

**BREVE DISCUSSÃO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES:
“NA HORA DE ABRIR AS PERNAS NINGUEM RECLAMA”**

Rita Radl Philipp
Tânia Andrade Rocha Cunha
Zoraide Vieira Cruz

Resumo: A violência obstétrica é um grave problema de Saúde Pública. É violência de gênero, visto ser dirigida às mulheres que historicamente ocuparam um lugar de submissão em relação ao homem. O objetivo do presente artigo é refletir sobre a violência obstétrica sofrida por muitas mulheres durante o parto. De caráter descritivo, trata-se de um estudo que busca para subsidiar a compreensão acerca da violência obstétrica e suas repercussões na saúde das mulheres vitimadas. Analisamos algumas obras publicadas entre 2013 e 2015 e que estão disponíveis em portal eletrônico de acesso gratuito. Os resultados revelaram que a violência obstétrica é mantida em silêncio e que os profissionais da saúde buscam a dominação persuasiva e invasiva do corpo e da mente das mulheres fazendo uso do modelo tecnicista, racional e desumano. Assim, acreditamos que o conhecimento dos direitos da mulher é a principal estratégia de enfrentamento da violência institucional obstétrica.

Palavras-chave: Violência institucional obstétrica, parto, gênero.

Breve discusión sobre la violencia obstétrica contra las mujeres: "a la hora de abrir las piernas nadie protesta"

Resumen: La violencia obstétrica es un problema grave de Salud Pública. También es violencia de género, en la medida que afecta a las mujeres que, históricamente ocuparon una posición de sumisión con respecto al hombre. El objetivo del presente artículo es reflexionar sobre la violencia obstétrica sufrida por muchas mujeres durante el parto. Se trata de un estudio de carácter descriptivo, que contribuye a la comprensión de todo lo referente a la violencia obstétrica y las repercusiones en la salud de las mujeres que fueron víctima de ella. Analizamos investigaciones publicadas entre 2013 y 2015 totalmente en portugués en Brasil y disponibles on-line gratuitamente. Los resultados revelaron, que la violencia obstétrica se mantiene en silencio, y que los profesionales de la salud buscan una dominación persuasiva e invasiva del cuerpo y de la mente, haciendo uso de un modelo técnico, racionalizado y deshumanizado. Por lo tanto, creemos que el conocimiento de sus derechos por parte de las mujeres es la estrategia fundamental para enfrentarse a la violencia institucional obstétrica.

Palabras clave: Violencia institucional obstétrica, parto, género.

Brief discussion about the obstetric violence against women: "at the moment of opening the legs nobody complains"

Abstract: Obstetric violence is a major problem of Public Health, and it is also considered gender violence since it is aimed at women, which historically took up a submissive spot regarding men. The present paper aimed to reflect on the violence suffered by women during childbirth. It is a descriptive study, to support the understanding about obstetric violence and its repercussions on the victims. It is analyzed research papers published in Portuguese (Brazil) between 2013 and 2015 available on-line for free. The results exposed that this is a type of silenced violence where professionals use a persuasive and invasive domination of the female body and mind, applying the rational and inhumane technical model. Thus we believe that the women's knowledge about their rights is the main strategy for handling the institutional obstetric violence.

Keywords: Obstetric institutional violence, childbirth, gender.

Introdução

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), citado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS, 2002), a violência é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Tomando como base uma população de 15 a 44 anos, Menezes (2003, p. 309) afirma que pelo menos um quinto da população feminina mundial já sofreu algum tipo de violência física ou sexual em momentos

de suas vidas. Estes fatos acabam por expor a violência contra as mulheres como um importante problema de saúde pública, um grave fenômeno social, infelizmente em franca expansão.

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6).

Sabe-se que a violência, independente de como esteja travestida, repercute de maneira significativa na saúde física e mental de suas vítimas direta e indiretamente. Cunha (2007), ao falar sobre violência contra mulheres, estabelece uma linha tênue entre a construção histórica da visão da mulher enquanto o sexo mais frágil e, a conseqüente necessidade de o homem se afirmar enquanto sexo forte e poderoso. Radl-Philipp (2010) registra que o conceito de gênero surgiu para transpor a visão de masculino e feminino e configurar uma nova forma de identidade feminina, pois as relações de gênero são construídas por meio das experiências sócio-históricas-culturais.

Saffioti e Almeida (1995) esclarecem que, neste tipo de violência, fica claramente evidenciada a posição de dominador (homem) e dominados (mulher), a dominação dos exploradores e a exploração dos subordinados; as relações que se estabelecem entre opressores e oprimidos são de dominação e exploração, nas quais os interesses envolvidos não são apenas conflitantes, são também contraditórios. Neste sentido, as autoras supracitadas consideram a violência contra mulher como uma violência de gênero envolvida e disseminada numa dinâmica e mentalidade androcêntrica-patriarcal. As quais, conforme Parry Scott (1990), são relações sociais que supõem o homem na condição de patriarca potencial.

