



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade.

Sub-Eixo: Ênfase em Gênero.

O SOFRIMENTO NO PARTO COMO UMA REPRODUÇÃO DAS RELAÇÕES PATRIARCAIS DE GÊNERO: EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NUMA MATERNIDADE DE MANAUS

Ana Paula Dias Corrêa¹
Iraíldes Caldas Torres²

Resumo: Este texto expõe resultados parciais de um projeto de Iniciação Científica que tem o objetivo de verificar em que sentido ocorrem atos de violência obstétrica numa maternidade do estado do Amazonas. Por meio de pesquisa bibliográfica e documental, na primeira fase do projeto, foi possível mostrar como a violência obstétrica acontece por meio de uma reprodução das relações patriarcais de gênero.

Palavras-chave: Relações de Gênero, Violência Obstétrica, Manaus/Amazonas

Abstract

This text presents partial results of a project of Scientific Initiation that has the objective of verifying in what sense acts of obstetric violence occur in a maternity hospital in the state of Amazonas. Through bibliographic and documentary research, in the first phase of the project, it was possible to show how obstetric violence occurs through a reproduction of patriarchal gender relations.

Key Words: Gender Relations, Obstetric Violence, Manaus/Amazonas.

1. Introdução

O presente artigo trata dos resultados parciais de um projeto de Iniciação Científica (PIBIC/PAIC 2018-2019) que assume o propósito de verificar em que sentido ocorrem atos de constrangimento e humilhação contra mulheres nos processos de parto, buscando dar destaque à violência obstétrica perpetrada por profissionais de saúde, numa maternidade de Manaus. A violência obstétrica é um tema que surge no contexto da violência contra a mulher, adquirindo destaque nas últimas três décadas, principalmente devido ao movimento feminista pela humanização do parto, conforme assevera Diniz (2005).

A sociedade brasileira enfrenta vários desafios no seu caminho rumo ao desenvolvimento humano, sobretudo no que diz respeito à prática da tolerância para com as minorias sociais. A conquista da tolerância para com as mulheres, as quais são vistas como o Outro no campo das diferenças e do preconceito, supõe um processo socioeducativo que remeta para a equidade entre os gêneros masculino e feminino. Embora as mulheres tenham conquistado importantes espaços na esfera pública em mais de um século de luta,

¹ Estudante de Graduação, Universidade Federal do Amazonas, E-mail: diaspaula844@gmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas, E-mail: diaspaula844@gmail.com.

as barreiras da intolerância ainda são enormes, a ponto de esbarrar no limite da barbárie, que pode assumir diversas faces, sendo uma delas a violência abordada neste trabalho.

Os números da violência obstétrica são alarmantes, ainda que sejam silenciosos. Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC, em 2010, denominada *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos Privados*, revela que 01 em cada 04 mulheres afirmam ter sofrido maus-tratos durante o parto, e aproximadamente 23% das mulheres entrevistadas afirmaram que ouviram frases humilhantes, tais como: “não chora, ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou atender” (6%); “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%) (VENTURI et al 2010, p.177).

A violência obstétrica, enquanto uma das várias violências cometidas contra a mulher, está associada à ação de agentes e profissionais no âmbito da atenção à saúde do binômio materno-fetal nos processos de pré-natal, parto e pós-parto. Trata-se de um conjunto de ações que causam dor, constrangimento e humilhação à mulher, do ponto de vista físico e emocional, agredindo fortemente o seu ser, enquanto sujeito de direitos humanos. Esse tipo de violência reúne ainda elementos da violência moral, violência simbólica e violência sexual. Atinge a subjetividade da mulher em seus valores e crenças, violentando profundamente o seu ser, a sua dignidade (TORRES, 2005).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde – OMS declarou que a violência obstétrica ocorrida no parto é considerada fruto das desigualdades existentes nas relações de gênero, tida como violação aos direitos humanos (OMS, 2014). Uma instituição como a de saúde, que deveria realizar um atendimento humanizado, acaba sendo um órgão reprodutor de relações opressivas e de dominação, com práticas de humilhação e constrangimento.

2. Relação entre a desigualdade de gênero e a violência obstétrica

O mito fundador da humanidade dá conta de que que, após criar o mundo, Deus teria criado o primeiro homem, Adão, e o colocado no Jardim do Éden, orientando-o a comer os frutos de qualquer árvore do Jardim, menos da árvore do bem e do mal. Teria, então, retirado uma costela de Adão e, a partir dela, criado a primeira mulher (Eva). No entanto, apesar de saber que não deveria comer do fruto proibido, Eva teria dado ouvidos a uma serpente, que a enganou e a fez provar da fruta e oferecê-la também a Adão. Como castigo, Deus os teria expulsado do paraíso e, como forma de pagar por seu pecado, Eva e suas descendentes ficariam destinadas a parir em meio a dores e a serem submissas a seus maridos.

Del Priore (2014, p. 28) ilustra bem esta questão quando discorre sobre a condição de ser mulher durante o Brasil colônia. Conforme a autora, as mulheres nessa época eram

fortemente associadas ao diabo, sendo vistas como um instrumento de pecado, por conta de sua representação na teologia cristã. A mulher era culpada pela disseminação do pecado na terra e pela perdição dos homens, seu corpo sendo interpretado como uma porta de entrada para o inferno.

Em uma sociedade patriarcal, características positivas são atribuídas aos homens e características negativas são atribuídas a mulheres, em geral. Esses aspectos são afirmados tão repetidamente e ao longo de tanto tempo que as pessoas incluídas no contexto dessa sociedade os naturalizam, enxergando esses padrões como qualidades – ou defeitos, no caso das mulheres – inatos. São poucas as mulheres que não se conformam com essas determinações, a maioria delas tende a introjetar e subjetivar essas ideias disjuntivas e preconceituosas, naturalizando-as no curso dos processos sociais.

É nesse contexto que vai sendo naturalizada a violência contra a mulher, ou seja, vista como ser inferior propenso a estar sempre em desvantagem, desvalorizada e diminuída em sua humanidade. Essa situação deixa as mulheres vulneráveis frente ao mundo da dominação masculina, como anotou Bourdieu (2011), sendo as mulheres culpabilizadas pelos males que atingem a humanidade e propensas a sofrer todo tipo de violência.

O uso do termo gênero como categoria de análise assume uma perspectiva crítica frente à biologização propalada pelo patriarcado. O gênero busca explicar a história das mulheres, a opressão e desigualdades vividas, como construções sociais e culturais elaboradas no processo histórico. Nesses termos, o gênero se constitui numa categoria analítica de cariz crítico e político, cujos elementos explicativos das relações entre homens e mulheres, sociedade/instituição, dentre outros, envolvem relações de poder.

Segundo Andrade e Aggio (2014, p. 01), a violência obstétrica é caracterizada como qualquer ato praticado por profissionais de saúde, no âmbito dos processos reprodutivos das mulheres, que as cause violação de integridade. As autoras apontam o mito fundador da humanidade, do qual surge o imaginário da dor do parto, que naturaliza todo o sofrimento que acomete as parturientes nesse momento, fazendo com que muitas vezes sua aflição seja invisibilizada, pois é vista como um destino biológico, o que abre espaço para que atos de violência, negligência, ameaças, entre outros, sejam praticados no contexto das maternidades.

Diniz (2005) aponta para o fato de que o modelo de assistência médica tutelado pela Igreja se fundamentava nesse mito de fundação da humanidade, o que contribuía para impedir que as gestantes tivessem acesso a métodos para o alívio da dor no momento do parto. No entanto, conforme os avanços científicos da medicina, esse ramo do saber ganhou certa autonomia e passou a apropriar-se do papel de “resgatadora de mulheres”, prometendo um parto sem dor: “Agora a mulher é descrita não mais como *culpada* que deve

expiar, mas como *vitimada* sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino” (DINIZ, 2005, p. 628).

Com isso, diversos instrumentos médicos desenvolvidos no âmbito da atenção ao parto foram disseminados e a obstetrícia consolidou-se como uma especialidade cirúrgica, numa época em que poucas mulheres tinham a oportunidade de trabalhar nessa área, estabelecendo-se uma supremacia masculina sobre a arte de partejar, feminina, tradicional, ancestral.

Na metade do século XX, o parto hospitalar já era realidade em diversos países. Segundo a autora, essa mudança se deu sem que fossem realizados estudos que comprovassem os benefícios da medicalização do parto e, com o passar dos anos, esse modelo de assistência não se mostrou eficiente em diminuir as taxas de mortalidade materna e neonatal.

Pulhez (2013) afirma que o termo “violência obstétrica” passou a ser conhecido depois que o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, publicou um artigo sobre a temática, em 2010. Três anos antes, a Venezuela já havia reconhecido, na Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, a existência de um tipo de violência praticada contra as mulheres no contexto de seus processos reprodutivos. Desde então, esse termo tem adquirido destaque no seio dos movimentos pelos direitos das mulheres, principalmente naqueles dedicados à luta pelo parto humanizado.

No Brasil, em 2012, a Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa³ elaborou um dossiê sobre a violência obstétrica no contexto nacional, para ser apresentado e discutido durante a CPMI da Violência Contra as Mulheres, ocorrida naquele ano. A partir dos relatos de mulheres que sofreram algum tipo de violência durante o pré-natal, parto e pós-parto e levando em conta as legislações internacionais acerca do tema, na falta de dispositivo legal específico no Brasil, as autoras do Dossiê da Violência Obstétrica apresentam uma tipificação desse tipo de violência, que corresponde a

todos aqueles [atos] 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 (CIELLO et al, 2012, p.60).

Nesses termos, em um contexto de relações desiguais de gênero e dominação sobre a anatomia feminina, as mulheres em processos de gravidez, parto e pós-parto encontram-se em situações de vulnerabilidade para atos de violência obstétrica. A falta de autonomia

³ Coletivo composto por cerca de 300 mulheres, habitantes de 22 estados brasileiros, que trabalham de maneira voluntária na disseminação de informações baseadas em evidências científicas sobre os processos de gravidez, parto e pós-parto.

sobre seus corpos, aliada ao saber-poder técnico e científico dos profissionais de saúde, expõe as gestantes, puérperas e mulheres em situações de abortamento a atos que causam dor e sofrimento, deixando sequelas que podem perdurar por anos e anos.

Dor e sofrimento são um binômio inseparável que se põe no curso da vida como uma experiência, vivida pelo espírito, no âmbito da subjetividade humana. A subjetividade é parte constitutiva do indivíduo e das diferentes formas de organização sociocultural, pode ser considerada uma expressão objetivada numa realidade subjetivada.

A dor é da ordem daquilo que não vemos, ela se aloja no íntimo, nas profundezas do ser, externando-se visivelmente no corpo em forma de sofrimento. Esse estado de angústia e sofrimento do ser deixa marcas no aparelho psíquico, produz o efeito de significação, revelando a posição subjetiva do sujeito (LACAN, 1979).

O efeito de significação causado na mente humana, em decorrência do sofrimento produzido pela violência contra a mulher, é devastador, produz traumas e deixa marcas indeléveis na alma. Um significado negativo e nefasto é produzido na vida dessas mulheres.

No caso da violência moral que elas sofrem, as feridas que se abrem, por via de palavras de baixo calão, pornográficas, ofensivas e caluniosas, causam danos, por vezes, irreversíveis à vida delas, atingindo a sua autoestima (TORRES, 2005). É possível dizer, com Lacan (1979) que, se a inscrição psíquica for passível de elaboração simbólica, ela produz sentido.

Em outras palavras, se a mulher é desvalorizada, agredida e violentada, por ser mulher, há aí uma inscrição simbólica na mente das próprias mulheres. E, se essa inscrição simbólica é vetor de violência, tem-se uma significação, o que naturaliza o ato violento. É assim que inúmeras mulheres são assassinadas, outras se suicidam e várias continuam a viver no círculo da violência em todas as suas tipificações.

3. Resultados parciais

Tendo-se em vista o conceito de violência obstétrica e a atualidade de seu debate no Brasil, principalmente a partir dos anos 2000, julga-se necessária a realização de estudos em âmbito local/regional. No contexto do Amazonas, o tema da violência obstétrica passou a ganhar relevância há cerca de seis anos, quando a primeira denúncia sobre a temática foi registrada no MPF. Desde então, o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento do Estado do Amazonas, atualmente conhecido como Humaniza Coletivo Feminista, vem alcançando importantes resultados no combate à violência obstétrica, além de se constituir num canal de denúncias sobre o tema. Das 11 denúncias analisadas neste trabalho, 7 foram mediadas pelo Humaniza Coletivo Feminista, o qual se constitui em uma Organização Não Governamental – ONG, sem fins lucrativos.

Dentre os avanços conquistados pelo Coletivo Humaniza, além do registro da primeira denúncia de violência obstétrica no Amazonas e de boa parte das denúncias que a seguiram no inquérito civil público do MPF, está a realização de três audiências públicas sobre o tema da violência obstétrica na cidade de Manaus, realizadas nos anos de 2015, 2016 e 2017. Durante a primeira audiência, as mulheres leram relatos de outras vítimas e fizeram uma denúncia coletiva, além de apresentarem propostas para melhorar o atendimento nas maternidades (HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA, 2018, s.p.).

O Ministério Público Federal (MPF) tem sido o órgão de referência no acolhimento das denúncias sobre Violência Obstétrica e encaminhamento das mesmas para os órgãos responsáveis. Realizamos, junto ao MPF, coleta de dados documentais relativos aos casos de denúncias acolhidas por essa instituição. Verificamos que desde o ano de 2013, quando a primeira denúncia foi registrada, até o mês de janeiro de 2019, havia 77 denúncias sobre violência obstétrica registradas no órgão, referentes a maternidades públicas e privadas localizadas na capital e no interior.

No que se refere à unidade hospitalar em destaque neste estudo, das 77 denúncias registradas no MPF até o momento da pesquisa, 11 mencionam a Maternidade Estadual Balbina Mestrinho, que se encontra localizada na Zona Sul de Manaus e, em 2018, completou 57 anos de fundação, sendo a maternidade mais antiga do estado. A instituição constitui-se em uma das referências para assistência à gravidez de alto risco da cidade de Manaus e do interior do Amazonas, sendo credenciada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2016, como um dos seis centros (na época) de apoio da Rede Cegonha no Brasil, por ter sido considerada referência na adoção das estratégias da rede.

Essa rede é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011), tendo como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Segundo dados disponíveis no site do Governo do Amazonas⁴, no ano de 2016, a Maternidade Estadual Balbina Mestrinho realizou 20,7 mil atendimentos, dos quais 5.347 foram partos. Dentre o quantitativo de partos, 2,8 mil foram partos normais e 2,4 mil foram cesarianas, o que vai de acordo com as estatísticas nacionais de que, na rede pública, cerca

⁴ Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2017/04/maternidade-balbina-mestrinho-renova-selo-de-hospital-amigo-da-crianca/>. Acesso em: 22 jan 2019.

de cinquenta por cento dos partos realizados são cirúrgicos. Em 2018, a OMS publicou novas diretrizes⁵ sobre o atendimento ao parto, visando diminuir o número de procedimentos realizados sem necessidade, como é o caso de grande parte das cesáreas, ressaltando que a cesariana é eficaz para salvar vida de mulheres e bebês, mas somente quando é indicada com base em evidências científicas. Do contrário, pode trazer mais riscos do que benefícios, por ser uma cirurgia de grande porte.

O uso irracional da tecnologia é um dos principais fatores que geram a violência obstétrica, uma vez que diversos procedimentos são realizados de maneira mecânica, sem levar em conta as particularidades de cada gestante atendida, sem considerar as evidências científicas mais recentes e sem explicar ou obter o consentimento das mulheres. Exemplos de situações em que isso ocorreu foram encontrados na pesquisa de campo realizada no Ministério Público Federal, onde foi possível ter acesso às denúncias de violência obstétrica ocorridas na maternidade em evidência. A partir da leitura de cada denúncia, foi possível categorizar os atos de violência obstétrica mais recorrentes, dentre os quais estão:

Quadro 1: Denúncias de Violência Obstétrica – Maternidade Estadual Balbina Mestrinho (1)

Tipos de violência obstétrica	Caracterização	Quantidade de menções
Violência moral	Culpabilização da parturiente, ofensas verbais, tratamento humilhante	6
Indução ao uso da ocitocina	Uso indiscriminado do medicamento, sem explicação prévia e sem o consentimento da paciente	4
Exames de toque excessivos e agressivos	Exames de toque realizados em um curto período de tempo, sem consentimento da paciente, de maneira violenta	3
Episiotomia	Corte realizado na região do períneo para ampliar o canal de parto, sem justificativa baseada em evidências científicas, sem consentimento e sem anestesia	2
Manobra de Kristeller	Aplicação de pressão na parte superior do útero, para agilizar a saída do bebê. Procedimento violento, não recomendado pela OMS, que é realizado sem necessidade e sem autorização da parturiente	2

Fonte: Pesquisa de campo no Ministério Público Federal, 2019.

⁵WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018.

As variáveis apontadas no quadro referem-se a situações que podem caracterizar-se como violências físicas, além de psicológicas, como é possível perceber no relato abaixo, encontrado em uma das denúncias registradas no MPF:

A médica que estava “fazendo parto”, sim, porque eu não tive naturalmente, ela me rasgou com a mão dela, ela empurrava e nossa como aquilo doeu, tanto fisicamente quanto na minha alma. [...] Eu fiquei traumatizada e não quero mais ter filhos, pois aquelas pessoas me tiraram a magia do nascimento do amor da minha vida, tiraram o meu sorriso e o amor instantâneo após o parto, não tive o meu sonhado parto natural (Pesquisa de campo, 2019).

A situação relatada caracteriza a manobra de Kristeller, idealizada pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller, que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero, com o objetivo de facilitar a saída do bebê. Este procedimento não é recomendado pelo Ministério da Saúde e nem pela OMS, pois é uma manobra “reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente” (REIS; PATRÍCIO, 2005, p. 06).

Um outro exemplo de violência física encontrado nas denúncias é a realização da episiotomia. Caracterizada por um corte no períneo, região entre a vagina e o ânus, com o objetivo de “alargar” o canal vaginal e facilitar a saída do bebê. No Brasil, essa prática costuma ser realizada sem justificativa baseada em evidências científicas e sem anestesia, deixando dores e marcas que acompanham as vítimas ao longo de vários anos após o parto, inclusive fazendo com que as mesmas tenham problemas com o próprio corpo e com a retomada da atividade sexual.

Segundo Saffioti (2004, p. 75), “qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente. Certamente, se pode afirmar o mesmo para a moral”. Pode-se dizer que uma ação violenta contra a mulher causa consequências diretamente relacionadas à sua saúde mental e subjetividade. A culpabilização da mulher por sua condição de saúde, a chantagem, a humilhação, a falta de respeito e empatia no momento da perda de um filho, a negligência quanto a seus sintomas são exemplos de como a violência obstétrica se apresenta no contexto das maternidades. Em outro relato encontrado no MPF, temos exemplos de violência moral e emocional. Vejamos:

Já estava há 48h em trabalho de parto. Me empurraram ocitocina, mesmo que dizendo que **não queria**. As 22h, o médico foi me examinar e quando eu disse que já não aguentava de dor, que queria que parassem com o soro, num tom superior ele diz “você é formada em medicina? Não né. O médico aqui sou eu”. Em outro momento, numa das contrações mais dolorosas, dei um grito bem expressivo de dor... uma médica que estava fazendo a ronda, examinando a todas, ouvi a mesma dizendo, após me ouvir “pode deixar que essa aí vai ser a última” e acabou não me examinando (Pesquisa de Campo no MPF, 2019).

A ocitocina sintética é um hormônio utilizado para acelerar o trabalho de parto e, assim como as demais intervenções, deve ser aplicada quando houver sua indicação a partir de evidências científicas atualizadas. No entanto, no cotidiano das maternidades esse hormônio é aplicado indiscriminadamente, por conveniência da equipe de saúde, sem autorização da parturiente e muitas vezes sem o conhecimento da mesma sobre a função do “soro”, como é conhecida a ocitocina no ambiente hospitalar. Quando aplicada sem o respeito ao tempo do trabalho de parto de cada mulher, a ocitocina costuma causar contrações intensas e dolorosas (CIELLO et al, 2012, p. 103).

Naves (2014, p. 456) aponta que “a violência destitui o sujeito, ou seja, retira dele seu lugar de alguém que pensa, sente e deseja”. A autora continua explicando que a pessoa violentada tende a assumir uma posição de passividade e que as dificuldades encontradas por muitas mulheres para denunciar seus agressores estão ligadas à subordinação e obediência que se espera delas.

Em um trabalho⁶ realizado a partir de estudos de caso com mulheres que sofreram violência intrafamiliar em dez países da América Latina, Sagot (2000) chama de “rotas críticas” as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que procuram ajuda para sair de relações conjugais permeadas por violências. Recebem este nome por serem longas, cansativas, repetitivas e muitas vezes ineficazes. Segundo a autora, dentre os principais obstáculos para a superação dessas situações de violência, estão o medo, a culpa e a vergonha.

Conforme Cunha e Sousa (2017), os sintomas acima citados são consequências da violência psicológica. As autoras apontam que, por se tratar de aspectos subjetivos das vítimas, como sentimentos e emoções, tratar esse tipo de violência é um grande desafio. Por não deixar marcas palpáveis, a violência psicológica deixa de ser percebida até mesmo pelas vítimas, que a naturalizam, “embora pouco a pouco vá destruindo o seu bem-estar e a sua autoestima, criando um estado de confusão e incapacidade de reação” (CUNHA; SOUSA, 2017, p. 4).

Essas autoras elencam algumas atitudes que são caracterizadas como violência psicológica. A primeira delas é a ameaça, descrita como uma forma de manter a vítima em estado de alerta, com medo, pois não sabe se a violência será concretizada nem quando (CUNHA; SOUSA, 2017, p. 5). No dossiê da violência obstétrica, há um exemplo que ilustra bem esta questão, relativo a uma técnica de enfermagem que utiliza palavras ameaçadoras ao realizar o procedimento de aplicar o soro durante o trabalho de parto: “*Eu digo pras*

⁶ SAGOT, Montserrat. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso em diez países. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud Y Desarrollo, 2000.

grávidas: 'se não ficar quieta, eu vou te furar todinha.' Eu aguento esse monte de mulher fresca?" (CIELLO et al, 2012, p. 134).

Outra forma de violência psicológica contra a mulher que também acontece no contexto da atenção aos processos de parto é a humilhação, como no relato: *"a médica plantonista que estava no dia que minha filha nasceu, me atendeu ali... como se eu fosse um pedaço de carne de açougue que o açougueiro corta, pesa e vende... sem ao menos olhar na cara de seu cliente"* (CIELLO et al, 2012, p. 134).

Quanto à violência moral no contexto de atenção à saúde da mulher em processos de parto, esta geralmente está ligada aos aspectos da sexualidade feminina. Isso porque, conforme as noções do patriarcado, a principal função da mulher é a reprodução. Por muito tempo o prazer sexual lhe foi negado, sendo destinado apenas aos homens. Atualmente, apesar de gozar de direitos sexuais, as mulheres ainda são vistas como incubadoras e julgadas pelo uso de sua sexualidade. No momento do parto, quando a mulher se encontra fragilizada pelas dores, são comuns frases como: *"Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?"*.

Percebe-se, com efeito, como as violências moral e psicológica causam profundas consequências na subjetividade da vítima. Vergonha, medo, culpabilidade, são sentimentos internalizados pelas mulheres e ratificados pela sociedade em geral, fazendo com que seja muito difícil superar essa violência.

Os sentimentos de medo e vergonha são construídos socialmente e ajudam a invisibilizar as violências sofridas, controlando os comportamentos das vítimas. Neste contexto, contribuem ainda para manter as desigualdades de gênero, atribuindo às mulheres a culpa pelo que sofreram, como se a violência acontecesse porque de algum modo a mulher deixou de cumprir seu papel (TERRA; OLIVEIRA; SCHRAIBER; 2015).

4. Conclusões

É possível perceber que a violência obstétrica é uma realidade nas maternidades brasileiras. Nota-se, no contexto da atenção à saúde materno-fetal, uma reprodução das relações de desigualdade vivenciadas pela mulher em seu cotidiano. No contexto dos processos de parto, quem está na posição de poder são os profissionais da saúde que detêm conhecimentos técnicos e que são amparados pela instituição onde trabalham. A mulher, por sua vez, em estado de poder subalterno e em vulnerabilidade emocional, perde o seu protagonismo e a defesa de seus direitos humanos.

Nesses termos, apesar do avanço do debate sobre este tipo de violência no contexto nacional e regional, com o inquérito civil apurado pelo Ministério Público Federal e a ação incansável de um coletivo feminista que se dedica especificamente a casos de violência

obstétrica, muitos obstáculos ainda precisam ser superados. Um dos desafios no combate à violência obstétrica é a resistência dos médicos e demais profissionais em reconhecê-la.

Em fevereiro de 2019, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro publicou a resolução 293, que visa proibir a adesão dos médicos ao Plano de Parto. Trata-se de um documento que garante à gestante poder expressar suas preferências para o momento do parto, principalmente no que se refere a procedimentos como a aplicação de ocitocina sintética, episiotomia, manobra de Kristeller, entre outros. Segundo o CREMERJ, esse documento poderia restringir ou impedir a atuação do médico. Esse órgão define a violência obstétrica como “outro termo inventado para difamar médicos, dando a impressão de que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas” (CREMERJ, 2019).

Esse exemplo evidencia a importância da discussão sobre a violência obstétrica com base em informações atualizadas e baseadas em evidências científicas. Para isso, um dos caminhos é o incentivo à realização de mais estudos sobre o tema, assim como a divulgação de seus resultados. A partir do acesso a informações de qualidade, profissionais de saúde, mulheres gestantes, acompanhantes e a comunidade em geral podem encontrar as bases para o combate à violência obstétrica. No entanto, tendo-se em vista que esta violência é uma das ramificações da violência contra a mulher, a luta por sua superação está condicionada ao engajamento no combate a todas as formas de violação dos direitos das mulheres.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência Obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Federal de Londrina, 2014.

BRASIL. Portaria de número: 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 2011.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Traduzido por Maria Helena Kuhner. 6 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

CIELLO, Cariny et. al. Violência Obstétrica: “Parirás com Dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

CREMERJ. Resolução nº293/2019. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal. 2019.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade; SOUSA, Rita de Cássia Barbosa. *Violência Psicológica contra a Mulher: dor invisível*. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2017

DEL PRIORE, Mary. *Histórias Íntimas: Sexualidade e erotismo na história do Brasil*. 2 ed. São Paulo: Planeta, 2014.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc. Saude Colet.*, v.10, n.3, p.627-37, 2005.

LACAN, Jacques. *O Seminário: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979. v.11.

NAVES, Emilse Terezinha. *A Mulher e A Violência: uma devastação subjetiva*. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 14(3): 454-462, dezembro, 2014

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde*. Declaração da OMS. 2014.

PULHEZ, Mariana Marques. *A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

REIS, Adriana Elias dos.; PATRÍCIO, Zuleica Mario. *Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup):221-230, 2005.

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. *Gênero, patriarcado, violência*, São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAGOT, Montserrat. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

SUSAM. *Relatório Anual de Gestão*. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/servico/relatorio-gestao.php>> Acesso em: 04 de janeiro de 2019.

TERRA, Maria Fernanda; D'OLIVEIRA, Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. *Medo e Vergonha como Barreiras para Superar a Violência Doméstica de Gênero*. *Athenea Digital* - 15(3): 109-125, 2015.

TORRES, Iraíldes Caldas. *As novas Amazônidas*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2005.

Vídeo Institucional da Humaniza Coletivo Feminista. Direção: Aginaldo Oliveira Júnior. 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7r1zcY5PjY4>> Acesso em 14 de fevereiro de 2019.

WHO. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>> Acesso em: 07 de fevereiro de 2019.