

O debate da violência contra a mulher no processo e na experiência do parto em Belo Horizonte/MG.

Letícia Vulcano de Andrada¹

Resumo: O presente artigo possui como objetivo geral realizar uma crítica ao fenômeno da violência obstétrica no parto da mulher, analisando falas de quatro parturientes na última década na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada revisão da literatura a respeito do tema, utilizando não somente livros, pesquisas e artigos da área, mas também casos relatados em redes sociais, notícias divulgadas na mídia digital, impressa e televisiva. Ao apresentar o objetivo deste projeto, tem-se em mente que a melhor maneira de se interpretar a narrativa e os sentidos atribuídos à prática de violência obstétrica por mulheres, se dá através do método de pesquisa qualitativa. De acordo com Minayo (2001), “a pesquisa qualitativa pode responder a questões muito particulares, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (Minayo, 2001. P.22). Por isso, realizei entrevistas semi-estruturadas direcionadas para quatro mulheres que experimentaram o parto de 2008 a 2018, buscando identificar relatos condizentes com a definição da violência obstétrica. A violência obstétrica durante a gestação e parto podem ser caracterizadas por: negação do atendimento à mulher, comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, religião, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; palavras ofensivas até mesmo a sua família; humilha-la; agendar cesárea sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico. (Dossiê Rede de Parto do Princípio, 2012). Procurei diferenciar as entrevistadas por classe social, raça/etnia, idade das parturientes no momento do parto. A busca por essas mulheres envolveu contato com a minha rede social, indicação de conhecidos, colegas e amigos. Resultados: Percebi nas falas das entrevistadas uma fragilidade entre o vínculo do profissional de saúde e a mulher em situação de parto nos hospitais públicos aos quais as entrevistadas passaram. Já a experiência relatada em acompanhamento particular foi respeitosa e acolhedora com a entrevistada. As falas dessas mulheres exibem uma banalização da dor e do sofrimento alheios, falta de atenção e cuidados, omissão de informação e equívocos médicos pelos profissionais de saúde e as atenderam.

Palavras-chaves: Violência obstétrica; Parto; Gestação; Violência de gênero.

¹ Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; let.vulcano@gmail.com

Introdução

As discussões que envolvem as violências contra a mulher há algumas décadas tem ganhado força no cenário contemporâneo. Apesar do esforço de diversas entidades e do movimento feminista para que sejam erradicados os casos de violência, ainda é possível identificá-las em inúmeras esferas da vida da mulher. O caso da violência obstétrica não é diferente. Falar de parto é falar não apenas das emoções ligadas àquela experiência, mas abordar questões voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo realidades além do íntimo, do privado. São questões que se perpetuam nas políticas de saúde pública, saúde da mulher e também do feto. Além de se revelar como uma discussão relativamente recente, a detecção de casos de violência obstétrica, dadas as definições disponíveis para construção deste artigo, podem ser ocasionalmente identificadas por meios comuns, algumas vezes em relatos de mulheres próximas a nós e que não possuem noção da situação de violência a qual foram expostas.

Para refletir sobre o histórico de luta por superação das injustiças entre sexos e gêneros, faz-se necessário compreender os processos de emancipação e afirmação dos direitos das mulheres. Esses processos aconteceram e acontecem em contextos históricos, sociais e culturais diversos, por isso, são encontradas tantas realidades desiguais em todo mundo. Historicamente as mulheres são subjugadas em relação aos homens, com uma submissão culturalmente construída, baseada na ideia de que existe diferença entre homens e mulheres, sendo a mulher um ser inferior, o que sustenta o fenômeno da violência de gênero (Beauvoir, 2016).

O conceito de violência é considerado uma construção cultural uma vez que, para alguns países, determinadas práticas são consideradas violência e até mesmo crime e em outros não. De igual forma, em determinados momentos históricos uma ação pode ser considerada violência e pode vir a não ser em momento posterior, fruto das mudanças sociais que as sociedades enfrentam constantemente.

O Código Penal Brasileiro, de 1940, define vários tipos de violência, em seu artigo 136, qualificando como o ato de expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina.

Por isso, o que caracteriza uma situação como prática violenta contra a mulher envolve uma discussão profunda de termos, contextos, desigualdades e relações de poder. São tantos os possíveis cenários e formas de violência que podem ser caracterizados nos estudos

acadêmicos como violência contra a mulher que é preciso estabelecer um foco de estudo. Nesse sentido, este artigo pretende abordar uma recente discussão e caracterização de prática violenta contra a mulher: a violência sofrida nos processos e experiências que envolvem o parto, conhecida também pelo termo violência institucional na atenção obstétrica ou somente violência obstétrica (Aguilar, 2010; Miranda, 2015).

Violência Obstétrica, o que é?

Em um dos esforços para categorizar e definir o termo “violência obstétrica” foi elaborado em 2012, pela Rede de Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da violência contra a mulher, um dossiê no qual as autoras colaboradoras do dossiê reproduzem discursos e narrativas de mulheres vítimas de violência obstétrica. Na definição conceitual deste tipo específico de violência, além das leis que criminalizam a violência obstétrica na Venezuela e na Argentina, foram incluídas novas categorias de análise, tais como: “caráter físico; caráter psicológico; caráter sexual; caráter institucional; caráter material, e; caráter midiático” (Dossiê Rede de Parto do Princípio, 2012, p.58). As ocasiões nos quais a violência obstétrica é sofrida por mulheres podem aparecer no transcorrer do parto, durante a gestação, em abortamento e no processo de esterilização (Dossiê Rede de Parto do Princípio, 2012, p. 60).

No Brasil, a ocorrência da violência obstétrica não é considerada como crime. Apesar disso, a Lei 13.257/2016 assegura a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério com atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 13.257/2016 em seu artigo 8º, § 8, deixa claro que a gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e ao parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. Existem diversas leis ao qual a prática da violência obstétrica pode ser enquadrada no Brasil, mas não uma que unifique e objetive o conceito da violência como crime do profissional de saúde, o que pode dificultar as denúncias e ouvidorias contra acusados dessa prática violenta.

Em 2014, Deputado Federal Jean Willys, formulou um projeto de lei (PL 7633/2014) que pretende, assim como na Venezuela, Argentina e México, tornar a prática de violência obstétrica um crime no Brasil. A PL, entre outros pontos, aborda a obrigatoriedade no cumprimento de leis já sancionadas, como direito da gestante: acompanhante de quarto, tratamento com respeito e dignidade de mulheres que estão em trabalho de parto, abortamento

e puerpério, garantia do direito da mulher grávida a um Plano Individual de Parto, no qual ela deverá decidir se utilizará ou não métodos farmacêuticos para aliviar a dor, a posição em que o parto irá se realizar e o monitoramento dos batimentos cardíofetais.

Estudos recentes têm contribuído significativamente para o avanço neste campo de conhecimento, como a pesquisadora Juliana Z. Miranda (2015), que apresentou seu trabalho em 2015 na XXI semana da mulher, realizada em Marília no estado de São Paulo, o qual define que:

A violência obstétrica durante a gestação e parto podem ser caracterizadas por: negação do atendimento à mulher, quando a mesma procura unidades de saúde como postos de saúde, ou quando lhe impõe qualquer tipo de dificuldade onde está sendo realizado o pré-natal; comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, religião, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; palavras ofensivas até mesmo a sua família humilha-la; agendar cesárea sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico (MIRANDA, 2015, p. 3).

Para Miranda (2015), o debate acerca do tema no Brasil tem se fortalecido, especialmente a partir de meados de 2011, quando as ferramentas virtuais começaram a “aparecer como estratégia de comunicação e fortalecimento da autonomia das mulheres, possibilitando o diálogo entre quem já viveu e quem ainda vai viver a experiência de parir” (Miranda, 2015. p. 3). A caracterização da violência obstétrica ainda envolve o entendimento do que seria a apropriação do corpo e de processos reprodutivos da mulher pelo profissional de saúde, que se dá através do tratamento desumanizado, perda de autonomia, negligência, incapacidade da vítima em decidir livremente sobre o seu corpo, e as consequências disso de dão com uma série de impactos negativos na qualidade de vida da mulher.

Desse modo, entender o papel da mulher e também do profissional de saúde torna-se fundamental para caracterizar a violência obstétrica no momento do parto. Análises como a de Rothman (1991), mostram como o modelo médico vê os processos da gravidez e do parto de uma perspectiva tecnológica e masculina. Para a autora, a revolução que se deu no processo médico de apropriação do parto e da gestação foi realizada por médicos homens, já que a mulher não tinha lugar nas faculdades de medicina ou em grupos de estudo (Rothman, 1991, p.34).

Em contrapartida, o modelo alternativo de nascimento em hospitais, os casos de partos realizados em ambiente doméstico por parteiras e/ou doulas, tentam combinar elementos da medicina holística e natural, juntamente com a perspectiva da mulher parteira na realização do ato. Atualmente é o modelo médico que predomina nas salas de parto na sociedade contemporânea, principalmente no Brasil, onde as taxas de partos cesáreas

ultrapassam em muito os 10 a 15% recomendados pelo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014).

Gênero e violência no parto.

Entender o significado de gênero e identidade de gênero no contexto sociocultural é crucial para a construção e pensamento das teorias sobre violência de gênero, e por consequência, sobre a proposta deste artigo.

