



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

AUTONOMIA DA MULHER NO PARTO FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Joane Silva de Queiroga

Universidade Federal da Paraíba – UFPB; e-mail: joana_servicosocial@hotmail.com

RESUMO:

O presente trabalho tem a pretensão de analisar autonomia das mulheres no parto, frente à violência obstétrica. Desta maneira é notório que a falta de efetivação dos seus direitos e a realidade social das mulheres gestantes tende a naturalizar a violência obstétrica e a sua ausência de autonomia no parto. Os dados revelam que são várias as formas de violência obstétrica a qual as mulheres e o bebê sofrem, podendo ser identificada durante a gestação, no momento do parto, que inclui o trabalho de parto, o parto em si e o pós-parto, e no atendimento de complicações de abortamento. Desta forma propomos, neste trabalho, expor algumas formas da violência obstétrica no parto, que refletem na autonomia das mulheres no parto. De modo parcial, enfatizamos o processo histórico da política de saúde no Brasil que é decorrência da conjuntura atual que se molda a Saúde, em especial a Saúde da Mulher e a Humanização do Parto. Para dar suporte ao desenvolvimento deste trabalho utilizamos pesquisa bibliográfica¹.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Humanização do Parto. Saúde da Mulher.

¹ Segundo Marconi e Lakatos (1992, p. 43-44), a pesquisa bibliográfica “trata-se de um levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita”.



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

APRESENTAÇÃO

Este artigo com a temática da autonomia da mulher no parto frente à violência obstétrica pretende mostrar a condição da mulher gestante em uma Unidade de Saúde do SUS. A temática enfatiza também a relação de classes sociais, analisando do ponto de vista teórico marxista.

O presente artigo tem como objeto de estudo a autonomia da mulher no parto, analisando em que medida está em consonância com a violência obstétrica, sobre tudo se atende o que recomenda a Política de Humanização do Parto.

A escolha desse objeto foi motivada por inúmeros fatores, dentre eles considero inicialmente, minha participação no Projeto de Pesquisa, na qual, tive a oportunidade de ter os primeiros contatos e aproximação com o tema. Durante o Projeto tínhamos o grupo de estudo, nas quais discutíamos artigos publicados em revistas acadêmicas e capítulos de livros versando sobre sexualidade, gênero, prostituição e métodos de pesquisa. Diante das leituras a que tive acesso, deparei-me com temáticas até então pouco conhecidas. Além disso, passei a me familiarizar, por meio destas leituras, com o ofício de pesquisadora. Foi durante este Projeto que tive uma identificação e aprofundamento com a temática não só de gênero, mas com a própria história de vida daquelas mulheres e a partir daí passar a compreender a complexidade que envolve nossas trajetórias de vida.

Outro elemento que permitiu um maior interesse pelo tema e objeto pesquisado foi a experiência na Maternidade Frei Damião - MFD de 02 semestres, enquanto estagiária, no município de João Pessoa-PB. Na MFD, além dos atendimentos iniciais, tive a oportunidade de realizar vários atendimentos social individual, como: orientação para as acompanhantes; visitas as enfermarias, pré parto, UTI materna, UTI e UCI neonatal, no sentido de identificar demandas implícitas e explícitas;



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

articulação com a rede encaminhamentos necessários, como: Balcão de Direitos, CRAS, Conselho Tutelar, Unidade Saúde da Família, entre outras atividades pertinentes ao Setor.

Essas experiências permitiram uma maior aproximação com a temática, podendo de essa maneira entender a importância da autonomia dos indivíduos, especificamente as mulheres, verificando que essa característica era comum a diversas áreas. É o interesse por esse tema, que me fez refletir e mudar em tantos sentidos a minha maneira de enxergar o outro, partindo do princípio de está me empenhando para realizar uma pesquisa que supra não só com os meus anseios enquanto pesquisadora, mas também atenda os interesses do público pesquisado, sustentado pelo desejo de forma mesmo que mínima buscar a emancipação e empoderamento das mulheres, trazendo as descobertas e o caminho enquanto pesquisadora como um momento prazeroso.

Diante das leituras realizadas sobre a violência obstétrica foi surgindo o interesse pela temática, na qual podemos perceber diante dos relatos das mulheres vítimas de tal violência os muitos impactos que acarretam para as suas vidas e, neste sentido propusemos realizar uma pesquisa sobre a autonomia da mulher em relação ao parto, não sendo como uma decisão institucional, mas como uma escolha da mulher sobre o tipo de parto, diante da conscientização e informação sobre os tipos de partos.

