desde seu nascimento no século XVIII tem se constituído em espaço de domínio médico e controle dos corpos” (BARBOZA & MOTA, 2016; p. 122).

Com o desenvolvimento do modelo assistencial biomédico, no qual se considera apenas os fatores biológicos como fatores de doença, e que desta forma apenas o médico determina os modos de tratamento, os pacientes são sujeitos passivos e sem autonomia, não podendo opinar sobre seu tratamento. Do mesmo modo ocorre no momento do parto, a mulher é considerada apenas como um ser que gera, dessa forma tem sua subjetividade esquecida e sua sexualidade controlada pela medicina.

³ Servir de parteiro ou parteira.

Esse tipo de assistência traz consigo um tipo de violência que Pierre Bourdieu caracteriza como violência simbólica, uma vez que mesmo não empregando força física desencadeia um imenso sofrimento moral e psicológico. Por ser silenciosa e pouco reconhecida essa é uma das mais capciosas violências geradas pelas instituições. Barboza e Mota (2016) dizem que tais práticas conseguem ser mais agressivas e dominadoras pelo modo como se escondem por traz da hierarquia presente no contexto institucional.

Dessa forma, a violência que ocorre no cenário do parto é uma das faces da violência de gênero e frequentemente é considerada como parte da rotina dos serviços de saúde e incorporada aos fluxos das maternidades. Esta violência que muitas vezes é vivenciada pelas mulheres de forma silenciosa, por medo ou por opressão, produz angústia num momento em que deveria estar ocorrendo acolhimento e cuidado (BARBOZA & MOTA, 2016; p. 122).

4.2 Violência no parto hospitalar: a dor que cala

Conforme nota encontrada no site do Senado Federal:

Qualquer ato ou intervenção direcionado à grávida, parturiente, que acaba de dar à luz, ou ao seu bebê é considerado violência obstétrica se for praticado sem a informação e o consentimento explícito da mulher ou se desrespeitar sua autonomia como mãe, sua integridade física e mental, seus sentimentos, suas opções e suas preferências⁴.

Rattner (2009) em sua discussão sobre o fenômeno da violência obstétrica divide o cenário do parto em quatro tipos de violência: a violência verbal e/ou psicológica, a qual consiste em tratamentos grosseiros, repressão, ameaças, gritos etc., a violência física, incluindo a negação de medicação analgésica quando necessária, a violência por negligência e a violência sexual. Tais práticas prejudicam a evolução do parto e aumentam o risco de seqüela e/ou morte para a mãe e o bebê.

Segundo a coordenadora geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, Maria Esther de Albuquerque Vilela:

Mesmo sendo práticas institucionalizadas, muitas vezes endossadas pela academia, elas foram construídas com uma ideia ultrapassada de que a mulher deve parir com dor, como se fosse uma expiação do prazer que ela teve ao fazer o filho. Uma penalização da mulher pela sua sexualidade. Com o tempo, ficou comprovado que essas práticas não têm fundamento científico e causam um sofrimento desnecessário — lamentou⁵.

Em março de 2016 o site do Senado Federal em uma notícia intitulada “Congresso combate violência obstétrica” divulgou um quadro do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública de São Paulo e Associação Artemis

⁴ Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica>>. Acesso em 15set2017.

⁵ Idem.

(veja abaixo) com uma lista de procedimentos inadequados que são feitos nas mulheres, e que na maioria das vezes elas não se dão conta que estão sendo vítimas de violência.

Exemplos de violência

Na gestação

- Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde é realizado o acompanhamento pré-natal.
- Dirigir comentários constrangedores à mulher por sua etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, situação conjugal, orientação sexual, número de filhos ou qualquer outra razão.
- Ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família.
- Negligenciar o atendimento de qualidade.
- Agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo interesses e conveniência do médico, baseada em mitos como: bebê muito grande, muito pequeno ou passando da hora; falta de espaço para passagem do bebê (porque a mãe tem baixa estatura ou quadril estreito); cordão enrolado no pescoço; pé do bebê "preso na costela" da mãe; pouco líquido amniótico; cesariana anterior; deficiência ou mobilidade reduzida; falta de contrações ou de dilatação fora do trabalho de parto; doenças como hemorroidas, hepatite, cardiopatia etc.