Diante de uma sociedade ainda marcada pelo peso da herança patriarcal, seria ingenuidade pensarmos em não considerar que qualquer evento ou situação na qual a mulher tem ou teria algum tipo de poder, não a tornasse alvo de violências. Dito isso, pensar o corpo feminino sob o paradigma da saúde é estabelecer uma discussão necessária e relevante, visto que nestes espaços do cuidar, as questões da violência apresentam-se multifacetadas, necessitando de lupas especiais para enxergá-las.

A violência contra as mulheres apresenta várias faces e, no campo da saúde, encontramos várias delas, entretanto, neste estudo vamos nos deter em apenas um, a violência obstétrica, a qual, mesmo estando presente há muito tempo, ainda é pouco discutida e ou até mesmo visualizada pela sociedade.

O modelo hegemônico de atenção ao parto em nossa sociedade tem seu sucesso baseado na ciência, resultado direto do uso intensificado da tecnologia e por ser aplicado por instituições fortemente influenciadas pela ideologia do patriarcado dentro de um contexto que visa o lucro (SANTOS, 2002).

A nosso ver este tipo de violência tem pouca visibilidade devido a um fenômeno que Saffioti e Almeida (1995) denominam de “a conspiração do silêncio”, significando que, em geral, não há denúncia de violência, sendo por isso um fator impeditivo na revelação de dados, tanto nas questões qualitativas quanto nas quantitativas, o que evidencia a gravidade e a magnitude do fenômeno da violência obstétrica. Diante disso, as Instituições de Saúde, consideradas por Pandjarian (2007)

como território fora do alcance da lei, por não se tratarem de locais onde normalmente ocorrem violências de gênero, ficam sem acesso aos olhos de todos que, de forma direta ou indireta poderiam denunciar e quiçá, impedir que ocorressem.

Assim, poderíamos dizer que as leituras, análises e, por vezes, nossas constatações práticas de que a violência obstétrica é um fenômeno grave, que interfere de forma direta no corpo do binômio mãe/filho, da necessidade de melhor elucidar este tipo de violência e a possibilidade torná-la mais visível, foram as principais razões que motivaram este estudo.

Vale ressaltar que a violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria, ou melhor, mais impactante, quando a mulher se encontra grávida, pois ela pode acarretar consequências significativas na saúde da díade mãe-filho, tais como baixo peso do bebê ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuro e até mortes materna e fetal, conforme estudos revelados pela OMS (2002, p. 103) no Informe mundial sobre a violência e a saúde. O período gestacional é uma fase importante na vida das mulheres, e requer cuidados humanizados e qualificados, baseado em evidências reais.

Infelizmente, falar do parto não é apenas citar o quão emocionante é aquele momento (quando não o é), mas é falar também sobre desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ou seja, é falar de quão desumano pode se tornar este evento ímpar na vida de uma mulher e de toda a sua família. Trata-se de um estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura, e cuja metodologia utilizada para a análise dos resultados foi a análise de conteúdos, a qual, conforme Bardin, compreende,

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1977, p. 47).

Para fundamentar a discussão da problemática, delimitamos as seguintes etapas: identificação do problema; seleção dos artigos; categorização dos estudos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento produzido.

Na seleção dos artigos para análise, os critérios de inclusão adotados foram: a publicação possuir como temática a violência obstétrica, em consonância com nossos objetivos; trazer os principais aspectos envolvidos nesta violência; estar disponível eletrônica e gratuitamente na íntegra; estar divulgado em português. Visando a viabilizar o estudo, realizamos uma busca em literatura científica publicada no período temporal de 2013 a 2015, na base de dados do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, BIREME). Utilizamos uma terminologia em saúde consultada nos DeCS na qual identificamos o respectivo descritor: violência obstétrica. Uma vez superada esta fase exploratória da pesquisa bibliográfica, escolheu-se o material (constituição do corpus) para análise. Foram encontrados três trabalhos, dos anos de 2013, 2014 e 2015.

Resultados

Para facilitar a interpretação, uma melhor organização do pensamento e exploração dos resultados, destacamos algumas informações relevantes dos trabalhos em análise e os dispomos em Quadro 1. Após este momento, os principais pontos de cada trabalho foram listados separadamente para posterior discussão em conjunto.

Quadro 1: Artigos sobre violência obstétrica, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, BIREME) nos anos de 2013, 2014 e 2015

Título do Trabalho	Autores	Publicação
Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	Janaina Marques de Aguiar, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Lília Blima Schraiber	2013
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Michelle Gonçalves da Silva, Michelle Carreira Marcelino, Lívia Shélida Pinheiro Rodrigues, Rosário Carcaman Toro, Antonieta Keiko Kakuda Shimo	2014
Violência obstétrica: Perfil Assistencial De Uma Maternidade Escola Do Interior Do Estado De São Paulo	Terezinha Soares Biscegli, Jamile Martins Grió, Lívia Costa Melles, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga	2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Principais resultados dos trabalhos apresentados no Quadro 1:

1- Artigo publicado em 2013: Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde:

- ✓ A sobrecarga de demandas, as condições estruturais e a precariedade de recursos materiais humanos; a falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias de parto, até a proibição de acompanhantes homens na sala de pré-parto, sob a alegação de falta de espaço físico que garanta a privacidade para as demais pacientes.
- ✓ Dificuldades na relação com as pacientes. Profissionais revelaram uma imagem das usuárias do serviço público como ignorantes, com dificuldades de compreensão do que é dito e com uma sexualidade difícil de ser controlada (por terem muitos filhos e ainda muito jovens).
- ✓ Maus-tratos e desrespeitos, que em alguns momentos são percebidos como condutas necessárias ao trabalho; parte do exercício da autoridade profissional; não constitui uma violência, mas apenas o exercício de sua autoridade profissional.
- ✓ Ritmo de trabalho alienante associado à precariedade de recursos, esgotamento físico e emocional do profissional, dificuldade de refletir sobre sua prática; a falta de comprometimento ético na formação profissional e a impunidade, sobretudo no serviço público, contra esses atos. Discriminação social contra a paciente atendida no serviço público.

2- Artigo publicado em 2014: Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras:

- ✓ Despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da obstetrícia.
- ✓ Falta de preparo institucional hospitalar: estrutura física, estrutura com pessoal capacitado e estrutura de diretrizes assistenciais.
- ✓ Os hospitais brasileiros precisam se adequar aos direitos humanos das mulheres em seu ciclo gravídico puerperal.

3- Artigo publicado em 2015: Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escolar do interior do Estado de São Paulo:

- ✓ Embora a assistência humanizada à mulher faça parte de programa do Ministério da Saúde desde 2001, ainda se observa despreparo, negligência e imperícia na prática de profissionais da obstetrícia, levando a inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho.
- ✓ As formas mais comuns de violência obstétrica: conduta desrespeitosa e repreensão em 2,3% dos casos, falha no esclarecimento de dúvidas em 16,3%, proibição para acompanhante em 9,3% e procedimentos obstétricos sem autorização ou esclarecimentos em 27,3%, episiotomia (25,5%), amniotomia artificial e enema (17% cada) e, em menor quantidade, tricotomia, jejum, decúbito, medicação estimulante, toques constantes, manobra de Kristeller¹ e cesárea sem justificativa (8,5%).

Discussão

D'Gregorio define a violência obstétrica como sendo uma:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde de maneira expressa por tratamento desumano, pelo uso abusivo de medicação, pela conversão de processos fisiológicos em processos patológicos, acarretando com isso perda de autonomia e da habilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (D'GREGORIO, 2010, p. 201, tradução livre).

Conforme afirma Diniz (2009), esta violência é evidenciada pela negligência no atendimento, pelo excesso de técnicas invasivas, as quais promovem dores e cicatrizes físico-psíquicas, e pela violência verbal ou simbólica. Segundo Wolff e Waldow (2008), a violência obstétrica vem se tornando uma questão comum e cotidiana na dinâmica das unidades de saúde que trabalham em atenção à mulher em seu período gravídico puerperal, sendo, na concepção dos autores, uma violência consentida.

Num texto publicado por Prazeres e Maia (2013), são citadas algumas situações estarrecedoras da violência vivenciada por mulheres brasileiras no momento do parto: barriga que tem cheiro de churrasco durante o corte com bisturi a laser na cesariana; ameaça de degolar um bebê ao fazer a cirurgia, caso a mãe não concordasse em ir para a sala de parto; bebês retirados do útero e examinados violentamente antes de serem entregues às suas mães e pais. Estas são cenas protagonizadas por profissionais de saúde e caracterizam exemplos clássicos da violência obstétrica, que acomete uma em cada quatro mulheres brasileiras.

Em todos os artigos lidos, pudemos verificar que as discussões sobre o parto estão carregadas de denúncias de violação de direitos humanos, violências que vão além do íntimo e do privado, quando práticas hospitalares e médicas caminham do lado oposto de algumas já recomendadas políticas públicas à saúde da mulher.

¹ Segundo Brasil (2016), a manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Geralmente esta compressão é realizada com o antebraço, braço, ou joelho de um profissional sobre a barriga da mulher.

Conforme relata Queiroga e Silva (2015), apesar dos dados referentes à violência obstétrica não serem precisos, o Ministério Público de São Paulo informou que, mesmo com os poucos registros, a obstetrícia é mundialmente a área médica com maior número de infrações (seja por lesões corporais ou homicídios), porém, na maior parte das vezes, não é denunciada. Os fatores como o medo, a falta de credibilidade no sistema legal, de informação e o silêncio cúmplice que envolve as vítimas, dificultam a notificação dos casos.

“A verdadeira dor do parto é a violência”

Para iniciar este item, acreditamos ser importante, conforme relata Radl-Philipp (2011, p. 180), “los derechos y la dignidad humana para todos los seres humanos, la persona como sujeto de derechos y de derechos, se introduce en la historia occidental con el comienzo del cristianismo”.

Entretanto, vale destacar que, ao buscarmos na história a interpretação cultural da dor, constatamos que a mesma se reporta às mitologias primitivas, que tinham uma visão maniqueísta do bem e do mal. Nesta época, criou-se uma imagem de que a dor encontra-se associada ao mal e ao sofrimento e que provoca danos. A exemplo, temos os relatos da Escritura Sagrada (Gênesis 3:16), de que a dor da parturição fora associada ao pecado original; tal associação vem recheada de uma suposta obrigação e ou imposição emocional à mulher parturiente, que deverá suportar e aceitar a dor como desígnio de Deus, como forma de espiar seu pecado.

Esta forma como a Bíblia (2005) aborda a dor do parto, relacionando-a como punição à mulher por ter sido a culpada pelo pecado e consequente perda da vida eterna de toda a humanidade, leva a uma visão religiosa que interfere nos sentimentos e percepções da mulher em relação ao parto, substituindo o sentimento de prazer durante a concepção pelo castigo (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 18). A replicação deste pensamento no arcabouço histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde expõe a mulher à violência obstétrica e de gênero, colocando a dor como parte da experiência da maternidade.

Considerando os diferentes períodos históricos da humanidade, o evento do parto tem sido, em todos os momentos, extremamente significativo, principalmente para as mulheres, sendo um processo em que as mesmas são as mais importantes protagonistas. O nascimento é historicamente um fato natural e fisiológico do organismo humano e indiscutivelmente mobilizador; ele traz significados culturais de gerações que passam por transformações, sendo o nascimento um dos momentos mais marcantes da vida do ser humano.

Relatos históricos afirmam que a assistência prestada à mulher no momento do parto era considerada assunto feminino, desempenhado por parteiras, as quais proporcionavam ambiente emocionalmente favorável ao nascimento, faziam uso de suas crenças, talismãs, orações e magias para alívio da dor provocada pelas contrações. Todo este processo se dava na residência da mulher, onde ocorriam as trocas de conhecimentos, descobriam afinidades. A presença masculina durante a parturição era considerada incômoda.

A partir do século XX, ocorreu uma drástica mudança na maneira de conduzir o parto, o mesmo deixou de ser visto como um processo natural, privativo e familiar, passando a ser um evento hospitalocêntrico e medicamentoso, com a presença de vários atores conduzindo o processo. Esta

mudança reforçou a submissão da mulher, a qual deixou de ser protagonista do processo parturitivo, perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas, sem o devido esclarecimento, tudo isso em nome de uma assistência segura (OSAVA, 1997).

É inegável, entretanto, que devido à institucionalização do processo da parturição, muitos foram os conhecimentos construídos sobre o ciclo gravídico puerperal; contudo, outro efeito importante decorrente deste fato também ocorreu, o excesso de procedimentos, durante as várias etapas do trabalho (pré-parto, parto e pós-parto), considerados rotineiros, apesar de evidências científicas indicarem o malefício, quando usadas sem critérios específicos, retira da mulher o direito de autonomia sobre seu próprio corpo. Como exemplo destas intervenções de rotina, podemos citar a episiotomia, uso abusivo de ocitocina na indução e na aceleração do parto, manobras invasivas como o descolamento de membranas, e a manobra de Kristeller, procedimentos por vezes invisibilizados nos registros ou prontuários médicos, cuja importância podem fazer a diferença nos desfechos de saúde de mães e bebês.

Grande parte dessas intervenções ou procedimentos não apresentam evidências científicas e podem provocar complicações graves. Exatamente por este motivo, muitas destas intervenções não são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (CARVALHO et al. 2010). Segundo Boaretto (2003, p. 14-15), este elevado número de procedimentos que compõem o atual modelo de atendimento ao parto no Brasil é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher em parir sem intervenções. Assim sendo, o parto passou a ser um momento de agudo sofrimento físico e moral, vivenciado através de emoções como medo, tensão e dor, muito evidentes nesse modelo de assistência, impedem, segundo OMS (2002), o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar em práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas.

Outra consequência negativa das mudanças na história da concepção é percebida nos altos índices de partos cirúrgicos no Brasil, número acentuado e desnecessário de procedimentos que causam danos presentes nos partos referidos como naturais (DINIZ, 2009). Segundo Caparroz (2003), o modelo de assistência obstétrica vigente no país é caracterizado por excesso de intervenção no parto, o que tem colaborado para o aumento nas taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. Para reforçar o que estamos dizendo, segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia (Febrasgo, 2004) e a Agência de Saúde de Ribeirão Preto (2004), em 2002, mais de 38.000 recém-nascidos e 2000 mulheres morreram no país por complicações presentes no ciclo gravídico-puerperal aqui também citando os abortos. Nesse sentido, ocorrem mais de 500.000 óbitos maternos e pelo menos 1.200.000 recém-nascidos morrem como consequência de complicações ocorridas no ciclo gravídico puerperal.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) brasileira, obtida a partir de óbitos declarados em 1998, foi de 64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, de 58,56 em 1999 e 47,36 em 2000; entretanto, nos anos de 2001 e 2002, esta mesma RMM foi de 69,19 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos no Brasil (BRASIL, 2002).

Para Silva et al. (2014), no momento do parto, a maior necessidade que a mulher tem é de apoio emocional e não tecnológico. Tal afirmação baseia-se no fato de o parto ser um evento fisiológico que se inicia e evolui por conta própria: abertura do colo do útero, contrações uterinas, o bebê começa a descer, e, à medida que o evento avança tudo vai ficando mais intenso, até que ocorra de fato o nascimento do bebê. Todo esse processo, apesar de não ser indolor, pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações uterinas, hormônios liberados, passagem pela vagina, este processo favorece o amadurecimento final do recém-nascido, com pulmões limpos dos líquidos presentes no período gestacional, facilitando a melhor adaptação ao mundo (CARVALHO et al. 2010).

Conforme Silva et al. (2014), a “Pesquisa nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento” revela que o parto e o nascimento no Brasil estão cada vez mais violentos, com números elevados e crescentes de uso de fármacos como a ocitocina, procedimentos violentos como episiotomias, manobras para acelerar o nascimento e cesarianas sem justificativa, tornando a mulher coadjuvante em um momento em que deveria de ser a protagonista.

O parto, que deveria ser visto como um evento feliz, de fortalecimento, prazer, amadurecimento, momento em que a mulher fosse respeitada, olhada com carinho e até mesmo reverenciada por sua capacidade reprodutiva, vem sendo marcado por intervenções desnecessárias, ofensas, dor e humilhação (GOMES et al. 2008), revelando os efeitos da desigualdade de gênero presente nas bases da sociedade patriarcal, capitalista e androcêntrica, que mudam de formato estando por vezes camufladas por regras sociais consideradas normais e outras vezes se revelam, de maneira banal, como na violência vivida pela mulher no parto.

A herança patriarcal fomenta, ainda hoje, a alienação da mulher ao próprio corpo e a aceitação de uma situação de violência e brutalidade como algo normal. Esta pode ser um dos ingredientes para a cortina de fumaça visivelmente presente neste tipo de violência contra a mulher? O fato de ser uma violência institucionalizada e não reconhecida social e politicamente também contribui para que as mulheres aceitem e não denunciem as situações, tornando-as invisíveis e facilitando a perpetuação destas práticas violentas.

Na década de 1970, no Brasil, iniciou-se um movimento cuja finalidade era trazer humanidade ao parto visto que o mesmo não se mostrava digno para ser considerado humano. O movimento pela humanização do parto apresentava experiências exitosas de práticas diferenciadas – ainda que isoladas – de alguns profissionais. Porém, mesmo com toda boa vontade, o movimento veio a ter destaque e importância de maior vulto aproximadamente 20 anos após, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), em 1993. Esse movimento ganhou amplitude nacional, reunindo inúmeros profissionais e instituições ao redor de uma assistência obstétrica que privilegie a fisiologia da mulher e do feto.

Nesse período, a Fundação Rehuna apresentou um documento, a Carta de Campinas denunciando as práticas violentas no atendimento à mulher no momento da concepção. Segundo este documento,

As circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e

crianças no momento do nascimento, consideram que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993, p. 1).

Ao que se pode perceber, o Movimento pela Humanização do Parto através deste documento de denúncia, reivindica a possibilidade de atendimento dentro dos preceitos que respeitam o que já é natural, ao fisiológico, à capacidade da mulher de poder parir seus filhos, de ter suas necessidades atendidas, enfim, ser respeitada.

As respostas a tais reivindicações iniciaram-se no país no ano 2004, mais precisamente em 28 de maio, ocasião em que o Ministério da Saúde propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Tomou como base para a discussão os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com a política de Humanização do Parto, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização de Hospitais (QUEIROGA; SILVA, 2015).

A política de humanização para atenção ao parto e nascimento pautou-se na transformação dos processos que envolvem as relações entre os usuários, trabalhadores e gestores que lidam com os modelos de atenção e gestão nos serviços de saúde, buscando estratégias como escuta qualificada, rodas de conversas, acolhimento, dentre outros; estratégias importantes ao resgate do protagonismo e da autonomia da mulher, bem como atendimento adequado às reais necessidades da mesma em todo o ciclo gravídico puerperal.

Entretanto, hoje, 14 anos após a implantação da Política de Humanização do Parto, é possível constatar que em relação ao objetivo de ampliação do acesso da mulher ao serviço de pré-natal, este resultado alcançou êxito em todo país; no entanto, não é possível perceber, na prática, a existência de focos específicos também na qualidade deste atendimento e, portanto, a questão da prática profissional desumanizada continua ocorrendo.

Esta afirmativa pode ser facilmente comprovada frente a uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010. A pesquisa "Mulheres Brasileiras e Gêneros nos Espaços Públicos e Privados" traz à tona faces da violência a que muitas mulheres brasileiras, em especial as mais pobres, enfrentam para dar à luz a seus filhos em algumas Maternidades: negligência, discriminação social, violência verbal (grosserias, ameaças, reprimendas, gritos), humilhação intencional e violência física, relato de exame de toque doloroso, negativa de alívio da dor, falta de explicação para os procedimentos adotados e ausências de atendimento.

Gustavo Ventura, sociólogo, pesquisador da Universidade de São Paulo e coordenador da pesquisa acima, relata como um dos resultados do estudo que, a cada quatro gestantes pesquisadas, uma sofreu maus-tratos quando deu à luz. Outro fato que vale a pena ressaltar é que nem todas as mulheres que sofreram estes maus tratos têm consciência de que foram vítimas de violência, que foram maltratadas, desrespeitadas.

Oliveira e Andrade relatam parte do resultado desta pesquisa:

Mulheres com menor escolaridade não consideram ter sido desrespeitadas. Para elas, que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentes próximos, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos (OLIVEIRA; ANDRADE, 2012, p. 1).

Estarrece perceber que a violência obstétrica vem sendo tratada com tanta naturalidade que chega ao cúmulo de muitas mulheres acreditarem que foram agraciadas por Deus ou, como se diz popularmente, tiveram muita sorte, por receberem um atendimento adequado no momento do parto (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Esse fato reforça a constatação de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

Outra questão que vale ser destacada é que os discursos sobre parto no Brasil vêm se restringindo unicamente ao tipo de parto – vaginal ou cirúrgico –, como único indicador de melhoria do cuidado ao binômio, mãe /filho. Este tipo de discurso aponta o parto vaginal como o salvador do resgate à dignidade e à autonomia feminina. Em suma, uma visão falaciosa da realidade.

Diniz (2009) aponta que o parto vaginal tem sido trabalhado de maneira diversa a depender do local onde a mulher vai parir se em unidades privadas, ou públicas. Nas unidades privadas, as mulheres passarão por procedimentos como indução ou aceleração do parto, episiotomia, entre outros procedimentos dolorosos, porém terá acesso à anestesia peridural o que torna o sofrimento físico suportável. Já as mulheres pobres e dependentes do atendimento da rede pública são submetidas à filosofia de que o parto deve ser abreviado e, para isso faz-se uso de recursos técnicos para aceleração do parto, a saber: soro com ocitocina, rotura precoce das membranas, episiotomia, descolamento manual das membranas, redução manual do colo e a manobra de Kristeller. Esses procedimentos multiplicam intensamente as dores do parto, e, vale aqui ressaltar que, somando a estes maus-tratos, a mulher ainda não tem acesso à anestesia peridural; todas estas questões influenciam fortemente para que a experiência da mulher ao parir seu filho seja carregada de muita dor e sofrimento.

Ou seja, nas maternidades privadas e públicas, ocorrem casos de violência obstétrica, entretanto, o que muda é a forma de vivenciar a mesma. Nas unidades privadas, a violência ocorre através do uso desnecessário de procedimentos técnicos, expondo a risco o binômio mãe/filho, entretanto, trata-se de uma violência disfarçada, indolor, visto que é mascarada pela anestesia; já na unidade pública, não tem a cortina de fumaça, não tem a anestesia, os procedimentos violentos e degradantes são sentidos literalmente na carne. Esse diferencial social da manifestação da violência obstétrica também é discutido por Maia (2009, p. 42), quando relata que no Brasil o que prevalece é o modelo tecnocrático de assistência para as mulheres do setor público e do privado; a respeito disso, o autor afirma: “só há duas alternativas de parir no Brasil: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea”. Não podemos deixar de acrescentar a estas opções um parto vaginal com anestesia, entretanto, esta é uma marca de diferenciação social e de modernidade.

Diante dessa situação, Maia (2009) afirma que a demanda pela cesárea, no Brasil, nada mais é do que uma busca por dignidade, visto que o dito parto normal na verdade é carregado de intervenções e traumático. Em sua concepção, trata-se de “uma escolha entre o ruim e o pior”, entre duas formas de vitimização.

Infelizmente, conforme abordado até aqui, devido à ausência de respeito aos direitos da mulher, o aliviar da dor do parto só ocorre quando se tem dinheiro para pagar uma cesariana agendada. Um parto moderno, sem dor, racional, conveniente visto ter horário e data pré-estabelecidos, sem gemidos e sem órgão genital exposto. Essa prática traz, como uma de suas maiores consequências, o desaparecimento das dimensões do parir. E o pior, isso não significa que não haverá a violência obstétrica, ela acontecerá sim, porém, sem dor.

Independente da escolha do tipo do parto que a mulher faça, pois ela pode e deve escolher, a nosso ver, é imprescindível modificar o acesso ao direito reprodutivo básico. Faz-se necessário programar estratégias para aumentar a segurança e um atendimento humanizado de fato e de direito.

A proposta de humanização veio com o ideal de criar novas formas de vivenciar o parto, a maternidade, a paternidade, a sexualidade e a vida corporal, no setor público ou no setor privado. Importa neste momento, atentarmos para as políticas públicas que estão sendo desenvolvidas em respeito às reivindicações das mulheres e que possam garantir a sua dignidade humana. Além disso, ainda prevalece o hiato entre a política planejada em gabinetes e os profissionais/as mulheres, os quais são apenas receptores das políticas, sem de fato terem contribuído ativamente para a efetivação das mesmas.

Considerações finais

Nos estudos utilizados, pudemos constatar que a violência contra mulher no momento do parto foi evidenciada por atos de negligências no atendimento, excesso de intervenções que trazem dores e marcas físicas e psíquicas. O conhecimento médico hegemônico em relação à assistência ao parto procede de um modelo que segue a lógica colonial e por produção, cujo marco é a intervenção sobre o corpo da mulher.

Não se vislumbra cumprimento dos preceitos do parto humanizado. E, frente ao exposto até aqui, podemos dizer que o discurso da categoria médica em destacar o bem-estar da paciente pode ser visto como estratégia de dominação no processo do parto e nascimento.

Outra questão que vem chamando nossa atenção é que os Programas de Humanização do Parto vislumbram também a participação de parteiras com incentivo, capacitação e cadastramento das mesmas, entretanto, observa-se que tal ou tais incentivos só são mais frequentemente discutidos para regiões distantes, onde o acesso aos serviços de saúde é escasso.

Seria esta uma maneira de continuar reafirmando atendimento em conformidade à classe social? Visto que em muitos lugares do país, as parteiras atenderão apenas pessoas que não têm acesso a uma maternidade, devido às distâncias ou à ausência de dinheiro. Não seria o caso de os programas buscarem de fato atentar para o resgate deste/a profissional que traz consigo toda uma cultura e conhecimento da mulher enquanto ser humano e essência?

Todos os envolvidos com o processo de parto, médicos, enfermeiros, auxiliares, bem como a própria paciente, devem se conscientizar de que dar à luz a uma criança ou parir não é simplesmente “retirar o bebê de dentro da barriga da mãe”, trata-se de um procedimento que deve ser humanizado, pois, além de ser um evento fisiológico, também possui fortes e imprescindíveis laços emocionais, sentimentais e culturais que marcarão a vida de toda uma família. Os profissionais da saúde têm o dever de assegurar e assistir ao binômio mãe/filho, promovendo melhor qualidade ao parto e permitindo que a mãe, protagonista do evento, esteja segura e preparada para o nascimento.

Assim, apesar de o Ministério da Saúde estar investindo na implementação de medidas que humanizam o tratamento nos serviços de saúde, somente a criação desses programas não é suficiente para garantir que os resultados sejam efetivos. Há que se trabalhar diretamente na formação dos profissionais de saúde, seja por via acadêmica ou por capacitações para que estes se tornem de fato partícipes de todo o programa e proposta para humanização dos cuidados direcionados à mulher no momento do parto, que deve ser sempre um momento de alegria e não de dor.

Referências

AGÊNCIA DE SAÚDE. *Ministério da Saúde premia atendimento humanizado à mulher e à criança. Saúde Ribeirão Preto*. 2004. Disponível em: < www.sauderibeirao.com.br>. Acesso em: 18 jun. 2017.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 14-21, 2006.

BÍBLIA. *Bíblia Sagrada*. São Paulo: Editora Ave Maria, 2005.

BISCEGLI, Terezinha Soares; GRIO, Jamile Martins; MELLES, Livia Costa; RIBEIRO, Stella Regina Mastrangi Ignácio; GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 18-25, jan./jun. 2015.

BOARETTO, Maria Cristina. *Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. 141f. Dissertação. Mestrado em Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Brasília, jan. 2016.

_____. Secretaria de políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 2 ed. Brasília: MS, 2002.

CAPARROZ, Sueli Castilho. *O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada*. Joinville: Univille, 2003.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, v. 38, n. 5, p. 265-270, maio 2010.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade. *Pesquisa e estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher*. Convenção Belém do Pará. São Paulo: KMG, 1996.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade. *O preço do silêncio: mulheres ricas também sofrem violência*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2007.

D'GREGORIO, Rogelio Perez. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n. 111, p. 201-202, 2010.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Atenção qualificada durante o parto*. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2004.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saúde Sociedade*, v. 17, n. 1, p. 61-72, jan./mar. 2008.

MAIA, Mônica Bara. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Editora Fiocruz, 2009.

MENEZES, Telma Cursino; AMORIM, Melania Maria Ramos de; SANTOS, Luiz Carlos; FAGUNDES, Anibal. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

OLIVEIRA, Cida de; ANDRADE, Yohana. As outras dores do parto: Como pacientes são maltratadas e por que a cesárea, a episiotomia e o uso de ocitocina são considerados abusos. *Revista Rede Brasil Atual*, n. 69, mar. 2012.

OSAVA, Ruth Hitomi. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não médicos*. Tese. Doutorado em Saúde Materno-infantil. 129f. Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

OMS. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.

PANDJIARJIAN, Valéria. *Os estereótipos de gênero nos processos judiciais e a violência contra a mulher na legislação*, 2007. Disponível em: <www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/.../estereotipos_Genero_Valeria_Pandjiarjian.doc>. Acesso em: 29 jun. 2017.

PRAZERES, Michelle; MAIA, Jamila. *Corpos roubados: panorama da violência obstétrica no Brasil*. 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/michelleprazerres/corpos-roubados-panorama-da-violencia-obstetrica-no-brasil>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

QUEIROGA, Joane Silva; SILVA, Rosângela Viana da. A violência obstétrica no parto: uma realidade brasileira. Seminário de Pesquisa do CCSA. *Anais...* Natal, 2015, p. 1-12.

RADL PHILIPP, Rita Maria: Feminismo y conocimiento de género: rememorando su historia particular. In: LOMBARDI, José Claudinei; SANTOS, Ana Palmira Bittencourt; MAGALHÃES, Livia Diana Rocha (Orgs.). *Historia, memoria e educação*. Campinas: Alínea Editora, 2011, p. 175-194.

_____. *Investigaciones Actuales de las Mujeres y del Género*. Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións de la Universidad de Santiago de Compostela, 2010.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO PARA A CPMI DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. *Dossiê Violência obstétrica: "Parirás com dor"*. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso: 29 maio 2018.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (REHUNA). Ato de Fundação da Rede, Campinas, out. 1993, p. 1-4.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely Souza de. *Violência e gênero: poder e impotência*. São Paulo: Revinter, 1995.

SCOTT, Russel Parry. O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cadernos de Pesquisa*, n. 73, p. 38- 47, 1990.

SANTOS, Marcos Leite dos. *Humanização da assistência ao parto e nascimento*. Um modelo teórico. 249f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. FUNDAÇÃO PERSEU ABRANO. *Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Sesc/FPA, 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

SILVA, Michelle Gonçalves da; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Livia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carcaman; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista Rene*, v. 15, n. 4, p. 720-728, jul./ago. 2014.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

Recebido em: ago. 2017.

Aceito em: mar. 2018.

Rita Radl Philipp: Doutora em Filosofia e Ciência da Educação pela Universidade Santiago de Compostela. Docente da Universidade Santiago de Compostela e diretora do Centro Interdisciplinar de Investigações Feministas e de Estudos do Xénero –CIFEX da Universidade de Santiago de Compostela. Docente do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: ritam.radl@usc.es

Tânia Andrade Rocha Cunha: Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Programa de Pós-Graduação em Memória Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: rochandrade@uol.com.br

Zoraide Vieira Cruz: Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Doutoranda em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: zoraide@uesb.edu.br