Outro fato primordial que nos instigou foram os relatos de algumas mulheres quando falam sobre o tipo de parto como uma escolha médica, deixando muitas vezes de ser protagonistas desse momento e se deixando levar pelas opiniões médicas que muitas das vezes não prezam pelo bem estar da mãe e do bebê, mas sobre o que será mais viável para o mesmo.

Vejo a violência obstétrica como um tema pouco discutido, pois muitas vezes a gestante é vítima de tal violência e não sabe nem do que se trata, pois associamos a violência obstétrica a uma agressão como qualquer outra.

Portanto, esta pesquisa poderá contribuir no processo de maior ampliação dos espaços de discussão acadêmicos e sociais, oferecendo elementos para que o poder público (Estado) possa intervir propondo melhorias para as mulheres. Do ponto de vista teórico, é inegável a



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

relevância do estudo direcionado à temática, visto que há pouca produção teórica sobre o tema, o que possibilitará a docentes, discentes de diversas áreas do conhecimento e leitores afins a tomar conhecimento das problemáticas que perpassam sobre a violência obstétrica, possibilitando-os propor que ocorram melhorias e mais informações para as mulheres gestantes que muitas vezes são vítimas da violência obstétrica, mas não conseguem entender como uma violência.

Agora em diante do artigo deixarei de falar do “eu” levando em consideração que é fruto de um trabalho conjunto, para dar lugar a primeira pessoa do plural, um “nós” que se molda na relação com o outro.

PROCESSOS HISTÓRICOS DA SAÚDE DA MULHER

Em termos conceituais, violência obstétrica a configura a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia. Essas intervenções provocam danos e riscos comprovados por evidências científicas, porém continuam sendo utilizadas sem critério pelos profissionais de saúde. Crenças e preconceitos a respeito da sexualidade e saúde das mulheres presentes na sociedade patriarcal, capitalista e androcêntrica contribuem com a forma como são vistas e (des)tratadas por estes profissionais (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Conforme Aguiar (2010) a violência obstétrica ocorre em diferentes momentos e sob diferentes modalidades, registrando-se antes, durante e depois do parto e acontece quando o corpo da mulher e os processos reprodutivos são apropriados pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, desrespeitoso, por meio do abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, acarretando na perda da autonomia e competência de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, gerando um impacto negativamente na



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

qualidade de vida das mulheres. As manifestações de violência contra as gestantes são produzidas, sobretudo, pelos profissionais de saúde que acompanham as mesmas.

Os movimentos feministas, em suas denúncias públicas sobre as diversas formas de violência obstétrica que podem acontecer, acordo com Pulhez (2013b) pontua relatos de pesquisas em que se observam relatos de carregados de sofrimento em que mulheres denunciam o fato de terem sido amarradas à maca; mulheres estapeadas porque gritam de dor no parto e ainda, posturas irônicas, de desdém e/ou agressões verbais de médicos e/ou enfermeiros, dentre outros atos violentos. Para Maia e Prazeres (2014) existência de diversidade as classificações para os partos: normal, natural, ativo, entre outros – estas reúnem em si uma série de disputas de significados, mas, o mais importante para os envolvidos na defesa de direitos, é que lhes sejam garantido os direitos legais e essencialmente que sejam humanizados, ou seja, que consista de um evento em que as mulheres sejam as protagonistas, controlar seus corpos e conhecer qual o momento e a melhor forma de parir. Ainda conforme esta autora, a violência obstétrica tem retirado da mulher o direito de escolha por onde será seu parto: em casa, no hospital ou em casas de parto, com ou sem dor, com acompanhamento de quem lhes faz sentir mais seguras e, principalmente, livres de intervenções e condutas médicas indesejadas e, muitas vezes, desnecessárias.

No ano de 2004, mais precisamente em 28 de maio, o Ministério da Saúde propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Tomou como base para a discursão os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (GARCIA, 2013)

Destarte, a humanização do SUS tem como proposta uma transformação nos processos que envolvem as relações entre os usuários, trabalhadores e gestores que lidam com os modelos de atenção e gestão nos serviços de saúde, obtendo algumas estratégias de



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

humanização como, por exemplo, a escuta qualificada, rodas de conversas, acolhimento dentre outros meios utilizados.

