

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

• *vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil* •

Luciana Pereira Barboza*, **Alessivânia Mota***

Autor correspondente: Luciana Pereira Barboza - E-mail: luciana385@yahoo.com.br

*Médica de Família e Comunidade, especialização em andamento em Saúde Mental pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

** Especialista em Saúde Coletiva - Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA). Clínica das Toxicomanias - CETAD/UFBA e Grupos Operativos - Centro Interdisciplinar de Estudos Grupais Enrique Pichon Rivière. Professora da Faculdade Regional da Bahia. Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social de Fundamentação Pichoniana - Grupos Operativos e docente convidada dos cursos de Especialização em Enfermagem do Trabalho e Saúde Mental na Atenção Básica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Resumo

Esse texto teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as práticas de violência obstétrica que ocorrem nas maternidades no momento do parto, suas implicações no bem-estar subjetivo das mulheres e as relações sociais que estruturam estas práticas. Realizou-se uma busca dos artigos relacionados ao tema nas bases de dados eletrônico Lilacs e Scielo, que foram agrupados em três grandes temas centrais. Na primeira parte do texto analisou-se a base histórica e social relacionada ao desenvolvimento desta violência, destacando as relações de poder e dominação da medicina e do machismo na estruturação dessas práticas assistenciais. A medicina, através da patologização do parto e sua consequente medicalização, assume o controle deste processo e objetiva a mulher, que perde a autonomia sobre seu corpo e sofre agressões físicas, psicológicas e sexuais nas maternidades, e ao invés de cuidado é desenvolvido relações de opressão nestas instituições. Na segunda parte identificou-se e foi descrito como as várias formas de violência são reproduzidas nas rotinas dos serviços de saúde e naturalizadas nos fluxos assistenciais, abordando as falas de mulheres que viveriam essas agressões e o sofrimento desencadeado por estas práticas. Na terceira parte abordou-se a política de humanização do parto que está sendo estimuladas pelo Ministério da Saúde desde 2000 com a Política Nacional de Humanização do Parto, e foram analisados os avanços da proposta enquanto possibilidade de modificação das relações de opressão que ocorrem no momento do parto e fortalecimento do protagonismo das mulheres.

Palavras-chave: Violência; Parto; Parto humanizado.

OBSTETRIC VIOLENCE

•painful experiences among Brazilian laboring women•

Abstract

This text aimed to do a literature review on obstetric violence practices occurred in hospitals during childbirth and its implications on subjective well-being of women and social relations that set up these practices. A research for articles related to the topic was made on the electronic databases Lilacs and Scielo, which were grouped into three main themes. In the first part of the text we analyzed the historical and social basis related to the development of this violence, highlighting the relationships of power and domination from medicine and male chauvinism in the elaboration of these care practices. The medicine, through the pathologization of birth and its consequent medicalization takes control of this process and objectifies the women, who lose autonomy over their bodies and suffer physical, psychological and sexual abuse in maternity hospitals. Then, instead of health care and mental care relations, the ones built are those of oppression inside these institutions. In the second part of this work we aimed to identify and describe how these different forms of violence are reiterated in the routine of health services and naturalized in assistance flows. Several women who experienced these aggressions and sufferings originated by these practices were heard through interview. The third part of this text addressed the birth humanization policies that are being encouraged by the Brazilian Ministry of Health since 2000 with the National Policy for Humanized Childbirth.

Keywords: Violence; Parturition; Humanizing delivery.

1 INTRODUÇÃO

A violência vivenciada pelas mulheres se expressa em diversos espaços sociais, de formas distintas e provoca importante sofrimento psíquico que é ainda pouco valorizado pelos serviços de saúde. Chauí conceitua violência como “a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica com o objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade, comunicação e ação livres impedidas ou anuladas”.⁽¹⁾ As agressões físicas, sexuais, verbais e o feminicídio são práticas que ocorrem nos espaços domiciliares e institucionais e que são reproduzidas diariamente contra as mulheres. Segundo os dados divulgados pela pesquisa do IPEA, realizada entre 2009 e 2011, o Brasil registrou 16,9 mil casos de mortes de mulheres por

conflito de gênero, o que representa uma taxa de 5,8 casos para cada grupo de 100 mil.⁽²⁾

