

Percepção de Mulheres Sobre Violência Obstétrica no Sistema de Saúde

Percepción de las Mujeres Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema de Salud

Women's Perception About Obstetric Violence in the Health System

Raíssa Costa Reis

Resumo: A violência obstétrica é uma prática constante nos atendimentos de saúde ofertados nas instituições brasileiras, fazendo-se cada vez mais necessárias as discussões sobre o tema que envolve qualquer ato que fira a dignidade da mulher no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva. Isto posto, realizamos uma pesquisa qualitativa-fenomenológica objetivando evidenciar a percepção das mulheres sobre atos vivenciados ao longo do atendimento recebido no seu ciclo gravídico-puerperal. Como resultados, constatamos que as participantes pontuam o sentimento de desconforto diante de violências de cunho físico, verbal e institucional, que vão de encontro às diretrizes de assistência dos órgãos reguladores da saúde.

Palavras Chave: Violência Obstétrica. Humanização. Parto.

Resumen: La violencia obstétrica es una práctica constante en los servicios de salud que realizan las instituciones brasileñas, siendo cada vez más necesarias las discusiones sobre cualquier acto que lesione la dignidad de la mujer en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Ante esta necesidad, realizamos una investigación cualitativa-fenomenológica con el objetivo de conocer la percepción que las mujeres tienen sobre la atención que recibieron durante el ciclo embarazo-puerperio. Como resultado, encontramos que las participantes destacan un sentimiento de malestar ante la violencia física, verbal e institucional que vivieron. Experiencia que va en contra de las reglas de asistencia de los organos gubernamentales que regulan la salud.

Palabras Claves: Violencia obstétrica. Humanización. Parto.

Abstract: Obstetric violence is a constant practice in health care offered in Brazilian institutions, making discussions on the topic that involves any act that harms the dignity of women in the context of their sexual and reproductive health increasingly necessary. That said, we carried out a qualitative-phenomenological research aiming to highlight the perception of women about acts experienced during the care received in their pregnancy-puerperal cycle. As a result, we found that the participants punctuate the feeling of discomfort in the face of physical, verbal and institutional violence, which go against the assistance guidelines of health regulatory bodies.

Keywords: Obstetric violence. Humanization. Childbirth.

Raíssa Costa Reis – Psicóloga, doula, educadora perinatal, mulher-mãe, ativista pela humanização da gestação, parto e puerpério. É também Instrutora de Shantalla e Banho de Ofurô, Pintora Gestacional e desenvolve Medicina Placentária, sendo facilitadora de círculos de mulheres. Em 2019 participou da experiência de imersão para Capacitação sobre a Caderneta de Saúde da Criança, e atuação no atendimento materno-infantil, na cidade de Cametá. Em 2020, desenvolveu o Workshop de Preparação para o Parto, atuando nos municípios de Belém e Capanema. E-mail: raissacreis96@gmail.com / www.lattes.cnpq.br/3645570892692952 / ORCID: 0000-0002-9253-5337

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de um relato de pesquisa de campo realizada como trabalho de conclusão do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará no ano de 2021. Os dados apresentados versam sobre as percepções de mulheres acerca da violência obstétrica no sistema de saúde pública e privada em Belém do Pará. Destaca-se que a autora parte de seu interesse na temática, juntamente com sua experiência como doula, para refletir a violência obstétrica presente nos relatos de outras mulheres, tensionando também as diretrizes presentes nos programas de assistência à saúde da mulher do Ministério da Saúde.

Até o início do século XX, o parto era um evento marcadamente feminino e domiciliar, no qual estavam envolvidas as mulheres mais velhas da família, sendo responsáveis pela assistência às parteiras. Os procedimentos cirúrgicos eram pouco seguros, e uma cesariana era realizada somente em último caso, quando todas as possibilidades de nascimento por via vaginal haviam se esgotado. Contudo, esta realidade se fez diferente com o crescente interesse da obstetria médica pelos partos, o que resultou na naturalização do parto hospitalar e das cirurgias cesarianas sob um discurso de que esta era a forma mais segura de assistência (LUZ, GICO, 2015, p. 2).

Com a hospitalização do parto, a partir do século XX, vivenciou-se a institucionalização do ato de parir, e este evento passou a ocorrer em ambiente hospitalar sob a responsabilidade médica. A partir de então, houve avanços na analgesia, no controle de hemorragias, na descoberta de antibióticos e nas técnicas cirúrgicas, fato que ampliou o saber médico na perspectiva de contribuir para a redução da mortalidade materna e fetal (CASSIANO et. al. 2016 p. 466). Em contrapartida, não se observa um nível crescente de satisfação das mulheres quanto à assistência recebida.

De acordo com Zarnado et al (2017), o descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012), que computou que 12,7% das queixas das mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas.

Jardim e Modena (2018) apontam que em torno de 10% das parturientes que sofreram violência obstétrica (VO) passaram por exames vaginais dolorosos, 10% tiveram negado seu direito à analgesia, 9% foram tratadas com gritos e palavras inadequadas, 7% não receberam informações claras e precisas sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas e 23% foram vítimas de violência verbal, inclusive com frases de preconceito sendo utilizadas no atendimento.

De acordo com Parto do Princípio (2012), os atos caracterizados como violência obstétrica são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. A violência obstétrica pode ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Nascimento et al (2019) chamam atenção para o fato de que, para que as mulheres compreendam a violência obstétrica, estas precisam de educação em saúde de qualidade no pré-natal, seja durante as consultas individuais, atividades educativas em sala de espera ou em atividades de grupo. O essencial é que as mulheres aprendam informações pertinentes sobre a violência durante

a gestação, para adentrarem nas maternidades com conhecimento que lhes permitam serem de fato protagonistas do parto.

A violência obstétrica também pode ocorrer durante a cirurgia cesariana, sendo um fator preocupante o elevado número de cesarianas desnecessárias que ocorrem no Brasil. São consideradas desnecessárias aquelas operações que ocorrem quando não há situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e, portanto, exigiria intervenção através de procedimento. Sem a indicação correta, a realização da cirurgia pode levar ao aumento do risco de complicações graves para a díade (BRASIL, 2015).

A discussão sobre a assistência padrão ouro é de suma importância para a condução deste estudo, visto que, a partir do conhecimento desta, torna-se possível o comparativo entre o ideal e a realidade. Os guias orientam e demonstram o que se caracteriza como boas práticas de assistência, no entanto se faz necessário investigar se os manuais estão sendo colocados em prática. Logo, é de interesse pessoal, e também público, pensar como os cuidados para o parto e nascimento estão afetando a vivência da mulher que vai parir, e como esta reverbera na integralização da experiência da mulher que, após o parto, passará a se reconhecer e construir como mãe.

Nacionalmente, destaca-se a publicação de diretrizes norteadoras da assistência à saúde da mulher, no âmbito de cuidados à gestação, parto e nascimento, evidencia-se o programa do Ministério da Saúde *Humanização no Parto: Humanização no Pré Natal e Nascimento*, de 2002. Esse representou um marco de enfrentamento à mortalidade materna, peri e neonatal, visando melhorar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Bem como o repasse de verba para programas de capacitação de profissionais da saúde, investimentos nas ferramentas de assistência à gestação de alto risco, formação de parteiras (BRASIL, 2002).

Para Leal et al. (2021), as práticas de humanização no transcurso parturitivo afloram como uma proposta de transversalização ao modelo tecnocrata, com o resgate da autonomia, empoderamento feminino, participação ativa na perspectiva de assegurar o respeito à fisiologia do parto e nascimento, em defesa ao olhar atento às práticas que valorizem o protagonismo da mulher nas decisões sobre seu corpo.

Considera-se as indicações da OMS sobre as boas práticas de assistência ao parto como a referência da assistência humanizada. Contudo, mesmo diante das diretrizes da OMS e MS, e tentativa de favorecimento da adoção de um cuidado humanizado ao nascimento, ainda há dificuldade da implementação desses dentro dos serviços de saúde. Os dados relativos à violência obstétrica revelam um cenário alarmante; de acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados”, uma em cada quatro mulheres sofrem alguma forma de violência durante o parto (LEAL et al, 2021).

É necessária a compreensão da violência obstétrica como fruto de uma cultura de assistência centrada no médico, o deslocamento do conhecimento feminino sobre o partear para o conhecimento médico se configura como um processo de violação de direitos das mulheres. Contudo, o curso desse processo de medicalização, sob a ótica da violação de direitos, não se restringiria somente a uma relação de gênero, mas, de forma mais ampla, diz respeito a uma relação de dominação do saber científico sobre o saber feminino (NICIDA et al, 2020).

Dentro deste escopo, é de suma importância trazer à tona as percepções das mulheres sobre a assistência oferecida a elas, e como essas percebem e compreendem a violência obstétrica

vivenciada no ciclo gravídico-puerperal. A seguir, apresentamos a metodologia para coleta, análise e discussão dos dados da pesquisa.

1. Metodologia

Com o intuito de apresentar os resultados desta pesquisa para discutir as percepções de mulheres acerca da violência obstétrica do sistema de saúde, realizou-se pesquisa qualitativa-fenomenológica, com aporte teórico do Método Fenomenológico Empírico (MFE) de Amadeo Giorgi.

O projeto¹ foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), recebendo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no 47240921.0.0000.0018. Posteriormente à aprovação, foi utilizada como canal de divulgação da pesquisa plataformas de redes sociais (*Facebook, Instagram, Whatsapp*) através de posts que informaram os objetivos da pesquisa, convidando mulheres à participação. Junto a estas informações foi disponibilizado link de acesso a um formulário contendo questões norteadoras para a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas por meio de plataformas on-line (*Zoom, GoogleMeet e Whatsapp*), utilizando as mais acessíveis para cada participante. Os critérios de inclusão foram: mulheres maiores de 18 anos; ter recebido assistência de saúde para o nascimento de seus filhos na cidade de Belém (Pará) nos últimos 12 meses. Os critérios de exclusão foram: apresentar diagnóstico de alguma condição psiquiátrica anterior à gestação e parto.

Foi realizada conversa de triagem das interessadas por meio das plataformas virtuais, a partir da qual foram escolhidas 4 mulheres que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. Subsequentemente, agendou-se novo encontro para a realização da entrevista. Ambas receberam Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) através de formulário do *Google Forms*.

No segundo momento, realizou-se entrevista individual que foram gravadas, transcritas e analisadas em acordo à orientação do MFE. A proposta de Giorgi (1985) apresenta forma de tratamento dos dados qualitativos colhidos por meio de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas e aponta passos para análise dos dados obtidos: (1) produção de uma síntese geral; (2) discriminação das Unidades Significativas (US); (3) identificação de sínteses estruturais das US e leitura destas através de um prisma psicológico; e, por fim, (4) a composição da estrutura da experiência, que através da análise das unidades de significado, objetiva a compreensão do fenômeno (ANDRADE e HOLANDA, 2010).

Desta forma, apresentamos 2 unidades de significação que serão discutidas a seguir: Violência psicológica/verbal e Autonomia.

2. Resultados

Participaram desta pesquisa 4 mulheres com faixa etária entre 21 e 28 anos. As identidades das participantes foram resguardadas conforme a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), e apresentam-se no quadro abaixo:

¹ Projeto cadastrado na Plataforma Brasil como parte do Trabalho de Conclusão do curso de psicologia pela Universidade Federal do Pará orientado pela Prof^a Ms. Lorena Schalken (UFPA).

ISABEL	28 anos, mulher cis, heterossexual, negra, solteira e possui um filho. Atualmente atua como docente de Artes do ensino fundamental. Realizou seu pré-natal através de plano de saúde e teve seu parto pelo SUS sendo a via de nascimento vaginal a termo.
CAMILA	28 anos, mulher cis, heterossexual, branca, casada e possui um filho. É formada em direito, estando de licença maternidade no período da entrevista, o nascimento de seu filho se deu por via cirúrgica a termo, através do plano de saúde, no entanto, informou que seu obstetra cobrou uma taxa de disponibilidade por fora do plano para realizar sua cirurgia.
MARIA	21 anos, mulher cis, heterossexual, negra, solteira e possui uma filha. É estudante e autônoma. Teve o pré-natal e parto assistido através do SUS, via vaginal a termo.
JOANA	Joana tem 22 anos, mulher cis, heterossexual, branca, é solteira e não possui filhos vivos. É estudante e teve o pré-natal e parto assistido através do SUS, seu parto foi via vaginal pré-termo.

Fonte: A autora.

A seguir, apresentaremos as unidades de significação identificadas e as respectivas análises.

2.1. Violência Psicológica

De acordo com Parto do Princípio (2012), os atos caracterizados como violência obstétrica são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.

Durante a gestação, parto e pós-parto, a mulher estará em contato com equipe multiprofissional, podendo ser atendida por: obstetra, enfermeira obstetra, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista. É evidente que a relação mais frequente será com o obstetra, visto que este é o protagonista na condução do pré-natal. Sobre a relação com os profissionais de saúde, as participantes relatam que:

Aconteceu também do médico falar assim: ano que vem tu não vai querer tá aqui né? Então te previne, pra daqui a 5 anos tu aparecer por aqui, porque tu já viu que não é fácil. E só depois que a gente vem se tocar das coisas que a gente passa né? E foi... é uma coisa que ainda me marca muito. (Isabel)

Falavam coisas como pra eu parar de chorar, eu tava chorando muito, nem pela dor, pelo momento que tava acontecendo. Aí eu ficava chorando sem parar, e elas mandando eu parar de chorar, só que de uma forma grosseira. Não era fica calma, era grosseira. (Maria)

Eu lembro perfeitamente delas falando pra eu lembrar daquela dor, sabe? Era como se fosse meu castigo, sabe? Que era pra eu lembrar da dor e por isso

não era pra eu chorar, pra eu gritar. Eu não entendo o que elas esperavam, que eu ficasse imóvel sendo que não tinha como. (Maria)

A violência verbal é psicológica, e essas falas reverberam no trabalho de parto da parturiente, tornando-se uma significativa lembrança desse momento. Quanto à violência psicológica, Sauaia e Serra (2016) apontam que:

A violência psicológica é uma forma ainda invisibilizada e cruel de agressão contra a mulher e uma das mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar. A violência obstétrica psicológica caracteriza-se por: a) privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; b) realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; c) tratar a parturiente de forma grosseira, agressiva, não empática e zombeteira; d) expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança; e) re-crimeação pelos comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções; f) procrastinação do contato entre a mãe e o neonato; g) re-crimear a parturiente por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias, etc, dentre outras práticas amplamente condenadas pela OMS. (SAUAIA; SERRA, 2016)

Uma das participantes, ao ser questionada sobre o que mais a marcou no parto, pontuou uma violência verbal:

O que mais me marcou? Eu acho que foi além de ouvir todas essas coisas, ouvir de pessoas próximas, que estavam próximas, as enfermeiras falando *na hora de dar não tava pensando nisso*. (Maria)

Joana, a entrevistada que perdeu seu filho, também apontou falas insensíveis:

E ela só falou que... aí mana desculpa... [começou a chorar]. Aí ela só falou assim, que o bebê ia ter que nascer, que a chance de vida dele era bem pouquinha porque ele era prematuro. (Joana)

Como eu falei né, a primeira moça que tava lá falou *depois que passar isso você vai ficar se perguntando porque que não viu, porque que não foi ver o neném*. (Joana)

Tais falas demonstram a falta de manejo adequado da situação, e também a falta de empatia e cuidado. Bem como o julgamento à decisão da mãe de como lidar com a perda de seu bebê.

