A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

THE INSTITUTIONALIZATION OF LABOR AND ITS CONTRIBUTIONS IN OBSTETRIC VIOLENCE

Aneline Kappaun¹

Marli Marlene Moraes da Costa²

RESUMO

O parto passou por várias transformações ao longo do tempo, ele sobreveio de um acontecimento ocorrido no seio familiar para um ato institucionalizado. Assim o objetivo principal do presente artigo é elucidar como a institucionalização do parto contribuiu para o desdobramento da violência obstétrica na contemporaneidade. De tal modo, passou-se a analisar utilizando-se do método dedutivo, e da pesquisa bibliográfica em artigos, livros e manuais, primeiramente, a história do parto, partindo das parteiras fundamentadas em conhecimentos empíricos, chegando-se aos médicos obstetras com uma série de equipamentos, os quais acabaram não remediando as dores do parto, todavia, negativamente, aumentando as graves violências sofridas. Concluiu-se que a institucionalização do parto, sem dúvida, gerou o agravamento das violências perpetradas contra as gestantes e parturientes, tendo em vista fatores como: a condição de superioridade do “saber” médico sobreposta as necessidades das mulheres, bem como a utilização indiscriminada de procedimentos causadores de sofrimentos físicos e psíquicos nas parturientes e neonatos.

Palavras-chave: Institucionalização do parto. Parto natural; Práticas de humanização. Violência obstétrica.

¹ Mestranda em Direito pelo PPGD da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, linha de pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social. Integrante do Grupo de Pesquisas Direito, Cidadania & Políticas Públicas coordenado pela Pós-Dra. Marli Marlene Moraes da Costa, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da UNISC e certificados pelo CNPq. Advogada OAB/RS 96.370. Especialista em Direito Civil e Direito Empresarial com Capacitação para o Magistério no Ensino Superior pela Faculdade Damásio de Jesus. E-mail: aneline.k@hotmail.com

² Doutora em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, com pós-doutoramento em Direito pela Universidade de Burgos - Espanha, com bolsa CAPES. Professora da Graduação e da Pós-Graduação Lato Sensu em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Professora do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da UNISC. Graduada em Direito, Psicologia e Estudos Sociais pela UNISC. Coordenadora do Grupo de Estudos Direito, Cidadania e Políticas Públicas do PPGD da UNISC. Especialista em Direito Privado. Psicóloga com Especialização em Terapia Familiar. Membro do Conselho Consultivo da Rede de Pesquisa em Direitos Humanos e Políticas Públicas. Membro do Núcleo de Pesquisas Migrações Internacionais e Pesquisa na Região Sul do Brasil - MIPESUL. Integrante do Grupo de Trabalho em Apoio a Refugiados e Imigrantes (GTARI/UNISC). Membro do Conselho Editorial de inúmeras revistas qualificadas no Brasil e no exterior. E-mail: marlim@unisc.br

ABSTRACT

Childbirth has undergone several transformations over time, it has taken place from an event in the family to an institutionalized act. Thus, the main objective of this article is to elucidate how the institutionalization of childbirth contributed to the development of obstetric violence in contemporary times. Thus, we began to analyze, using the deductive method, and bibliographical research in articles, books and manuals, first, the history of childbirth, starting from midwives based on empirical knowledge, reaching obstetricians with a series of equipment, which ended up not remedying the labor pains, however, negatively, increasing the serious violence suffered. It was concluded that the institutionalization of childbirth undoubtedly led to a worsening of the violence perpetrated against pregnant women and parturients, considering factors such as: the superiority of medical "knowledge" overlapping the needs of women, as well as the indiscriminate use of procedures causing physical and psychological suffering in parturients and neonates.

Keywords: Institutionalization of childbirth. Natural childbirth. Humanization practices. Obstetric violence.

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma prática frequentemente enfrentada pelas mulheres no Brasil, ela pode ser física ou psíquica. A física, pode gerar hematomas, cicatrizes, costelas quebradas, etc. Sendo que na maioria dos casos, a lesão física estará diretamente associada a um dano psíquico, e pode desencadear outras doenças, além de traumatizar um momento singular na vida da mulher, como o nascimento de um filho.

Com o desenvolvimento da ciência, auxiliada pelas novas tecnologias, houveram transformações na forma de realização do parto ao longo do tempo, que deixou de ser um evento que ocorria na residência da parturiente, com ajuda de uma parteira e com poucas intervenções, para uma prática medicinalizada e institucionalizada dentro de um hospital, com uma série de intervenções, algumas vezes danosas para as mulheres e seus filhos, porque geram sofrimentos desnecessários que resultam na violência obstétrica.

