

Batista, C. Gonçalves, L. & Natividade, C. Assistência ao parto hospitalar em Belo Horizonte: violências presentes e humanização a ser produzida

Assistência ao parto hospitalar em Belo Horizonte: violências presentes e humanização a ser produzida

Birth Hospital Assistance in Belo Horizonte: The Presence of Violences and Birth Humanization to Be Produced

Asistencia al parto hospitalario en Belo Horizonte: violencias presentes y humanización a ser producida

Cássia Batista¹

Letícia Gonçalves²

Cláudia Natividade³

Resumo

O PET-Saúde – Rede Cegonha em Belo Horizonte – buscou conhecer a vivência das mulheres na assistência à saúde durante o período gravídico. Para tal, na perspectiva da história oral, foram entrevistadas e acompanhadas 22 mulheres grávidas usuárias do SUS, residentes em uma região da cidade de alto risco. Como objetivo de ampliar e problematizar a política de humanização do parto e as práticas de enfrentamento da violência obstétrica, resgatamos nas narrativas das mulheres elementos sobre a vivência na maternidade e recortamos aqui a experiência delas em quatro etapas: a) a chegada na maternidade; b) o pré-parto e suas dores; c) procedimentos no parto; e d) o acesso às informações e consentimento para as intervenções. A discussão se localiza no interior de uma política ampla de Saúde da Mulher que, apesar de todos os avanços, ainda naturaliza a maternidade e hospitaliza o parto, distanciando-se da proposta de humanização que é capturada na assistência às mulheres.

Palavra-chave: Saúde da mulher. Humanização do parto. Gênero. Violência obstétrica. Assistência hospitalar.

Abstract

PET-Saúde – Rede Cegonha in Belo Horizonte – aimed to know the experience of women in health care during the pregnancy period. To that end, we took the oral history perspective and interviewed 22 pregnant women attended by SUS, living in a high-risk city region. In order to amplify and inquire the birth humanization policy and the strategies to face obstetric violence, we have

1 Doutora em Psicologia Social. Professora da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Integrante do Grupo de Estudos Narrativas e Saúde do Núcleo de Saúde Coletiva (Grená-Nesc) e do Grupo de Pesquisa Narrativas, Gênero e Saúde (Nages).

2 Psicóloga. Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada da UFRJ.

3 Psicóloga. Doutora e mestra em Análise do Discurso e do Texto pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em psicologia social. Professora universitária. Gerente do Centro Risoleta Neves de Atendimento às Mulheres (Cerna/CPM/Sedese).

Batista, C. Gonçalves, L. & Natividade, C. Assistência ao parto hospitalar em Belo Horizonte: violências presentes e humanização a ser produzida

recaptured some elements in women's narratives about their experiences in maternity hospital in four different stages: a) the arriving in maternity; b) moments before birth experience and its pains; c) birth itself; and d) woman's information access and birth interventions consent. This discussion is related of women's health policy that despite all advances continue to naturalize maternity and hospitalize the birth setting apart the proposal of birth humanization that is captured in women's assistance.

Keywords: Women's health. Birth humanization. Gender. Obstetric violence. Hospital care.

Resumen

El PET-Saúde – Rede Cegonha en Belo Horizonte – buscó conocer la vivencia de las mujeres en la asistencia a la salud durante el período de embarazo. Para este fin, tendo em cuenta la perspectiva de la historia oral, fueran entrevistadas y acompañadas 22 mujeres embarazadas usuarias del SUS, residentes en una región de la ciudad de alto riesgo. Con el objetivo de ampliar y problematizar la política de humanización del parto y las prácticas de enfrentamiento de la violencia obstétrica, rescatamos en las narrativas de las mujeres elementos sobre la vivencia en la maternidad y recortamos aquí su experiencia en cuatro etapas: a) la llegada en la maternidad; b) el pre-parto y sus dolores; c) procedimientos de parto; y d) el acceso a la información y el consentimiento de las intervenciones. La discusión se localiza en el interior de una política amplia de Salud de la Mujer que, a pesar de todos los avances, aún naturaliza la maternidad y hospitaliza el parto, distanciándose de la propuesta de humanización que es capturada en la asistencia a las mujeres.

Palabras clave: Salud de la mujer. Humanización del parto. Género. Violencia obstétrica. Asistencia hospitalaria.

1 Introdução

Dalila: Assim, fiquei chateada! Porque a gente tá ali, né? Eu imagino que eles passam muita coisa também, pessoa xinga, tem gente que não considera e tal. Então, assim, ficam estressados e descontam na gente e acaba que a gente devolve também, porque a gente tá sentindo dor. Então é um toma lá dá cá. É isso né?! E fiquei um pouco chateada sim, porque faltou um pouco de consideração com minha dor. Tudo bem que nascer é normal, sentir dor também, mas acho que faltou consideração.

A assistência à saúde das mulheres é, notadamente, um campo central nas formulações da Saúde Pública no Brasil (PNAISM, 2004). A despeito de críticas históricas e iniciativas de produção de saúde integral, os cuidados no período de gestação e parto têm sido ainda os mais amplamente tematizados nessa política. Se, nos anos iniciais de organização, em meados dos anos de 1920, a questão do controle do corpo e sexualidade das mulheres era localizado como meio para regulação da reprodução humana no país, atrelado a um processo desenvolvimentista (Braz, 2002; Nagahama, 2005), após a criação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, em 1984, e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004, considera-se que a dimensão do cuidado integral à saúde, em todos os ciclos de vida em sua diversidade, é a que se sobrepõe. Essa leitura de superação do modelo recortado na maternidade para o modelo de saúde integral aparece no texto da própria política.

Ainda que as intenções possam ter se modificado ao longo das décadas, a eleição da assistência às mulheres durante o pré-natal e parto como a política “carro-chefe” da pasta se confirma pela existência da Rede Cegonha, estratégia de maior investimento e visibilidade. O projeto revela que há uma ambiguidade ao se eleger historicamente as mulheres

gestantes como foco e o aparecimento significativo de denúncias de violências institucionais vividas nesse período, parte do que motivou as atuais iniciativas de humanização no campo.

Diniz (2005) descreve a humanização no contexto do parto no início do século XX atrelada ao uso da tecnologia para tornar menos doloroso o processo. A preocupação com os eventos pré-natal e parto se consolidaram no mundo, sobretudo, decorrentes da busca pela redução da mortalidade e morbidade de mulheres e recém-nascidas(os), intensificando a adoção de tecnologias e procedimento biomédicos. Desse modo, a incorporação de tecnologias assume um caráter ambíguo, pois se apresentam, inicialmente, como possibilidade de aprimorar a atenção às mulheres durante o pré-natal e parto, mas têm, como um dos mais significativos efeitos, a captura do processo de trabalho e diminuição do âmbito relacional, conforme discussões produzidas por Túlio Franco e Emerson Merhy (2000; 2005), no âmbito mais geral do SUS. Além da incorporação das tecnologias duras, eminentemente economicistas, como captura dos processos de trabalho, compreendemos que, centralmente, estereótipos de gênero atuam como dispositivos articuladores, limitando o trabalho vivo em ato, focado nas relações e criativo e que se produz a cada encontro com a(o) outra(o). Partir de uma leitura de gênero, que dê conta de apontar para os riscos de manutenção de estereótipos que a política evoca, nos auxilia a caracterizar as violências sinalizadas nesse cenário de encontros entre mulheres e profissionais de saúde, tecnologias e saber popular, humanização e violência, entre tantos outros. Seria necessário, portanto, uma reengenharia de cuidado que, auxiliada por leituras das relações de gênero, pode prover melhores níveis de atenção às mulheres no período de gestação, parto e puerpério.

Este texto objetiva discutir a dupla face violência/humanização na assistência às mulheres, pelo SUS, no momento do parto. Parte de dados coletados em uma pesquisa PET-Saúde Rede Cegonha, realizada entre os anos de 2014 e 2016, que teve como foco apreender a experiência de mulheres, moradoras de uma região de vulnerabilidade social, em um distrito sanitário de Belo Horizonte, por meio de entrevistas de acompanhamento durante a gestação, parto e pós-parto, envolvendo, portanto, o período de atenção à saúde de forma longitudinal. Aposta-se na categoria analítica gênero como eixo importante na discussão da problemática, uma vez que se considera que a violência institucional no parto é uma violência de gênero, que se intensificará conforme outros atravessadores interseccionais, como classe, raça e idade.

O campo da saúde incorporou a violência como uma questão que lhe cabe, desde os anos 1990 (Minayo, 1994), enquanto agravo externo de saúde, a princípio, como um fator produzido fora do campo, sobretudo em sua dimensão doméstica. Nos últimos anos, acentuaram-se as denúncias e discussões sobre violências produzidas nos serviços de saúde pelos profissionais. Assim, desde a identificação de violências contra as mulheres, tipificadas na Lei n. 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, até o reconhecimento das limitações de acesso aos serviços e procedimentos de saúde, bem como permanência do uso de técnicas não validadas cientificamente, especialmente no parto, o tema da violência contra mulheres é central nos estudos de saúde. Gradim, Rennó, Ribeiro, Pacheco e Salles (2017), de acordo com estudo de revisão bibliográfica, identificam que há predomínio na produção da enfermagem no trato com essa temática. O mapeamento das diversas violências que se apresentam nos serviços de saúde

demandam estudos interdisciplinares e com enfoques distintos, a fim de colaborar para a eliminação da violência e a produção de práticas humanizadas, conceito que também ainda carece de aprimoramento conceitual-prático. Entre as principais questões apontadas em pesquisas publicadas, destacam-se a invisibilidade e banalização de violências contra mulheres nos serviços de saúde relacionadas a negligências, discriminação, opressão, falta de informação, manipulação não informada e consentida do corpo das mulheres (Aguiar, D'Oliveira, & Schaiber, 2013; Teixeira & Pereira, 2006).

O esforço despendido, com o enfoque no tema e nas mulheres em um determinado momento da vida, não representou a eliminação das violências institucionais e ampliação dos direitos. Provocados, inclusive por acordos internacionais, tais como compromisso com as metas do milênio, no Brasil, gestores(as), trabalhadoras, estudantes, militantes e mulheres usuárias dos serviços de saúde têm problematizado o modelo de assistência hegemônico, reivindicando reformulações expressas, sobretudo, na política de humanização do parto.

Há vários estudos sobre humanização do parto que desenvolvem análises tanto sobre a construção e consolidação das políticas públicas quanto sobre a perspectiva de profissionais e usuárias (Serruya, Cecatti, & Lago, 2004; Dias & Domingues, 2005; Diniz, 2005; Almeida & Tanaka, 2009; Rattner, 2009; Zampieri & Erdmann, 2010; Maia, 2010; Gomes & Moura, 2012; Malheiros *et al.*, 2012). A definição sobre humanização do parto é polissêmica e, segundo Diniz (2005), é alvo de reivindicações de legitimidade que podem ser convergentes ou conflitantes. Sobre esse tema, tanto Diniz (2005) quanto Rattner (2009) apresentam aspectos e categorias não hierarquizadas,

comumente encontradas na produção científica, que podem se agrupar em três conjuntos distintos. Assim a humanização no parto estaria ligada a: (i) legitimidade científica da medicina, com o uso racional adequado de tecnologias e na assistência baseada na evidência; (ii) legitimidade política de defesa de direitos e a participação da parturiente, por vezes reduzidas ao alívio de dor ou à boa educação e gentilezas, ou ainda na segurança da mãe e do bebê com poucas intervenções; e (iii) legitimidade profissional e financeira do modelo de atenção sustentada pela lógica epidemiológica para o uso racional de recursos.

Entendendo a importância dos dois estudos supracitados e dos outros já citados por nós neste artigo, argumentamos que esses discursos científicos (entendidos como práticas sociais) criam atos específicos de saúde e, por consequência, posicionam as mulheres, os profissionais e as instituições de saúde em espaços específicos de poder e se articulam a determinadas ideologias. No entanto, não verificamos, ainda, estudos consistentes sobre a violência no parto que, partindo de uma perspectiva de leitura das relações de gênero, produzam discursos científicos capazes de desativar sistemas de desigualdades entre mulheres, instituições e profissionais de saúde. Nessa direção, reafirmamos que a (des)conhecida violência no parto é produto de desigualdades de gênero e, assim, a humanização no parto não deve ser estabelecida por um conjunto de técnicas adequadas e bem orientadas, nem por idealizações ou normatizações do nascimento (Natividade, Gonçalves, & Batista, 2016).

De acordo com a revisão de Giffin (1999), os maus tratos por parte de profissionais, e vividos pelas mulheres grávidas, são práticas discriminatórias de gênero correlacionadas à etnia e classe social, fundada em noção ideológica que naturaliza a mulher reprodutora em sua condição social e biológica e baliza um lugar inferior, tanto físico quanto moral, que justifica controlar a sexualidade e o corpo feminino.

2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de desenho qualitativo, que se utiliza de parte dos dados coletados em pesquisa⁴ no âmbito do Programa de Ensino do Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) realizada em Belo Horizonte, por equipe interdisciplinar, entre os anos de 2014 e 2016. A pesquisa teve inspiração etnográfica, com utilização da história oral de vida (Silva, 2007), com foco na experiência das mulheres, como estratégia de produção de dados. Foram acompanhadas 22 mulheres durante a gestação, parto e puerpério e, com cada uma delas, foram realizados quatro encontros, em média, além de contatos telefônicos sendo que a coleta de dados durou, aproximadamente, sete meses.

Todas as mulheres eram moradoras de uma região considerada de vulnerabilidade, na classificação da saúde, em Belo Horizonte e tinham entre 18 e 32 anos de idade.

Os encontros e acompanhamento do pré-natal se deram nos centros de saúde de atuação das preceptoras, inclusive tendo sido as referências para indicação das mulheres acompanhadas. Os partos das mulheres acompanhadas aconteceram em dois hospitais gerais de Belo Horizonte. A entrevista após o

⁴ A equipe do PET, formada com o edital Rede Cegonha na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, foi coordenada por três psicólogas e 20 alunas dos cursos de enfermagem, psicologia e medicina, além de seis preceptoras, trabalhadoras dos serviços de saúde no município, das áreas de assistência social, enfermagem, ginecologia, odontologia e pediatria.

parto, alvo das análises neste artigo, constava, centralmente, nos relatos das mulheres em três momentos: a chegada na maternidade, o pré-parto e o nascimento. Desse modo, podemos destacar alguns temas encontrados nas narrativas das mulheres sobre esses momentos, a saber: avaliações sobre a assistência recebida e o acesso a informações procedimentais e intervertidos no momento do parto e também sobre a ocorrência ou não de violências institucionais.

A pesquisa tramitou no comitê de ética da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, local de execução do projeto PET-Saúde Redes, em parceria com a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, tendo recebido parecer favorável de ambos e registrado pelo número 26528914.7.0000.5134.

3 Resultados

Neste texto, serão discutidas as experiências narradas pelas mulheres, a partir da entrada nos hospitais, aqui analisadas em quatro eixos: 1a) a chegada à maternidade; b) os cuidados do pré-parto e trato com a dor; c) os procedimentos no parto; d) o acesso às informações e consentimento para as intervenções.

Com relação ao primeiro eixo, a chegada à maternidade, as mulheres mostraram dúvidas quanto ao melhor momento de procurar assistência emergencial à saúde, relatando tomar como parâmetros o tempo de gestação e os sintomas físicos. A falta de certeza sobre o considerado “melhor momento” resultou, na maior parte das vezes, em idas e vindas sequenciais aos hospitais, gerando ansiedade e insegurança.

Darlene: Eu ia e eles me voltavam, falou que o colo estava fechadinho, que não estava tendo dilatação nem nada e que poderia esperar, foi assim umas três vezes.

Sabrina: Mas como a contração estava desse jeito eles não me internaram, até que na quinta-feira eu não vim embora, até as 3 horas da tarde eu falei com a médica que eu não ia embora, eu estava indo e voltando indo e voltando, até falou assim: Você vai deixar o conforto da sua cama para ficar aqui? Eu não vou dormir sentindo dor, prefiro ficar aqui, se eu tivesse vindo embora eu tinha ganhado esse menino aqui em casa, pois de madrugada apertou.

A chegada na maternidade foi descrita por algumas mulheres como demorada ou pouco acolhedora.

Carla: [falando para a entrevistadora] Você já foi na Maternidade? Aquelas cadeiras lá fora tudo cheio de gente, tudo! Aí minha filha... uma lá, a mulher passando mal e eu fui vendo aquilo, acho que fui ficando mais nervosa vendo a mulher sentindo dor, sabe? Eu vi aquela mulher passando mal lá e eu comecei a ficar mais nervosa. Aí que eu comecei a sentir mais dor! Ah, minha filha... aí eu cheguei na Maternidade era três horas da tarde. Na hora que eu fui entrar pra eles me consultar era seis horas da noite! Fiquei lá fora esperando, aguardando eles me chamar.

Sara: Demorou demais para atender! [...] Eu fui 4h da manhã e fiquei até 8h da manhã sem chamar [...] Deu 9h, deu 10h, sério, deu 10h30 da manhã, aí quando foi 11h, que eu tava na escada sentada e morrendo de dor mesmo, já tinha até estourado a bolsa, tava até saindo água já, eu estava morrendo de dor, aí por coincidência desceu a, como que fala, acho que é a gerente sabe? Desceu lá de cima, ela falou: o quê que eu tava fazendo na escada, que não podia ficar na escada por causa de infecção, né? [...] Ela foi lá dentro e aí que chamou a enfermeira e me colocou lá no quarto, mesmo assim ainda demorou. [...] Tem muita gente pra atender! Deve ser que eles ficaram trocando de plantão e num atendia nada, depois que eu num tava aguentando mais, até passei mal, sabe. Vomitando também. Aí me atendeu e aí depois foi fazer meu parto meio-dia.

Com relação ao segundo eixo, os cuidados do pré-parto e o trato com a dor, as mulheres avaliaram como intensa a dor sentida no momento do pré-parto e durante o parto, tendo variado o tratamento que cada uma recebeu durante os procedimentos.

Elisângela: Cheia de dor, não tinha nem como. Eu queria ficar livre da dor, queria que ela nascesse logo. Ai, nossa, é horrível. [...] Mas aí teve uma hora que eu não aguentei não, aí as médicas começou a vir “taf”, aí pronto, aí eu comecei a gritar, eu falei: “aqui, se vocês não me derem anestesia agora eu vou quebrar esse hospital todo, eu vou morrer agora”, aí rapidinho eles me chamou.

Danila: Ainda não me recuperei psicologicamente [risos]. Ainda tô em recuperação. Minha mente ainda tá meio perturbada. Pai, misericórdia! Não quero passar aquela dor tão cedo. Mais um tempo... esperar mais uns anos, aí a gente vai e passa de novo [...] Falava: “Mas é assim, né?! Você tá com dor, você tem que continuar com dor, até o menino apontar. Tá normal.” Tipo assim, você continua morrendo aí e faz força.

No momento do pré-parto, as entrevistadas relatam não ter recebido cuidados como massagens, banhos e exercícios. Algumas mulheres narram que no ambiente pré-parto viram a bola de pilates e cartazes com propostas de exercícios físicos, por exemplo, mas não tiveram a oportunidade de usá-los por não terem sido orientadas. Outras relataram assistência mais adequada em relação a esses aspectos do pré-parto.

Carla: Cuidaram muito bem de mim. Aí eu entrei, ela falou que era pro meu marido fazer a internação, meu marido foi fazer a internação... E fui tomar banho... E fiquei tomando banho, fiquei na bola... Fiquei num banquinho lá que eles colocam debaixo do chuveiro pra você ficar sentada...

Gisele: Foi muito bom, tinha as senhorinhas lá que ficavam fazendo

massagem, a coisa mais gostosa do mundo.

No caso da realização de exames e acompanhamento da equipe, foi recorrente entre as entrevistadas os incômodos relacionados ao exame de toque, frequentemente feito na presença de profissionais e estudantes que, numa situação de aprendizagem, realizam o procedimento.

Daiane: Nossa, principalmente na hora que eles vão fazer toque, tinha uns que, sei lá, queria furar minha bolsa fazendo o toque, sabe?! Muita violência! E eu falei assim... já fechei a minha mão, já falei “Vou socar sua cara!”, pra evitar.

Elena: Aí elas veio e eu falei: eu não gosto desse toque que vocês fazem na gente. Elas fizeram três toques em mim e a bolsa estourou rapidinho.

No caso das prescrições medicamentosas, o uso da ocitocina e a falta de analgesia foram apontados pelas entrevistadas como pontos de tensão e difícil negociação com os profissionais de saúde.

Entrevistadora: Mas aí você não quis tomar anestesia nesse tempo não?

Sandra: Não, eles não me deram.

Entrevistadora: Mas você pediu?

Sandra: Não. Eu sabia, assim, eu achei que eles me dessem, né, automaticamente, mas me deram anestesia só local. Aí, eu quase morri!

Entrevistadora: Aí você falou que estava com dor?

Sandra: Falei.

Entrevistadora: E o que eles falaram?

Pai: Eles falaram que a anestesia tira a percepção da mãe, por isso que eles não gostam e só dão local mesmo.

Sheila: Aí, mas assim, minha bolsa não estourou, como sempre, minha bolsa eles tiveram que estourar. Aí depois que estourou você sabe como que é, né?!

Batista, C. Gonçalves, L. & Natividade, C. *Assistência ao parto hospitalar em Belo Horizonte: violências presentes e humanização a ser produzida*

Ooooo... pois é. Aí me colocaram naquele... que raiva daquele soro, nossa! Eu achei que ia morrer. Nossa, aquilo aumenta a dor demais, eu achei que não ia dar conta.

A assistência provida pelas doulas foi relatada por algumas mulheres como presente e, em alguns casos, ausente. Apesar da grande importância da intervenção das doulas, já discutida amplamente na literatura científica, a forma qualificada desse tipo de assistência parece ainda um desafio.

Entrevistadora: E você teve doula? [...]

Patrícia: Não... num tive essa mordomia não.

Carla: Aí veio a cuidadora, porque lá na maternidade tem cuidadora, né?

Entrevistadora: E como foi lá?

Carla: Nossa! Foi muito bom, minha filha! Foi Deus que colocou essa cuidadora na minha vida, porque, tirando o tempo que eu fiquei lá fora esperando, na hora que eu entrei lá dentro até que foi bom sabe... Eles me atenderam muito bem!

Entrevistadora: E como que foi, assim, o atendimento... Você falou que essa cuidadora foi muito legal? O que ela fez?

Carla: Ela... Tipo assim... Ela conversava comigo, passava energia boa... Sabe? Nó, falava coisa da vida dela, da casa dela, falando muitas coisas boas. E falou comigo que não era pra eu ficar nervosa, manter a calma, num ficar gritando, porque tinha uns médicos que achava ruim ficar gritando...

Sobre o terceiro eixo, os procedimentos no parto, os relatos mostram que a posição deitada ainda é a mais utilizada e a episiotomia é usual, ambos procedimentos que poderiam ser esclarecidos para as mulheres, negociados ou evitados. Há um desconhecimento por parte das mulheres e companheiros sobre a real necessidade de alguns desses procedimentos.

Carla: Pra ganhar fiquei deitada... Tive que ficar deitada.

Entrevistadora: E eles fizeram aquele corte em você?

Sandra: Fizeram.

Entrevistadora: Eles falaram que iam fazer? Como foi?

Sandra: Ah, eu nem sei. Falou? [pergunta para o marido].

Entrevistadora: Você tava acompanhando?

Sandra: Tava.

Pai: Fez o corte pra facilitar mais.

Entrevistadora: Mas você lembra se eles falaram pra ela?

Pai: Não, não avisa.

No caso do fórceps e da manobra de kristeller, as evidências científicas não recomendam a adoção desses métodos, mas ainda assim foram relatados pelas parturientes.

Sara: Ela falava: “faz força”. Eu fazia... Acho que eu não conseguia muito. Só que aí, ficou os quatro na minha frente assim... tentando fazer o parto sabe? E ficou aquele clima estranho. Aí a mulher veio, uma bem fortona, veio e até subiu assim em cima da barriga, sabe? Eu até achei estranho. E fazia e fazia e disse que para me ajudar, ia ter que fazer assim. “Vou ter que subir em cima dela!” E nada, sabe? E ficou aquele clima estranho lá na frente. Foi muito demorado. Aí ela fazia força e nada, puxava. Aí depois usou é, esse que você falou, o fórceps.

Entrevistadora: Lá no hospital, na hora que você tava tendo ela, chegaram a te explicar porque ia precisar usar o fórceps?

Elisa: Me pegou de surpresa. Eu entrei pra sala de parto, né, aí eu perguntei pra médica assim: vai ser normal? Na hora que eles começam a dar a anestesia, aí eles falou assim: “vai ser normal”, mas se precisar nós vamos fazer cesárea. Aí tá, beleza, tentou fazer o que tinha que fazer, né, falou que ia ser normal, aí não conseguiu, aí o médico pediu a mulher do

lado, a enfermeira que fica do lado, os trem lá, o ferrão lá, minha filha, e enfiou lá dentro.

Entrevistadora: Mas não te falou?

Elisa: Falou não, falou nada.

Juliane: É. Mas aí eu fiquei sentindo contração de sete até meia-noite. Ah, nossa! Foi... e ela não abaixava de jeito nenhum. A médica falava: “vai ter que esperar ela abaixar”, aí eu já tava gritando, já não tava aguentando mais de dor. Aí fui e falei com ela: “estoura a bolsa que eu ouvi uma menina do lado que estourou a bolsa dela e a neném desceu”. Então fui e falei com ela que podia ser isso né... de ser a mesma coisa, aí foi dito e certo. Na hora que ela estourou a bolsa, passou 13 minutos contados, eu gritei e falei: “agora tá nascendo”. Só pode [risadas], que o tanto de dor que tô sentindo, não tem condições não. Ela foi lá e viu que tava nascendo e na hora de ir para a sala lá, de parto, foi muito difícil, eu não tava conseguindo fazer força, ela montou em cima da minha barriga, assim, o que eu achei... eu não conseguia nem respirar e nem fazer a força. Sabe, eu achei... não sei se o procedimento é esse mesmo, mas eu fiquei [...] tô até hoje sentindo dor aqui na barriga, pela força que ela fez com o cotovelo em cima da minha barriga. Eu não conseguia fazer a força e assimilar as duas coisas, as três na verdade, né, que é fazer a força, sentir a dor e a dor dela em cima de mim. Então aí foi muito difícil o parto, não foi fácil não. Acho que tive que fazer umas quinhentas forças, pra poder sair... Depois que fui pro quarto eu já tomei um banho, a enfermeira foi me ajudar a tomar um banho, já consegui levantar, não fiquei tonta... nem nada, tomei um banho e foi tranquilo também. Aí depois que acaba o parto, acaba tudo [risos].

A violência verbal durante o nascimento também estava presente nas narrativas das mulheres ao relatarem reações diversas diante de situações de muita dor, de frases enfáticas como “faça força” ou comentários inapropriados sobre problemas possíveis com a criança na hora do nascimento, caso elas não

seguissem as orientações imperativas da equipe médica.

Cida: Disse que não conseguia segurar e gritava muito, até foi chamada a atenção por uma enfermeira que disse: “Tá pensando que seu bebê vai sair pela boca é? Para de gritar e faz força para baixo!”

Sandra: Ah, eu fiquei assim, acho que pela dor que estava sentindo, veio assim que, que a médica falou comigo que eu fizesse força, que ajudasse, que se eu não ajudasse ela poderia ter hidrocefalia, que fala né?! Que por causa da oxigenação do cérebro... eu fiquei preocupada, na hora eu fiquei assim, eu fiquei desesperada [Sandra começa a chorar ao lembrar da situação].

Sobre o quarto eixo, o acesso às informações e consentimento para as intervenções as entrevistadas narram:

Juliane: Pra tirar a placenta, aí ela teve que subir também, aí tomei uma injeção que eu não sei qual é, no braço... eles não me informaram qual tipo de injeção que seria... e depois eu fiquei de observação...

Danila: Eles falaram assim: “Vamos fazer cesárea, vamos precisar de fazer cesárea agora”, aí foi aplicada aquela anestesia da cesárea na coluna e tal, e já tampou assim, sabe?! Sei lá, foi tipo assustador. [...] Aí tampou, fez aqueles negócios assim, que a gente não vê nada. Pôs e passou aquele trem que dá choque na gente. [...] Porque ninguém explicou que eu tava morrendo ou que eu tava bem, sabe?! Então eu achei que tava morrendo mesmo.

Apenas uma das mulheres, Kelly, relatou que foi informada sobre as intervenções: “A todo momento eles pedem licença e já vão falando o que vão fazer. Tudo que eles iam fazer eles falavam: licença, nós vamos fazer isso assim e assim e tudo eles iam explicando.”

Na perspectiva da humanização do parto e dos dados apontados por várias autoras (Giffin, 1999; Aguiar, 2010; Borba, 2012), em alguns conteúdos há

apontamentos que não foram percebidos nos relatos das mulheres, como adoção do plano de parto, exercícios, massagens, presença de doulas capacitadas que auxiliam as mulheres na espera do parto. De outra forma, relatos de jejum alimentar e de água, lavagem intestinal, permanência no leito de forma a imobilizar a gestante ou restringir sua movimentação não foram encontrados nos relatos das mulheres, apesar de sabermos que ainda persistem em muitos contextos, práticas essas sem evidências sobre sua eficácia ou desnecessárias em muitos casos.

4 Discussão

O acolhimento na maternidade é um tópico importante e de pouca discussão nas produções científicas que tratam da humanização e assistência ao parto. A invisibilidade dessa questão pode demonstrar tanto a desatenção que se tem com a importância do acolhimento em si quanto a centralidade do processo de parto, que está voltada para o momento do nascimento e, de acordo com a nossa cultura vigente, médico-centrada e com foco nos processos fisiológicos. E mais, essa prática de cuidado é permeada pelas perspectivas e intencionalidades dos profissionais e do serviço de saúde (Brasil, 2013). Nessa direção, o acolhimento na maternidade exige uma organização do trabalho e postura dos profissionais que propiciem vínculo no momento da chegada das gestantes, diferentemente da atenção primária, que se constitui no tempo e no território.

Ainda que nos hospitais prevaleçam tecnologias leve-duras e duras, há a necessidade da assistência também pautar-se pela tecnologia leve, ou seja, pela dimensão relacional (Merhy, 1987), ou melhor, pelo trabalho vivo em ato, que é a prática de saúde realizada no encontro. Conforme Franco e Merhy

(2005) têm discutido, há uma dimensão relacional da atenção em saúde crucial para a produção de autonomia das(os) trabalhadoras(es) e usuárias(os) que passa por processos acolhedores, capazes de produção de vínculo, ainda que, classicamente, os hospitais sejam considerados locais transitórios. Entendemos, portanto, que o espaço da recepção e acolhimento das mulheres nos hospitais precisa ser mais explorado na perspectiva da humanização, dadas as experiências negativas relatadas, entre elas a longa espera. Nosso olhar se volta, inevitavelmente, para questionar essa prática de demora no atendimento ao perguntar a que ela se refere, se a aspectos meramente administrativos ou se se relacionam com ideias de que o parto é uma experiência necessariamente dolorosa que as mulheres devem suportar e esperar até que o nascimento aconteça. Esse último aspecto estaria relacionado a um estereótipo de gênero naturalizante e universalizante, sem considerar as várias especificidades das experiências das mulheres. Nesse sentido, entendemos que as longas esperas na recepção dos hospitais se configuram como uma prática de violência estrategicamente evitável, especialmente se esses estereótipos de gênero são trabalhados com as equipes, proporcionando, portanto, a incorporação de tecnologias que propiciem contato, empatia e organização de vínculos humanizadores entre usuárias e equipes administrativas.

Dias e Domingues (2005) têm problematizado, à luz de teorias da análise institucional, a produção da demanda nos serviços de saúde. Historicamente, o modelo flexneriano tecnoassistencial contribuiu para criar, sobretudo na atenção hospitalar, mas com implicações também para baixa e média complexidade, uma assistência pautada em procedimentos e intervenções tecnológicas. Esse paradigma, conforme Franco e Merhy (2005) afirmam,

contribuiu para produzir um imaginário coletivo em torno do que seria uma boa assistência, associada a uma maior utilização desses recursos. Destarte, sobra pouco espaço para o aspecto relacional, na visão dos autores, o mais relevante na produção de saúde e autonomia. Desse modo, a demanda da mulher deve ser escutada, problematizada e reconhecida como legítima para que aconteça o acolhimento, que se constitui como a primeira prática de saúde na chegada à maternidade. Problematizar a demanda passa pela construção desta pela cultura, pela política, pelo serviço e pelos profissionais.

Para além dos aspectos da violência no acolhimento das mulheres na chegada ao hospital, achados de alguns autores apontam que a maior ocorrência de violência obstétrica é no pré-parto, sendo a negligência a mais relatada, acompanhada de grosserias, situações de desconforto e ausência de informação às parturientes. (Borba, 2012). Mais especificamente, Aguiar (2010) aponta brutalidades na realização dos exames e descasos no acompanhamento da equipe, além de prescrições medicamentosas inadequadas tanto na perspectiva de ausência destas quanto no uso abusivo delas.

Nos dados desta pesquisa, chama atenção as experiências relatadas pelas mulheres durante o exame de toque para verificar a dilatação, procedimento rotineiro de controle, contudo, dispensável em algumas situações ou momentos. O rompimento precoce das membranas a ser realizado por vários profissionais de saúde e/ou em diferentes momentos é um ponto que deve ser tratado com atenção. Em contextos de ensino, reconhecemos, certamente, a necessidade da aprendizagem na prática, no entanto, causa estranheza que os profissionais em formação não sejam orientados sobre a delicadeza desses procedimentos, como denotado nos

relatos das mulheres pesquisadas. A aprendizagem deve privilegiar não somente os aspectos técnicos das(os) residentes que necessitam fazer o exame de toque, mas deve contemplar o reconhecimento das pessoas em quem se faz o exame, ou seja, será preciso fazer uma transposição de um ensino mecânico para um humanizado de fato.

Diniz (2005) recorre à OMS para afirmar que o parto, antes de ser compreendido como um procedimento médico-cirúrgico, deve ser compreendido como uma experiência pessoal, familiar e sexual, com isso, os direitos das gestantes referem-se à integridade corporal, à condição de pessoa informada para escolher os procedimentos, além da equidade na assistência, e que esta seja livre de tratamentos degradantes e cruéis. Os relatos retratam uma falha preocupante nesse aspecto e, por mais que possamos conceber as dificuldades dos hospitais gerais que sustentam maternidades, é preciso considerar as especificidades das gestantes em trabalho de parto.

O fato de as mulheres relatarem que não foram orientadas sobre a possibilidade de exercícios, massagens ou banhos para alívio da dor coloca em xeque a não vontade política de propiciar processos de escolha e participação no momento do pré-parto, podendo ser considerado, portanto, um atravessamento de gênero. Ademais, o fato de essas informações estarem nos cartazes, mas não serem repassadas no contato entre as(os) profissionais e as mulheres, demonstra uma lacuna no cuidado cujo efeito é a exclusão e a violência. A humanização só pode ser concebida quando a autonomia das mulheres for garantida; para tal, o acesso a informações é a chave de tal prática. Este parece ser um aspecto de gênero bastante relevante, pois, novamente, o processo do nascimento aparece como uma situação que não necessariamente necessita de

cuidado, pois seria supostamente natural, generalizável, médico-centrado e um tanto quanto solitário.

Ainda sobre as experiências relatadas pelas mulheres no pré-parto, o uso de procedimentos amplamente divulgados como dispensáveis, como o uso da ocitocina e a falta de analgesia, a presença de doulas (também nomeada como cuidadora) sem qualificação ou cumprindo um *script* médico-centrado causa preocupação. Uma leitura possível sobre a negligência à qual as mulheres são submetidas quando solicitam alívio da dor e lhes é negada analgesia passa pela problematização da ideia da maternidade natural e compulsória, aspecto de gênero tão presente em nossa cultura. Segundo Biroli (2018), o chamado pensamento maternal ou maternalismo tem produzido uma visão idílica da família e do papel das mulheres no cuidado, de forma a suspender nossos entendimentos sobre os terrenos de desigualdades que imperam nesse campo. Assim sendo, o maternalismo pode nos ajudar a analisar a forma como vemos as mulheres como fortes no momento do parto e, por isso, com potencial para suportar dores.

O momento do parto é o mais revelador da violência institucional de forma frontal, na medida em que práticas como a manobra de Kristeller, as episiotomias e uso de fórceps ainda hoje são utilizadas sem o conhecimento ou consentimento das mulheres e seus(suas) acompanhantes. Os sentimentos de surpresa, estranheza, desconforto e, acima de tudo, de não participação no processo de parto são relatados pelas mulheres como situações limites e altamente angustiantes. Esse tipo de violência, vivido por causa desse processo de exclusão, aparece como uma forma de violência simbólica, mas pode produzir, certamente, danos psicológicos bastante marcados. Outro tipo de violência relatado, a verbal, acaba por empurrar as

mulheres a lugares de assujeitamento, compondo, portanto, um sistema de violência psicológica cujos desdobramentos nem sempre são possíveis de serem identificados no momento pós-parto, mas certamente com potenciais negativos de influência nas subjetividades das mulheres em médio e longo prazos. Nesse sentido, pesquisas futuras serão necessárias para identificar os efeitos dessas experiências nas vidas das mulheres, das crianças e da comunidade como um todo.

Um aspecto positivo nos relatos das experiências de parto foi a participação de pessoa da escolha das mulheres para acompanhá-las nesse momento. Outro dado que muito chama a atenção, em termos psicológicos, é o movimento de reorganização da experiência de violência no parto, que nem sempre é significada dessa forma ou, pelo menos, é transposta para outros sistemas de significados. Trata-se da ideia impressa em vários relatos de que quando acaba o parto e o bebê se apresenta saudável e bem tudo está (foi) certo. Esse aspecto, que poderíamos considerar altamente psicológico, pode estar ligado às construções tradicionais de gênero, pois as mulheres, após o parto, se voltariam de forma total para os cuidados do bebê, ocupando-se, portanto, exclusivamente com a amamentação, higiene, vacinas e outros procedimentos mais ou menos padronizados de cuidado. No entanto, cabe chamar atenção para essas experiências de violência sofrida no parto, que mesmo não sendo significadas nesse momento podem resistir na invisibilidade e influenciar relações e a própria vida das mulheres.

Outro aspecto dos dados da pesquisa revela a lacuna entre a atenção primária à saúde e a maternidade. Tal aspecto é um grande desafio na saúde das mulheres e crianças, requerendo aproximações e estreitamentos na atenção ao processo de nascimento que envolve,

por exemplo, a utilização do Plano de Parto, instrumento utilizado na atenção básica. Assim, as práticas profissionais continuam enquadradas, ainda, em um modelo centrado em procedimentos hospitalares, distanciando-se da efetivação de uma assistência individualizada focada nas necessidades das mulheres e, portanto, humanizada.

Por fim, corroboramos os apontamentos de Dias e Domingues (2005), que retratam a necessidade de reorganização da assistência hospitalar ao parto sem intervenções desnecessárias, que permita mais autonomia da mulher, sua fisiologia e sua cultura, e respeitem o Plano de Parto, além de apontar uma dificuldade de mudar as rotinas de trabalho que atualmente encaixam o trabalho de parto na dinâmica da instituição exercendo um controle sobre esse processo, inclusive medicalizando-o. O modo de organização do serviço, a adesão dos gestores e a capacitação dos profissionais impactam diretamente a implantação da humanização do parto

5 Considerações finais

Ainda que outras(os) autoras(es) não tenham localizado as questões de gênero como uma importante força de captura e produção de trabalho morto (Merhy, 2002), a partir desta pesquisa, percebemos que os estereótipos de gênero, incluindo leituras hegemônicas cristalizadas sobre a maternidade, tendem a produzir processos padronizados e limitados de assistência às mulheres no momento do parto.

Historicamente, as práticas de promoção de saúde das mulheres voltam-se para o sistema reprodutor feminino, e as políticas de humanização reforçam um estereótipo de gênero de que o que define a mulher é a maternidade e, por isso, trata pouco as relações de poder em torno da questão. Estamos então apontando que as concepções de humanização do parto

retratam bastante sobre a autonomia e empoderamento da mulher no processo de gestação, parto e puerpério, mas não desvenda os mecanismos de gênero incorporados nas relações entre profissionais de saúde e as mulheres, especialmente os relacionados com a naturalização do parto numa concepção essencialista, ou seja, que é determinada por uma experiência universalizável ligada ao sofrimento e, ao mesmo tempo, alívio e redenção.

A violência no parto não está nomeada pelas mulheres nos dados da pesquisa como tal, no entanto, isso não significa que ela esteja ausente ou que não aconteça. Importante notar que a violência guarda interface com as desigualdades de gênero também invisibilizadas para as mulheres e profissionais da assistência. Ademais, é possível verificar que a violência sofre uma espécie de borramento em sua nitidez quando as mulheres se voltam para as(os) filhas(os) e, numa posição exclusiva de cuidados com a prole, não a levam em conta ou a “esquecem”. Contudo, isso não significa que a violência não tenha causado danos e que opera como experiência marcante nas subjetividades das mulheres. Esse último aspecto não está acessível nos dados da pesquisa e, por isso, estudos futuros são necessários, mesmo porque as experiências de violências não nomeadas podem se manter como componentes tóxicos nos relacionamentos.

O entendimento do fenômeno vivenciado pelas mulheres de tornarem-se mães deve ser analisado de forma múltipla, plural e diversa, já que assim o são as mulheres, especialmente se vistas com os atravessamentos de raça, classe, geração, territorialidade, entre outros. Por isso, é necessário que as políticas públicas para a melhoria e humanização do parto modifiquem o modelo vigente e que, assim, tanto busquem estratégias que ofereçam uma nova dimensão à intensa

Batista, C. Gonçalves, L. & Natividade, C. *Assistência ao parto hospitalar em Belo Horizonte: violências presentes e humanização a ser produzida*

medicalização do nascimento e o excesso de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto quanto tematizem as desigualdades de poder existentes e que se mantêm por meio de práticas baseadas nas ideias do materialismo, da maternidade compulsória e da homogeneização das experiências das mulheres.

Referências

- Aguiar, J. M., D'Oliveira A. F. P. L., & Schaiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 29(11). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6SwS6DJkY6XFtk3fs/abstract/?lang=pt>.
- Aguiar, J. M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo.
- Biroli, F. (2018). *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo.
- Borba, C. (2012). *A violência institucional durante a parturição*. Monografia de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. (2013). *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Editora MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2000). *Programa de humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília.
- Diniz, C. S. G. (2005). *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. *Ciência e saúde coletiva*, 10(3), 627-637.
- D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (1999). Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In K. M. Giffin (Org.). *Questões da saúde reprodutiva* (pp. 337-355). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fundação Perseu Abramo. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto*. Recuperado de <http://www.fpabramo.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>.
- Giffin, K. M. (Org.). (1999). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gradim, C. V. C., Rennó, G. M., Ribeiro, M. E., Pacheco, T. C. de M. P., & Salles, T. A. (2017). Violência no parto: revisão integrativa, *Revista de enfermagem*, 11(3), 1299-308. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13506>.
- Maia, M. B. (2010). *Humanização do parto: política pública*,

Batista, C. Gonçalves, L. & Natividade, C. *Assistência ao parto hospitalar em Belo Horizonte: violências presentes e humanização a ser produzida*

- comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Merhy, E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (3ª ed.). São Paulo: Editora Hucitec (Saúde em Debate, 145).
- Minayo, M. C. S. (1994). *Violência social sob a perspectiva da saúde pública*. Caderno de Saúde Pública, 10(1), S7-S18. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/abstract/?lang=pt>.
- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(3), 651-657.
- Natividade, C., Gonçalves, L., & Batista, C. B. (2016). A (des)conhecida violência no parto. In Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais – CRP-MG. Comissão Mulheres e Questões de Gênero. *Olhares e fazeres das mulheres nas Gerais*. Belo Horizonte: CRP-MG.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2007). *Gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido: guia para a prática fundamental*. São Paulo: Rocca, 1 v. Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde)
- no atendimento ao parto normal. Recuperado de <http://www.partodoprincipio.com.br>.
- Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M., & Barros, V. A. (2007). “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de história de vida. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 1(1), 25-35. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/6224>.
- Teixeira, N. Z. F., & Pereira, W. R. (2006). Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 740-744. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/B3q4CSv5xmTpFmT7Lw54Hck/abstract/?lang=pt>.
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde soc.*, 17(3), 138-151.

Recebido em: 1º/12/2018

Aceito em: 20/6/2022



A revista PPP está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)