2.2. Autonomia

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), a realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

Quanto ao atendimento no pré-natal, as participantes relataram não se sentir bem orientadas, conforme podemos ver nas falas adiante:

Não me senti informada, às vezes a gente pensa que a pessoa deve ao menor falar o que vai acontecer, o que tá acontecendo, mas ela não, ela só perguntava *tu tem alguma dúvida? tá tudo bem contigo?* E isso eu poderia ler nos exames porque é a coisa mais fácil. (Isabel)

Ela nunca falou que era um fator pra não ter parto normal. Eu tinha pressão alta mas ela nunca me explicou se isso não me deixaria ter um parto normal e eu sempre trabalhei pro parto normal, fiz pilates. (Camila)

Eu sinto que faltou a assistência, que se eu tivesse uma assistência melhor, talvez eu teria aceitado melhor. Não querendo colocar culpa em outra pessoa, mas eu acho que se tivesse sido uma assistência melhor eu teria me preparado pra esse momento. (Maria)

A falta de informação não permite que as gestantes se sintam seguras quanto às demandas que enfrentam ao longo da gestação, e também tem influência direta nas decisões que a mulher toma relativas tanto à escolha da via de parto quanto ao posicionamento da gestante referente às intervenções realizadas durante o parto. Nota-se no relato de Camila que, mesmo preferindo o parto normal, ela foi induzida a uma cesariana, pois a médica não a informou sobre outras possibilidades. Barreto (2017) pontua que a imposição da cesárea é uma das violências mais difíceis de serem detectadas, pois as justificativas para a sua imposição são revestidas de um discurso médico.

Lino e Diniz (2015) pontuam que a maioria das mulheres declara preferir o parto vaginal à cesárea no início da gravidez, passando a aceitar a cesárea no decorrer do pré-natal, ou até mesmo no momento do parto. O direito à escolha informada deve se aplicar tanto à maioria de mulheres (saudáveis) quanto àquelas que enfrentam algum problema de saúde, porém, no cenário atual, há pouco espaço para que as mulheres possam manifestar suas dúvidas e preferências.

Um sentido importante que surgiu por parte de uma entrevistada, quanto à falta de informação recebida ao longo do pré-natal, foi o fato de sua gestação ter ocorrido ao longo da Pandemia do COVID-19. Ela pontua:

Eu senti muito a falta de informação, mas eu também associei essas faltas de informações a estar no meio da pandemia. Na minha visão foi mais o covid, de todo mundo tá desesperado sem saber o que é. É muita loucura de tudo ter acontecido no meio da pandemia, as pessoas sem saber quando ia acabar, as pessoas morrendo, e a gente grávida com os hormônios todos alterados. (Camila)

O modelo vigente de assistência à gestação, parto e puerpério é tecnocrático, de acordo com Souza (2011), dentro do paradigma de atenção instituído por esse modelo, a assistência à mulher no momento do parto se tornou objeto de grande medicalização e, na maioria das vezes, culmina com a perda de sua autonomia, fator esse explicado pela intensa medicalização que o corpo feminino vem sofrendo nas últimas décadas.

De acordo com Barreto (2017), as condutas recorrentes que são entendidas como práticas violentas e desnecessárias, violando os Direitos Humanos, segundo organizações médicas, sendo desaconselhadas pela Organização Mundial da Saúde, são: a *episiotomia*, aplicação de *ocitocina*, fórceps, manobra de *Kristeller*, jejum de comida e água, tratamento indigno e até a cesárea eletiva e imposta pelo médico sem qualquer indicação. Quanto às intervenções realizadas, Camila expôs que:

Depois já foi esse negócio de empurrar que doeu, até hoje eu sinto, se o meu filho deitar na minha barriga, a dor que eu sinto é exatamente onde empurraram, acho que eles fizeram tanta força que eu não sei como ficou por dentro sabe. (Camila)

A participante relata ter recebido a chamada manobra de *Kristeller*, e, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), esta manobra não deve mais ser praticada. A pressão que é exercida no fundo uterino não tem evidências sobre seu uso ser benéfico. Os riscos potenciais do uso da manobra incluem rotura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas no recém-nascido e danos cerebrais, entre outros (LEAL, 2014).

Isabel também relatou que, durante seu parto, foram realizadas a Episiotomia e Uso de Fórceps:

E aí ele disse tudo bem, eu vou fazer uso do fórceps. E eu disse *não quero fórceps*. E ele disse *o seu bebê tá assim e ele pode entrar em sofrimento*. Nunca me disseram o que era entrar em sofrimento, depois que eu fui pesquisar o que era entrar em sofrimento de fato... E aí ele disse *a gente vai fazer um corte*, e aí eu disse *eu não quero fórceps, não quero episiotomia*, e nisso eu tava de olho fechado né? E aí ele falou *olha aqui pra mim Isabel eu sou o fulano, eu vou fazer aqui o corte*, e aí eu falei de novo que eu não queria, não queria, não queria, até que minha mãe falou *Isabel deixa ele fazer, ele é o médico*. E aí eu acabei cedendo... e acabou que aconteceu dessa forma, eles fizeram o corte e fizeram a retirada do bebê. (Isabel)

Aqui, me restringirei à execução da episiotomia, visto que há situações em que o uso de fórceps realmente pode ser necessário. A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (PARTO DO PRINCÍPIO, p. 80, 2012).

Sobre a realização da episiotomia, Leal et al. (2014) pontua que:

A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado. Contudo, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Por essas razões, as novas diretrizes

clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica. (LEAL et al, 2014)

Isabel pontua ainda algumas consequências da realização da episiotomia importantes de serem salientadas:

Tive laceração do lado esquerdo e o corte foi do lado direito, eu não sentia nenhuma dor na laceração, já do lado direito sinto uma dor, sensação muito desconfortável. Na hora da episiotomia eu me senti desesperada, desestabilizada, até então tava tudo tranquilo. (Isabel)

Neste depoimento, podemos observar duas consequências danosas desta intervenção para a participante: (1) o impacto emocional durante o trabalho de parto e (2) as consequências físicas que perduram após quase um ano da realização da intervenção.

Outro fator significativo no relato das entrevistadas foi relativo à realização do toque vaginal. Esta é uma das atividades diagnósticas essenciais na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto, somente deve ser realizado por parteiros treinados, com mãos limpas e usando luvas estéreis. O número de exames vaginais deve ser limitado ao estritamente necessário; durante o primeiro estágio do parto, um a cada 4 horas em geral é suficiente, conforme prescrito no manual para o uso do partograma (OMS 1993).

Me incomodou na forma de não me avisar do toque, ele disse pra eu deitar, mas como eu tava sentindo muita dor fiquei de olhos fechados, ele não me avisou que ia fazer, só foi. Aí ficou de uma forma que tava sendo doloroso, eu falei que tava machucando, e ele continuou. (Maria)

A primeira médica que me atendeu foi rude comigo, na forma de me jogar na maca, de fazer o toque. Eu já não tava aguentando mais, na hora eu não sabia se era necessária tanta gente fazer esse toque em mim. (Maria)

Ai me levaram pra uma sala pra fazer novamente o toque, e uma enfermeira sabe, essa que foi pior porque ela ficou me jogando, foi de uma forma super agressiva fazer o toque e ficava gritando pra eu parar de chorar, de desespero, porque eu ia parir, então eu tinha que aceitar logo isso e não sei o que. Ela ficava de uma forma muito rude falando comigo. (Maria)

Maria relatou que recebeu 4 toques em um espaço de tempo de menos de uma hora, e, a partir de seus relatos, podemos notar a violência presente na falta de informação sobre a realização do procedimento, na falta de acolhimento com a parturiente, e no excesso da realização da intervenção.

Isabel também traz relatos de incômodo quanto à realização do toque vaginal:

Na hora que fui fazer o toque tinha a médica e duas residentes, e elas foram fazer o procedimento, me senti invadida, não sei né? São 4 cabeças te olhando, uma delas falou *olha lá acho que é o cabelo*, e depois fui pra um segundo momento e a médica falou *faça o movimento de expulsão*, não sei porque ela pediu isso. Aí eu disse *eu acho que consigo porque fiz a fisioterapia pélvica*, e ela disse *ah parece*

que não deu muito certo né, tu não aprendeu nada não? Só que são coisas completamente diferentes. Eu me senti bem chateada, depois, não falei nada no momento. Nesse momento eu me senti violada, também né, no momento do parto o fato de terem ido 2 pessoas além de tocar e pra olhar.

Percebe-se, através da fala da participante, o desrespeito da fala da médica ao fazer um comentário desvalidando as escolhas da gestante ao longo da gestação, e criticando seu desempenho. Observa-se também a existência de intervenções com finalidades didáticas, de acordo com Parto do Princípio (p. 93, 2012), em hospitais-escola, é comum ter várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal e outros procedimentos. A mulher não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto. Ela também não é consultada a permitir ou negar o procedimento.

Ao ser questionada se sua permissão foi solicitada, Isabel disse:

*Não, não perguntaram nada, só chegaram... Tinham 3 residentes e o médico, e aí foram ver com os dedos. Eu até brinquei na hora da sutura, tinham 2 pessoas pra suturar, e uma delas falou assim *égua acho que me superei nessa sutura*, e eu falei *é tô me sentindo, o frankstein da vagina*, porque era o que eu sentia, eu sentia a linha passando. (Isabel)*

A falta de poder de consentimento sobre a participação de estudantes nos procedimentos realizados no parto e pós-parto imediato também ficou evidente na fala de Maria:

*Essa parte eu não sei se era certa ou não, tinha uma outra, eu não sei se era estudante estagiária, só sei que a médica tava ensinando ela a costurar, entendeu? Na hora ela tava lá dizendo *faz isso aqui, é assim*. E eu lá aflita porque eu ficava *Meu Deus essa menina tá a primeira vez fazendo isso*. Mas enfim, aí eu fiquei aflita na hora, mas deu certo né. (Maria)*

Perguntei às participantes se elas haveriam permitido a presença de estudantes no trabalho de parto e pós-parto delas caso houvesse sido dado o poder de decisão, e ambas afirmaram que não haveriam permitido. Também é notável no discurso que este foi um fator desconfortável para estas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não nos é assegurado o direito a parir e receber nossos filhos com dignidade, a violência obstétrica infelizmente não é a exceção. Os relatos do que as mulheres dizem ser o momento mais importante de suas vidas vêm carregados de dor, culpa, sentimentos de desamparo, solidão e desrespeito. Estes fatores enfatizam a urgência de efetivação de políticas públicas que estimulem a mudança do cenário. Bem como a responsabilização judicial de quem é autor da violência.

No tocante à discussão até aqui levantada, faz-se necessário pontuar que a humanização do nascimento vem sendo uma prerrogativa para a mudança deste cenário que prejudica mulheres e, consequen-

temente, seus filhos, propondo uma nova forma de assistência que objetiva proporcionar uma vivência de maior bem-estar durante o pré-natal, parto e pós-parto.

A Política Nacional de Humanização (PNH) conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Assim, estabelece que, para haver humanização, deve-se ter compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004).

Existem fatores fundamentais envolvidos no processo do parto que vão além da saúde e da integridade física da mãe e do bebê. Este momento une em igual importância os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais. Tais fatores são de fundamental importância e compõem o quadro do que conhecemos como saúde materno-infantil (MUNIZ e BARBOSA, 2012, p. 9). Por isso é necessário que o respeito à individualidade e autonomia de pessoas ao longo da gravidez, parto e pós-parto, seja posto em prática, e as mulheres possam parir com dignidade humana, bem como possamos receber novas vidas nesse contexto.

REFERÊNCIAS

_____. *Humanização no Parto: Humanização no Pré Natal e Nascimento*. 2002. Disponível em: <<https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 22 de fev. de 2021.

_____. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – Brasília, DF: 2015. Acesso em 18 de fev, 2021, em <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estud. psicol.* (Campinas), Campinas, v. 27, n. 2, p. 259-268, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fev. de 2021.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc. estado*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. de 2021.

BARRETO G. *Violência obstétrica no Brasil*. JUS Navigandi. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/57163/violencia-obstetrica-no-brasil>>. Acesso em: 16 de mar. de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de Jun. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22 de fev. de 2021.

BRASIL, Senado Federal. *Violência Obstétrica - "Parirás com dor"*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>

CASSIANO, A. N. et al (2016). Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. *Enfermaria Global, Revista Eletrônica Trimestral de Enfermaria*, n 44, p. 465-477. ISSN 1695-6141. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/pt_revisiones5.pdf>. Acesso em: 13 de mai. de 2021.

CASTRO, A. T.; ROCHA, S. P. (2020). Violência obstétrica e os cuidados da enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm. Foco* 2020; 11 (1): 176-181. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798>>. Acesso em: 2 de mar. de 2021.

DODOU, H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista De Enfermagem*, 18 (2) Abril/Junho, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 12 de Out. de 2021.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2018; vol. 26, e3069. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280177/>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LEAL, M. do C. et al. Ampliando o debate. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n.1. 16 de Abril de 2018.

LEAL, M. S.; MOREIRA, R. C.; BARROS, K. C.; SERVO, M. L.; BISPO, T. C. Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Rev. Bras. Enferm.* 2021; 74 (suppl 4): e 20190743. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672021001100202&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 de mar. de 2021.

LUZ, H. L.; GICO, V. V. (2015). Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 475-484. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1109>>. Acesso em: 05 de mar. de 2021.

MARIANI, A. C.; NETO, J. O. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *CAD. ESC. DIR. REL. INT. (UNIBRASIL)* | v. 2, n. 25, JUL/DEZ 2016, P.48-60. Disponível em: <<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>>. Acesso em: 27 de fev. de 2021.

MOREIRA, R. B.; SOUZA, A. M. Contribuições do método fenomenológico empírico para estudos em psicologia no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100002>. Acesso em: 01 de abr. de 2021.

MUNIZ, B.; BARBOSA, R. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*. Havana, 2012. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/321>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

NASCIMENTO, S.L.; PIRES, V. M.; SANTOS, N. A.; MACHADO, J. C.; MEIRA, L. S.; PALMARELLA, V. P. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200066>. Acesso em: 03 de mar. de 2021.

NICIDA, L. R.; TEIXEIRA, L. A.; RODRIGUES, A. P.; BONAN, C. Medicalização do Parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (11) 06 Nov 2020. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medicalizacao-do-parto-os-sentidos-atribuidos-pela-literatura-de-assistencia-ao-parto-no-brasil/17102?id=17102>>. Acesso em: 03 de mar. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade Segura Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Ministério Público do Paraná, 2009. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf>. Acesso em 09 de mar. 2021

PÉREZ, B. A.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2015 Jan./Jun.;4(1):66-77. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472>>. Acesso em: 23 de fev. de 2021.

SAUAIA, S. S. A; SERRA, M. C. M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*. V. 2, n. 1, p. 128 - 147. Jan/Jun. 2016. Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076>>. Acesso em: 20 de mai. de 2021.

ZANARDO, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Revista Psicologia & Sociedade*, 29: e155043. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de mai. de 2021.

ZANELLO, V.; SILVA, R. M. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745>. Acesso em: 18 mar. 2021.