Assim, a institucionalização acabou por gerar mais malefícios, do que diminuição de dores e segurança no momento do parto conforme se percebe pela pesquisa bibliográfica realizada através do método dedutivo. A situação foi aumentada diante do poderio do "saber médico" sobreposto as particularidades do parto e as necessidades da parturiente. Dessa forma, surgiu a necessidade da criação de políticas públicas de atenção à saúde da gestante/parturiente e do neonato, por exemplo, o Projeto Federal de boas práticas através da humanização do parto.

A partir desse contexto, desenvolver-se-á nesse artigo, dois momentos reflexivos. O primeiro pautado na história do parto, o início com as parteiras, mulheres essas de conhecimentos empíricos, que desenvolviam suas habilidades pela prática cotidiana de auxiliar mulheres em trabalho de parto. Tem-se que a institucionalização desse momento, juntamente com a aplicação da técnica obstétrica, em muitos casos, geram malefícios desnecessários como sofrimentos físicos e psicológicos, conhecidos como violência obstétrica.

No segundo ponto, será analisado como a institucionalização contribui para a violência obstétrica, que ocorre através da medicinização, causando danos físicos e psicológicos que vitimizam as parturientes e seus filhos. Práticas essas que poderiam ser evitadas através da humanização do parto, voltadas ao respeito aos direitos da mulher e do bebê.

2 A HISTÓRIA DO PARTO: O COMEÇO COM AS PARTEIRAS E O DESENVOLVER COM A OBSTETRÍCIA

O parto tradicionalmente visto como um “assunto feminino” por se tratar do ato que “dá a vida”, passou ao longo do tempo a ser atraído pelo poder soberano, representado por uma aliança entre patriarcado e o saber, que culminou na “coisificação” da vida da mulher. O controle do soberano representado pelo saber patriarcal, sobre todas as decisões relativas ao ato de parir, transformou o parto em um típico momento de exceção, ou seja, era o homem que decidia se a mulher engravidaria ou não, a quantidade de filhos que teria, de que forma aconteceria o parto e assim por diante.

Inicialmente, foi pelo instinto que a mulher agia e reagia no momento do parto. Conforme Melo (1983) citado por Scavone (p. 128, 2005): “A mulher primitiva paria sozinha, isoladamente, tendo em vista que o processo de parto ainda não despertava o interesse da coletividade e, à semelhança dos animais, o instinto prevalecia”. O mesmo instinto adequou os outros interesses da maternidade, e esses foram sendo supridos pela medicina ‘mágico-religiosa’, que perdurou por longos tempos, e ainda se mantém em algumas sociedades.

Os registros históricos indicam que nesse isolamento instintivo as mulheres se entre-ajudavam, levando em consideração suas práticas e experiências anteriores. Assim a obstetrícia teve início com as mulheres, pelos seus métodos, e trabalhos que se seguiram ao longo do tempo baseadas nas experiências empíricas das próprias mulheres, no auxílio ao

parto, pós-parto e ainda nas demais dificuldades da gravidez. Assim eram desenvolvidas as primeiras práticas obstétricas. A obstetrícia surgiu indubitavelmente com as parteiras, “curiosas”, “aparadeiras”, “comadres”, “matronas”, que eram mulheres que haviam alcançado seus conhecimentos a partir de suas próprias lembranças e de uma prática obstétrica exercida repetidamente (MELO, 1983, p. 10, apud SCAVONE, p. 129 2005).

Brenes (1991) afirma que as aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras-leigas, na maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam a setores populares, porém detinham um saber empírico, e assistiam em domicílio as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, bem como o recém-nascido. Estas mulheres eram tidas como de confiança, eram consultadas sobre temas variados em relação a cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto, e até mesmo contribuía com o infanticídio.

Assim, até o século XVII, o parto era considerado um assunto de mulheres, resolvido em casa, com a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente, sem cogitar a presença masculina no momento do parto. A medicina da época, mais de clínica geral, não detinha conhecimentos específicos em relação ao parto e a saúde da mulher, por isso as parteiras eram as responsáveis pelas informações e assistência ao parto (STORTI, 2004). Havia poucos médicos, que eram chamados apenas em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 159).

As práticas do parto por muito tempo foram problemáticas e ainda dramáticas. Dessa forma, o parto era visto como a principal causa de mortalidade das mulheres, e o primeiro e principal fator de sua fraca esperança de vida, no decorrer do tempo ele medicinou-se, masculinizou-se e hospitalizou-se. (PERROT, p. 73).