No parto e puerpério (logo após o parto)

- Recusar a admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito).
- Impedir a entrada na sala de parto do acompanhante escolhido pela mulher.
- Realizar procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico sem a autorização dela. Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas; privação de alimentos e líquidos (alegando uma possível futura necessidade de cesariana); episiotomia (corte na vagina para ampliar a área de atuação do profissional); imobilização; uso de fórceps; manobra de Kristeller (empurrar a barriga da mãe durante o parto para expulsar o bebê, procedimento proibido pela Organização Mundial da Saúde); analgesia peridural (nem sempre necessária e feita sem permitir que antes a mulher tente métodos não farmacológicos de alívio da dor); romper artificialmente bolsa amniótica.
- Obrigar a parturiente a ficar deitada e não permitir que ela caminhe durante o trabalho de parto para que a gravidade possa ajudar a descida do bebê.
- Dizer ou fazer algo que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança.
- Ameaçar a mulher de não atendê-la se ela gritar.
- Fazer cesariana (que aumenta em três vezes o risco de morte para a mulher) sem indicação clínica e sem consentimento da mulher.
- Impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto.
- Impedir o alojamento conjunto da mãe com o bebê, levando o recém-nascido para berçário por conveniência da instituição.
- Impedir ou dificultar o aleitamento materno.

No atendimento em situações de abortamento

- Negar ou demorar o atendimento à mulher em situação de abortamento.
- Questionar a mulher se a perda do bebê foi intencional ou não.
- Realizar procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento ou sem anestesia.
- Ameaçar, acusar e culpar a mulher, ou coagi-la a confessar que provocou o aborto para denunciá-la à polícia.

Fonte: Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública de São Paulo e Associação Artemis

Segundo uma pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 2011 e 2012 em 299 maternidades de 191 municípios foi constatado, por exemplo, o uso de ocitocina, da manobra de Kristeller e da episiotomia em porcentagens muito elevadas: em 60%, 56% e 86% dos partos, respectivamente.

Em nota o presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Etelvino de Souza Trindade, afirmou que *“O atendimento obstétrico brasileiro é fora do contexto mundial. No resto do mundo, a mulher escolhe o local do parto e é atendida por uma equipe, da qual fazem parte enfermeiras obstetritzas. O médico só intervém quando há alguma intercorrência não esperada”*⁶. Entretanto, ele explicou que nem sempre foi assim no Brasil, que tudo começou a mudar quando em 1967 os institutos de

⁶ Idem.

aposentadorias e pensões foram centralizados e fundidos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e “*uma norma na época determinou que o médico não receberia para estar disponível. Só era pago se atuasse no parto. Isso gradativamente alijou o enfermeiro obstétrico do processo e criou uma estrutura medicocêntrica*”⁷.

Em 1990, com a extinção do INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram criados o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e o Serviço Único de Saúde (SUS), e com eles, novas regras. Porém, esses procedimentos continuam sendo realizados a partir de uma opinião pessoal dos profissionais, e eles reproduzem essas práticas nas maternidades e nas universidades, mesmo com as evidências científicas mostrando os prejuízos que tais procedimentos provocam na saúde da mulher e da criança. Uma vez que esses procedimentos aumentam a dor e o sofrimento da parturiente, não permitindo que ocorra a evolução natural do parto.

Desta forma, esses procedimentos acabam sendo naturalizados e internalizados pelas mulheres usuárias dos serviços das instituições e entendem como normal todo o sofrimento que elas submetidas.

4.3 Parto humanizado: limites e possibilidades

A partir dos anos 1980, com a crescente mobilização e discussão sobre a situação das mulheres e das crianças durante o momento do parto, e após a avaliação das rotinas das maternidades e das práticas obstétricas, foi publicado em 1985 um documento “que criticava o excesso de intervenção e medicalização do parto, e reforçava a importância de respeitar o parto como evento fisiológico e natural” (BARBOZA & MOTA, 2016; p.126). Com isso suscitou-se um debate a respeito de tecnologias e métodos com bases científicas para a garantia de um parto humanizado.