Um dos aspectos desse cenário de violência que está ganhando visibilidade nos últimos anos é a violência obstétrica. Em estudo realizado por Maria do Carmo Leal em 2014, as boas práticas no trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres entrevistadas.⁽³⁾ Por ser uma violência silenciosa e institucionalizada, os maus tratos às mulheres durante o trabalho de parto expressos através da violência física e psicológica provocam importante sofrimento psíquico nas mulheres, práticas que são naturalizadas e reproduzidas nas rotinas dos hospitais de todo o país. No momento em que o que se espera é acolhimento e cuidado à mãe ao bebê, o que se observa é o exercício do

poder e uma assistência violenta, com uma prática discriminatória quanto ao gênero, classe e etnia.⁽¹⁾

Essa violência é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual.^(4,2)

Esse artigo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o contexto de sofrimento vivenciado durante a experiência de parto e os impactos na saúde mental feminina provocado por esta violência institucionalizada. Na primeira parte será realizada a discussão sobre as relações de poder que estruturam essas práticas violentas, com ênfase na análise sobre o poder médico e o poder masculino. Na segunda parte será destacada a forma como essa violência se expressa na vida das mulheres e os impactos na saúde mental desencadeado por essas relações. No terceiro momento serão analisadas as discussões sobre as políticas de humanização do parto, os limites e possibilidades da construção de uma nova prática assistencial. É fundamental compreender e analisar estes aspectos para que as políticas de humanização do parto possam ser qualificadas e ganhem potência, fortalecendo o parto como espaço de cuidado e autonomia das mulheres.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma busca de artigos na base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) utilizando as palavras-chave violência, parto e parto humanizado, sendo encontrado o total de 425 artigos. Foi realizada a seleção dos artigos publicados entre 2000 e 2015 na língua portuguesa e espanhola e que estavam disponíveis na versão completa pela internet, sendo encontrados 79 artigos com essa descrição. Em seguida foi realizada a leitura dos textos, sendo selecionados 20 artigos que se enquadravam na proposta do trabalho, realizando-se a análise e revisão de literatura do tema com o objetivo principal de identificar os impactos

da violência obstétrica no bem-estar subjetivo das mulheres, analisando as rotinas que são reproduzidas nos hospitais e naturalizadas pelas instituições de saúde. A revisão foi dividida e analisada a partir de dois objetivos específicos, sendo estruturado em dois subtópicos no texto. Na primeira parte realizou-se a discussão das relações de poder entre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, identificando-se a violência e as práticas de opressão de gênero reproduzidas nas instituições. Na segunda parte identificaram-se os tipos de violência que são desenvolvidas nas maternidades e o sofrimento desencadeado por estas ações no contexto de vida das mulheres.

3 RESULTADOS

3.1 COMPREENDENDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES DE GÊNERO E DO PODER MÉDICO

A assistência ao parto era uma prática desenvolvida pelas mulheres no ambiente doméstico e envolvia não só a dimensão biológica, mas também a psicológica, relacional e espiritual.⁽⁵⁾ O ato de cuidar de outras pessoas, incluído os cuidados com as mulheres durante o parto, está ligado ao fazer feminino desde tempos imemoriais,⁽⁶⁾ o que permitiu importante acumulação de saber feminino e consolidou este espaço como local de poder. O trabalho das parteiras, fruto de uma prática de solidariedade feminina, foi desenvolvido durante um longo período à margem do saber médico, sendo conduzido como um evento natural e fisiológico dentro das comunidades, uma experiência corporal e emocional que levava as mulheres a subjetivarem-se e significava poder, prestígio e competência para as parteiras.⁽⁵⁾ “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”.^(5:141)

A partir do sec. XVIII, a arte de partejar, historicamente constituída como saber-poder feminino, rico em saberes populares, é transformada em saber-poder masculino com a progressiva medicalização da sociedade. Surge a medicina científica e masculina, que passa a ser desenvolvida nas universidades de acesso exclusivo aos homens e dá continuidade ao processo de normalização do corpo feminino iniciado pela igreja no sec. XV.

Com a entrada de cena dos médicos e seus instrumentos e o fim da feminilização do parto, as parteiras passam a ficar em segundo plano e a participação das mulheres nos eventos relacionados ao nascimento passa a ser marginal. A prática da assistência ao parto, mesmo ainda contando com a participação das parteiras, passou a ser vista como ato privativo do médico e no século XX passa a predominar o parto hospitalar,⁽⁵⁾ sobretudo após a Segunda Guerra Mundial com a intensificação do desenvolvimento industrial. Conclui-se que 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.⁽⁶⁾

Neste período tem início o desenvolvimento do modelo assistencial biomédico, no qual o paciente é considerado um sujeito passivo e carente de autonomia, não tendo a capacidade de opinar e tomar decisões.⁽⁴⁾ No contexto do parto a mulher é esquecida e tomada como objeto, um não sujeito, na medida em que tem a sua subjetividade desconsiderada nesta relação.^(4,6) O ser-que-gera é sempre visto a partir do seu caráter reprodutivo e sua singularidade é negada, tendo seu corpo e sexualidade controlados pela medicina.

Parece como si la muje se hubie-se desconectado de su propia naturaleza, como si hubiera perdido la capacidad de reconocer los cambios que se producen en su cuerpo, adoptando una actitud totalmente “pasiva” ante un pro-

ceso natural en el que, desde luego, la mujer debería de ser la protagonista indiscutible y no comportarse como una paciente más.^(7:63)

Este modelo assistencial produz um tipo de violência que é silenciosa e muitas vezes pouco reconhecida, que não emprega força física, mas que provoca importante sofrimento e que Pierre Bourdieu denominou como violência simbólica.⁽⁴⁾ Esta é a forma mais insidiosa de violência exercida pelas instituições e seus agentes sobre as classes populares e ocorre quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinção entre pessoas como legítima, sendo legitimada pelo poder médico e pelos fluxos assistenciais dos serviços⁽¹⁾. Essa prática pode ser até mais agressivas, opressoras, dominadoras e complicadas de encarar, pela sutileza com que se escondem no nível macroestrutural, no contexto institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos.⁽⁷⁾

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 angustia num momento em que deveria estar ocorrendo acolhimento e cuidado.⁽⁴⁾

3.2 OS MECANISMOS DE VIOLÊNCIA DO PARTO HOSPITALAR: DO SOFRIMENTO PSÍQUICO AOS ATOS DE INSUBORDINAÇÃO

A violência nas maternidades é expressa através da forma de organização dos serviços e da organização das práticas assistenciais, observando-se uma acessibilidade ruim, com pouca permeabilidade dos serviços e dos profissionais às usuárias do SUS, e a manutenção das maternidades em condições inadequadas para o desenvolvimento de um cuidado integral.⁽⁸⁾

Rattner discute os tipos de violência que ocorrem no cenário do parto e as divide em quatro ca-

tegorias: a violência verbal e/ou psicológica (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), a violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), a violência por negligência e a violência sexual, práticas que constroem e fundamentam o imaginário popular que associa a experiência do parto a um momento traumático e doloroso e que provoca intensa angústia e ansiedade nas mulheres.⁽⁹⁾ Esse autor acrescenta um tipo de violência que define como despersonalizante, que consiste no tratamento da mulher como objeto padronizado e normalizado pelo serviço. Outras pesquisas também apontam outro tipo de violência caracterizada pelo uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas.^(6,9) No estudo realizado por Pereira e Teixeira⁽¹⁰⁾ são analisados os relatos de diversas mulheres que vivenciaram essas práticas violentas, evidenciando as relações abusivas reproduzidas na assistência ao parto. Uma das entrevistadas relatou a seguinte experiência:

O médico disse que era prá mim só fazer força, já só prá ter o nenê. Eu não tava conseguindo fazer força, não tava, e aí a hora que eu tava quase desmaiando, passando mal, eles vieram e aplicaram um soro ni mim aí eu reanimei e aí fiz força, e nasceu. [...] Falaram que me amarraram prá mim não poder levantar, né? Eu tava levantando prá poder ter força prá ter o nenê. [...] Eu achei que não era necessário, eu não gostei nada. Eu achei um absurdo. Mas eu não perguntei por que eles tavam me amarrando, não, fiquei quieta. Quem amarrou foi o médico, e as enfermeiras. Ah! Eles eram muito estúpidos.^(10:42)

A violência e o poder simbólico da prática médica nas maternidades relacionam-se com diversos aspectos das rotinas dos serviços, como a informação e comunicação ineficiente, a mistificação, objetificação e a desqualificação, presentes na relação dos médicos e sua equipe e as usuárias.⁽¹¹⁾

No ambiente hospitalar as mulheres são frequentemente destratadas e desrespeitadas e a dor e o sofrimento transformam-se quase numa fatalidade em que todas precisarão passar e que devem suportar como preço do suposto prazer sentido no ato sexual que deu origem aquela gestação.^(6,12) Voltamos assim ao século XIX, com o agravante que agora não há mais o apoio e o conforto das amigas e vizinhas. Esta relação do parto como um evento de purgação feminino já aparece no Livro bíblico do Gênesis, que relata o momento em que Eva comete o pecado original e corrompe a humanidade, ouvindo de Deus a expressão: “E tu mulher, pariras com dor”.⁽⁸⁾