No século XVIII, o parto realizado no hospital era para as mulheres pobres, sozinhas, desamparadas, que não podiam recorrer a uma parteira. Somente depois, o hospital tornou-se um lugar privilegiado da medicina obstétrica e que passava segurança às mulheres. As gestantes com “condições”, primeiramente optaram por clínicas, e só depois pelo hospital maternidade, isso já no período entre as guerras. O marco desse tempo deu-se depois da Segunda Guerra Mundial, onde a prática se generalizou e o nascimento nas casas fez-se exceção (PERROT, p. 74).

Na década de 80, a prática hospitalar era quase que completamente realizada pelos médicos e se tornava cada vez mais institucionalizada, dando importância para eficiência nos casos, e não para as escolhas da mulher, sobre o tipo de parto.

Nas primeiras páginas dos jornais, Wendy Savage, uma das poucas mulheres obstetras, defensora das parteiras e do parto natural, lutava contra os esforços de seus colegas homens para tomarem seu lugar. As mulheres começavam a ler os trabalhos de Sheila Kitzinger e do obstetra francês Michel Odent a favor do parto natural, e levantavam a voz contra os aspectos desumanizantes (sintetizados talvez na depilação compulsória e na mesa de parto com estribos) de dar à luz nos modernos hospitais ocidentais. (FORNA, 1999, p 99).

Nesse cenário, começaram a surgir as primeiras noções acerca da humanização do parto, como a evidência de que a mulher precisava de tempo com o bebê para criar uma relação de proximidade com o filho depois do parto, o que deu força, e consistência à causa dos reformistas. A partir dessas mudanças, realizadas a fim de permitir às mulheres uma ligação próxima com seu filho, as cesarianas passaram a ser realizadas com anestesia local, porque a geral dificultava as primeiras aproximações do filho com a mãe.

Assim, estabelece-se um novo costume de pensar sobre o parto, que enfatiza acima de tudo as escolhas da mulher, como por exemplo, o atendimento por parteira ou um médico, e também a possibilidade da gestante aguardar o momento do nascimento do bebê, em uma sala de estar, e não mais na enfermaria, o que contribuiu para a aproximação de toda a família (FORNA, 1999).

A atenção da parturiente com o que ocorria com seu corpo refletia numa participação comunitária, pois um parto difícil, podia mobilizar mulheres de raças e condições sociais diferentes em torno do sofrimento de parir. Os clamores aflitos advindos de um parto dificultoso acionavam a toda a vizinhança, os laços de familismo e compadrio eram ativados em compaixão pela mulher em trabalho de parto. (DEL PRIORE, 1993).

O cerne do problema antropológico no que diz respeito ao nascimento, é que o momento do parto fundasse em um trabalho feito de dor, de violência, e consecutivamente vivido pelas mulheres no passado. A incerteza e o medo dominavam e empurravam-nas para a utilização de expedientes diversos, provisórios, e ainda aos apelos ao sagrado. (DEL PRIORE, 1993).

Assim esta “coisa de mulher” que consistia dar à luz demandava ritos e saberes específicos, conforme argumentado anteriormente, nos quais os homens só intervinham em casos difíceis, com competências advindas de seus conhecimentos de clínica geral. Porém os médicos mostravam-se “absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres também pareciam atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia de parteiras”. Com práticas e recursos fitoterápicos extraídos do quintal – as parteiras se destacavam por suas experiências, com chás, dessa

maneira, essas mulheres se mostravam eficientes pelo “saber-fazer” nos partos. (DEL PRIORI, p. 263, 1993).

Conforme afirmado que embora a presença masculina só ocorresse esporadicamente, a obstetrícia é uma prática muito antiga, no entanto, a entrada dos médicos na cena do parto e a mudança dessa prática em uma especialidade médica ocorreram por volta do século XVIII, mas de forma lenta e limitada em algumas classes sociais do meio urbano. Pois, as práticas que solicitavam contato com o corpo humano eram imputações dos cirurgiões barbeiros, vistos com aversão pela elite médica. Assim, quando uma mulher não conseguia dar à luz normalmente, e as parteiras não conseguiam resolver os problemas, só restava acreditar na intervenção divina ou então procurar por um cirurgião. (MARTINS, 2004).