No Brasil esse debate começou a ganhar força a partir dos anos 1990, quando o ministério da saúde desencadeou a elaboração de políticas públicas de enfrentamento às práticas violentas no momento do parto, a instituição de analgesia⁸ pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e a crescente fiscalização dos partos cesáreos. Em 1999 com a portaria 985/1999 foi criado pelo ministério da saúde os Centros de Parto Normal (CPN) que consistiu em unidades que possibilitam a assistência ao parto fora dos hospitais com profissionais não médicos e que incentivam as práticas humanizadas com bases científicas. Em 2000 com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) a humanização do parto foi adotada como política oficial no Brasil, de modo que seu objetivo foi/é de garantir equidade

⁷ Idem.

⁸ Falta de sensibilidade à dor, cancelamento da dor.

no atendimento de todas as gestantes, abrangendo centenas de instituições e dando incentivos financeiros para os municípios de que aderirem ao programa. E em 2001 o Ministério da Saúde editou o manual *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência humanizada a mulher* que defendia a garantia de privacidade e de cuidados que beneficiem a mulher.

Nesse sentido, a política de humanização do parto defende o protagonismo da mulher e sua participação ativa, de modo que suas crenças, valores e desejos sejam respeitados e que as agressões verbais e não verbais que acontecem rotineiramente nas maternidades sejam extintas. Além do protagonismo da mulher, a política também defende a intensa participação dos familiares no momento do parto e o direito ao acompanhante, uma vez que é comprovado que isso contribui satisfatoriamente e traz melhorias para os cuidados maternos e neonatais. Tal recomendação tornou-se lei em 2005 e recebeu o nome de “Lei do acompanhante no parto”.

Dentre tantas mudanças defendidas pelo ministério da saúde para o momento do parto, a qualificação da comunicação do profissional de saúde com a gestante é um dos pontos centrais, uma vez que o fortalecimento do vínculo e da confiança entres eles são de fundamental importância para o desenrolar do parto. Tal comunicação deve ser feita de maneira terapêutica e ética, dando abertura às mulheres para diálogos, dores, negociações e explicações de cada procedimento e ferramentas usadas possibilitando que o momento do parto seja um momento de crescimento e aprendizado para a mulher e toda a sua família. O ministério também defende que o profissional permaneça ao lado da mulher durante o parto, dando-lhe apoio físico e emocional e evitando procedimentos desnecessários.

Entretanto, apesar de todas as recomendações, os profissionais que trabalham na assistência ao parto ainda continuam considerando a mulher como um objeto e o parto com uma linha de produção, desconsiderando a singularidade da mulher e colocando apenas protocolos em prática. Diniz (2005) defende que haja uma construção do parto pela parturiente para que o momento do parto torne-se algo único para a mulher e que a equipe dê total auxílio, mediando e adaptando com cuidado e criatividade cada situação demandada.

O ministério da saúde enfatiza a necessidade do fortalecimento de “relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de assumir o comando da situação, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e a criança” (WOLFF & WALDOW *apud* BARBOZA & MOTA, 2016; p.128). Porém, há um grande desafio no que diz respeito a essas mudanças, caracterizada pela desconstrução das relações autoritárias que as instituições e a medicina estabelecem com a mulher, o esforço desempenhado pelo Ministério da Saúde em instituir novas práticas, não

obtem êxito quando esbarra com os ensinamentos advindos da universidade, que quando deveria ser o centro formador e do aprofundamento do saber e do conhecimento mantém na verdade uma resistência à incorporação destas mudanças e ignora as evidências científicas que apontam que o cuidado desenvolvido pela obstetrícia é prejudicial à mulher e à criança. Portanto, enfrentar as praticas violentas na assistência ao parto implica em reduzir o poder da medicina e o controle que esta tem sobre o corpo da mulher. Porém, apenas tirar o poder das mãos dos médicos ou substituir o médico por outra categoria no acompanhamento do parto não impede a dominação masculina e de controle sobre os corpos femininos, uma vez que essas práticas machistas estão presentes em todos os seguimentos da vida e são reproduzidas pelas demais categorias, inclusive, pelas próprias mulheres que prestam assistência ao parto. Desse modo, conforme Barboza e Mota é de suma importância:

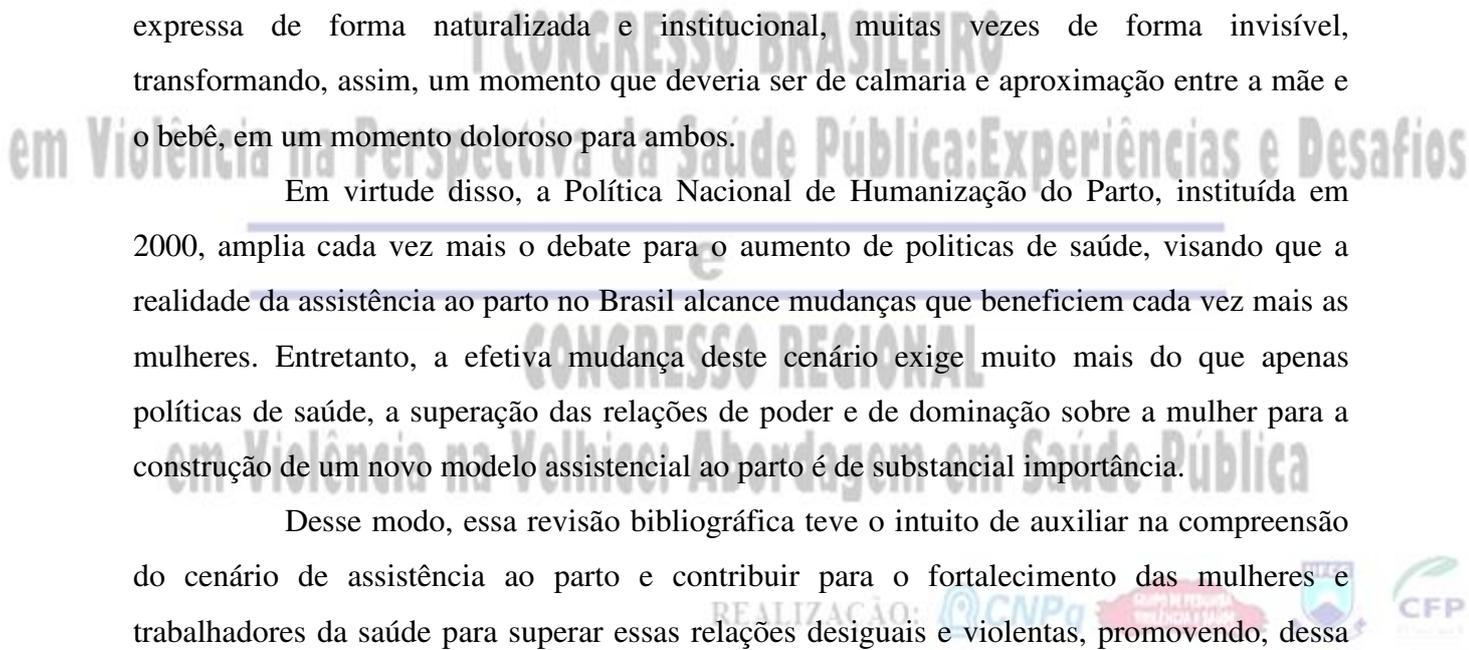
[...] envolver as mulheres na elaboração e efetivação das políticas de humanização e apontar para ruptura das relações hierarquizadas e de domínio masculino e do saber-poder da medicina, promovendo mudanças estruturais na sociedade e a efetivação de uma prática social mais justa e igualitária (2016; p. 128).

Considerações finais

A violência de gênero é uma das grandes responsáveis por parte do adoecimento físico e psíquico de muitas mulheres, onde essas são expostas a uma realidade de agressão cotidiana que provoca sofrimentos e repercussões na saúde mental delas. No contexto do parto, momento de vulnerabilidade e necessidade de cuidado e acolhimento, essa violência se expressa de forma naturalizada e institucional, muitas vezes de forma invisível, transformando, assim, um momento que deveria ser de calma e aproximação entre a mãe e o bebê, em um momento doloroso para ambos.