Em Foucault (1980), a sexualidade, especialmente para a mulher, é utilizada como mecanismo de controle sobre o seu corpo, o que faz com que as diversas etapas que envolvem o parto estejam cercadas de valor, dentro de cada contexto histórico, cultural e social específico. Discutir o processo histórico relacionado ao parto envolve o aprofundamento de esferas relacionadas à construção de gênero, sexualidade, território, realidade sociocultural, econômica, história da medicina, atividade laboral relacionada à saúde entre outros.

Na formação da medicina social, Foucault (2007) traça uma linha histórica de fenômenos sociais, políticos e econômicos que compõem a base de formação da medicina que conhecemos hoje. Antes do século XVIII, os hospitais eram essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, com caráter higienista de retirada e aglomeração de doentes em uma localização. A imagem que a instituição hospitalar gerava naquela época era de reclusão de pessoas doentes ou de proteção dos não doentes que não habitavam o universo hospitalar. A mudança se deu no início século XIX, em que o hospital foi medicalizado e a medicina tornou-se hospitalar (Foucault, 2007, p.104).

Naquela época, essa mudança pouco interferiu no trabalho de parto, ato quase que exclusivamente acompanhado por parteiras dentro da casa da parturiente. O parto tornou-se, de fato, um evento médico em meados do século XIX (Foucault, 2007), quando a sociedade ocidental já era quase que exclusivamente capitalista, em que era recorrente o discurso de exaltação da maternidade como algo natural à mulher. O parto deveria ser acompanhado por um profissional especialista, que trouxesse com segurança o bebê ao mundo. A interferência médica no parto, ao longo dos anos, trouxe consequências como o aumento significativo da taxa de partos cesáreos. O processo histórico de medicalização do corpo da mulher passa, necessariamente pela ideia de que “existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina. É justamente por meio dessa concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres” (Vieira, 1999, p.68).

É indiscutível que a prática da cesárea, quando bem realizada e corretamente indicada, possa vir a salvar a vida da mãe e do bebê, além de evitar danos a um dos dois, como

neurológicos ou físicos. Entretanto, assim como qualquer cirurgia, a cesárea acarreta riscos imediatos e em longo prazo. É crescente a preocupação de órgãos não governamentais e também governamentais com o aumento no número de partos cesáreo e suas possíveis consequências negativas para a saúde materna e infantil.

Metodologia

Ao apresentar os objetivos deste artigo, tem-se em mente que a melhor maneira de se interpretar a narrativa e os sentidos atribuídos à prática de violência obstétrica em mulheres vítimas seria através do método de pesquisa qualitativa, uma vez que “a pesquisa qualitativa pode responder a questões muito particulares, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (Minayo, 2001. p.22). Por isso, este projeto pretende realizar entrevistas semi-estruturadas com quatro mulheres que experimentaram o parto nos último dez anos. Procurei diferenciar essas mulheres por classe social, etnia/raça, idade e escolaridade, e assim realizar um comparativo desses perfis. Todas elas foram entrevistadas com consentimento das mesmas, mantendo o compromisso de que nenhuma delas seria identificada por seu nome verdadeiro. Todas moram em Belo Horizonte/MG e tiveram experiências de partos nessa mesma cidade, sendo que uma entrevistada, com duas experiências de parto, pariu seu filho caçula em Campo Grande/MS.

Caracterização das entrevistadas

A Tabela 1 mostra os principais dados das entrevistadas segundo as informações ligadas à experiência do parto. Elas possuíam entre 19-39 anos no momento do parto, todas realizaram pré-natal durante toda a gravidez e apenas uma teve seu filho em hospital privado.

Tabela 1 – Caracterização das entrevistadas segundo informações relativas ao parto.

Nome ²	Idade	Idade que teve o último parto	Quantos filhos (vivos) tem	Possuía plano de saúde na ocasião do parto	Fez pré-Natal	Parto em Hospital
Adriana	27	25	2	Sim	Sim	Público
Bruna	20	19	1	Não	Sim	Público
Carla	31	30	1	Sim	Sim	Privado
Denise	40	39	3	Não	Sim	Público

²Fonte: Elaboração própria, 2018

² Todos os nomes das entrevistadas são fictícios para manter a confidencialidade das informações passadas.

V SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Universidade Estadual de Londrina
13 a 15 de junho de 2018
ISSN 2177-8248

A Tabela 2 nos mostra dados socioeconômicos das mulheres parturientes. A maioria se declarou de etnia/raça branca, três estão em uma relação estável, todas concluíram o ensino médio e possuem rendas bem variadas.

Tabela 2 – Caracterização das entrevistadas segundo informações socioeconômicas.

Nome ²	Etnia/Raça	Estado Civil	Escolaridade	Renda Mensal (SM)	Ocupação
Adriana	Branca	Amigada	Superior Completo	1 a 2 SM	Autônoma
Bruna	Parda	Solteira	Ensino Médio	Não possui	Desempregada
Carla	Branca	Casada	Pós-Graduação	6 a 7 SM	Advogada
Denise	Branca	Casada	Magistério	3 a 4 SM	Servidora Pública

Fonte: Elaboração própria, 2018

As entrevistas ocorreram em lugar privado, foram gravadas em um dispositivo eletrônico e duraram entre 20 e 40 minutos. Conduzi as perguntas de maneira livre na medida em que as entrevistadas foram fazendo seus relatos. Entrevi somente quando havia dúvidas na fala e na descrição ou para complementar a informação.

Adriana

A entrevista de Adriana se deu na sua casa, entre os seus dois filhos, um nascido em 2014, outro em 2016. Ela tem 27 anos, mora com o pai dos meninos em uma casa alugada na zona leste de Belo Horizonte. A sua primeira experiência de parto foi em um hospital público da cidade. Segundo Adriana *“é um hospital referência no país por respeitar as mulheres e seus desejos no momento do parto”*. O seu segundo parto ocorreu na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, onde ela e o companheiro moravam na época.

Em seu primeiro parto, Adriana tinha o desejo de que ele fosse normal ou natural. Quando teve a primeira contração, a sua bolsa estourou. Assim que isso ocorreu, ela se encaminhou ao hospital, e após consulta com um profissional de saúde, constatou apenas 3 centímetros de dilatação. Foi um momento de aguardar. Foram 5 horas de espera na recepção até ser encaminhada a sala de pré-parto. Depois de mais 4 horas na sala de pré-parto, sem se alimentar, Adriana conta que *“eu já não estava agüentando mais, sentindo muita dor, aí comecei a pedir anestesia. Eu tinha contração, acordava, aí quando a contração parava eu desmaiava. (...) isso era duas horas da tarde, quando deu quatro e meia, eu já estava “agora eu não agüento mesmo”*. Em seu relato, ela conta que a equipe médica a atendeu muito bem, levou em conta o seu desejo de ter um parto natural, entretanto, as 16h:30, a própria parturiente pediu a anestesia e foi atendida. As 18h, Adriana foi encaminhada a sala de parto, onde ela relatou a volta da dor, mas sem a contração. *“Muita dor, eu já estava há mais de 12h lá, muita dor. Com fome, eu só tinha comido uma gelatina aquele tempo todo. Depois daquilo*

tudo, a equipe que eu tava gostando mudou o plantão e a outra [equipe] já era mais secona.”. Depois de 40 minutos, o médico fez o toque e constatou que o bebê havia subido no colo e por estar há mais de 20h em trabalho de parto, ela não tinha mais líquido amniótico e precisaria realizar uma cesariana. “Ele não me perguntou se eu queria, ele falou que eu tinha que fazer. Assim que ele falou eu vomitei na hora. Eu não quero fazer uma cesariana, mas aí me veio um choque de realidade, eu não tô agüentando mais, eu não sei se eu tivesse a opção de ir mais eu agüentava, sabe?”. Adriana concordou com o procedimento cirúrgico, entretanto, relata que ninguém explicou o que iria acontecer, nem a ela nem ao seu companheiro, que foi levado para a esterilização sem informação. Segundo ela, isso causou um mal estar entre ele e a equipe médica, que só permitiram a sua entrada quase no nascimento do filho. A operação ocorreu bem, ela relata apenas que no dia seguinte ao nascimento do filho, a recuperação da cesárea foi bem dolorosa e difícil.

Por ter passado por uma cesárea no seu primeiro parto, Adriana optou por contratar uma equipe de doulas para a preparação e realização do seu segundo parto. Na ocasião ela e seu companheiro residiam em Campo Grande/MS. Adriana entrou em trabalho de parto 10 dias antes do nascimento em si, e todos os dias foram acompanhados pela doula. “No décimo dia, certinho, a dilatação começou, então eu fui pro espaço onde elas [a doulas e a parteira] ficam. Foi ótimo, eu recebi floral, massagem, fiz exercício com a bola, fiz tudo assim. Aí quando eu tava com 7 centímetros, ela falou o seguinte: ou você vai para o hospital agora ou você entra aqui na banheira, você da uma relaxada e a gente vê, você pode ter ele aqui mesmo”. Falei: nó, demorou, quero ter ele aqui, vou ter ele aqui.” Entretanto, no momento de preparação da banheira de parto, o registro estourou e impossibilitada de realizar seu parto naquele local, Adriana foi encaminhada ao hospital público mais próximo de onde estava. A acompanharam o seu companheiro e a doula. “Quando a gente chegou ao hospital, logo de imediato eles não deixaram a doula entrar, sendo que tem uma lei que garante que você tenha o seu acompanhante mais a sua doula, não deixaram ela entrar. Aí o marido da parteira, que era advogado, ligou para o hospital para que deixassem ela entrar. Só que eu já tinha entrado com meu companheiro porque eu não podia esperar, ele tava nascendo.(...) tinha uma médica ótima, maravilhosa do SUS lá. Ela me botou naquela banquetta, ficou lá esperando, na hora que vinha a contração ela ficava esperando, nem encostou. Vinha uma enfermeira de meia em meia hora pra ouvir o batimento, tava tudo bem, tudo normal. Eu estava com muita dor, estava dando umas uivadas, o meu companheiro me ajudando a respirar e a contar comigo. Nisso as enfermeiras estavam ficando incomodadas porque estava demorando mais tempo do que elas achavam que demoraria. Falavam que eu estava

incomodando outras mulheres e mandando eu gritar baixo”. (...) A minha doula conseguiu entrar e a me ajudar, de repente entrou a médica chefe, já mandou a doula encostar na parede, nisso ela veio, pegou tipo um tampão, minha bolsa ainda não tinha estourado, ele poderia ter nascido com a minha bolsa íntegra, no que ela pegou no tampão, assim que ela cheirou e falou: “nossa! Você está com uma infecção, esse menino vai ter que nascer agora e vocês vão ficar no antibiótico sete dias.”. Ela me tirou da banqueta e me deitou.” Adriana foi colocada para fazer força para que seu filho nascesse. Ela relata grande aflição e medo a partir do momento em que a médica afirmou que ela estava com uma infecção, seu maior medo era que isso prejudicasse seu filho. “Ela ainda falou: “você só não vai pra cesariana porque ele já está lá em baixo se não você ia pra cesariana agora!”. Eu fiquei desesperada, fiz a força, ele não saiu. Ai ela disse: “negócio é o seguinte, o batimento caiu, se eu não tirar ele agora, ele vai morrer.”. A medica cortou o períneo de Adriana para que o bebê saísse com mais facilidade. Depois da primeira contratação pós corte, Adriana fez força e o bebê apenas coroou. “Ai o que ela fez? Pegou o fórceps e... puxou”. Nesse momento, Adriana pausou sua fala. “Eu fiquei desesperada, por que ele nasceu apagado! Ela só deu anestesia pra cortar. Ele nasceu apagado. Antes eu já tinha falado com a pediatra pra ela não fazer os procedimentos que a gente não queria, a gente tinha entendido que não era necessário. Só ia rolar a injeção de vitamina K. Só que a mulher me fala que ele tava com uma infecção e ele nasce apagado? Ai veio um pediatra já fazendo tudo, todos os procedimentos, e ele não chorava! Eu tava morrendo de medo.” Adriana foi retirada do quarto e ficou no corredor do hospital enquanto seu bebê era examinado. Passaram 15 minutos sem que ela tivesse qualquer informação. Foi necessário que o bebê fosse reanimado. Adriana pediu que o exame com a suposta infecção fosse apresentado a ela. Nesse momento ela descobriu que não existia infecção nem nela nem no bebê. Ela relata um ambiente sujo, sem porta e com profissionais bem grosseiros. “A mulher [a médica] mentiu para que eu acelerasse e ela pudesse me tirar da sala de parto. Eu comecei a chorar desesperada. Eu tinha planejado! Fiquei 10 dias em trabalho de parto para ter ele do jeito que eu queria e a mulher me entra e em 20 minutos e...daquele jeito ainda entendeu? Mentindo e me violentando profundamente.”

Bruna

A entrevista de Bruna foi em sua casa, onde ela mora com a mãe, o padrasto e seu filho na zona oeste de Belo Horizonte. O pai do bebê esta encarcerado desde 2014, ela engravidou em uma visita íntima. Quando ganhou a criança, Bruna tinha 19 anos. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é o período entre 12 e 19 anos,

portanto a experiência de Bruna configura como gravidez na adolescência. No momento do parto ela relata: *”Eu comecei a ter dor na quinta, fui pro hospital municipal, fui atendida, eles fizeram o exame de toque, tava com 5 centímetros de dilatação e eles não quiseram me internar. No sábado eu cheguei no hospital 22h, eu já tava com 7 centímetros de dilatação e tava doendo muito. A médica mandou eu andar, mas a minha barriga tava muito dura e ela resolveu me internar. Eles perguntaram se eu queria anestesia pra tentar parto normal, eu falei que não, que eu ia conseguir ter ele natural. Ai a enfermeira falou que ia me colocar no soro. Pra te falar a verdade, meu parto foi horrível, porque eu quase morri.”*. Passaram 2 horas desde que Bruna tinha sido colocada no soro, sua dilatação aumentou, mas o bebê não dava sinais de que iria nascer. *“Quando deu 5 horas da manhã eu já não agüentava mais, arranquei o soro, eu não conseguia mais, estava doendo muito. O médico disse que eu já tinha dilatado 9 centímetro mas que a minha bolsa não tinha estourado. Ai veio uma enfermeira com uma agulha grandona e enfiou dentro de mim para estourar a bolsa, ai quando estourou a bolsa a dor piorou.”*

O médico fez o exame de toque às 7 horas da manhã, Bruna conta que ela já estava com 10 centímetros de dilatação, mas como o bebê não descia o médico colocou a mão dentro dela para puxar a criança. *“Ele disse que era pra eu fazer mais força, colocou minhas pernas em cima do ombro dele e ficava forçando pra baixo, mas ele não saia. Essa dor foi muito, muito forte, eu não gosto nem de lembrar. O médico empurrou ele. O nenê subia sempre que chegava perto de coroar. Isso foi até umas 9 horas da manhã. 9 e meia o médico colocou a mão dentro de mim e disse que ele tinha subido e que ia ter que fazer um cesárea de urgência.”*. Bruna disse que foi até a sala de cirurgia e tomou anestesia para fazer a cesárea. Depois de 40 minutos, Bruna teve o bebê por procedimento cirúrgico. *“Foi a melhor coisa da minha vida, porque depois da anestesia eu não sentia dor, não sentia mais nada. Minha recuperação foi ótima. Ele nasceu respirando mal, mas foi porque ele engoliu um liquido da minha barriga. É isso, foi um parto horrível, mas graças a Deus tá tudo bem agora.*

Perguntei a Bruna se alguém da equipe médica, seja no pré-natal ou no momento do parto, explicou a ela os procedimentos do parto. *“Tudo que eu perguntei foi respondido sim, mas eu não sei se eu perguntei o suficiente agora que eu to lembrando de tudo. O médico ter subido na minha barriga foi de longe a pior parte. Eu deveria ter ido pra cesárea desde o começo não ia ter passado por tudo isso. Graças a Deus deu certo e graças aos médicos também.”*

Carla

Conversei por Carla via telefone e depois pessoalmente. Atualmente ela reside em uma cidade do centro-oeste mineiro, mas ganhou sua filha em um hospital privado de Belo Horizonte. A opção de Carla pelo parto natural veio desde o início de sua gravidez, afirmando que o parto normal é opção mais segura para a mãe e para o bebê. *“A vontade de vivenciar a experiência de ter o parto normal, de sentir verdadeiramente o nascimento da minha filha, com todas as dores e emoções do momento e de não ser submetida a uma cirurgia da qual não tinha qualquer indicação.”* O trabalho de parto de Carla começou a noite e se estendeu pela madrugada. Ela e o marido contrataram uma enfermeira obstetra e uma doula para acompanhar o casal até o momento de ir ao hospital. *“Minha experiência com o trabalho de parto e nascimento da minha filha foi a melhor possível, exatamente como havia desejado e planejado. Desde o início da gestação sempre quis muito que meu parto fosse normal.”* No hospital, não houve nenhum impedimento de acompanhamento ao parto de Carla, segundo ela, apesar das dores, ele ocorreu de maneira natural. *“Claro que para que o parto seja um momento de prazer é necessário que a mulher seja ouvida, bem orientada, bem preparada, e que seus desejos, medos e inseguranças sejam respeitados. Tive possibilidade de ter acesso a uma equipe multidisciplinar de médico, doula, enfermeira, que me auxiliaram antes e durante o parto, para que fosse possível ter uma experiência positiva, além do fato de ter possibilidade ainda de utilizar a analgesia assim que sentisse necessidade, entretanto, fiz uso apenas de métodos não farmacológicos de alívio de dor, como massagem, mudança de posições, imersão na banheira, assim, não foi preciso utilizar analgesia. Poder viver o trabalho de parto humanizado, respeitoso, foi certamente a experiência mais intensa e transformadora que pude viver, sentir cada etapa do parto até o nascimento e o primeiro olhar da minha filha foi mágico.”* A filha de Carla nasceu de parto natural, em uma banheira de parto em um hospital particular de Belo Horizonte.

Denise

Entrevistei Denise em seu local de trabalho, ela mora na zona oeste de Belo Horizonte. Ela é casada, mas seu marido mora em São Paulo. Possui três filhas, duas adolescentes e o seu bebê. Foi uma gravidez não planejada, em um momento que a família não tinha plano de saúde e todo o acompanhamento e pré-natal foi realizado pelo SUS. *“O maior problema disso tudo era a fila de espera para atendimento. As consultas eram marcadas tipo 13 horas e eu só era atendida mais ou menos 16 horas. Ficava lá 4, 5 horas esperando. (...) era por chegada né? Eles marcavam um monte de grávida no mesmo horário que eu e quem chegasse primeiro era atendida.”* Denise foi categorizada desde o início da gravidez como alto risco.

Tinha pressão alterada, algumas hemorragias e constantes infecções urinárias. “A *minha gravidez foi difícil demais! Nas outras duas eu fiquei super tranqüila, achava que era frescura de mulher passar mal, mas não é frescura não. Eu não conseguia nem escovar os dentes sem vomitar.*” Em uma quarta-feira pela manhã, a bolsa de Denise estourou e ela foi, junto com uma prima, para o hospital. O seu marido estava a caminho de São Paulo para estar presente no parto. “*Assim que eu cheguei, fiquei no corredor esperando ser atendida. Demorou quase 1 hora. Minha bolsa tinha estourado então estava com muita dor, mas não tinha lugar pra ficar no hospital. Depois eu consegui ir prum quarto e a médica ficava me examinando pra ver se eu dilatava. Quando eu cheguei estava com 4 centímetro de dilatação. Essa médica ai que me atendeu nem olhava na minha cara direito, por causa de tudo que eu passei durante a gestação, eu tava com muito medo do parto. Lá pra 15 horas mais ou menos eu já estava com 7 centímetro, mas parou por ai, não dilatava mais, então me colocaram no soro.*” Perguntei a Denise se em algum momento alguém a equipe médica explicou para ela o que estava acontecendo. “*Não, nem quando eu perguntei eles responderam direito. Teve uma enfermeira que até disse que eu sabia tudo porque já tinha as outras duas [filhas].*”. Após a chegada do marido de Denise ao hospital, a dilatação dela progrediu. “*Era mais ou menos 20 horas quando eu fui pra sala de parto. Eu gritei pelo amor de Deus para ter anestesia, mas a médica disse que naquele ponto já não dava mais. Por mim eu tinha tomado desde que cheguei, mas não consegui falar com ninguém, ninguém me escutava. Comecei a fazer força pra ela sair, foi uma dor que não tem como descrever, e a médica lá falando pra eu fazer força e força. Eu comecei a chamar minha vó, ela era parteira, eu sei que não pode chamar quem já foi, né? Mas eu precisava de força extra porque eu sozinha não conseguia mais. Quando a nenê nasceu, ela veio me rasgando, rasgou tudo, tudo. Teve que costurar de cima a baixo, eu não gosto nem de lembrar. Ela veio bem, não teve nada, mas eu sofri, viu? Sofri muito.*”. Denise precisou de um dia no hospital para exames uma vez que ela chegou com um quadro de infecção urinária. Seu receio era que essa infecção fizesse mal para a sua filha. “*Eles sabiam que eu tava com infecção, mas ninguém falou nada então achei que estava tudo bem, mas ela precisou tomar remédio por via das dúvidas. (...) meu parto foi natural porque eles quiseram que fosse, por mim eu queria anestesia. Diz que o hospital tava sem anestesia naquela época, que precisava economizar, mas diz né? Confirmação disso ninguém tem.*” Denise só ganhou sua filha no dia seguinte, totalizando 16 horas desde o rompimento de sua bolsa até parir.

Análise dos relatos

Foram quatro mulheres com quatro experiências distintas. Três delas com relatos graves e explícito de violência exercida pelo(s) profissional(is) de saúde que as atendeu. As falas dessas mulheres exibem uma banalização da dor e do sofrimento alheios, falta de atenção e cuidados, omissão de informação e equívocos médicos. A variável que temos em comum entre as três mulheres que tiveram partos violentos foi o hospital público. Essa pesquisa se baseou em relatos de quatro mulheres, o que não representa um universo estatístico para afirmar que a violência obstétrica ocorre com mais frequência em hospitais públicos. Entretanto, pesquisas como a de Aguiar (2010), concluíram que a grande parte dos profissionais de saúde por ela entrevistados para falar de violência obstétrica, consideram as práticas violentas mais frequentes em hospitais públicos, já que existe um risco de punição mais significativos no ambiente privado e os níveis de vigilância são maiores (Aguiar, 2010, p.169). Além disso, quem possui acesso plano de saúde privado, como no caso de Carla, cria um vínculo maior com o profissional que acompanha a gestação. Percebemos nos relatos de Denise e Bruna, que por serem acompanhadas pelo SUS, nem sempre o profissional de saúde que as atendia em uma consulta era o mesmo que as atenderia novamente em outra. Isso, não impede que mulheres com planos particulares não possa ser também vítima de violência obstétrica. Adriana possuía plano de saúde na ocasião do seu primeiro parto, optou por ter seu filho em hospital público pela qualidade do serviço prestado naquele local especificamente. No Dossiê Parirás com Dor (2012), as autoras encontraram falas dos profissionais de saúde que induziam as mães ao parto cesárea e medicalização sem necessidade, e esse tipo de violência era encontrado mais comumente em hospitais particulares. Nas falas colhidas, percebemos uma fragilidade entre o vínculo do profissional de saúde e a mulher em situação de parto nos hospitais públicos aos quais as entrevistadas passaram. Já a experiência relatada em acompanhamento particular foi respeitosa e acolhedora com a entrevistada.

A experiência do parto tem princípio e fim. A fala de Bruna mostra que ela passou por situações violentas durante seu parto, mas ao fim ela agradece a Deus e a equipe médica pelo término do seu sofrimento. Essa violência se expressa em uma situação que engloba tantos sentimentos, como confiança, medo e dor, e, assim que se dá o fim do processo do parto, vem a sensação de alívio e alegria pela chegada do bebê, e muitas vezes as denúncias são propositalmente esquecidas.

Nenhuma das entrevistadas disse ter denunciado os hospitais e/ou médicos que as violentaram. Adriana pensou em processar a médica que lhe passou erroneamente a informação sobre a infecção, mas não prosseguiu com nenhuma ação. Bruna não considerou que o médico que subiu em sua barriga a tivesse violentado, segundo ela, ele “*estava tentando*

fazer o bebê nascer”. Denise também não denunciou a equipe médica que a atendeu, dizendo que *“agora que o trabalho de verdade começava.”*

Identifiquei as seguintes violações nas falas das minhas entrevistadas: dificuldade de atendimento no momento do parto, comentários humilhantes, atendimento às necessidades do médico e não da paciente, utilização de procedimentos invasivos e desnecessários, perda de autonomia da mulher - que não podia decidir livremente sobre o seu corpo, falta de informações ou informações equivocadas sobre o processo do parto e nascimento para a parturiente, tratamento hostil e grosseiro de profissionais de saúde e banalização do sofrimento da mulher.

Conclusão

Esse artigo buscou identificar, dentro das narrativas de quatro mulheres que experimentaram o parto nos últimos 10 anos, moradoras de Belo Horizonte/MG, falas condizentes com a definição de violência obstétrica. Não foi preciso buscar, especificamente, mulheres que tivesse a experiência de sofrimento e violações no momento do parto, busquei dentre as variáveis ligadas a classe social e gênero, relatos de mulheres que se encaixavam na descrição proposta: experimentaram o parto entre 2008 e 2018 e moravam em Belo Horizonte.

Existe uma banalização da violência como um fenômeno social em todo o país, e isso é também levado para as instituições de atendimento público ligadas a fiscalização, ouvidoria e sistema judiciário. A violência obstétrica é pautada por significados socioculturais, fundamentados na desvalorização e submissão da mulher que é vista em situação de objeto das ações dos profissionais de saúde. É percebido também que a naturalização do processo de medicalização do corpo feminino constitui, como levantado anteriormente, um mecanismo de controle social, que possui padrões de comportamento diferentes de classe social e raça/etnia.

Considero necessária uma exploração mais sofisticada da temática sobre a violência obstétrica. Existem artigos, teses, dossiês sobre a pauta, que necessitam melhor entendimento, mesmo para que sejam construídas políticas públicas de prevenção e tragam sustentabilidade às falas das mulheres que sofreram esse tipo de violência, para que, as vítimas se sintam capazes e confortáveis em formalizar denúncias contra seus agressores.

Referências

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

V SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Universidade Estadual de Londrina
13 a 15 de junho de 2018
ISSN 2177-8248

BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016. v. 1 e v. 2.

BRASIL, *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm acessado dia 09/05/2018.

FOUCAULT, Michael. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guíhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1977. 3ª edição, 1980.

FOUCAULT, Michael. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979. 24ª edição, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, Juliana Zasciurinski. Violência obstétrica: uma contribuição para o debate a cerca do empoderamento feminino. *Artigo apresentado na XXI semana da mulher*, maio de 2015, Marília/SP. Disponível em https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf Acessado dia 14/04/2018

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica: Parirás com dor*. (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra a mulher). 2102. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acessado dia 05/04/2018

ROTHMAN, Bárbara Katz. *In labor. Women and power in the birthplace*. New York – USA, Norton paperback. 2ª ed. 1991.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Avila. 1991.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. Parte I – História, política, conceitos. A medicalização do corpo da mulher. In: GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org> .Acessado dia 09/05/2018.

WYLLYS, Jean. *Projeto de Lei nº 7.633 de 2014*. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014 Acessado dia 01/05/2018.