Observa-se que os cirurgiões não detinham conhecimento sobre o parto, e seus trabalhos assim como o das parteiras, podiam ou não obter bons resultados. “Há vários relatos ‘escabrosos’ de procedimentos realizados por ambos que devem ter contribuído para a má reputação dos cirurgiões e das parteiras não-profissionais”. Apesar de os partos difíceis não serem comuns naquela época, deixavam dúvidas e insegurança nas mulheres que passaram ou testemunharam cenas desprezíveis de parturientes que faleceram com seus bebês, o que muito contribuía para o medo acerca da maternidade. (MARTINS, p. 71, 2004).

Já os manuais de partos começaram a aparecer no século XVI, mais precisamente na Europa, e testemunhavam o empenho de alguns poucos cirurgiões pela ciência obstétrica, reconstruindo noções que vinham da tradição médica greco-romana e apregoando conhecimentos obstétricos que haviam sido esquecidos. “Autores como Eucharius Rösslín, Jacob Rueff, Scipione Mercurio e Ambroise Pare, entre outros, deram início ao que denominamos pedagogia obstétrica, direcionada às parteiras alfabetizadas que atuavam nas cidades”, eis que seus livros foram escritos para as parteiras ou para cirurgiões, a fim de dar experiência em operações obstétricas, para os até então, leigos. (MARTINS, p. 72, 2004).

Até então, os manuais de obstetrícia foram os primeiros registros da prática que foi se redefinindo mais “intervencionista-medicinizada”. Os cirurgiões, por sua vez, acabaram por perfazer uma obstetrícia patológica, para a qual foi criado um arsenal cirúrgico –o fórceps foi um dos primeiros equipamentos criados- que colaborou para a superioridade dos médicos-parteiros diante das parteiras. As pinças, as tesouras, os ganchos também faziam parte da prática intervencionista que primava por manejos obstétricos e operações, como a cesariana. Os médicos “Paré, Guilhemau, François Mauriceau e William Smellie tiveram seus

nomes gravados na história da obstetrícia por terem desenvolvido práticas intervencionistas, criando novos instrumentos obstétricos e aprimorando métodos de diagnóstico”. (MARTINS, p. 72, 2004).

Desta forma, passou-se a notar cada vez mais um “aprisionamento”, do saber pela ciência humana, assim o médico utiliza-se do “saber” para colocar a parturiente em uma relação de submissão, ou seja, as mulheres em virtude do discurso de conhecimento dos profissionais da área da saúde, são condicionadas a acreditar que não podem conduzir o parto de maneira natural, e o momento de dar a luz torna-se desconfortável para elas, e bem arranjado para os profissionais de saúde, não se levando em consideração os desejos e as necessidades da gestante.

Esse processo implicou na vulnerabilidade das parturientes em face do “poder” dos profissionais e da institucionalização do parto, que passam a estabelecer seus critérios para realização do mesmo, dando prioridade às intervenções cirúrgicas, que podem ser mais danosas às mulheres. Na história da obstetrícia, os médicos na cena do parto mostram-se como sujeitos de espírito investigador, que apoiados nos estudos corporais, desafiaram as parteiras, com seus saberes científicos e apoderam-se de um vasto campo de exercício profissional. Dessa forma, os cirurgiões principiaram trabalhos para atender os partos naturais, e cada vez mais foram aumentando a sua experiência. Assim:

O Dr. Ernest Bumm, um dos mais respeitados obstetras alemães do final do século XIX, explica, no capítulo histórico do seu monumental *Précis d'Obstétrique* (1914), que a outra causa do progresso da obstetrícia francesa foi a criação de uma divisão de partos no Hôtel-Dieu no século XVII, que se ainda não servia para o ensino, contribuiu para dar experiência aos cirurgiões com o atendimento às mulheres pobres que se hospitalizavam (MARTINS, p.73, 2004).

Ademais, com a institucionalização do parto e o avanço da medicina obstétrica, surgiram também situações que podem ser consideradas violência contra a mulher, que na maioria das vezes são perpetradas e reproduzidas por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente sua autonomia sobre si mesma. A própria sala de parto é um espaço simbólico capaz de demonstrar tal situação, afinal, o trabalho de parto é uma espécie de aprisionamento com subordinação, no qual, quem estabelece as regras é o soberano/médico, que através de seu “saber-poder”, toma as decisões acerca dos procedimentos e da forma como serão realizados.

3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

“As mulheres são feitas para sofrer, dizem elas. É a vida... nada se pode contra ela”, disse Simone Beauvoir (p. 412, 2016), no segundo volume, do livro Segundo Sexo. Essa submissão produz a paciência que comumente se contempla nas mulheres. Pois elas aturam o sofrimento físico, são portadoras de uma coragem resignada até mesmo quando as circunstâncias são cruéis. Mas também distinguem-se dos homens pela calma baseada em uma resistência passiva; afrontam crises, pobreza, e tudo que os homens também enfrentam, são obstinadas serenamente a todos os empreendimentos a ela confiados, e certamente obtêm, quase que indiscutivelmente relevantes resultados (BEAUVOIR, 2017).

A história do parto no Brasil, nos revela que este tipo de violência, se fez presente, após a inserção da prática obstétrica na medicina, em que o parto deixa de ser uma prática natural, compartilhado apenas pela família e parteira, para tornar-se uma espécie de acontecimento no ambiente da clínica hospitalar, sendo uma prática exercida pela medicalização e conseqüentemente institucionalizada nos hospitais. Também conhecida como violência institucional na atenção obstétrica conforme anunciado pelo instrumento Parto do Princípio (2014), a violência obstétrica caracteriza-se pela:

[...] violência cometida contra a mulher grávida, e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p. 11).

Com a institucionalização do parto houve o distanciamento da família do processo de nascimento, uma vez que a estrutura física, bem como as praxes hospitalares não foi projetada para assistir as parturientes, mas para a conveniência técnica dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001; OMS, 1996). Dessa forma, muitas das mulheres passaram a permanecer internadas em quartos coletivos – enfermarias em hospitais públicos-, sem qualquer privacidade, tornaram-se sujeitos passivos diante das regras dos médicos e enfermeiros, sendo privadas da presença de uma pessoa de sua confiança para apoiá-las. Com o objetivo de prevenir e coibir este tipo de violência, no ano de 2005, foi criada a Lei de acompanhamento no momento do parto, que ainda parece ser desconhecida pelas gestantes e também por muitos profissionais da área da saúde.

Elizabeth Nihell, parteira inglesa contemporânea de Smellie, protegia a “arte obstétrica das parteiras, ressaltando o uso exclusivo das mãos, a paciência, e a capacidade de julgar o melhor momento para intervir”. Nihell alertava sobre os riscos de intervenções com

instrumentos obstétricos, afirmava serem desnecessárias, podendo causar dores e sofrimentos irreparáveis, principalmente a intervenção feita com o instrumento fórceps, até então maior alegoria de poder dos cirurgiões. (MARTINS, p. 77, 2004)

Quando Nihell historiou suas críticas, no ano de 1771, os cirurgiões dominavam a profissão em alguns grupos sociais, e ainda haviam alcançado cominar exceções ao trabalho das parteiras profissionais; podendo controlar a formação daquelas, obstaculizando o acesso a faculdades de medicina e respectivamente aos conhecimentos médicos e instrumentos cirúrgicos, primeiro. (MARTINS, 2004)

Destaca-se que o fórceps foi inventado no século XVII, pelos “cirurgiões da família Chamberlen, na Inglaterra, e posteriormente passou por aperfeiçoamentos por cirurgiões franceses e pelo inglês Smellie”. Apesar de ser considerado um importante achado para resolução de partos demorados, o mesmo causava sofrimentos para a mulher e poderia mutilar a criança, uma vez que a utilização do fórceps por inexperientes poderia gerar uma série de acidentes danosos. (MARTINS, p. 77, 2004).

Diante do exposto, pode-se perceber que o parto hospitalizou-se aos poucos, todavia retirou da mulher alguns de seus direitos fundamentais, como por exemplo, de privacidade, do poder de decisão e de ser acompanhada pelos seus familiares, conforme previstos em lei. Porém, na prática são poucas instituições de saúde que autorizam a entrada de um parente para acompanhar a parturiente no momento do nascimento de seu filho.

A escolha da melhor posição para dar a luz, passou a ser ditada pelos médicos, devendo a gestante ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos, inserindo-se uma cadeia de recursos e métodos não naturais. (TORNQUIST, 2002). Assim, no século XIX, mais exatamente em 1897, foi criado na cidade de Porto Alegre, o primeiro Curso de Partos, para habilitar as parteiras e reduzir os acidentes que ocorriam durante os partos. Esse foi realizado por médicos e ocorria na Santa Casa de Misericórdia (HASSEN, 1998).