A dor, além de ser um evento biológico, também é uma construção sociocultural, e em relação ao processo do parto a vivência da dor é influenciada pela forma como a sociedade interpreta o ato de parir, pela história de vida da parturiente, pelas experiências prévias de parto desta mulher e de suas familiares, pelo preparo desta mulher e pelo acolhimento no momento do parto.⁽¹⁰⁾ No estudo desenvolvido por Pereira e Teixeira em 2006 foi realizado dez entrevistas a mulheres que vivenciaram o parto normal no SUS no município de Cuiabá e teve como resultado relatos que evidenciaram a sensação de medo, angústia e abandono da mulher durante a vivência das dores, que muitas vezes são ignoradas e desvalorizadas pela equipe de saúde.⁽¹⁰⁾ As técnicas de analgesia medicamentosa e não medicamentosa (como massagem, uso de óleos, banho quente, movimentos e posições que favorecem o trabalho de parto) não são utilizadas nas maternidades e as mulheres muitas vezes são obrigadas a permanecer deitada na posição horizontal, que além de retardar o trabalho de parto, aumenta as dores da contração. Apesar das evidências científicas confirmarem o benefício da posição vertical para a evolução do trabalho de parto devido ao auxílio da gravidade na descida e na expulsão do feto, ainda permanece nas maternidades a prática de manter a mulher na posição deitada, que é mais confortável para o médico, deixando claro que o que é melhor e menos doloroso para mulher é secundário neste processo.⁽¹⁰⁾ Uma das entrevistadas

dessa pesquisa realizada em Cuiabá fala sobre este momento:

O médico disse que era prá mim só fazer força, já só prá ter o nenê. Eu não tava conseguindo fazer força, não tava, e aí a hora que eu tava quase desmaiando, passando mal, eles vieram e aplicaram um soro ni mim aí eu reanimei e aí fiz força, e nasceu. [...] Falaram que me amarraram prá mim não poder levantar, né? Eu tava levantando prá poder ter força prá ter o nenê. [...] Eu achei que não era necessário, eu não gostei nada. Eu achei um absurdo. Mas eu não perguntei por que eles tavam me amarrando, não, fiquei quieta. Quem amarrrou foi o médico, e as enfermeiras. Ah! Eles eram muito estúpidos. (10:42)

Essa entrevistada tentou ficar na posição vertical para facilitar seu trabalho de parto, porém isso foi identificado pela equipe de saúde como um ato de rebeldia que optou por amarrá-la e contê-la na mesa de parto, ato que torna evidente a pouca qualidade na assistência realizada por esses serviços.

Observa-se nas maternidades a reprodução de uma ideologia que valoriza a mulher que fica calada e obediente a todas as solicitações, sem questionamentos, reforçando a visão da mulher dócil e submissa que não dá trabalho a equipe.⁽⁶⁾ A figura da mulher escandalosa é vista como um problema pelos profissionais e frequentemente estas sofrem ameaças e maus-tratos dentro das maternidades públicas, sendo caracterizada por ser a mulher que grita demais, que chama pelos parentes, que não faz a força necessária e não aceita todos os procedimentos impostos para ela.⁽⁶⁾ O escândalo muitas vezes constitui-se como um ato de resistência e briga pelo que ela considera um direito seu, o de ter uma assistência que atenda às suas necessidades. Como sanção a esta desobediência, as mulheres escandalosas são muitas vezes abandonadas sozinhas ou desrespeitadas pelos jargões que são rotineiramente utilizados pelas equipes na tentativa de conter a paciente: “Está chorando (gritando) por quê? Na hora de fazer não chorou (gritou)”.^(6:86) Um das entrevistadas no estudo de Pereira e Teixeira de 2006 evidencia essa prática autoritária:

O médico veio fazer toque em mim, e ainda me chamou de ignorante, porque eu tava sentindo muita dor e ele pediu prá mim abrir a perna e eu não tava agüentando, aí eu pedi para ele esperar e ele me chamou de ignorante, estúpida. Eu respondi ele e perguntei se ele tava ali para atender ou criticar as pessoas que tava ali, as paciente. Ele ficou quieto e saiu. (10:743)

É comum a ocorrência de comentários que desqualificam as mulheres e esta prática é vista como brincadeira pelos profissionais de saúde, em sua maioria pautada em estereótipos de gênero, raça e classe.⁽¹⁾ Nas entrevistas realizadas por Aguiar e D’Oliveira em 2011, a maioria das puérperas relatou experiências de maus-tratos e houve um consenso de que isso é comum nas maternidades públicas, sendo reconhecido pelas entrevistadas como uma forma de violência.⁽⁴⁾ Essa rotina de escutar comentários desrespeitosos fica evidente no próximo relato:

Tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: “você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?”. Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: “não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada”; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e ela: “se você não calar a boca...” que se eu começasse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando”. “Eu acho que o maltrato, tratam você como se você... Você já tá ali numa situação constrangedora, né, e assim, a pessoa falar grosso com você, falar grossa, de repente por ela estar com raiva de alguma coisa, ela vim te aplicar uma injeção e te aplicar de qualquer jeito. Eu acho que isso é uma violência, entendeu, dentro da saúde. (4:84)

Outra prática de violência identificada é a negação das informações às pacientes sobre o que está acontecendo com o seu corpo e sobre os procedimentos que serão realizados. A não informação, a informação negada e a informação fragmentada são faces diversas do mesmo fenômeno.⁽¹¹⁾ A não informação é aquela que não é fornecida de forma proposital por considerar que a mulher não irá

compreender a mensagem, por considerar a usuária inferior e incapaz de entender o que está sendo decidido, reproduzindo valores de discriminação de classe e raça e as relações de poder simbólico. A informação negada é aquela que não é fornecida mesmo após ser solicitada pela mulher, não atendendo a demanda e apelo da usuária que busca informações sobre o que está acontecendo neste momento de vulnerabilidade. Já a informação fragmentada é quando a mensagem é realizada numa linguagem inacessível à mulher, com jargões médicos e termos técnicos que dificultam o diálogo e a comunicação com a usuária.⁽¹¹⁾ É frequente as mulheres sentirem-se angustiadas pela ausência de explicações por parte dos profissionais de saúde, atitude menos comum nos serviços particulares, aonde se observa uma comunicação mais implicada e eficiente.⁽¹¹⁾ É frequente ocorrer nas maternidades públicas a espera e a ausência de informações, pois a legitimidade do poder médico justifica a realização de condutas e procedimentos sem a necessidade de esclarecer o que está acontecendo, com a centralização do fazer técnico e pouca valorização do fazer interpessoal.⁽¹⁰⁾ Na pesquisa realizada por Pereira em 2004, uma das entrevistadas fala sobre esta situação:

Dos médicos, é difícil saber qualquer coisa deles, parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente quer conversar, saber direito as coisas, que é que a gente tem, os exames que fez ou que vai fazer, mas mesmo perguntando eles não respondem, estão sempre com muita pressa.^(11:397)

É frequente a ausência de espaço para a manifestação de desagrado e insatisfação da usuária, ocorrendo uma ruptura no diálogo, o que dificulta a negociação sobre as decisões e o compartilhamento de responsabilidade. Observa-se pouco acolhimento às demandas trazidas pelas parturientes, o que pode provocar a não colaboração da mulher no processo, que se percebe objetificada nesta relação.⁽¹¹⁾ Essa não comunicação é observada com frequência na realização dos toques va-

ginais, que muitas vezes são realizados de forma excessiva sem respeitar a intimidade da mulher. Essa manipulação vaginal desnecessária é frequentemente dolorosa e constrangedora, gerando uma violência física e psicológica no momento do parto.^(5,11) A medicina autoriza que os órgãos sexuais das mulheres possam ser vasculhados sem constrangimento, fragmentando o corpo da mulher e desvalorizando a dor e desconforto provocado por determinados procedimentos, como o toque vaginal. Além de ser realizado de forma excessiva e por profissionais e estudantes diferentes, o toque é comumente feito sem respeitar a privacidade da mulher, expondo os órgãos sexuais e a intimidade da mulher para várias pessoas desconhecidas.⁽⁵⁾ A mulher, que foi construída socialmente para sentir pudor e esconder sua genitália, mantendo-se sempre com as pernas fechadas, é inserida numa situação em que é obrigada a se expor intimamente e a abrir as pernas num espaço público, o que provoca um sentimento de constrangimento e ameaça na parturiente. Essas práticas de saúde que não respeitam os valores culturais e religiosos e expõem a intimidade e o corpo da pessoa que está sendo cuidada é caracterizada como um tipo de violência psicológica, e muitos profissionais de saúde que presenciam estas situações se mantêm em silêncio para evitar conflitos no trabalho.⁽⁵⁾

No estudo realizado por Pereira em 2004 todas as entrevistadas relatam uma lembrança dolorosa e desconfortável sobre o toque vaginal, como demonstra o próximo relato:

[...] eu só não gostei de uma coisa [...] a única coisa que eu fiquei magoada foi com a médica que me internou, sabe aquele pessoal lá que atende na triagem e que colhe um líquido da gente [...] sei que ficaram tudo com nojo de mim, de cheirar assim mal [...] ficaram rindo uns pros outros [...] Eu com aquela dor, me segurando, e todos rindo, sabe? E eu com dor... aí eu comecei a chorar, porque eles me trataram mal [...] eles estavam me machucando de tanto mexer em mim, e eu lá naquela posição [...], esperando [...] esperando e rezando para terminar logo pra eu poder sair daquela posição. E eles demoraram [...], uma colheu o

líquido e estava falando para os outros “vê se está com problema, que eu não vou ver”. Ai os outros falaram ‘não, não, não’, todos com nojo de mim [...].^(11:396)

No estudo realizado por Wolff e Waldow, em 2008, também foi frequente o relato pelas entrevistadas de sofrimento com a forma como este procedimento foi realizado no momento do parto, sem respeito e cuidado com a privacidade da parturiente:

[...] Quando a gente chega aqui, se a gente vem deitada, com aquela dor horrível para ganhar, com dilatação, eles simplesmente botam um pano na gente e colocam as luvas e fazem exame de toque, mas depois não, na sala [pré-parto] onde ficam umas quantas [mulheres], eles simplesmente tiram o lençol de cima da gente e fazem o exame de toque, é desagradável porque não passa uma, duas pessoas ali, fica todo mundo olhando, a gente se sente mal, não tem como a gente se sentir bem, a gente está descoberta e eles fazendo exame de toque, todo mundo passando e vendo, então é desagradável [...] tem uma cortina que dá para colocar, porque é horrível estar ali fazendo exame de toque e todo mundo olhando... é um só que faz o toque, mas fica uns quantos em volta [...].^(5:147)

Além da realização desta manipulação vaginal desnecessária, diversos outros procedimentos como o uso da ocitocina, a rotura precoce das membranas, o uso rotineiro da episiotomia, que consiste num corte na região do períneo da mulher, a manobra de Kristeller que consiste numa pressão no fundo do útero, multiplicam a dor da mulher e não contribuem para o processo do trabalho de parto.⁽¹²⁾ Esses procedimentos são realizados a partir de uma opinião pessoal dos profissionais, que reproduzem essas práticas nas maternidades e nas universidades, mesmo com as evidências científicas evidenciando os prejuízos que tais procedimentos provocam na saúde da mulher e da criança. Esses procedimentos, além de aumentarem a dor e o sofrimento da parturiente, não permitem que ocorra a evolução natural do parto com as dimensões psicológicas e espirituais deste momento e desrespeitam as percepções das mulheres sobre o processo

e seu próprio corpo.⁽¹¹⁾ Este é mais um aspecto da violência simbólica que ocorre nas maternidades, aonde a margem da liberdade e do poder médico justifica a adoção de determinadas práticas mesmo que haja uma conduta cientificamente validada dizendo o oposto do que está sendo realizado. A relação hierárquica e a assimetria de poder que estrutura a prática médica são ainda mais evidentes nos serviços públicos de saúde, aonde a população incorpora a verdade da classe dominante e passa acreditar que estes procedimentos são importantes e necessários.⁽¹⁰⁾

Essas práticas violentas que ocorrem nas maternidades públicas provocam um movimento ambíguo nas mulheres que as sofrem, pois ao mesmo tempo ocorre uma aceitação e uma rejeição, observando-se a utilização de estratégias individuais de resistência em alguns momentos, e em outros a internalização dessas intervenções como parte do sofrimento que as mulheres e as usuárias desses serviços terão que vivenciar. Porém, nas últimas três décadas essas resistências individuais desdobram-se em processos coletivos de resistência, organização e pressão por mudanças, culminando com elaboração das Políticas de Humanização do Parto pelo Ministério da Saúde em 2001.⁽¹²⁾

3.3 POSSIBILIDADES DE SUPERAÇÃO: DESCONSTRUINDO AS RELAÇÕES DE PODER

Durante a década de oitenta, a crescente mobilização e discussão sobre as práticas obstétricas inadequadas às necessidades da mulher e da criança levou a realização de diversas pesquisas de âmbito internacional, com o apoio da OMS, para avaliar a validade científica das rotinas de parto que eram desenvolvidas no mundo neste período. Como resultado deste movimento foi publicado um documento em 1985 que critica o excesso de intervenção e medicalização do parto, e reforçava a importância de respeitar o parto como evento fisiológico e natural. Cresce neste período o debate sobre o uso adequado das tecnologias pela medi-

cina, com base nas evidências científicas e preconizadas num modelo assistencial humanizado.⁽¹³⁾ No Brasil o movimento cresce na década de 90 e no final deste período o ministério da saúde intensifica a elaboração de políticas públicas de enfrentamento às práticas violentas no parto, com a instituição de analgesia pelo SUS, a maior fiscalização em relação às cesárias e em 1999, com a portaria 985/1999, o ministério propõe a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades que possibilitam a assistência ao parto fora dos hospitais e por profissionais não médicos, com incentivo às práticas humanizadas e validadas cientificamente.^(9,13) A humanização no parto é adotada como política oficial no Brasil no ano 2000, com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que foi lançado com o objetivo de abranger centenas de instituições e garantir a equidade/cidadania de todas as gestantes, com a efetivação de um atendimento integral e completo, como todos os exames preconizados e garantia de vaga para o parto, e com estímulos financeiros para os municípios que aderissem ao programa.^(9,12) E como desdobramento deste novo programa, em 2001, o Ministério da Saúde editou o manual *Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada a mulher*, que defende a necessidade de garantir a privacidade e a prestação do cuidado que efetivamente promovam benefícios à mulher.⁽¹³⁾

A gestação, parto e puerpério constituem experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo, enriquecedora para todos os que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê; ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável.^(5:144)

A política de humanização valoriza a participação ativa da mulher no momento do parto, respeitando seus valores, crenças e desejos, respeitando o momento de dor e eliminando as agressões verbais e não verbais que rotineiramente ocorrem nas maternidades.⁽⁵⁾ Além da participação da mulher, a

política recomenda fortemente o envolvimento dos familiares neste momento e o direito ao acompanhante, que comprovadamente aumenta o grau de satisfação da mulher e melhora os resultados maternos e neonatais, recomendação que se tornou lei em 2005 com a “lei do acompanhante no parto”.⁽¹²⁾

Um aspecto central nas mudanças propostas é a qualificação na comunicação entre profissional e parturiente, com fortalecimento do vínculo e da confiança, elementos fundamentais para o desenvolvimento do cuidado. A comunicação deve ser considerada uma competência técnica indispensável na formação dos profissionais de saúde e deve ser utilizada de modo terapêutico e ético nas relações com as usuárias dos serviços.⁽⁵⁾ A abertura ao diálogo, o acolhimento da dor, a negociação e a explicação de cada procedimento realizado são ferramentas importantes e devem ser valorizadas no cuidado às parturientes e possibilitam que a vivência do trabalho de parto se transforme numa experiência de crescimento para mulher e sua família.^(5,13) O ministério da saúde preconiza que o profissional permaneça constantemente ao lado da mulher e que ofereça suporte emocional e físico, utilizando as técnicas adequadas para o alívio da dor e respeite a fisiologia natural do parto, evitando procedimentos desnecessários e reconhecendo os aspectos culturais envolvidos neste processo.⁽¹³⁾ De acordo com as normas sobre a Assistência Humanizada à Mulher e ao Nascimento a humanização é “[...] um processo que inclui desde a estruturação física e equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura e atitude dos profissionais e das gestantes [...]”.^(5:148) Os profissionais que trabalham na assistência ao parto precisam modificar o formato de gestão da clínica, superando o modelo que considera a mulher um objeto e o parto como uma linha de produção, em que os fluxos e protocolos são reproduzidos e a singularidade da mulher é desconsiderada.⁽¹²⁾ Este autor defende a importância da construção do plano de parto pela parturiente, tornando a vivência do parto um momento único e transformador, com a mediação da equipe que, através do fortalecimento do prota-

gonismo da mulher, poderá desenvolver o cuidado com criatividade e adaptado a cada situação e demanda.⁽¹²⁾ O Ministério da saúde enfatiza a necessidade de reconhecer a individualidade de cada mulher e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o nascimento, fortalecendo “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”.^(5:144)

O grande desafio na promoção destas mudanças é a desconstrução das relações autoritárias que as instituições e a medicina estabelecem com a mulher. Apesar do grande esforço do Ministério da Saúde em instituir novas práticas, a universidade, que deveria ser o centro formador e do aprofundamento do saber e conhecimento mantém uma grande resistência à incorporação destas mudanças e ignoram as evidências científicas que apontam que o cuidado desenvolvido pela obstetrícia é prejudicial à mulher e à criança.⁽⁹⁾ O modelo intervencionista, comprovadamente inadequado ao momento do parto, iatrogênico e violento continua sendo o modelo ensinado nas instituições formadoras.⁽⁹⁾ Enfrentar a verticalização da assistência ao parto implica em reduzir o poder na medicina e o controle que esta tem sobre o corpo da mulher, o que explica a resistência da corporação médica a mudar a prática assistencial, a despeito das evidências científicas apontarem para isso. Abandonar as rotinas que privilegiam as instituições e os médicos, reduzir as intervenções, despatologizar e respeitar o processo fisiológico envolvido no parto implicam na perda do controle médico sobre este evento e na diminuição da dependência das mulheres e demais profissionais sobre o poder-saber médico, o que naturalmente provoca desconforto na categoria.⁽¹³⁾ Porém, apenas realizar uma prática baseada em evidências ou substituir o médico por outra categoria no acompanhamento do parto não supera as contradições vigentes, pois a estrutura de dominação masculina e de controle sobre os corpos femininos está presente em todos os seguimentos da vida e são reproduzidas pelas demais