Em virtude disso, a Política Nacional de Humanização do Parto, instituída em 2000, amplia cada vez mais o debate para o aumento de políticas de saúde, visando que a realidade da assistência ao parto no Brasil alcance mudanças que beneficiem cada vez mais as mulheres. Entretanto, a efetiva mudança deste cenário exige muito mais do que apenas políticas de saúde, a superação das relações de poder e de dominação sobre a mulher para a construção de um novo modelo assistencial ao parto é de substancial importância.

Desse modo, essa revisão bibliográfica teve o intuito de auxiliar na compreensão do cenário de assistência ao parto e contribuir para o fortalecimento das mulheres e trabalhadores da saúde para superar essas relações desiguais e violentas, promovendo, dessa forma, a autonomia das mulheres.



Referências Bibliográficas

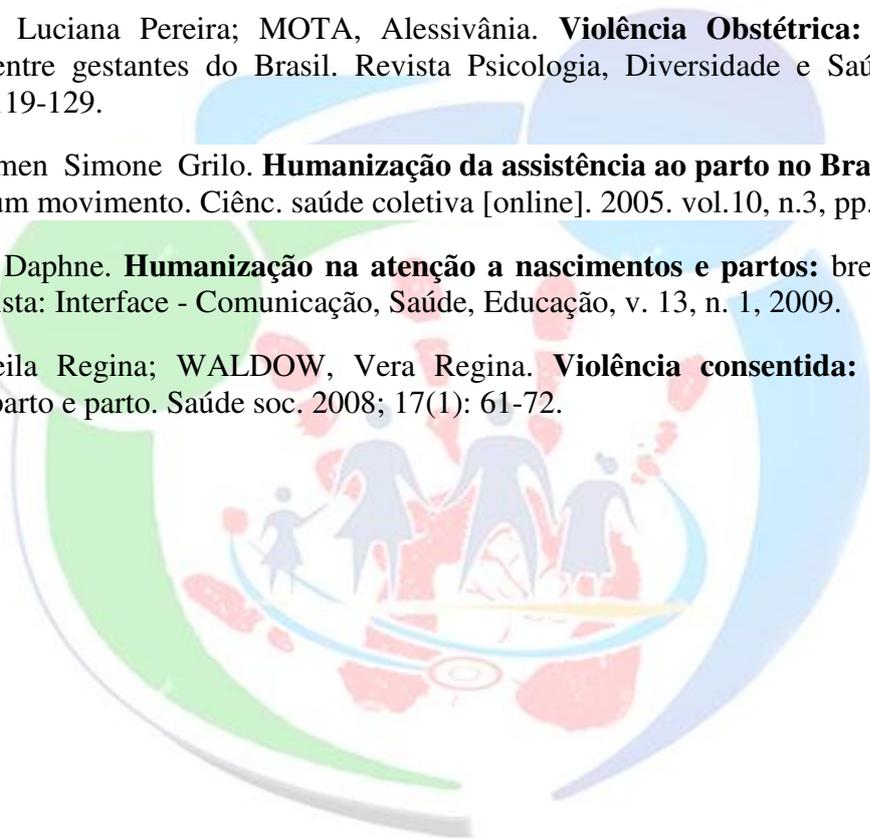
AZEVEDO, Maria Amélia, GUERRA, Viviane N.A. [et al]. **Mania de bater:** a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu, 2001.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **Violência Obstétrica:** vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 2016; 5(1): 119-129.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil:** os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005. vol.10, n.3, pp.627-637.

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos:** breve referencial teórico. Revista: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 1, 2009.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência consentida:** mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde soc. 2008; 17(1): 61-72.



I CONGRESSO BRASILEIRO

em Violência na Perspectiva da Saúde Pública: Experiências e Desafios

e

CONGRESSO REGIONAL

em Violência na Velhice: Abordagem em Saúde Pública

REALIZAÇÃO:

