



e-ISSN 2446-8118

167

VIOLÊNCIA NA PARTURIÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA**VIOLENCE ON THE CHILDBIRTH: INTEGRATIVE REVIEW****VIOLENCIA EN EL PARTO: REVISIÓN INTEGRATIVA**

Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita¹
Antonieta Keiko Kakuda Shimo²

RESUMO

Objetivou-se identificar na literatura evidências sobre a presença da violência na parturição em maternidades brasileiras. Realizou-se uma revisão integrativa, abrangendo o período de 2000 a 2013, nos meses de maio a julho de 2013, nas bases eletrônicas de dados Medline e Lilacs, com os descritores: violência, trabalho de parto e parto. Foram encontradas 253 publicações. Dessas, constituíram o *corpus* final do estudo 07 artigos, que nortearam o estabelecimento das categorias: 1- a presença de violência na parturição nas maternidades brasileiras; 2- a (in)visibilidade da violência no trabalho de parto e parto; 3- o saber-poder dos profissionais de saúde; 4- passividade e silêncio das parturientes ao vivenciarem a violência. Considera-se que a violência é, atualmente, um problema presente na experiência da parturição, repercutindo de forma negativa na saúde materna e infantil, o que a configura em uma questão de saúde pública a ser inserida na agenda da saúde.

DESCRITORES: Violência; Trabalho de Parto; Parto; Saúde da Mulher; Poder (Psicologia).

ABSTRACT

The objective was to identify in the literature evidences about the presence of violence on the childbirth in brazilian maternities. It has been made an integrative review, comprehending the period from 2000 to 2013, from May to July 2013, on the electronic databases Medline and Lilacs, with the descriptors: violence, women in labor, and childbirth. 253 publications have been found. Of which formed the final *corpus* of this study 07 articles that directed the establishing of the categories: 1- the presence of violence during the childbirth in brazilian maternities; 2- the (in)visibility of violence during the labor and childbirth; 3- knowledge-power of health professionals; 4- passivity and silence of the pregnant while experiencing the violence. It's

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (2011); Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica; Pós-Graduada em Saúde da Família; Graduada em Enfermagem; Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-Nascido - FENF/ Unicamp; Enfermeira Obstetra do Instituto de Ensino e Pesquisa da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (IEP/FEAES).

² Enfermeira Obstetra, Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Coordenadora do Grupo de Pesquisas em Saúde da Mulher e do Recém-nascido da FENF/ Unicamp.

considered that the violence is, nowadays, a current problem during the childbirth experience, impacting negatively the mother and baby's health, which is considered a matter of public health to be inserted on the health agenda.

DESCRIPTORS: Violence; Labor, Obstetric; Parturition; Women's Health; Power (Psychology).

RESUMEN

El objetivo ha sido identificar en la literatura evidencias sobre la presencia de la violencia durante el parto en los hospitales de maternidad brasileños. Ha sido realizada una revisión integrativa, abarcando el periodo entre 2000 y 2013, entre los meses de Mayo a Julio de 2013, en las bases electrónicas de datos Medline y Lilacs, con los descriptores: violencia, trabajo de parto y parto. Han sido encontradas 253 publicaciones. Las cuales constituyeron el *corpus* final del estudio 07 artículos, que orientaron el establecimiento de las categorías: 1- la presencia de la violencia durante el parto en los hospitales de maternidad de Brasil; 2- la (in) visibilidad de la violencia en el trabajo de parto y parto; 3- el conocimiento-poder de los profesionales de salud; 4- pasividad y silencio de las parturientas mientras vivencian la violencia. Se considera que la violencia es, actualmente, un problema presente en la experiencia del parto, repercutiendo de manera negativa en la salud materna e infantil, lo que la configura como un problema de salud pública que debe de ser inserido en la agenda de la salud.

DESCRIPTORES: Violencia; Trabajo de Parto; Parto; Salud de la Mujer; Poder (Psicología).

INTRODUÇÃO

A atenção ao trabalho de parto e parto sofreu muitas transformações ao longo dos séculos, fato observado nos registros históricos e científicos sobre a temática, que revelam a sua medicalização e migração para os hospitais. Em consequência deste processo intensificou-se a adoção irrestrita de procedimentos inadequados, desnecessários e, por vezes, prejudiciais à saúde materna e infantil^{1,2}.

Nos últimos cinquenta anos, houve um rápido aumento no uso de tecnologias cujo objetivo é iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo mais "normal" e obter benefícios para a saúde materna e fetal.² A utilização rotineira de condutas obstétricas, a partir do século XX, legitimou a tecnologização do parto e o domínio do corpo feminino pela obstetrícia, fortalecida pelo olhar estereotipado dos profissionais de que a mulher é um ser destituído de conhecimento e incapaz de entender o que está ocorrendo com o seu próprio corpo³.

Com a medicalização e a institucionalização da parturição, o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva, vivenciada no meio domiciliar pela mulher e sua família, transformou-se em experiência no âmbito hospitalar: um momento privilegiado para o aprendizado e treinamento de acadêmicos, residentes de medicina e obstetizes⁴.

Na atualidade, o parto hospitalar predomina e, pressupõe-se que as rotinas intervencionistas e cirúrgicas têm sido costumeiras na assistência obstétrica. Nesse cenário, atores sociais têm reconhecido algumas práticas obstétricas como problemáticas, desencadeando debates sobre a assistência à parturição.

O Ministério da Saúde (MS) publicou em 2001 o manual "Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher", que teve por objetivo difundir conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde, resgatando a ideia do protagonismo feminino na parturição e a redução de medidas intervencionistas neste processo para sua boa condução e promoção da saúde

materna e infantil⁵. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma declaração convocando maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre os abusos, o desrespeito e os maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde⁶.

O movimento feminista, desde a década de 1980, questiona o modelo médico de atenção à parturição, considerando-o centrado na concepção de feminino como condição essencialmente “defeituosa” e que, com base nesse juízo, trata o parto como patológico e arriscado, utilizando tecnologias agressivas, invasivas e potencialmente prejudiciais⁷.

Os grupos que se organizaram na década de 1990, em torno da temática da assistência ao parto no Brasil, criticavam as situações de violência e constrangimento em que ocorria a assistência, especialmente as condições desumanas a que eram submetidas mulheres e crianças no momento da parturição. Consideravam que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das intervenções obstétricas desnecessárias perturbavam e inibiam o desenrolar natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passou a ser tratado como patologia e objeto de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor^{7,8}. Situação que resultava na preferência feminina pela cesariana, recurso “menos traumático” e sem dor.

Já foi demonstrado nos últimos vinte anos que as rotinas e os procedimentos obstétricos têm pouco ou nenhum embasamento científico. Contudo, continuam sendo praticados, porque seu sentido não é médico, e sim cultural⁹.

Coexistem hoje três modelos de atendimento obstétrico: o tecnocrático (se baseia no conceito de separação entre mente e corpo; o corpo é tratado como máquina), o humanístico (reconhece a interconexão entre mente e corpo) e o holístico (considera a unicidade de corpo-mente-espírito)⁹. O modelo tecnocrático prevalece sobre os outros, o corpo feminino é visto como defeituoso, imprevisível, necessitando de manipulação masculina e controle. Nessa perspectiva, a parturição é tratada como um

evento que incorre riscos e, as tecnologias, são percebidas como “solução” para os males que este processo pode causar. Submeter-se a uma cesariana tornou-se o recurso mais comum no Brasil, situação que situa o país como recordista mundial no número de cesáreas por ano.

A taxa de cesariana no país ultrapassa o limite preconizado pela OMS, que é de 10 a 15%. Apresentou em 2010 um percentual de 52%, mais que o dobro do que é recomendado⁸. O alto índice de hospitalização do parto e o uso de recurso cirúrgico neste processo não garantem a qualidade da assistência.

De acordo com os dados levantados na Pesquisa “Nascer no Brasil”, a cesárea se tornou a forma de resolver rapidamente o parto, tanto em mulheres de risco habitual quanto para as demais¹⁰.

A adoção sem críticas de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas e desnecessárias, com muita frequência mal avaliadas, é um risco cometido por muitos profissionais que tentam melhorar a assistência obstétrica¹¹. A avaliação científica já demonstrou que a intervenção mínima é o paradigma a seguir no caso do parto vaginal².

A OMS, em 1996, publicou um guia prático sobre a assistência ao parto normal, no qual classificou práticas para a assistência à parturição, a saber: (A) práticas que são comprovadamente úteis e devem ser estimuladas; (B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; (C) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas esclareçam a questão; (D) práticas frequentemente empregadas de modo inadequado¹¹.

Em sua trajetória profissional, as pesquisadoras perceberam o quanto as práticas que, segundo a OMS, devem ser abolidas do exercício obstétrico ou devem ser utilizadas com cautela, estão presentes na assistência às parturientes atendidas no serviço público de saúde, principalmente em hospitais nos quais o processo de ensino-aprendizagem é constante. Além disso, por diversas vezes, as investigadoras vivenciaram

circunstâncias nas quais se observou a violação dos direitos da mulher, da privacidade e o desrespeito à autonomia feminina sobre o seu próprio corpo na parturição. Assim, acredita-se que o parto tem sido permeado por ações e práticas que denotam a presença de violência, incluindo principalmente as expressões de violência psicológica e física.

A violência no parto é definida internacionalmente como qualquer ato ou intervenção voltados à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou o desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e escolhas¹². Pressupõe-se que esse tipo de violência tem sido perpetrado dentro de maternidades brasileiras.

Diante do exposto, objetivou-se nesse estudo identificar na literatura evidências sobre a presença da violência na parturição em maternidades brasileiras.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que foi norteada por 06 etapas: definição do tema e seleção da questão de pesquisa (a violência está presente na assistência à parturição nas maternidades brasileiras?); estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e

apresentação da revisão/síntese do conhecimento¹³.

A investigação foi realizada nas bases eletrônicas de dados Medline e Lilacs. Foram critérios de inclusão: estudos científicos disponíveis na íntegra, publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, espanhol e inglês, que contemplavam a temática da violência no trabalho de parto e parto em maternidades/hospitais públicos e privados do Brasil; que tiveram como cenário do estudo o território brasileiro; publicados no período de 2000 a 2013. Foram excluídos resumos de pesquisas, artigos de jornais e de revistas que não possuíam caráter científico.

A coleta de dados ocorreu de maio a julho de 2013. Foram selecionados os seguintes descritores: violência, trabalho de parto e parto, todos incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas respectivas traduções padronizadas no *Medical Subject Heading* (MESH): *violence; labor, obstetric; parturition*. Foram realizados cruzamentos, por meio do operador booleano *AND*, a saber: violência *AND* “trabalho de parto”; violência *AND* parto, conforme apresentado na Tabela 01. Os resultados obtidos serão explicitados na próxima seção.

RESULTADOS

Na busca inicial para a realização desta revisão integrativa, foram encontradas 253 publicações nas bases de dados Lilacs e Medline.

Tabela 01 – Publicações encontradas após o cruzamento dos descritores do estudo, por meio do operador booleano *AND*. Curitiba, PR. 2015.

Descritores	LILACS	MEDLINE	Total
Violência <i>AND</i> “trabalho de parto”	01	35	36
Violência <i>AND</i> parto	78	139	217
Total	79	174	253

Para a seleção das pesquisas foram lidos todos os títulos. Nas publicações em que os títulos tinham alguma palavra que remetesse ao objeto deste estudo, os resumos foram

analisados. Entre essas, 246 foram excluídas considerando os critérios de inclusão estabelecidos (Tabela 2).

Tabela 2 – Publicações excluídas conforme os critérios de inclusão estabelecidos. Curitiba, PR. 2015.

Crítérios	LILACS	MEDLINE	Total
Fora do período estabelecido	11	34	45
Cenário do estudo fora do território brasileiro	07	18	25
Contempla temática diferente do estudo	47	95	142
Estudos repetidos	01	02	03
Produção não científica	04	22	26
Não responde à questão norteadora do estudo	03	02	05
Total Excluído	73	173	246

Das 253 produções iniciais, constituíram o *corpus* final deste trabalho 07 publicações (Tabela 3), que atenderam a todos os critérios

de inclusão, estando disponíveis nas seguintes bases de dados: Lilacs (06), Medline (01).

Tabela 3 – Caracterização das publicações levantadas sobre a temática do estudo e que respondiam à questão norteadora da pesquisa. Curitiba, PR. 2015.

N.º	Título	Autor(es)	Idioma	Periódico	Ano	Código
01	O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido?	GAÍVA, M. A. M; TAVARES, C. M. A.	Português	Rev. gaúcha Enferm.	2002	A1
02	Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica.	FIGUEIRÊDO, N. M. A; TYRRELL M. A. R; CARVALHO, V; LEITE, J. L.	Português	Rev Latino-am Enfermagem	2004	A2
03	Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde.	PEREIRA, W. R.	Português	Texto Contexto Enferm	2004	A3
04	Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT.	TEIXEIRA, N. Z. F; PEREIRA, W. R	Português	Rev. bras. enferm. [online].	2006	A4
05	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	WOLFF, L. R; WALDOW, V. R.	Português	Saude soc. [online]	2008	A5
06	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.	AGUIAR, J. M; D'OLIVEIRA, A.F.L.	Português	Comunic., Saude, Educ.	2011	A6
07	Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study.	SOARES, G. C. F; ANDRETTO, D. A; DINIZ, C. S. G; NARCHIL, N. Z.	Inglês	Online braz j nurs [online]	2012	

Entre os autores desses estudos identificaram-se enfermeiras (10), médicas

(02) e psicólogas (02). Nas pesquisas analisadas constatou-se que a maioria (06) foi

desenvolvida em uma abordagem qualitativa, sendo apenas 01 quantitativa. Não foram localizadas nas bases de dados publicações de revisão bibliográfica ou de revisão integrativa da literatura sobre o assunto.

Após a análise das publicações selecionadas realizou-se a sinopse dos principais resultados encontrados, organizados em categorias (Quadro 1), discutidas na próxima seção.

Quadro 1 - Sinopse dos principais resultados encontrados nas publicações selecionadas entre 2002 e 2012, que respondiam à questão norteadora deste estudo. Curitiba, PR. 2015.

Nº	Agrupamento dos Resultados (Categorias)	Número de Publicações	Artigo (Código)
01	A presença de violência na parturição nas maternidades brasileiras.	07	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7.
02	A (in)visibilidade da violência no trabalho de parto e parto.	06	A1, A2, A3, A4, A5, A6.
03	O saber-poder dos profissionais de saúde	06	A1, A2, A3, A4, A5, A6.
04	Passividade e silêncio das parturientes ao vivenciarem a violência.	05	A2, A3, A4, A5, A6.

DISCUSSÃO

A Presença de Violência na Parturição nas Maternidades Brasileiras

Em uma pesquisa realizada em um alojamento conjunto do setor público e privado de um hospital localizado na zona leste de São Paulo, na qual foram entrevistadas 98 puérperas, com o objetivo de investigar os sinais de distúrbios de adaptação em mães e sua possível relação com a experiência do nascimento, constatou-se que a maioria sofreu cesariana (51%), numa proporção duas vezes e meia maior que a taxa preconizada pela OMS para qualquer país¹⁴.

Nos últimos anos, tem ocorrido um crescente desestímulo ao parto normal, influenciado, sobretudo pela cultura cesarista, comumente associada ao parto sem dor. Essa associação é culturalmente difundida pelos profissionais de saúde que possuem o poder de modular e influenciar as demandas sobre as necessidades de saúde da população¹⁵.

No Brasil, há uma discrepância entre o número de partos vaginais nos hospitais públicos e conveniados quando comparados aos hospitais privados e, nestes as cesarianas ainda são mais frequentes. Em estudo realizado em Cuiabá, MT, autores afirmam

que ser pobre e com baixo grau de escolaridade parece apresentar-se como um “fator de proteção” para a cesariana. Neste estrato da população que usa os serviços do SUS, acontece, com maior assiduidade, complicações na gestação, parto e puerpério, contudo, é nele também que, curiosamente, se concentra o menor percentual de cesáreas¹⁵.

Defende-se que a realização de cesarianas desnecessárias seja um ato violento contra a mulher, que é privada de vivenciar o processo de parturição de forma natural. Os índices abusivos de cesáreas no Brasil revelam uma epidemia que representa um problema de saúde pública.

Todos os estudos selecionados apontaram para a presença de violência de gênero na parturição^{4,14-18}. Além disso, constatou-se que esta problemática ocorre em várias regiões do país, tanto em maternidades públicas como privadas.

Nas pesquisas analisadas, cinco constataram a presença de violência no trabalho de parto e parto em maternidades das seguintes cidades/regiões: São Paulo (Sudeste), Rio Grande do Sul (Sul) e Mato Grosso (Centro-oeste). Um (01) estudo teve como cenário um evento científico, no qual foi investigada a percepção de enfermeiras obstetras sobre este problema e outro (01) se

tratou de uma reflexão teórica sobre o assunto.

Pesquisadoras investigaram em 2008, a complexa interação entre violência e poder e como esta problemática se molda no cenário de violência institucional, cometida em maternidades públicas de São Paulo. Concluíram que as puérperas entrevistadas reconheceram situações de mau atendimento como uma violência dentro dos serviços de saúde¹⁸. As participantes definiram como 'mau atendimento' a falta de manejo da dor, seja na cesárea ou no parto normal (antes, durante e depois do parto); a ocorrência de complicações, mesmo após a alta médica, que ameacem a integridade física tanto da mulher quanto do bebê, expressada pelas entrevistadas, como uma negligência ou o que lhes pareça ser um erro médico; a exposição desnecessária da intimidade da usuária; dificuldades na comunicação; a realização de algum procedimento ou exame sem consentimento ou de forma desrespeitosa; a discriminação social ou de cor; e, sobretudo, o tratamento grosseiro marcado pela impaciência ou indiferença dos profissionais de saúde, bem como o uso de falas de cunho moralista e desrespeitoso¹⁸.

A maioria das puérperas também relatou experiências de maus-tratos pessoais ou de outras mulheres em maternidades públicas, demonstrando um consenso em seu meio social de que isso é comum nestas instituições¹⁸. Experiências de parto são compartilhadas entre as mulheres dentro da sociedade e, situações como estas, geram uma ideia negativa da experiência de parir, desencadeando, por exemplo, a preferência por cesárea.

Em outro estudo realizado em um centro obstétrico de um hospital-escola localizado na região Sul do Brasil, autoras constataram que várias das circunstâncias às quais a mulher está sujeita na parturição se caracterizam por ações de não cuidado e/ou como desumanização. Nos depoimentos das parturientes, foi evidenciada a presença de violência perpetrada na parturição. Além disso, as autoras concluíram que os profissionais de saúde agem de forma abusiva e desrespeitosa, sem delicadeza ou respeito

pelo ser, representando um risco à parturiente e ao seu bebê⁴.

Neste sentido, a assimetria das relações entre as mulheres como usuárias de serviços de saúde com os diferentes profissionais, atuantes nestes cenários, pode desencadear agravos à saúde materna e infantil. Essa relação assimétrica é evidenciada pelo fato de que, a cada cem mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal, noventa delas ocorrem por causas evitáveis¹⁷. Esse alto índice de mortalidade de mulheres em idade fértil se configura em uma epidemia silenciosa.

Um estudo constatou que o corpo feminino tem sido espaço de violência velada, no pré, trans e pós-parto. No pré-parto ocorre a (in)devida invasão do corpo e violência velada, ou seja, são realizados cuidados indevidos e invasivos como tricotomia, exames de toque e lavagem intestinal, um momento onde a violência é constante em todos os aspectos. Neste caso, a violência é oculta em nome de uma técnica, de um tratamento, como se a mulher estivesse doente¹⁹. Posteriormente, tem-se o (des)cuidado com o corpo em trabalho de parto, este corpo agora (re)velado é corpo traído, porque ninguém lhe explicou e nem pediu autorização para expô-lo, mostrar o seu interior, expor sua intimidade, sua sexualidade. Neste momento, a violência sobre este corpo é revelada em toda a sua brutalidade, corpo contido, exposto, onde a pressa é regra¹⁹.

No pós-parto acontece o (des)cuidado com o corpo vazio e a violência do abandono, este é o momento no qual o corpo se esvazia, o bebê nasce e a atenção é direcionada para este novo ser. Para as enfermeiras entrevistadas na pesquisa, a mulher deixa de ter a atenção principal. E ao abandoná-la, sequer imaginamos como ela vivencia este momento e como simboliza esta nova fase de sua vida, quando deu origem a outra vida¹⁹.

A violência no parto pode se configurar também em violência contra o bebê. No nascimento hospitalar, o bebê torna-se propriedade do hospital e não da mãe, nem sempre a puérpera terá a chance de vivenciar um período tranquilo logo após o parto para conhecer seu filho. Nas maternidades a

relação mãe-filho não é a principal preocupação da equipe, já que a ligação afetiva ainda não faz parte da rotina da sala de parto, originando, com isso, uma violência psicológica e emocional ao bebê¹⁶.

Os dados apresentados corroboram com o pressuposto de que a violência, de fato, é um problema presente na parturição, sendo produzida na prática assistencial, com a justificativa de manejar com segurança este processo que, no imaginário de muitos profissionais de saúde, representa um evento perigoso e arriscado que precisa de monitoramento e controle.

A (In)Visibilidade da Violência no Trabalho de Parto e Parto

Na maioria dos estudos selecionados foi identificado que, muitas vezes, as parturientes não percebem como atos violentos, ações e práticas que denotam a presença de violência na parturição^{4,15,16,18,19}. Também foi constatado que os profissionais de saúde, da área médica e da enfermagem, não se percebem como produtores da violência no processo de parturição⁴. Defende-se que existe uma invisibilidade e naturalização deste problema.

Há um reforço, dentro dos hospitais, em reduzir a mulher ao seu papel social de mãe. Ao ser admitida na maternidade, em muitos casos, a parturiente perde sua identidade, sendo adjetivada como “mãe”. Em uma pesquisa realizada em maternidades públicas, a maioria das puérperas relatou terem sido chamadas de “mãe” ou “mãezinha” todo o tempo pela equipe médica e, em todos os casos, elas perceberam esta conduta como normal, legal, um gesto de carinho por parte da equipe de saúde¹⁸.

Além disso, o parto hospitalar expressado pelas participantes da investigação, lhes ofereceu pouca ou nenhuma possibilidade de exercício de poder sobre o próprio corpo e suas experiências de parto. Grande parte das entrevistadas também não questionou os profissionais de saúde sobre qualquer conduta ou procedimento realizado e o conhecimento sobre o próprio corpo sequer foi citado por

elas durante a entrevista. Na maioria dos casos, segundo os relatos, as intervenções feitas não foram negociadas e nem explicadas¹⁸.

Esta situação comumente ocorre com gestantes, parturientes ou puérperas, seus órgãos sexuais podem ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão habilitados a fazê-lo, pois assim é definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. A mulher não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, implicitamente, a necessidade de seu corpo a justifica¹⁷.

Uma pesquisa revelou que, durante a assistência médica, mulheres são expostas indevidamente e submetidas a procedimentos sem nenhuma privacidade, como romper a bolsa amniótica na enfermaria, na presença de outras usuárias, reforçando a serialização que indiferencia a mulher. Ela é apenas mais uma, ela não é diferente de ninguém e, mesmo que se ofenda de ter sido exposta, seus sentimentos não devem ser considerados no rito de instituição que cerca o exame ginecológico, pois ele objetiva proteger o profissional na sua embaraçosa tarefa e reforçar o controle através do assexuamento e da naturalização da sua prática¹⁷. Nessa situação, a parturiente se torna um receptáculo de uma ação autoritária, sem nenhuma possibilidade de interferir, sem poder emitir seu parecer ou fazer respeitar os seus direitos e desejos⁴.

A falta de atenção e a indiferença tornam-se rotina para os profissionais de saúde que se esquecem do ser, da pessoa que está sob seus cuidados⁴. Estes detêm o poder sobre o corpo da mulher em trabalho de parto, indicando o que fazer ou até mesmo invadindo-o sem a sua permissão¹⁹.

Muitas mulheres também sofrem a privação de serem acompanhadas no momento do trabalho de parto e parto por alguém significativo para elas. Direito este, garantido por meio da Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde²⁰. O

desconhecimento da mulher acerca de seus direitos pode contribuir para a não percepção de condutas que se configuram em violência na parturição, como a supracitada.

Em muitas instituições hospitalares, a entrada na sala de parto constitui-se no principal mistério que cerca o momento do parto, com novos rituais. Nesse ambiente, o cerimonial não permite a entrada do pai ou de familiares e a mãe é submetida a preparações que consistem no registro de dados sobre as suas condições e do bebê, em ritos como a tricotomia, vestir a camisola do hospital e deitar-se. Questionar ou não aceitar uma destas ações/rotinas ou desejar permanecer em outra posição, que não em decúbito dorsal, não são atitudes permitidas e podem levá-la a ser desrespeitada ou desacatada pela equipe de saúde¹⁶.

Uma pesquisa revelou que, geralmente, as mulheres percebem a diferença entre comportamentos de cuidado e de não-cuidado. Contudo, nem sempre têm a oportunidade de reconhecê-los no momento em que acontecem, ou de expressá-los⁴. Muitas usuárias acreditam que procedimentos técnicos utilizados nas instituições hospitalares são necessários e importantes, mesmo estando desaconselhados atualmente. Ressalta-se a manobra de Kristeller, que consiste na compressão abdominal do fundo uterino, pelo profissional de saúde para auxiliar na expulsão fetal, já condenada, porém constatado em investigação científica que ainda é bastante utilizada¹⁵.

O processo de naturalização das ações e práticas violentas, cotidianamente executadas nos corpos das parturientes dentro dos serviços de saúde, pode estar relacionado, na maioria das vezes, a concordância das mulheres na realização destas, principalmente por falta de conhecimento.

O empoderamento feminino pode ajudar a evitar que a mulher se comporte de forma passiva diante da violência perpetrada na parturição. Ele se relaciona à aquisição de conhecimento e informações para o benefício próprio das mulheres, tornando-se uma maneira para enfrentar a violência, nas mais diversas expressões. Empoderar-se é tomar para si conhecimentos que permitem o

domínio da situação e saber realmente quais são as práticas que estão sendo realizadas no seu corpo, para que servem, porque estão sendo feitas e se são necessárias ou não.

O Saber-poder dos Profissionais de Saúde

Vários estudos destacaram o saber-poder dos profissionais de saúde, ressalta-se os da área médica e da enfermagem, como motivo da expropriação da mulher do momento do parto e do uso de práticas que denotam violência^{4,15,16,18,19}.

A violência institucional, que acomete muitas mulheres na parturição, se dá no seio de relações desiguais de poder: as relações de gênero e a relação profissional de saúde e usuária¹⁸.

As leis médicas transformaram o processo natural do nascimento em um evento médico, envolto por rituais¹⁶. Um estudo verificou que as mulheres não associam mais o parto com um evento natural da vida feminina, mas algo que precisa de médicos e de hospital, por apresentar o risco onipresente da morte. Esse medo da morte encontra respaldo no fato de que o parto é colocado pela corporação médica como um evento inseguro, para o qual essa mesma corporação pode, com seus conhecimentos, tornar mais seguro. Assim, as mulheres acreditam que precisam ter seus filhos no ambiente hospitalar, pois este é o local culturalmente trabalhado como o de maior segurança para parir. Mas é neste ambiente que as mulheres são frequentemente destratadas e desrespeitadas nas suas necessidades mais básicas¹⁵. Considera-se que a patologização da parturição seja uma maneira de garantir o poder médico sobre este evento e de justificar a crescente utilização de tecnologias e do intervencionismo.

Segundo pesquisa científica, os médicos acreditam deter o saber necessário sobre o parto, estando assim melhor preparados para entender o que as parturientes precisam, mas não há sensibilidade para o que elas sentem e/ou temem, pois estes aspectos ingressam no campo subjetivo, uma área negada pela

tecnologia medicalizante da atenção à parturição¹⁵.

O poder médico é percebido em algumas condutas exercidas dentro das instituições de saúde, como a comunicação inadequada com a cliente. Foi concluído em um estudo que na relação médico-cliente existe a não-informação, a informação negada, fragmentada e confusa. A não-informação foi interpretada pela autora como aquela que não é dada propositalmente, de forma consciente, pelo pressuposto que o outro não vai conseguir entender o que seria explicado, diferenciando-se da informação negada que é solicitada, buscada, mas não é dada por razões diversas, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação. Já a informação fragmentada é dada por um único profissional, mas em linguagem inacessível à usuária, pois há predomínio do uso do jargão técnico. Na informação confusa, cada profissional a oferece de uma maneira diferente, não colaborando para a formação de um conjunto coerente para quem a recebe¹⁷.

Todas as mulheres entrevistadas referiram a explicação que nunca vem, mas que elas sempre esperam sobre a sua doença, o seu estado de saúde. Entretanto, como o corpo doente pertence ao médico, somente ele pode decifrá-lo. Nessa situação, o indivíduo passa a não ter mais controle, o que revela uma das faces da dominação que se exerce a partir da transformação do sujeito em objeto, onde quem detém um maior capital simbólico é também quem se legitima para deliberar sobre os conteúdos em jogo no âmbito da saúde, aspectos esses que desvelam um processo que pode ser qualificado como heteronômico¹⁷.

O poder simbólico que contribui com a característica de magnanimidade que cerca a prática médica, do ponto de vista dos que a exercem, diz que não é preciso informar sobre o que se faz quando se está fazendo uma coisa para beneficiar outrem. A ausência de esclarecimentos e orientações sobre as condutas, os exames pedidos e seus resultados está recolocando, ainda que simbolicamente, a usuária no seu lugar. E esse é o da espera, o da falta, o da não-informação sobre o que se procura no seu corpo, pois, a partir da entrada

nos rituais hospitalares, esse corpo não mais pertence ao seu dono¹⁷.

Um dos artigos analisados revelou que, para puérperas atendidas em maternidades públicas da zona oeste de São Paulo, muitas vezes, a relação com os profissionais de saúde não parece estar fundamentada num vínculo de confiança, ao contrário, sobressaíram nos depoimentos, as ameaças, críticas e reprimendas feitas às usuárias como forma de lhes garantir a obediência e deixar clara a hierarquia que estão sujeitas¹⁸.

Na rotina hospitalar, os profissionais de saúde controlam, regulam e conduzem o parto e o nascimento, desconsiderando, com assiduidade, o saber próprio do corpo feminino, suas crenças, valores e costumes. Trata-se de um processo de anulação do sujeito, preocupante, que deve ser pensado a fim de transformar o modelo de atenção obstétrica.

Passividade e Silêncio das Parturientes ao Vivenciarem a Violência

Diante da violência no trabalho de parto e parto, muitas mulheres assumem atitudes de passividade e silêncio, como revelam alguns estudos selecionados^{4,15,17-19}.

Em pesquisa na qual foram entrevistadas puérperas residentes na cidade de São Paulo, as autoras observaram que comumente as mulheres se calam por receio de serem tituladas ou tratadas como “escandalosas”. Neste trabalho, o escândalo foi definido pelas participantes como: gritar muito e não fazer a força necessária para a expulsão do bebê, berrar, chamar a equipe a todo tempo, bater, ficar chamando pelo marido, pela mãe, dizendo que não vai aguentar mais e ficar mandando tirar o soro¹⁸.

A mulher que grita e faz escândalo pode sofrer recriminações verbais e físicas, como não receber assistência adequada ou ser deixada sozinha, de acordo com as puérperas estudadas. Estas são posturas desvalorizadas pela maioria das entrevistadas e até reprovadas por algumas. Todas destacaram que, se a mulher fizer escândalo, ela sofrerá maus-tratos dentro das maternidades públicas.

Essa é uma informação transferida para elas, não só por pessoas de seu meio social (mulheres da família, amigas, vizinhas e, até, o marido de uma delas), mas também pelos próprios profissionais de saúde¹⁸.

Ao serem assistidas pelos profissionais de saúde, que nem sempre orientam e/ou esclarecem sobre os exames/procedimentos que serão realizados, as mulheres se sentem manipuladas, quase como se fossem uma coisa sem vontade própria e sem direito de manifestar sua dor. Podem sentir a dor, mas devem ter um comportamento adequado/esperado, parar de gritar e ficar quietas; é o que se espera da “boa” parturiente¹⁵.

Muitas mulheres não se queixam das práticas realizadas na parturição, por medo de serem hostilizadas e violentadas no serviço de saúde. Autores concluíram em um estudo, que as puérperas entrevistadas sobre suas experiências de parto demonstraram sentir-se mais seguras para questionarem o atendimento recebido, fora do ambiente hospitalar, pois não tinham risco de qualquer tipo de sanção. Isto evidencia a crise de confiança na relação profissional de saúde e usuária¹⁸.

Em depoimentos de parturientes, pesquisadores identificaram que as mesmas referiram mal-estar, pois os profissionais de saúde, na maioria médicos, predominando o sexo masculino e alguns profissionais da enfermagem, xingavam, alteravam a voz, eram impacientes e estúpidos, além do desconforto da posição, de ficarem horas expostas e pelos toques vaginais repetitivos e desagradáveis, por vezes dolorosos. As investigadas assumiram uma atitude de opressão, ao se submeterem à dominação, representada pela violência de gênero, referindo não reclamar porque os profissionais estão ali para ajudar o bebê a nascer, assim, têm que aceitar as humilhações⁴.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a violência está presente na assistência à parturição dentro das

maternidades brasileiras e tem se manifestado por meio de condutas como: privação da parturiente de seus direitos, submissão a práticas desnecessárias, arriscadas e prejudiciais à saúde da mãe e do bebê, desvalorização de suas crenças, valores e conhecimentos e sequestro da autonomia feminina no momento do parto.

Constatou-se nos estudos, que as parturientes que identificam atos de violência, muitas vezes, não expressam sua insatisfação por medo de sofrer mais ações violentas. Além disso, os profissionais de saúde, da área médica e da enfermagem, justificam tais práticas como necessárias para garantir a segurança do binômio mãe-bebê, impregnando as mulheres da concepção de que a tecnologia e o intervencionismo são meios necessários para se obter um bom desfecho no parto.

Considera-se que a violência é, atualmente, um problema cada vez mais presente na experiência da parturição, repercutindo de forma negativa na saúde materna e infantil. O que configura esta questão em um problema de saúde pública a ser inserido na agenda da saúde.

Diante dos resultados apresentados, é fundamental refletir acerca da formação dos profissionais de saúde que atuam na obstetrícia e na neonatologia, pois, muitos deles, continuam praticando condutas proscritas, sem apoio de evidências científicas e prejudiciais à saúde da mulher e da criança. Defende-se que é preciso investir em uma formação em saúde de qualidade, que se apoie na ciência e promova uma aprendizagem fundamentada na realidade, considerando as particularidades e necessidades da população.

Sabe-se que o Ministério da Saúde tem investido em iniciativas que buscam transformar o modelo brasileiro de atenção obstétrica e neonatal, se contrapondo ao uso de práticas violentas e fomentando àquelas baseadas nas evidências científicas e humanizadas. Destaca-se o investimento na formação de enfermeiras obstetras e o apoio à inserção destas profissionais no sistema público de saúde.

É necessário avançar, no sentido de modificar a prática dos diferentes atores que

atuam no âmbito da obstetrícia, abolindo a cultura cesarista e promovendo a cultura do parto, respeitosa, sensível e fisiológico.

A parturição é um processo natural e instintivo do corpo feminino. Trata-se de um evento único, transformador e sagrado. É preciso respeitar a fisiologia e deixar as mulheres parirem à sua maneira. Sentindo seus corpos se embeberem por um coquetel de hormônios, que permitem que a natureza faça o seu trabalho: transformar uma mulher em mãe. Os profissionais de saúde precisam compreender que a violência, naturalizada nas condutas e rotinas hospitalares, maculam este processo, marcando a vida da mulher, da criança e/ou de sua família.

REFERÊNCIAS

1. Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
2. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*. São Paulo. 2006 1(1): 89-91.
3. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 dez; 12(4):645-50.
4. Wolff LR; Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude soc*. [online]. 2008. 17(3):138-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_arttext
5. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde. [online]. 2014. [acesso em 2014 Set 29]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FuFrPG_ecvEJ:apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
7. Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. 1997. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: *Saúde no Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília; 2012.
9. Davis-Floyd R. Os paradigmas tecnocrático, humanizado e holístico. [online]. 2004 [acesso em 2014 Set 29]. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007>.
10. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014. Sup 30: S17-S47.
11. Organização Mundial da Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
12. Ventury G, Bokany V, Dias R, Alba D, Rosas W, Figueiredo N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC. [online]. 2010 [acesso em 2014 Set 10]. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
13. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. 2011. 5(11):121-136.
14. Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchil NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a

descriptive and exploratory study. Online braz j nurs [online]. 2012. 11(3):907-22. [acesso em 2013 Jul 01]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884>.

15. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev. bras. enferm. [online]. 2006. 59(6):740-744.

16. Gaíva MAM, Tavares CMA. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? Rev. gaúcha Enferm. Porto Alegre. 2002. 23(1):132-145.

17. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto Contexto Enferm. 2004. 13(3): 391-400.

18. Aguiar JM, D'Oliveira AFP. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2011. 15(36):79-91.

19. Figueiredo NMA, Tyrrell MAR.; Carvalho V, Leite JL. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. Rev Latino-am Enfermagem. 2004. 12(6): 905-12.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial [da] União, número 67, seção 1, p. 1. Brasília; 2005.

Recebido em: 17.09.2015
Aprovado em: 20.01.2016