

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RELAÇÕES DE PODER NO PARTO<sup>1</sup>**

**Paulo Ricardo Favarin Gomes<sup>2</sup>, Ilse Maria Kunzler<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem junto à Universidade FEEVALE

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da FEEVALE. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde) do Ministério da Saúde.

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem pela UFSC. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade FEEVALE.

### **INTRODUÇÃO**

As situações de violência no parto são evidenciadas através de vários aspectos: seja pela falta de espaço destinado ao acolhimento para o processo de parto, como por exemplo, as instalações inadequadas que não contemplam a individualidade e as particularidades da parturiente, a dificuldade das gestões de saúde de permitirem ou mesmo planejarem ambientes para que os acompanhantes possam permanecer durante o processo de parir, a utilização de vestes inadequadas, a realização indiscriminada da episiotomia, a indicação de parto por meio de cirurgia cesariana em situações nas quais não se configura o risco para o binômio mulher-bebê, etc. Também enfrenta-se os posicionamentos de profissionais da saúde, que, arraigados pela cultura de estigmatização da gestante, utilizam o saber e o posicionamento médico para minimizar ou até mesmo anular o protagonismo da mulher, submetendo-a à condição de subserviência (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A partir dessa posição “subalternizada” ocupada pela gestante no processo do parto, revelada, no Brasil, estatisticamente, pelo alto número de partos realizados por meio do procedimento cirúrgico da cesárea, e considerando que o país também revela dados alarmantes acerca da violência obstétrica no que se refere ao parto normal, e partindo, ainda, do pressuposto de que o parto é um evento natural em essência, que apenas finaliza um período da formação de um ser humano, formula-se a objeção orientadora da presente pesquisa: quais as situações de violência (velada e explícita) vivenciadas pelas mulheres durante os períodos do parto?

### **METODOLOGIA**

A presente pesquisa será de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória.

A pesquisa qualitativa estabelece-se a partir da premissa entre o mundo real e o sujeito, situação que não pode ser traduzida em números, pois relaciona-se o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (PRODANOV; FREITAS, 2013).

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

Tal abordagem é descritiva, pois objetiva descrever características, fenômenos ou estabelecimentos das relações entre variáveis, assumindo a forma de levantamento através de coleta de dados. O ponto de vista exploratório visa a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, proporcionando maior familiaridade com o problema, através de levantamento bibliográfico e de entrevistas com os sujeitos que vivenciaram o problema pesquisado (GIL, 1999). Os dados serão analisados pelos pesquisadores de forma indutiva. Portanto, a coleta de dados é realizada no ambiente natural, sendo os pesquisadores peças-chave para tal.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do momento em que houve um “aprisionamento” do saber pela ciência humana, evidencia-se que o corpo dos profissionais de saúde cada vez mais se utiliza do “saber” para estabelecer com a parturiente uma relação de “poder” (FOUCAULT, 2003). Grande número de mulheres são levadas – muitas vezes em virtude de discursos falaciosos – a acreditar que não sabem e não podem conduzir o parto de modo natural. No caso da medicalização do parto, revela-se que, em muitos casos, busca-se transformar o evento do nascimento o mais confortável possível para os profissionais de saúde, sem levar em consideração os saberes e desejos da gestante. Esse processo implica a vulnerabilização das parturientes em face da vontade dos profissionais, que passam a estabelecer os critérios que julgam mais adequados para a realização do parto, dentro das técnicas estudadas, dando prioridade às intervenções cirúrgicas.

Segundo Nogueira e Lessa (2003, p. 21), como resultado desse processo de medicalização excessiva do parto, ele deixou paulatinamente de ser uma experiência que pertence ao universo feminino para se transformar em mais um evento médico, no qual “a parturiente foi relegada a um papel secundário no nascimento de seu filho” e no qual “sua satisfação ou insatisfação com a experiência permanece inaudível, como se fosse irrelevante.” Nesse contexto, as mulheres não mais “fazem” o parto, mas o “sofrem”, uma vez que, desde a gestação, são convidadas, “aberta ou indiretamente a delegar o controle ao médico, em vez de por ele ser assistida, estabelecendo uma franca parceria.”

Em boa medida, essa retirada da mulher do centro do processo de parto deve-se ao fato de que boa parte dos profissionais de saúde ainda se encontram atrelados a paradigmas intervencionistas e, conseqüentemente, agem nas situações de parto, a partir de visões estereotipadas do corpo feminino. A fisiologia da mulher é compreendida como algo dependente da tecnologia, como algo frágil e, por isso, perigoso ao bebê. Trata-se daquilo que Diniz e Duarte (2004, p. 19) denominam “viés de gênero”, ou seja, “um olhar preconcebido sobre a mulher, em que seu corpo é por definição imperfeito e ameaçador, e não potencialmente adequado e saudável”.

Evidencia-se, assim, um processo de “coisificação” da mulher, na medida em que ela deixa de ser protagonista do processo de parto e passa a ser apenas um “objeto” de intervenção médica. Esse processo de invisibilização da mulher é descrito por Gualda (2002, p. 43) quando salienta que,

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

desde a chegada ao hospital, a gestante é “disciplinada” para o parto, sendo afastada de seus familiares, bem como de questões afetivas/emocionais relacionadas ao evento do nascimento.

Esse processo de disciplinamento da parturiente, que tem por consequência a sua invisibilização no processo de parto, pode ser analisado como um ambiente propício para que a violência obstétrica – explícita ou não – ocorra. Com efeito, em boa medida, a violência obstétrica ocorre sub-repticiamente: o uso indiscriminado do hormônio sintético ocitocina para indução do parto, bem como o procedimento cirúrgico cesárea sem uma indicação obstétrica precisa, tem acarretado experiências cada vez menos agradáveis durante o trabalho de parto, tanto para a gestante quanto para o neonato. A medicalização excessiva, as intervenções desnecessárias, apenas contribuem para aumentar a carga traumática do parto, o que pode acarretar danos à saúde física e psicológica das mulheres e crianças (GUALDA, 2002).