Com a hospitalização do parto, outro fenômeno que ganhou espaço foi a violência institucional, sendo essa assinalada como a atuação violenta do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento. A violência institucional é aquela em que há desigualdades nas relações de poder médico-paciente. Assim, pontua-se que regras impostas pela coordenação dos serviços de saúde devem ser seguidas, desde que respeitem a integridade física e psíquica da paciente de forma a garantir seus direitos fundamentais. Na hora do parto, os profissionais da área de saúde obstétrica, principalmente o médico, exercita o poder de ditar as regras e

definir o que, e como, a parturiente deve comportar-se, objetivando evitar o sofrimento desnecessário da mãe e de seu filho. Porém, quando os profissionais que ocupam este lugar do saber/poder não respeitam as reais necessidades de sua paciente, estamos diante da violência obstétrica que desfavorece a dignidade das parturientes e configura uma violência institucional.

Por isso, está ocorrendo uma mobilização pela humanização do parto, aliando a técnica ao bem cuidado com as gestantes/parturientes. (TELES, 2003). Os movimentos feministas, lutam para que a lei seja cumprida durante a gestação, no momento do parto e após a realização do mesmo. Não se pode mais admitir o descumprimento da lei por algumas instituições hospitalares que na hora do parto, por exemplo, proíbem a presença de um acompanhante de escolha da mulher, cujo objetivo é deixá-la mais segura.

Outro aspecto que merece atenção é a medicalização na gravidez e o entendimento do processo gravidez-parto-puerpério a partir do “modelo patológico” influenciam a forma como a mulher passa pelo processo de parto. Simkin (1991) refere que a assistência médica recebida durante o parto entusiasma sobre qual perspectiva, positiva ou negativa, a parturiente terá daquele momento. Principalmente pelas atitudes da equipe médica, do obstetra, pelas decisões adotadas durante o parto e o deslinde das dificuldades que eventualmente surgirem (STORTI, 2004).

Conforme Waldenström (1999), a experiência do parto está associada a três fatores, são eles: o apoio social; o controle percebido e a dor. Sendo o primeiro, o atendimento da equipe médica, inclusive o acompanhamento de uma doula, o segundo são as informações e explicações recebidas pela gestante acerca dos procedimentos e decisões atinentes ao parto, e o terceiro a dor suportada pela mulher. O autor ainda faz referência a outros, como intervenções médicas, ansiedade, expectativas etc. (STORTI, 2004).

Destaca-se que o parto é um processo muito doloroso, entretanto a intensidade da dor experimentada depende de fatores biológicos, psíquicos e sociais da parturiente. As técnicas desenvolvidas ao longo do tempo buscam o controle da mesma, surgiram diversos dispositivos para suprimir o sofrimento do parto e do nascimento. Observa-se que foi após o desenvolvimento das técnicas que buscavam o controle da dor, que os pais/maridos começaram a entrar nas salas de parto, para que fosse fortalecida a confiança e a coragem da parturiente. (STORTI, 2004).

Contudo, além da dor e de outros métodos rotineiramente utilizados para enfraquecê-la, outras intervenções médicas são utilizadas, por exemplo, a indução do trabalho

de parto, o prolongamento do mesmo e a cirurgia cesariana, são mencionados como integrados a uma impressão negativa do procedimento. Todavia esse sofrimento pode ser amenizado, quando a mulher encontra apoio, seja com o companheiro, familiares ou com a doula, fazendo com que sua experiência seja positiva nos momentos que antecedem e/ou durante o parto. (STORTI, 2004).

Assim, foi possível perceber que as mudanças relacionadas ao parto, a partir da hospitalização, fizeram com que incidisse na deposição da autonomia da mulher, de sua privacidade e de seu poder de decisão. Deste modo, surgiu a necessidade de um movimento para humanização do parto, o que foi acompanhado pelo Ministério da Saúde que, teve como primeira iniciativa, a regra de um acompanhante de livre escolha para ajudar a mulher durante o procedimento.

Nota-se que os avanços são crescentes no Brasil, em especial, deu-se a criação do Programa Rede Cegonha pelo Governo Federal. Porém, observa-se que ainda são muitos os desafios a serem enfrentados pelos profissionais da área da saúde obstétrica, que devem ter uma formação mais humanista que os prepare para lidar com a diversidade humana; Todos são seres únicos e como tal devem ser tratados, com formas diferenciadas de lidar com o corpo, para que seja respeitada a dignidade, a autonomia e o bem-estar da mulher e de sua família no andamento do parto. A humanização pleiteada, sem dúvida, faz parte de boas práticas em atenção à saúde da mulher, o Ministério da Saúde (p.9), ao apresentá-la em relação à assistência obstétrica, destaca que: (WOLFF E MOURA, 2004)

o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Nesse contexto, deve-se considerar a autonomia da mulher, como sujeito ativo do parto, tendo em vista que sua participação é de suma importância para o “bom parto”, devendo esse dar-se da forma mais natural possível. A Organização Mundial da Saúde complementa que as boas práticas, incluem respeito ao processo fisiológico e ainda, a dinâmica do nascimento, assim as intervenções devem ser cautelosas, evitando-se os abusos (WOLFF E MOURA, 2004).

Os profissionais da saúde devem prestar auxílio à parturiente, respeitando às necessidades características ligadas à obstétrica, que estão vinculadas com às necessidades

básicas de suas pacientes. Todo profissional deve estar envolvido e sentir empatia pelas pessoas que atende, e por aquilo que faz. Os profissionais desta área devem ter conhecimentos sobre o imprescindível exercício da ética do cuidado, do respeito e do afeto para com suas pacientes, durante a gestação e no momento do nascimento do seu filho.

Assim, a humanização é um fenômeno situado na pessoa, devendo ser esse o centro referencial. Pois o profissional de obstetrícia, além de acompanhar a mulher em um momento tão especial da vida dela, e possuir competência técnica para fazê-lo, ele precisa ser capaz de compreender toda a família da gestante/parturiente, e o significado daquele momento para eles. O parto humanizado é garantia de uma melhor qualidade de assistência médica, segundo Moura et al., uma vez que é através dessa assistência, que as parturientes dispõem de medidas para que o processo do parto seja o mais saudável e seguro possível. Destaca-se que são medidas simples que asseguram uma qualidade distinta na assistência prestada pelos profissionais de saúde (WOLFF E MOURA, 2004).

Pesquisas comprovam que cotidianamente, as condutas de alguns profissionais desta área, evidenciam práticas de caráter extremamente autoritário, utilizam palavras depreciativas, ameaças e repreensões em desfavor das parturientes. Cabe ressaltar aqui, que a conformidade e o silêncio das instituições diante dessas situações desrespeitosas pode ser entendida como crime de omissão, ou seja, um abuso do poder/saber do médico, baseado no consentimento que se estabelece entre as partes, e se impõe mediante autoridade dos profissionais de saúde, que por sua vez são contratados pela respectiva instituição, que torna-se corresponsável pelo atendimento humanizado.

Portanto, denuncia-se a magnitude e complexidade da violência obstétrica no Brasil, desse modo fazem-se necessárias e imprescindíveis medidas de prevenção e de ações contra o excesso de intervenções médicas muitas vezes desnecessárias. Sem dúvida deve haver uma maior discussão sobre as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do neonato, que resultem numa melhor qualidade da assistência materno-infantil e na promoção da autonomia da mesma.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que por questões culturais, o parto ainda é enfrentado como uma ocasião de “dor necessária”, o que contribui para que muitas mulheres não percebam a prática da violência obstétrica e achem natural ser tratada assim, acreditam que faz parte do processo

de ser mãe. O que faz este tipo de violência ganhar proporções ainda mais preocupantes por contar com um caráter silencioso, uma vez que mesmo diante da revelação de dados alarmantes nas pesquisas realizadas, esses ainda não ganham notoriedade, naturalizando uma forma desumana de desrespeito aos direitos fundamentais das mulheres. No Brasil, segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014, p.01) muitas das intervenções aplicadas frequentemente perfazem fatores de risco pelo incremento de violências que vitimizam as parturientes. Ademais, destaca-se que preconceitos no que diz respeito à sexualidade e a saúde das mulheres, ainda enraizados na sociedade patriarcal como a que vivemos em pleno século XXI, contribuem para a forma como as mulheres são vistas e desrespeitadas pelos profissionais da saúde. Para a OMS, toda mulher têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, e recomenda uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) junto as parturientes, considerando que sua formação é orientada para o cuidado e não para a intervenção.

Ao final, pode-se dizer que apesar da evolução na área da saúde, dos avanços tecnológicos que objetivam trazer mais segurança e melhor qualidade de vida para o ser humano, a violência obstétrica ainda é uma prática existente na vida de muitas gestantes, no momento do parto. Infelizmente esta prática, é o resultado de resquícios de uma cultura machista, que percebe a mulher como um objeto, cujo corpo pode ser tratado com agressividade e desrespeito, inclusive muitas profissionais do sexo feminino também assumem esta prática machista, como algo natural. Felizmente o tratamento hostil de alguns profissionais da área não é a regra, porém, tratando-se de respeitar o direito do outro enquanto ser humano, independente de sua raça, cor e sexo, as parturientes e seu filho, não deveriam mais ter que enfrentar este tipo de brutalidade e desumanidade. O tratamento hostil, a agressividade, o desrespeito são sobrepostos e suportados diante das necessidades das mulheres que são silenciadas pelo saber/poder dos profissionais de saúde, o que culmina na marca dessa violência tão cruel.

Nesse contexto, parece estar havendo uma incompreensão em relação ao uso dos saberes e das tecnologias da saúde, visto que intervenções desnecessárias são concretizadas em nome de uma falsa impressão de que, quanto mais se intervém, mais se cuida da saúde. As

próprias mulheres são levadas a crer que seus corpos são incapazes de gerar e parir sem intervenções médicas, essas na maioria das vezes acabam protestando por estas intervenções, porém, por fim, só alcançam obstáculos, sofrimentos físicos e psicológicos causadores da violência obstétrica.

Espera-se que o problema da violência obstétrica ganhe maior visibilidade das autoridades, na mesma proporção que a problemática tem alcançado. Espera-se que os profissionais de saúde sejam melhor preparados para lidarem com questões relacionadas aos direitos humanos destas mulheres e seus filhos. Só assim, poderão contribuir para uma mudança desse panorama desumano que pode deixar sequelas, irreparáveis na vida dos envolvidos. Deve haver uma maior discussão sobre as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do neonato, objetivando melhorar a qualidade da assistência materno-infantil no Brasil.

Em pleno século XXI, não é mais factível continuarmos fazendo uso dos saberes e das tecnologias da saúde, para que intervenções desnecessárias sejam concretizadas em nome de uma falsa impressão de que, quanto mais se intervém, mais se cuida da saúde.

Portanto, uma mudança deverá vir para alterar a lógica do atendimento e conhecimento sobre o parto, devendo esse deixar de ser visto somente como um ato médico e institucionalizado, mas compreendido como um acontecimento humano, porque só a partir desta consideração, haverá possibilidades de se fazer ouvir a voz e proteger os direitos das mulheres, resgatando sua autonomia, e sua dignidade, para que possam deliberar acerca das questões pautadas ao seu processo de parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

- BEAUVOIR, Simone, **O segundo sexo: a experiência vivida**; tradução Sérgio Milliet. vol. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRENES, Anayansi Correa, **História da parturição no Brasil**, século XIX, 1991, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002. Acesso em: 20 jan. 2019.
- CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. A Humanização do Parto. In: TEDESCO, José J.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 280-317.

DEL PRIORE, Mary, **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. Rio de Janeiro: Edunf. 1993.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FAVARIM, Paulo Ricardo; WERMUTH, MaiquelAngeloDezordi; NielssonGomes.JoiceGracieleNielsson**Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil***.Universitas JUS, v. 27, n. 2, p. 87-101, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/jus/article/view/4273/3259>. Acesso em 07 jan. 2019.

FORNA, Aminatta. **Mãe de todos os mitos**. Como a sociedade modela e reprime as mães. 1999.

GELESKI, Fátima dos Santos.A DISPUTA ENTRE MÉDICOS E PARTEIRAS A PARTIR DE UM PROCESSO CRIME NA COMARCA DE SÃO JOSÉ, SANTA CATARINA.Disponível em:https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/179554/TC_Cat_Fatima_Geleski_Final.pdf?sequence=1. Acesso em 20 jan. 2019.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: a faculdade de medicina faz cem anos**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 20 jan. 2019.

OMS.Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?jsessionid=30D4F78F6E10694676085CAF17595F09?sequence=3. Acesso em: 10 fev. 2019.

PARTO DO PRINCIPIO: Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2014, p.11. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/o-que---viol-ncia-obst-trica>. Acesso em 20 jan. 2019.

PERROT, Michele. **Minha história das mulheres**; tradução Angela M. S. Corrêa. São Paulo: Contexto, 2007.

SCAVONE, Lucila. **Dar e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo, Editora UNESP, 2004, 205 p.

SOUZA JK. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**.Dissertação. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) -

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TELES, Liana Mara Rocha. et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga, LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 41-47, p. 688-694, 2003.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

WOLFF, Leila Regina. VASCONCELLOS MOURA, Maria Aparecida, A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** [online] 2004, 8 (Agosto-Sinmes) : [Fecha de consulta: 8 de febrero de 2019] Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>> ISSN 1414-8145. Acesso em 09 jan. 2019.

Recebido em 31.03.2019

Aceito em 08.09.2019