categorias, inclusive, pelas próprias mulheres que prestam assistência ao parto.⁽⁶⁾ “Esta aceitação de todas as regras engendradas a partir de um mundo visto e construído por homens está internalizada em todos nós, inclusive e, principalmente, em nós mulheres”.^(6:45) Portanto, é prioritário 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.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência de gênero é responsável por um importante adoecimento físico e psíquico das mulheres, que são expostas a uma realidade de agressão cotidiana que provoca sofrimento e repercussões na saúde mental de quem vivencia essas situações. No contexto do parto, momento de vulnerabilidades e necessidade de cuidado e acolhimento, essa violência se expressa de forma naturalizada e institucional, muitas vezes de forma invisível. O momento do parto, antes visto como um evento natural e fisiológico, era realizado por mulheres parteiras com envolvimento da dimensão psicológica e espiritual e passou a ser realizado hegemonicamente pelos médicos com o surgimento da medicina no século XVIII. Ocorreu uma progressiva patologização e medicalização do parto, que se transformou num espaço de domínio e controle do saber médico sobre o corpo da mulher. Estruturou-se uma relação de dependência e perda de autonomia da parturiente, que passou a ser o objeto de intervenção da obstetrícia e das regras que são instituídas e reproduzidas pelo machismo e pelas relações de desigualdades de gênero.

Com a progressiva industrialização da sociedade, o parto também sofre modificações e passa a ser visto como parte de uma linha de produção industrial, necessitando cada vez mais de intervenções, procedimentos e hospitalização, reduzindo o espaço para o cuidado singular e voltado para

as necessidades de cada mulher. As mulheres sofrem agressões verbais, são desrespeitadas com jargões, são submetidas a procedimentos desnecessários que aumentam a dor e desconforto, não recebem explicação e não participam das decisões sobre o teu próprio parto. Essas práticas desencadeiam sofrimento e fragiliza a autonomia das parturientes, que em alguns momentos naturalizam esta violência e em outros momentos enfrentam e questionam essas rotinas e procedimentos.

A partir do ano 2000 esse tema passou a ser amplamente discutido no Brasil com a elaboração da Política Nacional de Humanização do Parto, que tem como objetivo transformar a realidade da assistência ao parto no Brasil e melhorar a qualidade no cuidado às parturientes. Porém, a efetiva mudança deste cenário exige mais do que políticas de saúde, sendo fundamental a superação das relações de poder e de dominação sobre a mulher para a construção de um novo modelo assistencial ao parto.

Esta revisão buscou compreender o 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 saúde mental das mulheres e sua autonomia. De acordo com Deslandes “resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do ‘outro’ em sua humanidade”.^(14:9)

REFERÊNCIAS

1. Aguiar JM, D’oliveira AFL, Schraiber, LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. saúde pública*. 2013; 29(11):2287-2296.
2. IPEA. Ipea revela dados inéditos sobre violência contra a mulher [internet]. 19 set. 2013 [acesso em 20 nov. 2014]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=19873
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. saúde pública*. 2014; 30(supl. 1):17-31.
4. Aguiar JM, D’oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface comun. saúde educ*. 2011;15(36):79-91.
5. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde soc*. 2008;17(1):61-72.
6. Costa LHR. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. *Rev. bras. enferm*. 2000;53(1):39-46.
7. Moros N, Anchel AJA. Violencia simbólica en la atención al parto: un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index enferm (Gran)*. 2014;23(1-2):61-64.
8. Gomes ANM, Nations MK, Luz MT. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde soc*. 2008;17(1):61-72.
9. Ratnner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface comun. saúde educ*. 2009;13(supl.1):759-68.
10. Teixeira N, Pereira W. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev. bras. enferm*. 2006;59(6): 740-744.
11. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto e contexto enferm*. 2004;13(3):391-400.
12. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005;10(3):627-637.
13. Dias MAB, Domingues RMS. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(3):669-705.
14. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9(1):7-14.