## CONCLUSÕES

Gualda (2002, p. 43) refere que nas últimas décadas tem sido intensificada a utilização de drogas no decorrer do parto. Além disso, na assistência à parturiente, “a indução, a estimulação, a sedação e a analgesia têm sido utilizadas com mais intensidade, contribuindo, muitas vezes, para o surgimento das iatrogenias.” A autora também salienta que a própria sala de parto se transformou em um “arsenal de instrumental cirúrgico e equipamentos” e até mesmo a posição em que a mulher é colocada “é apenas vantajosa para aqueles que conduzem o parto”.

Para além dessas violências veladas/implícitas, são frequentes as narrativas de violências explícitas. A principal delas refere-se à prática indiscriminada da episiotomia. De acordo com Gualda (2002, p. 43), “é incomum encontrar mulher que teve parto hospitalar sem cicatriz de episiorrafia e, em geral, a sua existência determina a repetição da mesma”.

Ocorre que a episiotomia afeta estruturas do períneo: vasos sanguíneos, músculos e tendões responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, bem como pela continência urinária e fecal são atingidos, algumas estruturas afetadas tem ligações com o clitóris, minando o prazer feminino. Mesmo assim, pesquisas apontam que a prática da episiotomia ocorre em 94% dos partos normais realizados no Brasil (BRASIL, 2008).

Deve-se salientar, também, que a prática da episiotomia é “um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente, prática esta de fundamental importância”. (MATTAR, AQUINO, MESQUITA, 2007, p. 2). Ou seja, a prática indiscriminada da episiotomia sem o consentimento da parturiente apenas ratifica a ideia de que a mulher é tratada como “objeto” da intervenção médica.

Diniz e Duarte (2004, p. 18) também salientam outras práticas utilizadas com frequência e que representam “procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados”, como, por

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

exemplo: toques vaginais repetidos, imobilização em uma cama, instalação de soro, medicamentos para aumentar as dores, corte e costura da vagina, peso sobre a barriga, manobra de Kristeller, etc. Todas essas violências são perpetradas e reproduzidas “por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos.” (ANDRADE, AGGIO, 2014, p. 4). Segundo Diniz e Duarte (2004, p. 19), esses fatores são fundamentais para explicar por que, no caso brasileiro, “muitas mulheres recorrem à cesárea para evitar o parto vaginal, cheio de intervenções desnecessárias e dolorosas.”

Com efeito, a incidência de partos operatórios aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Em boa medida, essa tendência revela uma preocupação não com a figura da mulher, mas sim com a ansiedade dos profissionais de saúde em reduzir o tempo do parto a todo custo, bem como à interpretação errônea de dados de monitoração fetal contínua (GUALDA, 2002).

De acordo com Knobel e Buchele (2006), o aumento considerável do número de cesarianas nos últimos anos leva a crer que o procedimento passou a ser rotineiro e realizado sem indicação médica séria e precisa. Amparadas em estudos realizados acerca do tema, as autoras salientam que as indicações não médicas mais frequentes para a prática da cirurgia são a conveniência do médico, a visão da cirurgia pela população como um “bem de consumo”, o desejo da mulher de “aproveitar o procedimento” para realizar a laqueadura, bem como o medo da dor e lacerações vaginais que podem aparecer no parto normal.

O fato é que a cirurgia cesariana apresenta um risco maior tanto para a mulher quanto para o bebê, razão pela qual somente deveria ser praticada quando houvesse uma indicação médica formal, ou seja, quando presente um risco para a mãe, para o feto, ou para ambos. Dentre os riscos para a mulher, salienta-se: lacerações acidentais, hemorragias, infecções, embolia pulmonar, íleo paralítico e reações indesejáveis à anestesia, complicações em gestações futuras, limitação do futuro obstétrico da mulher. Em relação à criança, destacam-se os riscos de maior frequência de desconforto respiratório, síndrome da angústia respiratória e prematuridade iatrogênica. Além disso, destaca-se que a rotina de separação do binômio mãe-bebê após o procedimento cirúrgico interfere “no estabelecimento do vínculo mãe filho e com a instalação precoce e bem sucedida da amamentação.” Por fim, em termos institucionais, a cesárea apresenta um maior custo financeiro (centro cirúrgico, dias de internação, pessoal, medicamentos), potencializado pelas complicações acima referidas (KNOBEL; BUCHELE, 2006, p. 207).

**PALAVRAS-CHAVE:** Obstetria; Medicalização; Saúde da Mulher.

## REFERÊNCIAS

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico  
**Evento:** XXIII Seminário de Iniciação Científica

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 11, p. 2287-2296. nov. 2013.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M.. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina, 2014, p. 1-7.

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

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C.. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (o todo homem também). São Paulo: Editora UNESP, 2004.

FOUCAULT, M.. Microfísica do poder. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.

GIL, A. C.. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GUALDA, D. M. R.. Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto. Curitiba: Ed. Maio, 2002.

KNOBEL, R.; BUCHELE, F.. Mortalidade após procedimentos obstétricos no SUS nos anos de 2002 a 2004 – uma reflexão sobre os altos índices de cesáreas no Brasil. In. COELHO, E. B. S., CALVO, M. C. M., COELHO, C. C. Saúde da mulher: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006, p. 205-216.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. v. 29. 2007, p. 1-2.

NOGUEIRA, A. T.; LESSA, C.. Mulheres contam o parto. 1. ed. São Paulo: Itália Nova Editora, 2003.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C.. Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª Ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.