

A violência obstétrica e os desafios de se promover políticas públicas de saúde efetivas

Sérgio Adriany Santos Moreira¹

Patrícia Peterli Partichelli²

Adriana Aparecida Oliveira Bazani³

Resumo: Com o objetivo de analisar a apropriação do parto pelo poder médico e sua relação com a prática da Violência Obstétrica em hospitais e maternidades, foi realizado um estudo de natureza qualitativa que procurou discutir como o tema da Violência Obstétrica vem sendo abordado por diversos autores na literatura, bem como sua exposição em documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e relatos de mulheres violentadas. Foi abordada a figura da mulher como mãe, as relações de poder entre equipes médicas e parturientes, a Violência Obstétrica praticada no âmbito de hospitais e maternidades e as políticas públicas de saúde para um parto humanizado. Fazem-se necessários estudos complementares que objetivem criar metodologias para a construção de políticas públicas focadas na gestão em saúde, com intuito de promover uma reflexão a respeito da universalização do atendimento.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Políticas públicas de saúde; Gestão em saúde.

The obstetric violence and challenges to promote effective public health policies

Abstract: In order to analyze the appropriation of childbirth by medical power and its relation to the practice of Obstetric Violence in hospitals and maternity wards, one qualitative study that aimed at discussing how the issue of Obstetric Violence has been approached by several authors in the literature was conducted, as well as their exposure in official documents of the Brazilian Unified Health System (SUS) and reports of battered women. The figure of the woman was approached as a mother, the power relations between medical staff and parturients, the Violence Obstetric practiced within hospitals and maternity and the public health policies for a humanized childbirth. There is a need complementary studies that aim to create methodologies for the construction of public policies focused on health management, aiming to promote a reflection on the universal service.

Keywords: Obstetric Violence; Public health policies; Health management.

Introdução

Uma pesquisa é sempre um recorte. Esta não se difere: faremos um recorte de um tempo vivido

1 Mestre Administração de Empresas pela FUCAPE Business School (2013). Graduado em Administração pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES (2008). Atualmente é Professor efetivo do Ensino Básico Técnico e Tecnológico e Tutor a distância pelo Instituto Federal do Espírito Santo - IFES.

2 Mestrado em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Coordenadora da Agência de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais.

3 Especialista em Direito Público; Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Gênero e Raça pela UFES. Graduada em Direito.

para subsidiar uma análise dos nossos tempos. Neste recorte, trataremos de analisar a construção do parto enquanto ato apropriado de maneira dominante pela medicina e das relações de saber-poder que perpassaram tal construção, bem como modos de parir noutro e neste tempo que resistem e escapam à lógica hegemônica.

Dentre as inúmeras formas de violência contra a mulher, uma questão que vem sendo levantada por diversos autores (p. e., AGUIAR, 2010; CARNEIRO, 2011; CHAUI, 1985; GOMES E MOURA, 2012; JEWKES, ABRAHAMS E CERSA, 1998; PULHEZ, 2013; RATTNER, 2009; SILVA *et. al.*, 2010; VIEIRA, 2002), como uma abordagem relativamente nova na literatura sobre o tema, é a Violência Obstétrica. Este tipo de violência faz referência a todo o processo desde o momento do atendimento à gravidez até o parto e cuidados pós-parto.

Tendo como premissa analisar as relações de poder exercidas sobre as parturientes sob a forma de violência, este estudo objetivou verificar a apropriação do parto pelo poder médico e sua relação com a prática da Violência Obstétrica.

A partir dessa ideia central foram propostos alguns pontos que auxiliassem a compreensão da Violência Obstétrica e o parto humanizado no âmbito das políticas públicas em saúde. Tais pontos foram descritos neste estudo como objetivos específicos, e visaram:

- Abordar a construção social da figura da Mulher como Mãe;
- Analisar as relações de poder entre equipes médicas e parturientes, e suas implicações com a Violência Obstétrica praticada no âmbito de hospitais e maternidades;
- Verificar políticas públicas de saúde para construção de um parto humanizado.

Desta forma, pretendeu-se contribuir para a ampliação da pesquisa acerca da Violência Obstétrica, entendendo ser um tema atual, relevante e que demande por intervenções urgentes em nível de saúde pública, pois diversos autores (p. e., AGUIAR, 2010; GOMES e MOURA, 2012; JEWKES, ABRAHAMS e CERSA, 1998; PULHEZ, 2013; RATTNER, 2009; SILVA *et. al.*, 2010) utilizam a abordagem do referido tema no intuito de compreender e oferecer subsídios para que sejam construídas políticas públicas de saúde efetivas.

Além disso, se faz necessário salientar que boa parte do material produzido sobre Violência Obstétrica é acadêmico, como artigos, teses e dissertações, que se utilizam, por sua vez, de entrevistas, escassos dados oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou via Sistema Único de Saúde e, em alguns casos, pesquisas realizadas por iniciativas de grupos de mulheres que militam em busca de uma nova significação para o parto, como os movimentos de mulheres em prol do parto humanizado.

Assim, contribuir com uma pesquisa que discuta a Violência Obstétrica é, de certo modo, endossar o movimento que supõe outros modos de parir, outros modos de nascer e de localizar a mulher na sociedade. Assim, acredita-se que este estudo possa contribuir para a literatura referente ao tema e despertar o entendimento, tanto da comunidade acadêmica quanto da população em geral, sobre um dos tipos de violência que muitas mulheres enfrentam no dia-a-dia, além de suscitar a discussão sobre políticas públicas em saúde.

Metodologia

Com o objetivo de analisar a apropriação do parto pelo poder médico e sua relação com a produção da violência obstétrica, bem como a prática da violência obstétrica em hospitais e maternidades, foi

realizado um estudo de natureza qualitativa que procurasse também avaliar políticas públicas de saúde para um parto humanizado.

Desse modo foram utilizados estudos, sob a forma de artigos nacionais e internacionais, dissertações, teses, documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, bem como foram utilizados relatos do *Dossiê da violência obstétrica - Parirás com dor* (CIELLO *et. al.*, 2012) como forma de subsidiar os aportes teóricos da literatura sobre Violência Obstétrica. Também foram realizadas análises que se utilizam do conhecimento de autores como Michel Foucault, central na construção do que aqui é discutido acerca das relações de poder na cena do parto.

O presente estudo foi dividido em 6 momentos: Introdução - a qual abordamos o objetivo principal e os específicos de realizar nossa pesquisa, além da importância deste estudo para a comunidade acadêmica e geral; Metodologia - a abordagem de como o estudo fora desenvolvido; Sobre o Parir: do nascimento da mãe à morte da mulher - onde é relatada a trajetória dos estudos e percepções sobre o corpo da mulher enquanto mãe e inicia-se a discussão sobre as relações de poder; Violência Obstétrica: apontamentos sobre o poder médico na cena do parto - onde faz-se uma breve discussão sobre as relações de poder entre equipe médica e parturientes, suas implicações com a Violência Obstétrica e relatos de mulheres que sofreram tal tipo de violência; Violência Obstétrica e a abordagem de políticas públicas para um parto humanizado - neste tópico se faz necessário apontar os principais estudos sobre o tema da Violência Obstétrica e avaliar políticas públicas de saúde para construção de um parto humanizado; Considerações Finais - por fim, são discutidos e analisados alguns resultados da pesquisa, apontadas algumas limitações do presente estudo bem como sugeridas implicações para pesquisas futuras e para a prática no serviço de saúde público ou privado, visando a universalização do atendimento.

Sobre o parir: do nascimento da mãe à morte da mulher

Ao longo da história o ato de parir foi atravessado por incontáveis variáveis que puderam, com o tempo, produzir não somente distintos registros históricos acerca da forma como o parto e o nascimento foram socialmente compreendidos, mas também, como a mulher foi produzida enquanto figura crucial nesse processo.

Na idade média, a dor do parto era um importante elemento, uma vez que, de acordo com a moral cristã, representava o castigo da mulher diante do pecado original de Eva. Toda mulher, ao parir, deveria padecer de tal sofrimento, aproximando-se da figura de Maria, mãe de Jesus (CARNEIRO, 2011).

No século XVIII e início do século XIX, com as transformações sociais decorrentes da lenta passagem do regime feudal para a sociedade industrial, produziu-se todo um conjunto de práticas e saberes sobre os indivíduos, protagonizados pelas ciências da época, que passaram a adquirir significativo papel na resolução dos problemas advindos da nova ordem social (BENEVIDES, 2007).

De acordo com Foucault (2010a), o corpo foi socializado pelo capitalismo enquanto força de trabalho, força de produção. E foi exatamente aí, no corpo, que a medicina social, enquanto saber que se legitimava e instrumentalizava, passou a servir de mecanismo de controle do Estado com o objetivo de manter a ordem e normalizar os hábitos, padronizar os costumes e reorganizar o cenário da cidade.

Segundo Foucault (2005) a “biopolítica” refere-se aos mecanismos e estratégias de controle não somente exercidos sobre o indivíduo, mas também sobre as massas, sobre o corpo social enquanto população. Na “biopolítica”, não se trata mais do poder do soberano autorizando a vida ou determinando a morte, mas o Estado, utilizando-se das ciências, evitando tanto quanto fosse possível a morte de determinada parcela da

população – que deveria ser investida –, enquanto a outra parcela é deixada morrer (FOUCAULT, 2005).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2010a, p. 80).

Ainda sobre a “biopolítica”, Pelbart (2003) explicita,

[...] nesse novo regime o poder é destinado a produzir forças e as fazer crescer e ordená-las, mais do que barrá-las ou destruí-las. Gerir a vida, mais do que exigir a morte (...). Os poderes levam suas guerras como gestoras da vida e da sobrevida, dos corpos e da raça. É o discurso da vida, da sobrevida, da sobrevivência: poder matar para poder viver, princípio alçado a estratégia de Estado. Se antes se tratava de defender a soberania de um Estado (lógica da soberania) trata-se agora de garantir a sobrevivência de uma população (lógica biológica) (PELBART, 2003, p. 56).

Diferentemente de entender a doença como uma fatalidade, por exemplo, ela passa a ser evitada e controlada por meio de estatísticas e índices construídos e pensados com o intuito de defender a sociedade dos perigos e criar estratégias de prolongamento da vida (ainda que fosse a vida biológica). Para a medicina social infiltrar-se na rotina dos lares e promover mudanças nos hábitos da população foi necessário que o corpo, e além dele, os modos de comportar-se socialmente, também sofressem transformações, ancoradas pelo saber médico que se modernizava e apresentava variadas soluções para os problemas da vida pública e privada.

Segundo Rago (1997), as principais peças para o agenciamento das relações intrafamiliares pela medicina foram a mulher e a criança. A mulher, de acordo com o novo modelo normativo do século XIX, torna-se frágil e afetiva, assexuada, responsável pela casa e bem-estar da família. Já a criança passa a ser a representante do futuro da nação, devendo estar provida de boa educação e com adequados cuidados de saúde, como exposto por Rago (1997):

À mulher cabia, agora, atentar para os mínimos detalhes da vida cotidiana de cada um dos membros da família, vigiar seus horários, estar a par de todos os pequenos fatos do dia-a-dia, prevenir a emergência de qualquer sinal de doença ou desvio. Complementarmente, a criança passou a ser considerada como especial, que requeria todos os cuidados, dos médicos, novos aliados da mãe, não obstante sua ampla utilização nas camadas pobres da população, como força de trabalho industrial (RAGO, 1997, p. 62).

Importante salientar que os discursos que buscavam normatizar a vida e designar o lugar da mulher na sociedade, contribuindo com a construção da sua identidade, utilizavam-se da medicina e seu caráter científico para serem validados e legitimados socialmente, disseminando-se.

Ainda segundo Rago (1997), é partindo do fortalecimento da ideia de “vocação natural” para a procriação que a partir da metade do século XIX a intimidade do lar terá como tutor o médico. Emerge a família nuclear moderna, que deverá cultivar em seu interior as virtudes burguesas e onde a sexualidade da mulher somente aparecerá quando vinculada ao ato de procriar. Quanto mais se associava à maternidade, mais a mulher e toda a sua força e potência se esvaíam.

A medicina se apropria dos ciclos vitais da mulher, construindo um determinado saber sobre eles, “objetificando” seu corpo e estabelecendo condutas baseadas em tais saberes, como exposto por Vieira (2002):

A ideia de ‘natureza feminina’ baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem ideias sobre

a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos 'naturais' e 'essenciais' à divisão de gêneros na sociedade (VIEIRA, 2002, p. 31).

Com o intuito de garantir a reformulação dos hábitos, os médicos faziam visitas às casas orientando os cuidados e prescrevendo modos de conduzir cada fase da vida. A amamentação da criança somente pela mãe passa a ser prescrita, por exemplo, e, em contrapartida, a “amamentação mercenária” (com alimentação artificial), muito comum na época, passa a ser “patologizada” e considerada anti-higiênica, precisando ser urgentemente combatida.

Nessa época, estudos sobre fenômenos da população eram lançados como estratégia para legitimar os espaços de atuação do saber médico. O hospital, desse modo, sai de cena como um local de contaminação e asilo de doentes, e torna-se local onde a modernidade, no que se refere a estratégias de garantir a saúde e a cura (Foucault, 2010a). O parto, antes realizado de modo doméstico por parteiras, passa a ser condenado pela medicina devido ao alto perigo de contaminação. Assim, é transferida para o hospital a responsabilidade de ser alternativa para um nascimento saudável, asséptico e moderno.

A partir do século XVIII o ato de parir, que estava fortemente vinculado a questões religiosas e espirituais, ato este carregado de sentidos morais e de significação da dor como purificação, passa a ser sabotado tanto pela Igreja como pela medicina. Conforme os estudos de Carneiro (2011):

De um lado, os clérigos preocupavam-se com o poder espiritual que essas mulheres comportavam ao rezarem, benzerem e sugerirem condutas espirituais. Elas funcionavam como uma ameaça ao poder moral da igreja, por isso foram acusadas de magia e de bruxaria, práticas não aceitas pela doutrina cristã. De outra parte, para as autoridades civis, preocupadas com a mortalidade, era interessante negar a prática dessas mulheres para que a sociedade se orientasse com os médicos, visando a uma suposta garantia da saúde e da vida mais ordenada. Desse modo, pode-se pensar que a condenação das parteiras ao ostracismo interessava não somente aos médicos, mas também aos que se tinham dedicado ao processo de modernização das cidades e ao clérigo mais tradicional (CARNEIRO, 2011, p. 30).

Importante dizer que todo este processo não se deu sem resistência. No entanto, os escapes ao parto no hospital se tornaram cada vez menos frequentes, especialmente após o discurso das aproximações do parto ao sinônimo de dor, do risco de mortalidade materno-infantil e do desenvolvimento de técnicas e medicamentos para evitar a dor durante o mesmo.

De acordo com Vieira (2002), até o século XVIII, com o alto risco de infecção puerperal, as mulheres evitavam a todo custo os partos nos hospitais e os realizavam em casa. No século XIX, com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, o uso de anestésicos e o combate à referida infecção, a prática do parto no âmbito hospitalar foi consolidada. Segundo Costa (1979), todas essas práticas discursivas colaboraram para a transformação da cena do parto em um evento hospitalar e médico, com a presença de cesárea para realização dos nascimentos. Ou seja, o parto se torna um ato cirúrgico.

No hospital há importantes considerações a serem feitas acerca da relação médico-paciente, que se diferencia da relação da parturiente com as parteiras e “doulas” – a mulher que acompanha a gestante e o *casal grávido* durante a gestação, parto e pós-parto, dando-lhes apoio emocional e transmitindo-lhes técnicas de suavizo das dores, respiração, entre outras (CARNEIRO, 2011) –. Concomitantemente ao fortalecimento do discurso médico, há um processo de desqualificação do saber popular, adquirido e repassado geração a geração, utilizado pelas parteiras.

O hospital, local asséptico, destinado à cura e à saúde, passará a construir relações igualmente assépticas com as parturientes: um avental monocromático cobrindo a nudez de todo e qualquer corpo, um Manual de Obstetrícia normatizando toda a conduta cirúrgica, um saber dominante que determinará

quais são as condutas mais apropriadas a serem tomadas ao longo do procedimento cirúrgico.

Essa relação de poder acaba por neutralizar os afetos, numa concepção de ciência baseada na hierarquia do saber denominado científico em detrimento do saber que é extraído das experiências e dos ensinamentos dos mais velhos – o saber popular –. Nesse sentido, a medicina passa a deter a “verdade” sobre o nascimento e sobre o corpo da mulher e da criança. Tais relações hierárquicas e autoritárias podem ter por consequência, na medida em que a mulher é desautorizada a decidir sobre seu próprio corpo, uma forma de Violência Obstétrica, a qual será abordada de maneira mais detalhada a seguir.

Violência Obstétrica: apontamentos sobre o poder médico na cena do parto

Uma sala fria e clara. Uma maca. Vestimentas claras, denunciando cada sujeira que possa indicar falta de higiene ou risco de contaminação. Falta de higiene que também pode ser as próprias fezes no momento do parto, o suor, o cheiro, os pelos pubianos, a placenta. Embora conheça seu próprio corpo há anos, nos mínimos detalhes e tenha conexão com sua gravidez durante todo o tempo de gestação, a voz de comando é a da equipe de saúde. Um efeito cascata de procedimentos médicos, provocado por meio de várias intervenções invasivas: raspagem dos pelos pubianos, lavagem intestinal, hormônios para aceleração das contrações, rompimento da bolsa, analgesia e corte da musculatura perineal para passagem do bebê. A atenção toda está no objeto final: um corpo que sai respirando de dentro de outro corpo. O resto da responsabilidade é atribuído ao corpo chamado de mãe.

Com esse sentimento de ojeriza a hospitais e maternidade em que muitas mulheres tiveram seus filhos, citemos um relato de uma mãe no momento em que saíra daquele ambiente:

“Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: ‘Tchau! Até o ano que vem!’. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: ‘Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.’ Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa”. Gabriela, atendida através da rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 136).

A relação médico-paciente construída de forma autoritária tem contribuído para uma forma de violência contra a mulher ainda invisível, mas muito frequente e com efeitos drásticos, denominada Violência Obstétrica. Violência que se dá de forma psicológica por meio de humilhação, descaso e constrangimento, ou física, através de procedimentos invasivos dolorosos, desnecessários e sem o consentimento da parturiente.

Dentre os caminhos possíveis para definição da violência, orientar-nos-emos por Chauí (1985), quando demarca violência sob dois pontos de análise, que não se excluem:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como 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 (CHAUI, 1985, p. 35).

Desse modo, a violência obstétrica pode ser entendida como a inferiorização da mulher em relação ao gênero, à classe social, à etnia ou ao grupo social, desqualificando-a e submetendo-a a intervenções médicas sem que sua autonomia seja respeitada, bem como sem o seu consentimento acerca dos procedimentos a serem realizados. Tais critérios são adotados internacionalmente para caracterização deste tipo de violência.

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma declaração contra a violência obstétrica, intitulada: *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, cuja abertura convoca não somente para a publicização da violência obstétrica de modo a ser legitimada e viabilizada, mas também o empenho e a mobilização social acerca do tema:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (WHO, 2014).

Pulhez (2013) destaca algumas condutas violentas evidentes durante o parto, como o relato de mulheres que foram amarradas à maca; agressões verbais e físicas de médicos/enfermeiros que as mandam calar a boca, pois elas estão fazendo muito escândalo e que não dão um ano para estarem ali novamente; uso de procedimentos que estão em desacordo com o pedido pela paciente e/ou sua doula, como a cesariana.

Trata-se de relações de poder que são baseadas na autoridade médica e estendidas aos demais profissionais, construídas historicamente e que acabam por produzir posturas que requerem obediência e submissão por parte das pacientes.

Foucault (2010b) chama atenção para o caráter produtor de realidades das relações de poder, muito mais do que de uma instância negativa, que teria por função a repressão. Seria exatamente essa a estratégia utilizada para que sutilmente o poder seja infiltrado em todo o tecido social.

O saber médico, neste sentido, é utilizado como estratégia de poder do Estado, que, por sua vez, utiliza-se deste saber para que se controle, adestre e deixe dócil os corpos. Assim, o saber médico, muito mais do que reprimir ou dizer “não”, é aquele que orientará o sentido das ações, ou seja, “como” a vida deve ser cuidada, “a melhor forma” de cuidado a ser seguida.

O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 2010b, p. 08).

Ainda que a figura do médico esteja no topo da hierarquia de poder, é importante ressaltar que a Violência Obstétrica não se restringe a uma formação acadêmica específica, mas às relações de poder que se dão entre todos aqueles envolvidos na cena do parto e ao longo de todo o processo de parir:

“Você deveria vir aqui e me perguntar sobre fralda, sobre chupeta, mamadeira! Não devia me perguntar sobre procedimento no bebê!!!”. Fala atribuída à médica neonatologista em resposta ao questionamento da gestante sobre os procedimentos a serem realizados no bebê ao nascer. A.D., atendida através de plano de saúde, Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 133).

Percebe-se, pelo relato exposto acima, que a Violência Obstétrica praticada em hospitais e maternidades não se restringem apenas ao serviço público tampouco à mulheres pertencentes apenas a classe baixa. Nos estudos de Beraldo, Birchal e Mayorga (2017), os autores entrevistaram um grupo de oito mulheres que haviam participado de movimentos feministas e possuíam alta escolarização, diferentemente do estigma que se tem na literatura das mulheres que sofrem algum tipo de violência em relação ao seu corpo. Assim, podemos inferir que a Violência Obstétrica também pode ser percebida em diferentes níveis sociais.

A “forma ideal de parir” está repleta de orientações que, se não forem seguidas pela parturiente, contrariando a autoridade médica, poderão causar danos severos à própria saúde ou à saúde do bebê, em

uma forma de culpar sempre a gestante:

“Viu o que você fez com o seu filho?” fala recorrente de médicos na sala de parto diante de morte de bebê durante o parto, Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 138).

Quando não contrariadas tais ordens ou não havendo resistência da parturiente à autoridade absoluta do saber médico, a Violência Obstétrica pode aparecer de forma física, ou na forma de ameaça, coação ou punição. De acordo com Aguiar (2010, p. 35), “quando a autoridade precisa de força, sanção ou coerção para ser obedecida, saímos do campo de poder e adentramos o da violência, capacidade de dispor dos meios para atingir um determinado fim”. Dito de outro modo, a violência inicia quando a relação de autoridade legítima do médico é atravessada e utilizada de modo que a outra parte, fragilizada, não tenha condições de resistência.

De acordo com Starr (1991), a autoridade médica pode ser analisada segundo dois pontos primordiais que se inter-relacionam: primeiro a legitimidade – que se baseia na concepção de que o médico é a figura detentora de um saber verdadeiro sobre a saúde, inspirando confiança no paciente; segundo, pela dependência – produzida no paciente exatamente devido ao saber médico tido como inalcançável e que, sem o qual, o paciente poderá sofrer consequências desagradáveis ou graves, sentindo-se, assim, receoso em resistir aos comandos ou orientações médicas.

“Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: ‘Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!’. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor.” P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 137).

O deslocamento da cena do parto para um ato cirúrgico, também teve por consequência o aumento do número de cesárias. O parto realizado por meio de cesárea, embora tenha sido historicamente atrelado à ausência de dor e seus supostos benefícios à saúde do bebê e da mulher, possui atravessamentos econômicos e elucida não somente a medicalização do corpo da mulher, como também o processo de “mercantilização” da saúde, em que procedimentos são incentivados, mesmo que desnecessariamente, com o objetivo de produzir demanda para que se possa lucrar com isso.

Não diferente de todas as outras formas de, ilusoriamente, fazer com que a sociedade participe de decisões sobre este estilo de parto, a medicina se apropriou do saber hegemônico acerca da saúde de modo a vender a ideia de parto abdominal como mais moderno, agregando várias parturientes ao discurso.

Por ter sido transmitida, pelos manuais de obstetrícia e pelas faculdades de medicina como procedimento seguro, indolor, rápido e mais moderno, a cesariana aparece, em muitas ocasiões, como a primeira opção na escolha de médicos e das mulheres por eles atendidas (CARNEIRO, 2011, p. 25).

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que até 15% dos partos sejam realizados por cesárea. No Brasil, as estatísticas demonstram que, em 2012, 55,61% dos partos foram realizados por meio de cesárea. No Espírito Santo o cenário foi ainda mais alarmante: 66% dos partos foram abdominais, somente ficando atrás de Goiás, com 70% (SINASC/DATASUS, 2013).

“A cesariana é a evolução do parto. É rápida e não causa trauma para a mulher”. Fabio Leal, presidente da Associação de Ginecologistas e Obstetras do Espírito Santo em entrevista a A Tribuna, 23 de fevereiro de 2012, Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 124).

De acordo com uma pesquisa pioneira acerca do perfil das mulheres que sofrem violência obstétrica

no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, uma em cada quatro mulheres relata ter sofrido violência no parto. Tais relatos são mais frequentes acerca de partos realizados em hospitais públicos, e se estendem desde humilhações e xingamentos, à recusa de procedimentos para alívio da dor e até mesmo à prática de exames dolorosos:

“Eu tive de dizer: ‘Você é a quarta pessoa hoje que entra nesse quarto para apertar meu peito sem se apresentar! Eu tenho colostro, todo mundo já viu, não precisa de ninguém mais me apertar.’” C. atendida na Maternidade Santa Úrsula através de plano de saúde Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 145).

“Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor ‘no corte’. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuo me informar e descubro que o médico que ‘fez os partos’ não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que ‘normal não dói, é coisa da cabeça delas.’” ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 135).

Ainda de acordo com a pesquisa, que foi realizada em 25 estados brasileiros e em 176 municípios, quanto mais escura, jovem e pobre for a parturiente, maior é a probabilidade de que ela seja vítima de violência durante o parto, que ocorre, sobretudo, em regiões urbanizadas.

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!” fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (Dossiê da violência obstétrica ‘Parirás com dor’, 2012, p. 135).

Violência obstétrica e a abordagem de políticas públicas de saúde para um parto humanizado

A maneira como a equipe de saúde lida com o paciente precisa ser analisada para muito além das questões individuais. De acordo com Silva *et. al.* (2010), a violência contra a gestante em trabalho de parto deve ser tratada como um problema de saúde pública, e não somente como agressão física à parturiente. Por isso Jewkes, Abrahams e Cersa (1998) sugerem que ocorra uma intervenção na relação entre pacientes e enfermeiros, no intuito de humanizar e melhorar este tipo de atendimento nos hospitais e maternidades. A Violência Obstétrica tem se tornado comum devido à falta de responsabilidade dos serviços médicos e falta de medidas mais enérgicas tomadas pelos gestores contra os enfermeiros que abusam dos pacientes, além da falta de ética em relação aos cuidados da enfermagem (JEWKES, ABRAHAMS E CERSA, 1998).

Em uma pesquisa realizada em hospitais públicos da África do Sul, Jewkes, Abrahams e Cersa (1998) analisaram que a violência praticada nos serviços de saúde pública obstétrica da maternidade daqueles hospitais vem se tornando comum, devido à falta de responsabilidade local dos serviços e o descaso dos gestores responsáveis pela área médica. Ainda de acordo com o estudo das autoras, foram observadas diversas formas de violência praticadas pelos enfermeiros contra as gestantes, como: grosseria; não respeito à autonomia que os pacientes possuem; negligência e até a violência física de fato. Muitos desses casos são influenciados por questões organizacionais como as estratégias coercitivas e punições por parte dos profissionais e uma ideologia de inferioridade por parte do paciente. Além disso, Jewkes, Abrahams e Cersa (1998) constataram que os enfermeiros se mostraram engajados em afirmar sua identidade profissional de maneira que mantivesse uma distância social e de poder em relação aos seus pacientes, e para isso, acabaram utilizando a violência para exercer este tipo de influência.

Para um atendimento humanizado, Rattner (2009) acredita que um dos componentes de assistência à parturiente é a relação interpessoal estabelecida com os médicos e enfermeiros no processo que envolve

o parto. A autora constatou, em seu estudo, uma elevada taxa de mortalidade materna durante o parto. Por isso, deve haver maior compromisso com o ambiente de trabalho e respeito às questões relacionadas a gênero, raça, etnia, orientação sexual e algumas populações específicas (ribeirinhos, assentados, índios, quilombolas, etc.). Ainda de acordo com Rattner (2009), o modelo do parto humanizado enfatiza a parturiente e o bem-estar do bebê, de maneira menos invasiva, utilizando tecnologia adequada e monitoração contínua no processo de trabalho. Neste modelo, a presença de acompanhante é incentivada e a parturiente pode escolher o jeito mais confortável para ter seu filho, o profissional atuante é a parteira, acompanhando todo o processo e dando encaminhamento a uma instituição hospitalar caso necessário. Este modelo é adotado em muitos países da Europa (RATTNER, 2009).

Gomes e Moura (2012), com o objetivo de analisar as tendências na literatura sobre atenção ao parto humanizado, verificaram a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000 sob a perspectiva da violência, constatando um desrespeito em relação ao programa. As autoras fizeram um estudo qualitativo, por meio de revisão sistemática da literatura, verificando as tendências na produção científica sobre atenção aos partos entre os anos de 2001 e 2010 e, como resultado, apontaram a necessidade de elaboração de um planejamento pautado em diretrizes assistenciais para a discussão de práticas de forma crítica e baseada em evidências. Ainda, alguns dos fatores que poderiam contribuir para humanização do parto são: atenção; confiança; respeito dos profissionais; presença do companheiro/cônjuge/acompanhante (GOMES e MOURA, 2012).

Por conseguinte, Pulhez (2013) acredita que as tentativas por parte de ativistas pelo parto humanizado, procedimentos que não são recomendados em alguns casos (como a cesárea e a episiotomia - procedimento considerado em desuso pela Guia da Gestante e do Bebê da UNICEF), como também o direito da parturiente ter um acompanhante, são maneiras de se evitarem o abuso à saúde da mulher e evitar maus tratos durante o procedimento do parto. Jewkes, Abrahams e Cersa (1998) também apontam algumas políticas públicas que poderiam auxiliar no bom relacionamento entre pacientes e equipe médica, como: a introdução da matéria de antropologia médica no currículo dos enfermeiros, com intuito de auxiliar o enfermeiro a compreender o escasso conhecimento que um leigo possui sobre a área médica; *workshops* sobre intervenções também podem ser úteis para auxiliar o enfermeiro a assimilar a prática ao conteúdo; e a necessidade dos gestores dos hospitais em enviarem mensagens mais claras aos seus subordinados.

Com isso, é percebida uma necessidade, por meio de estudos, de serem concebidas políticas públicas de saúde efetivas no intuito de se realizar um parto humanizado, seja no âmbito do Sistema Único de Saúde ou em hospitais e maternidades particulares. Pois, como Jewkes, Abrahams e Cersa (1998) explanam, apesar de mudanças ideológicas sobre a prática da enfermagem virem acontecendo ao longo do último século, uma ideologia nova não surge do dia para noite, por isso são necessários processos de análise crítica e debates em relação às diretrizes profissão bem como reflexões e revisões curriculares da enfermagem, estimulando assim, boas práticas. Ainda segundo as autoras, embora o discurso da área médica usualmente enfatize o cuidado com as gestantes, a prática tem se mostrado um pouco diferente, além de ter sido marcada por humilhações e abusos físicos aos pacientes.

Considerações Finais

A evolução dos estudos sobre como a maternidade era tratada em décadas passadas e o pensamento que se tinha sobre o corpo da mulher enquanto mãe, é um recorte que auxilia na compreensão da forma de violência por qual passava as gestantes no momento do parto. Contudo, com o passar do tempo, a evolução da medicina enquanto ciência, e a difusão do conhecimento por diversos meios de comunicação (livros,

televisão, internet) ainda é perceptível as relações de poder, autoridade e abusos por parte de equipes médicas atuantes em hospitais e maternidades, seja em âmbito público ou privado.

Tais abusos resultam em diversos tipos de violência cometida contra gestantes durante o parto. Este estudo abordou a Violência Obstétrica como um dos principais tipos de violência praticado pela equipe médica contra gestantes em maternidades e hospitais. O presente tema se demonstrou relevante e ainda um pouco escasso na literatura, porém abordados por alguns autores (p. e., AGUIAR, 2010; GOMES e MOURA, 2012; JEWKES, ABRAHAMS e CERSA, 1998; PULHEZ, 2013; RATTNER, 2009; SILVA *et. al.*, 2010).

As mulheres estão cada vez mais “empoderadas” em suas decisões sobre seu próprio corpo, tomando decisões que em outros tempos não eram moralmente aceitas pela sociedade. Por isso Beraldo, Birchall e Mayorga (2017) acreditam que a postura feminina diante de alguns tabus da sociedade está se tornando mais assertiva, sendo desprovidas de pré-conceitos difundidos no convívio social.

Assim, se faz necessário estudos qualitativos complementares a este e que abordem o tema da Violência Obstétrica com apresentação de dados empíricos obtidos por meio de entrevistas com as vítimas, não se utilizando somente de dados coletados em publicações acadêmicas ou documentos oficiais acerca do tema como fontes únicas de pesquisa.

Além disso, também poderiam ser realizadas entrevistas com grupos que apóiam o parto humanizado, para que sejam observadas quais tipos de políticas públicas em saúde estão sendo implementadas, e verificar a possibilidade desta nova concepção de parir como uma forma se defender da violência coercitiva da área médica pois, de acordo com Gomes e Moura (2012), estudos que abordam o tema do parto humanizado ainda são escassos na literatura e utilizam dados coletados em serviços de saúde e assistência obstétrica e neonatal do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro como únicas fontes bibliográficas.

Entretanto, espera-se que o presente trabalho tenha demonstrado sua relevância no estudo do tema Violência Obstétrica por abordar estudos extraídos de artigos nacionais e internacionais, teses, documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e relatos do *Dossiê da violência obstétrica - Parirás com dor* (CIELLO *et. al.*, 2010) ademais, supõe-se, que as implicações do referido tema possam servir de base para que sejam elaboradas políticas públicas de saúde efetivas em termos de gestão.

Não obstante, acredita-se que o presente artigo possa servir de base para futuros estudos na academia que envolvam o tema da Violência Obstétrica e parto humanizado aliado às metodologias de gestão de políticas públicas em saúde, com intuito de promover uma discussão sobre a universalização do atendimento, suscitando reflexões tanto da comunidade acadêmica quanto da população em geral, e uma maior compreensão por parte de gestores da área da saúde na prática constante do dia a dia em hospitais e maternidades.

Referências

AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero / Janaína Marques de Aguiar. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. **Tese** (doutorado). São Paulo, 2010.

BENEVIDES, R. D. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, Editora: UFRGS, 2007.

BERALDO, A.; BIRCHALL, T. de S.; MAYORGA, C. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. **Revista Estudos Feministas**. v. 25, n. 3, p. 1141-1157, setembro-dezembro/2017. Florianópolis/SC.

- CARNEIRO, R. G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese de doutorado. Campinas, SP: [s. n.], 2011.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí, M; Cardoso, R; Paoli, MC; organizadores. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar. 1985. p. 25-62. 4v.
- CIELLO, C. *et al.* **Dossiê da Violência Obstétrica - Parirás com dor**. Rede Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 01/03/2015.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e Norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. (1977) A vida dos homens infames. **Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2. ed., p. 203-222, 2010a.
- FOUCAULT, M. (1979) **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. 28. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010b.
- FOUCAULT, M. (1999) **Em defesa da sociedade**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 26/02/2015.
- GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Revista Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 2, p. 248-53, 2012.
- JEWKES, R.; ABRAHAMS, N.; CERSA, M. Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. **Soc Sci Med**; v. 47, n. 11, p. 1781-95, 1998.
- PELBART, P. P. Biopolítica. In: PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras: 2003, p. 55-59.
- PULHEZ, M. M. Parem a violência Obstétrica: a construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, p. 544-564, Agosto de 2013.
- RAGO, M. **Do Cabaré ao Lar** (1985). A utopia da cidade disciplinar. Brasil (1890-1930). 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunic, Saude, Educação**, v. 13, n. 1, p. 595-602, 2009.
- SILVA, E. F. da. *et al.* Violência à parturiente. In: VII Congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal e I congresso internacional de enfermagem obstétrica e neonatal, 2010. **Anais...** Minas Gerais: ABENFO, 2010.
- SINASC/DATASUS. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf>. Acesso em: 21/03/2018.
- STARR, P. Orígenes sociales de lasoberanía profesional. In: STARR, P. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. México: Biblioteca de laSalud. Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica; 1991 (p.17-44).
- VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- WHO. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto** em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 20/02/2015.

Recebido em: 07.06.2018

Aprovado em: 17.06.2019