A humanização do parto, por exemplo, se molda nesta perspectiva de ampliação da escuta, possibilitando à mulher o exercício da sua autonomia, prestando o atendimento focado em suas necessidades, todas as possibilidades do parto com a mulher, garantindo-lhe a liberdade de escolha do método que seja mais adequado à condição clínica, levando em consideração também a história do pré-natal e do desenvolvimento fetal, interferindo apenas nas questões necessárias. Desse modo, a humanização do parto vai além de atender apenas as queixas visíveis a mulher gestante, busca também a valorização do trabalho em equipe, aumentando o grau de protagonismo não só da mãe, mas também do pai e outros familiares, que é o desejável, fazendo se necessária a adequação da ambiência, aliando confortabilidade e segurança, condições ideais para a acolhida da mãe, do bebê e da sua rede social.

As condições de vida e da saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal está associada, sobretudo, à precária situação socioeconômica, baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a bens e aos serviços, incluindo serviços de saúde de qualidade, restrições à autonomia reprodutiva e conseqüente falta de poder para se proteger contra infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto e violência sexual (PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008). Cabe destacar também que mulheres negras, indígenas e migrantes geralmente convivem com situações ainda mais difíceis, nas quais as oportunidades de viver com qualidade e ter acesso à saúde são escassas (VENTURA, 2008), o que repercute de modo muito significativo nas suas condições de vulnerabilidade durante o ciclo gravídico puerperal. Assim podemos destacar que situações de vulnerabilidade têm a ver com a determinação social da saúde, o que fica evidenciado na própria definição de vulnerabilidade compreendido como o movimento de se considerar a susceptibilidade das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, os quais “acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (AYRES et al., 2003, p. 89).

Os direitos das gestantes surgem na tentativa de equalizar situações de desequilíbrios e injustiças que envolvem as mulheres. Porém, o mais importante, em relação a legislação e humanização do SUS é que ele seja colocado na prática e para isso, deve ser de conhecimento das gestantes e de toda a sociedade. É nessa perspectiva de formação de cidadãos conscientes de seus direitos e deveres que se torna indispensável à inserção do Serviço Social no âmbito da saúde.

No Brasil, os dados referentes à violência obstétrica não são precisos. O Ministério Público é o órgão responsável por registrar as denúncias e apurar os casos de violência obstétrica, porém ainda se desenvolvem com dificuldade, poucos são os registros. Segundo informações do Ministério Público de São Paulo, a obstetrícia é mundialmente a área médica com maior número de infrações (seja por lesões corporais ou homicídios), porém não é frequentemente denunciada. Os fatores como o medo, a falta de credibilidade no sistema legal, de informação e o silêncio cúmplice que envolve as vítimas, dificultam a notificação dos casos. De acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo e Serviço Social do Comércio - SESC, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Apesar de denúncias e pesquisas acerca da violência que mulheres gestantes sofrem particularmente a violência obstétrica ainda é uma área pouco investigada.

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005 no Brasil, também chamada Lei do Acompanhante, representa um marco na representação do reconhecimento do bem-estar da parturiente, nas perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização. Alterando a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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.



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

Segundo o jornal “O Estado de S. Paulo” (edição de 28.1.2013) 64% das 54 mil mulheres entrevistadas pela Rede Cegonha (Ministério da Saúde), entre maio e outubro de 2012, não tiveram direito ao acompanhante. A pesquisa mostrou ainda que 56,7% delas (19.931) afirmam que o acesso ao acompanhante foi proibido pelo serviço de saúde e só 15,3% (5.378) relataram não conhecer esse direito, ou seja, mais da metade das entrevistadas não usufruíram de um direito conquistado.

O direito ao acompanhante deve ser garantido em todos os estabelecimentos à saúde onde sejam realizados partos. Sua negação é considerada uma violação de direitos e consequentemente a violência obstétrica, devendo, portanto, ser denunciado ao Ministério Público.

Tendo em vista a condição da mulher gestante em nossa sociedade, temos observado no estágio acadêmico na maternidade que as gestantes têm tido os seus direitos violados no pré parto, na hora do parto e pós parto, muitas vezes por desconhecer os seus direitos, e quando conhece, tem tido dificuldade em buscar e efetivar para que de fato sejam garantidos.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais brasileiros ainda têm taxas como 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método “normal” de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida. (BRASIL, 2014).

A violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstétricas, no parto vaginal, perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de intervenção médica e de patologia. Tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor esses eventos vitais cruciais. (BRASIL, 2014)

O periódico American Journal of Obstetrics and Gynecology publicou estudo chamado “Morte materna no século 21”, que analisou 1,46 milhão de partos. Os números mostraram que há um risco de óbito dez vezes maior para a gestante em cesarianas. Comparem: enquanto



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

a taxa de morte em partos normais foi de 0,2 para 100 mil, no caso das cesarianas ele chegou a 2,2 por 100 mil. Portanto, os dados revelam evidências.

É notório o aumento significativo das Cesarianas no Brasil, segundo os dados do Ministério da Saúde, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na saúde suplementar. Na rede pública este número é menor, atinge o percentual de cerca de 40% dos partos. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe.

Dentre os fatores que levam as mulheres a realizarem cesariana, destacamos a cultura que naturaliza a entrega da vida das mulheres a maternidade, na qual as mulheres por acreditarem que o profissional sabe o que será melhor para que ocorra o parto, sem complicações tanto para a mãe quanto ao bebê realizam este procedimento, não entendendo como uma escolha, mas sua única opção. O outro fator é a ideia de que o parto cesariano é mais seguro que o parto normal, além da falta de informações sobre seus direitos e o processo fisiológicos do parto, o que acaba deixando as mulheres assustadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que a autonomia da mulher frente à violência obstétrica apesar de pouco divulgada existe e se faz presente na realidade das mulheres gestantes, porém, há geralmente uma incompreensão do que é essa violência por parte das mulheres gestantes. O momento do parto deve ser algo em que ocorra a autonomia da mulher sobre seu corpo e conhecimento dos procedimentos realizados, em busca de um parto humanizado, sem interferências desnecessárias. E, mesmo sabendo que ocorre alguma informação sobre os procedimentos realizados, podemos observar, através dos dados que essa “informação” é incipiente e não



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

surte autonomia nas mulheres. Isso porque durante o parto as mulheres depositam todo o conhecimento e maneira mais adequada ao profissional que lhe atendem, dando, assim, pouca ou nenhuma importância a sua autonomia, o direito de se decidir sobre o seu corpo.

Portanto a autonomia das mulheres no momento do parto é deixada de lado e que isso não é considerado tão relevante como deveria para o cotidiano de trabalho das mulheres e dos profissionais.

Neste sentido, observamos a necessidade de ações qualificadas do poder público (Estado), para que, com isso algumas propostas de enfrentamento sobre a questão da Violência Obstétrica, possam a ser apresentadas propondo melhorias para os usuários e profissionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014. Disponível em:

<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>
acesso em: 17 de jan. de 2015.

AYRES, J. R. C. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M (Org.). *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério de Saúde. CEBRAP. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – Relatório Final**. Brasília – DF: MS/CEBRAP, 2008.



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de Indicadores do SUS nº 5: prevenção de violências e cultura de paz**. V. III, Brasília-DF, 2008.

GARCIA, Paula Trindade. **Saúde da Mulher Geral**. Cad. UNASUS/UFMA. I, São Luís, 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1992.

Lima, D. C., Buchele, F., & Climaco, D. A. (2008). **Homens, gênero e violência contra a mulher**. Saúde & Sociedade, 17(02), 69-81.

MAIA, Jamila; PRAZERES, Michelle. **Corpos roubados, editado pela ONG Repórter Brasil**, 2014. disp <http://pt.slideshare.net/michelleprazerres/corpos-roubados-panorama-da-violencia-obnstroca-no-brasil>> acesso em: 12 de jan. de 2015.

PINHEIRO, Claudia. **O papel social da mãe**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/54264404/O-papel-social-da-mae#scribd>>. Acesso em: 30.01.2015

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT]%20(1).pdf> Acesso em: 10.01.2015.

PRATES, C. S.; ABIB, G. M. C.; OLIVEIRA, D. L. L. C. **Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivência de múltiparas**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 604-611, dez. 2008.

SARTI, C.A.; BARBOSA, R.M.; SUAREZ, M.M. **Violência e gênero: vítimas demarcadas**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 167-183, 2006.

VENTURA, M. **A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina**. Revista Bioética, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.

WHO. **Appropriate technology for birth**. Lancet, Philadelphia, vol.2, n. 8452, Aug.24 1985, p. 436-347.



**XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES**