

PARTO, MERCADO E VIOLÊNCIA – UMA ANÁLISE DISCURSIVA

Rannife Augusta Carvalho Mastub de Oliveira¹

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar os discursos que permeiam o parto, procedimento que se tornou um evento médico, restrito ao ambiente hospitalar, com práticas e procedimentos que alienaram a mulher do processo, tornando-a uma coadjuvante. O referencial teórico para análise será Foucault que explana como se constroem as diversas categorias de análises discursivas, entre elas, o discurso médico, que é um discurso de poder e de legitimação do contexto histórico atual mercadológico, padronizado. Também fará parte da composição bibliográfica, Eni Orlandi que tece sobre a política de silenciamento, um tópico importante para falar das mulheres vítimas de violência no parto. Para as considerações finais do artigo, faz-se uma reflexão sobre até que ponto esses discursos se baseiam realmente em evidências científicas ou estão apenas legitimando ideologias e violências.

Palavras-Chave: Parto; Violência; Discurso

ABSTRACT

The present article seeks to analyze discourses about the childbirth that became a medical event, confined the hospital, as part of a series of practices and procedures that alienate and marginalize women from the process. The theoretical reference of the analysis will be Foucault, who explains how to construct many categories of discourse analysis: such as the medical speech, which is a power speech that sustains the current historical context of market, standardized and clichéd. Eni Orlandi, who writes about the politic of silence, an important topic that relates to women victims of violence during pregnancy, will also be part of the theoretical basis of this work To conclude the article, a reflection will be proposed, about to what extent these discourses are based on scientific evidence and to what extent are they only legitimizing ideologies and violence.

Key-words: Childbirth; Violence; Discourse

Introdução

O cenário do parto não é mais a casa em que a gestante vive, e nem quem assiste o parto é uma parteira. Na atualidade, se nasce em um hospital, muitas vezes com uma série de procedimentos invasivos, seguidos da argumentação de que são necessários para assegurar a saúde da mulher e da criança, argumentação essa que não se sustenta de acordo com as novas evidências científicas e as indicações da Organização Mundial de Saúde – OMS (BARBOZA; MOTA, 2016; SANTOS; SOUZA, 2015).

¹ Estuda mestrado em Letras: Linguagem e Identidade na Universidade Federal do Acre, especialista em Psicologia Junguiana pela Faculdade de Ciências da Saúde, Graduada em Psicologia pela Faculdade da Amazônia Ocidental e Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Acre. Atua como psicóloga no Instituto Federal de educação, Ciência e Tecnologia do Acre – IFAC.

Santos e Souza (2015) falam sobre as diversas práticas realizadas rotineiramente por profissionais de saúde que são contestadas pela OMS por serem prejudiciais e ineficazes. Além de atrapalhar a fisiologia do parto, esses procedimentos são realizados sem os devidos esclarecimentos a parturiente e sem seu consentimento. Entre os exemplos citados, Santos e Souza (2015) falam do excessivo uso de toques vaginais, feitos por mais de um examinador e em intervalos curtos. O procedimento prejudica a evolução do parto e causa edema na vulva; outra técnica aplicada de forma inadequada é a episiotomia – corte no períneo para acelerar a descida do bebê. As evidências científicas não sustentam essa prática que utilizada indiscriminadamente pode ocasionar hemorragia, edema e lesão perineal. A utilização da ocitocina sintética para acelerar as contrações também envolve riscos, tem como resultado mais frequente o sofrimento fetal agudo (SANTOS; SOUZA, 2015).

Outra forma de nascer é pela via cirúrgica, conhecida como cesárea. Quando bem indicada salva vidas, tanto a da mãe quanto a vida do bebê. Contudo, as indicações para cesárea são injustificadas, atendendo a uma logística médica de agendamentos e receios por parte da gestante (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Nascer, portanto, tornou-se um evento hospitalar e isso é considerado, por muitas pessoas, como natural ou normal. Não se questiona se sempre foi assim, ou se poderia ser diferente. Embora haja uma campanha do governo e dos movimentos de mulheres e grupos humanizados que buscam por um parto humanizado, ainda é predominante o discurso da cesárea eletiva e de procedimentos de rotina para o parto normal hospitalar que ocasionam sofrimento e controle sobre o corpo da mulher.

Parto e mercado

De acordo com pesquisa realizada pela Fiocruz “nascer no Brasil”² revela-se que a taxa de prematuridade no Brasil é duas vezes superior a outros países da Europa, cesarianas chegam a 59 % no setor público e a quase 90% no setor privado.

O que podemos constatar dessa pesquisa é que a despeito do discurso dos benefícios de um parto normal, a cesárea é a via predominante de nascimento das crianças brasileiras, tanto no setor privado quanto no público. Não precisa cogitar se

² Em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/41005>. Acesso em 16/05/2017.

isso ocorre por um desejo da mulher, ou por recomendação do obstetra, existe por trás dessa estatística uma ligação com a nossa contemporaneidade, com nossa sociedade líquida.

O conceito de sociedade líquida é do sociólogo polonês Zigmunt Bauman (2001) que utiliza o termo líquido como uma metáfora da modernidade que vê no tempo sua fluidez, seu dinamismo. Pensar uma sociedade líquida é pensar uma sociedade presa às angústias do tempo, presa pelas várias possibilidades, cada uma mais atraente que outra e pouco tempo para escolhas, por isso, a pressa pelos bons resultados e comodidades que se naturalizou em tempos líquidos.

A sociedade de consumo, capitalista, preocupa-se com o tempo, com a velocidade de tempo, com a perda de tempo. As cesáreas passaram a compor o que chamaríamos de uma indústria do parto. Calcula-se a data provável do parto, agenda-se a cesárea e tudo fica resolvido, em pouco tempo, o bebê nasce e o médico pode realizar outra cirurgia e ainda encontrar tempo para atender as suas pacientes no consultório. O que não ocorre em um parto normal que pode levar horas como o relato a seguir:

Pois bem, já no hospital e ainda sozinha, pois a sala de pré-parto conjunta não permitia acompanhantes, as horas passavam, as dores pioravam e vez após vez entravam algum doutor para fazer o exame de toque com Maria deitada em seu leito. Maria já nem se lembra de quantos exames de toque foram feitos (e ela acredita que a equipe era predominantemente composta por “estudantes”) quando de repente, ela começou a sentir vontade de fazer a tal força pra bebê nascer e... nada. E a orientação que recebia era de que fizesse bastante força cada vez que viesse a vontade. E entre uma contração e outra era feito o exame de toque, mas não tinha dilatação. Os médicos a orientavam a fazer mais e mais força, pois ela precisava dilatar tudo para bebê sair. Assim as horas se seguiram. Dez horas, onze horas, doze horas e Maria quase já não tinha mais força em meio às dores e puxos naquela sala de pré-parto junto de outras tantas gestantes que ela nem lembra mais quantas eram. E, por fim, alguém aparece com a solução: “Olha, você já está aqui há doze horas e só dilatou quatro dedos até agora. Isso quer dizer que não vai mais dilatar e é melhor fazer cesárea”. Já sem forças, sozinha e sofrendo muito, Maria aceitou a melhor proposta de sua vida!!³

A primeira questão é por que Maria não conseguiu parir? E a segunda questão, será que Maria precisava de uma cesárea? Um dos grandes mitos que levam uma mulher a cesárea é a falta de dilatação. Uma mulher fica internada dias e não dilata. No caso de Maria, a equipe ainda pediu que fizesse força. Uma equipe preparada, e conhecedora da

³ Disponível em: <http://www.maesaudavel.com.br/parto/falta-de-dilatacao-mito-ou-verdade/>. Acesso em 16/05/2017.

fisiologia do parto, sabe que uma mulher só pode fazer força depois que a dilatação está completa (BALASKAS,[s.d]). Fazer força antes disso pode causar danos ao períneo, e levar a mulher à exaustão, além disso, se a mulher não está em um ambiente acolhedor e que passe segurança emocional, ela não dilata, a dilatação envolve questões emocionais (ODENT, 2000). Assim, uma equipe melhor preparada para assistir ao parto poderia evitar que a parturiente fosse encaminhada para uma cesárea desnecessária.

O que podemos ver nesse relato é que falta às equipes de assistência ao parto um trabalho de humanização para atender a parturiente, somada a isso, falta atualização nos procedimentos de parto. Importante enfatizar que o depoimento narrado não pode ser generalizado, contudo, o parto normal que ocorre no Brasil está muito longe de ser humanizado, basta olhar o resultado da pesquisa da Fiocruz sobre nascer no Brasil⁴ em que se constatou que práticas consideradas como intervenções desnecessárias e como formas de violência são comuns. A episiotomia, por exemplo, ocorre em 56% dos partos realizados no Brasil. A manobra de Kristeller está presente em 37% dos partos.

O discurso médico é uma linguagem de poder, de dominação. Diante desse tipo de construção discursiva, a única forma de se contrapor é desconstruir, questionar, debater, perguntar. Por que cesárea? Por que parto normal?

Vivemos sob o constructo de uma cultura patriarcal, cultura que influenciou várias narrativas discursivas, entre elas, o discurso médico que tem a atenção voltada para o controle do corpo da mulher. Além da cultura patriarcal, o sistema é capitalista e a sociedade é consumista, as relações são mercadológicas e o parto, portanto, faz parte dessas relações de mercado, não seria absurdo dizer que o parto tornou-se uma indústria.

Um dos resultados do discurso médico é a submissão da mulher. Nesse sentido, não faz muita diferença que ocorra uma cesárea ou um parto normal, o médico não assiste, ele intervém. O protagonismo da mulher foi retirado. O discurso predominante é o de que a mulher não está pronta para parir. E, afinal, a mulher está pronta? A mulher moderna da cultura ocidental e racional precisa de uma assistência humanizada de parto. É uma construção. Para recuperar o protagonismo, a parturiente precisa de esclarecimentos sobre a fisiologia do parto, precisa de apoio, de conforto e segurança emocional (ODENT, 2000).

⁴ Em <https://fortissima.com.br/2016/09/05/parto-com-respeito-entenda-a-violencia-obstetrica-no-brasil-14826379/>. Acessado em 17/07/2017.

Há diversas modalidades de parto. A modalidade mais polêmica é o parto domiciliar humanizado. Há um parecer do Conselho Federal de Medicina (2010)⁵ que recomenda por “segurança” que os partos ocorram em ambiente hospitalar, embora a “autonomia do médico e da paciente seja respeitada”. De acordo com o parecer, o uso da tecnologia juntamente com a taxa de mortalidade (0,2% em partos domiciliares, uma proporção de 32 mortes em 16.500 nascimentos comparados a 0,9% em partos hospitalares, 32 mortes em 33.302 partos) são os principais argumentos para a realização do parto em hospitais. Contudo, enfermeiras que realizaram partos domiciliares afirmam que o lar traz elementos importantes para o protagonismo da mulher, para uma melhor vinculação entre mãe e bebê, bem como a participação da família no processo, e considerando os riscos, mulheres em gestação de baixo risco em todo processo poderiam realizar o parto fora do hospital (FRANK & PELLOSO, 2013). Além disso, tanto o Ministério da Saúde, através da Rede de Humanização do SUS (ANDRADE & LIMA, 2014) como a Organização Mundial de Saúde (AMORIM, 2014) não proibem o parto domiciliar, para o primeiro, o parto domiciliar é uma alternativa para as mulheres que assim desejarem desde que não haja fatores de risco, para o segundo, as mulheres têm total liberdade de escolha desde que sejam assistidas por profissionais habilitados: médicos, enfermeiras obstétricas, e parteiras, tendo em vista uma gestação de baixo risco e um plano de contingência para uma possível transferência hospitalar. Em um estudo realizado, Andrade & Lima (2014) colocam que:

Uma metanálise sobre a segurança do parto domiciliar planejado com o apoio de um hospital de referência, comparado com o parto hospitalar planejado, incluindo estudos observacionais com amostra de 24.092 mulheres, mostrou que o parto domiciliar é seguro e associado a uma menor frequência de indução, estimulação, episiotomia, parto vaginal operatório, cesariana, menor frequência de baixos escores de Apgar e lacerações graves, quando as mulheres são adequadamente selecionadas e assistidas por profissionais habilitados. Não houve diferença na mortalidade perinatal (ANDRADE & LIMA, 2014, p.33).

Parir é como fazer sexo, exige privacidade, estar do lado das pessoas que ama e confiar no processo, foi o que constatou o obstetra francês Michel Odent (2000) que pesquisou a fisiologia do parto pelas diversas culturas existentes no mundo. De acordo com Odent (2000), para parir a mulher precisa liberar certo coquetel de hormônios. São

⁵ Disponível em <http://portal.cfm.org.br>.

chamados de hormônios do amor: um deles é a ocitocina, hormônio que está presente no ato sexual, na lactação e também no parto. É a ocitocina que estimula a dilatação do colo do útero. Em trabalho de parto, a parte mais ativa do corpo da mulher é o cérebro primitivo, ou seja, as estruturas mais antigas do cérebro: hipotálamo, glândula pituitária. Quando ocorrem inibições nesse processo, qualquer interferência ativa a “parte racional”, conhecida como neocórtex.

Ao ter conhecimento disso, Odent (2000) esclarece que as equipes que atendem mulheres em trabalho de parto devem evitar qualquer estimulação neocortical, para não interferir no processo de parto, como a linguagem racional (perguntas, questionamentos), evitar a presença de luz forte e acolher a mulher para que esta não tenha a sensação de estar sendo observada ou sentir-se ameaçada. Qualquer tensão é um passo para cessar o processo de parto, uma vez que inibe a ocitocina, interrompendo a dilatação, e estimula a adrenalina, o hormônio do stress. A mulher precisa, portanto, sentir-se segura.

Os cuidados são necessários também para o recém-nascido. Leboyer (1981) trouxe à luz das discussões a importância de quebrar o paradigma do bebê que chora como algo normal, substituindo a normalidade pela empatia, pois o bebê é uma pessoa que sente e sofre. Leboyer revolucionou o cenário do parto e muitas das práticas do parto leboyer são adotadas em um parto humanizado: pouca luz no parto, a equipe não fala, o silêncio é importante, cortar o cordão umbilical só quando para de pulsar, o bebê ao nascer é colocado imediatamente de bruços no corpo da mãe para sentir o seu cheiro e sentir a pele de seu corpo. Esses pequenos gestos estimulam o vínculo mãe-bebê e favorecem um nascimento respeitoso (LEBOYER, 1981).

O discurso médico

A medicina se fundamentou em um discurso. O discurso da doença, do risco de morte, o perigo. Gestar uma criança e parir se tornou risco de morte. O risco é a regra, em vez de exceção. Conforme Foucault (2004), discursos como o da medicina se fundamentam em organizações de conceitos que formam temas ou teorias que se distribuem na história, com um determinismo que as encadeia, as torna inevitáveis. Assim a propriedade do discurso, ou seja, o direito de falar, a competência para, o

discurso convertido em decisões, instituições ou práticas compete a um grupo determinado de indivíduos.

No caso da medicina, compete ao médico estabelecer o discurso das práticas de parto, do controle e procedimentos. No entanto, esquece-se que existem interesses que não aparecem no discurso médico, os quais estão ligados ao lucro, a um efeito mercadológico da profissão médica e também a uma enorme demanda de partos que ocorrem no Brasil com maternidades lotadas e sem vagas.

Nessas condições, o tempo para dar conta de um parto, e para vida, é fluida, como diria Bauman (2001). Há soluções para essa demanda, uma delas seria a utilização de enfermeiras obstétricas para a realização dos partos de baixo risco e a mudança de cenário dos hospitais para o lar em partos de risco habitual, os médicos ficariam responsáveis pelas gestações de alto risco que envolve a realização das cesarianas. Em países como França e Inglaterra quem realizam os partos de baixo risco são enfermeiras obstétricas ou parteiras especializadas, as *midwives*⁶.

O olhar médico sobre a temática do parto envolve questões de poder e sexualidade. Outro tema, que é bem delicado em nossa sociedade com resquícios vitorianos, é que o parto é um evento sexual como bem explicado por Odent (2000) em sua obra, *A Cientificação do Amor*. Os gritos, os gemidos, a entrega feminina ao processo é extremamente catártico, erótico, prazeroso. Parece que a maioria das medidas profiláticas realizados para a aceleração do parto e os procedimentos invasivos tenta coibir o empoderamento feminino. Para Gutman (2013), assim que uma parturiente entra no hospital são colocadas regras de horários, tempo e posições. A mãe é medida, medicada, analisada e despersonalizada, e por ser despersonalizada, torna-se difícil para a mãe apropriar-se do processo.

Tornquist (2002) coloca que a crítica feita ao modelo tecnocrático de atendimento ao parto se dá por duas razões: a primeira é de que não se trata de um evento patológico, mas existencial e social, associada à vida e sexualidade da mulher e em segundo lugar, pela introdução de procedimentos ‘antinaturais’ que afastam a mãe e o bebê do processo. Gutman (2012, 2013) fala que o parto é um processo natural, pertencente à vida sexual e emocional da mulher, para Gutman o parto é um dos eventos

⁶ <http://pt.rfi.fr/geral/20150108-veja-por-que-franca-tem-um-dos-menores-indices-de-cesareas-da-europa>, acesso em 26/06/2017 e <http://www.brasileiraspelomundo.com/inglaterra-gravidez-e-pre-natal-251316337>, acesso em 26/06/2017.

sexuais mais importantes da vida da mulher. Contudo, a institucionalização do parto criou uma banalização e generalização de práticas de um atendimento massificado que cresceram a despeito do corpo e das emoções da mãe. Foucault (2009) fala de procedimentos de exclusão. O mais familiar entre eles é a interdição:

Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstancia, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa. Tabu do objeto, ritual da circunstancia, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala: temos aí o jogo de três tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam, formando uma grade complexa que não cessa de se modificar. (FOUCAULT, 2009, p.9)

Ele constatará que as regiões em que essas discussões são mais cerradas são dentro da temática da sexualidade e da política. Para Foucault (2009), o discurso nunca é pouca coisa. Há sempre uma ligação com o desejo e o poder.

De acordo com Foucault (2012), a repressão foi desde a época clássica o fio que ligou sexualidade, poder e saber. A sexualidade é reprimida, silenciada. Falar dela é transgressão. Por trás do discurso da doença, há relações de poder que se sustentam pelo controle, pelo discurso. O parto é um evento sexual, um momento que deveria ser de empoderamento feminino, de conexão, de poder feminino.

Historicamente, as instituições, que lidam com a atenção a saúde e corpo da mulher, se construíram na cultura patriarcal através do discurso e do controle do corpo feminino. O corpo feminino foi objeto de controle da medicina e da igreja. Isso envolvia a total centralização de saberes tradicionais, perseguição a curandeiras e benzedeadas.

No período colonial, todo conhecimento médico sobre o corpo feminino se referia a reprodução, e tudo que se referia ao útero, que chamavam de “madre”, e o seu funcionamento. A documentação sobre os estudos do útero tem o olhar masculino, patriarcal, que instrumentalizava a ciência para legitimar a cultura patriarcal de domínio do corpo da mulher (PRIORI, 1997).

Um dos procedimentos comuns no Brasil colônia dos séculos XVII e XVIII era a sangria. Até meados do século XIX, a medicina entendia que “os males femininos” decorriam do desequilíbrio de humores. E esse procedimento era muito comum em partos. As sangrias eram realizadas durante os partos, “as parturientes eram sangradas

no intuito de se prevenir a febre e a perda de sangue que poderia ocorrer por causa de seus esforços ao dar à luz” (PRIORI, 1997, p.98).

O processo fisiológico do parto já envolve uma perda sanguínea considerável, algo que era desconhecido para os médicos daquela época. De acordo com o texto (PRIORI, 1997), a grávida ainda era submetida a três sangrias durante o período gestacional. Podemos deduzir quantas mortes maternas aconteceram por tais procedimentos. Ocorriam mortes por esgotamento, espasmos, convulsões. Embora seja difícil decidir o que era pior, os médicos do período acreditavam que as hemorragias eram frutos de pecados cometidos pela mulher. Não havia ainda o conhecimento da ruptura de cordão umbilical, placenta prévia e eclampsia.

Os sintomas eram frutos da “natureza feminina”, não precisa detalhar que a nossa cultura sofreu uma enorme influência religiosa judaico-cristã, a mulher sob esse olhar foi a causadora do pecado original sendo influenciada por uma serpente. Embora tudo não passe de uma metáfora, ainda há fundamentalistas cristãos que acreditam literalmente nessa narrativa. No período colonial, até os médicos aderiam a essas crenças que comprometiam o olhar sobre o que realmente estava acontecendo com as mulheres no parto.

De acordo com o obstetra Brauzio Zorzella (2016), no início do século XX, houve grandes avanços na medicina, na área de obstetrícia, com cinco grandes pontos: a invenção do antibiótico, a criação das vacinas, a melhora no saneamento básico, a invenção das cirurgias (a cesárea está inclusa e a anestesia).

Juntamente com a intervenção cirúrgica, os cientistas começaram a estudar procedimentos que poderiam ajudar a intervir no parto normal. E dentro desse contexto, Zorzella (2016) pontua que surgiram dois paradigmas: “quanto mais rápido, melhor” e “quanto mais limpo, melhor”. Isso porque nos séculos anteriores os bebês morriam de hipóxia⁷, prematuridade ou de algum problema ocasionado pelo próprio parto e as mães morriam de hemorragia, eclâmpsia entre outros.

A solução encontrada para sanar essas estatísticas foi: quanto à prematuridade, pensou-se em tratar as infecções, tratar o saneamento e utilizar os antibióticos, essas medidas entram no paradigma do “quanto mais limpo, melhor”. Os bebês que nascem prematuros precisam de Unidades de Tratamento Intensivo – UTI’s e incubadoras,

⁷ Significa baixa concentração de oxigênio.

nessas áreas, os bebês ficam isolados. O ambiente tem que ser limpo e a entrada restrita somente aos pais. Os outros problemas: hipóxia, tocotraumatismo⁸, falta de oxigênio, se resolviam ou com a cesárea, ou quando pela via de parto normal criaram-se procedimentos de aceleração do parto para eliminar os riscos: rompimento da bolsa, utilização de ocitocina sintética, parto com fórceps, fazer a manobra mecânica de empurrar a barriga da gestante para a criança nascer (manobra de kristeller).

Zorzella (2016) coloca, contudo, que nesse período, a medicina ainda não detinha o estudo de avaliar se realmente esses procedimentos eram vantajosos para o parto normal, pois a ciência ainda partia de dados observáveis: era perceptível que na natureza um parto rápido era sinônimo de sucesso, e um parto demorado, sinônimo de problema. Atualmente, com os estudos com vários grupos de mulheres detectam-se muitos problemas com esses procedimentos. Para Zorzella (2016), com os estudos foi possível perceber que a aceleração do parto leva a hipóxia, que o uso de ocitocina aumenta o número de contrações dificultando o transporte de oxigênio da placenta para o bebê e que a chamada manobra de kristeller aumenta a pressão intracraniana da criança podendo causar lesão cerebral, edema hemorrágico ou AVC.

Esse modelo de intervenções médicas tem um suporte institucional, Foucault (2009) diz que esses sistemas de exclusão apoiam, reforçam e são conduzidos por um conjunto de práticas, no caso, podemos citar as próprias formações das faculdades de medicina ainda muito tradicionais, sem um olhar com compromisso social e de entender o ser humano como um ser biopsicossocial. Rios e Sirino (2015) apontam a necessidade de inserir a humanização no ensino da prática médica como parte de suas ações, na prática docente e dentro da cultura institucional. As práticas ainda estão arraigadas dentro dos hospitais, engessando os novos profissionais que vão entrando. Faltam trabalhos e discussões pela humanização dos atendimentos e até a mudança do paradigma da doença para a prevenção.

É necessária uma mudança do olhar médico para as partes e ver o sujeito que está atendendo como um sujeito integral. Além disso, a sociedade ainda projeta um suposto saber ao médico, para Foucault (2009) o saber é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído. Assim, ele conclui que essa vontade de verdade

⁸ Significa traumatismo relacionado ao parto, sofrido ou pela mãe ou pelo bebê.

exerce sobre outros discursos uma pressão e coerção, pois buscam apoio no “verdadeiro”, na ciência e assume estatuto de verdade.

Essas intervenções estão sendo questionadas pelos movimentos de parto humanizado. O parto humanizado ainda é visto com muita desconfiança pela classe tradicional médica, pois é um movimento que busca o protagonismo da mulher, uma medicina baseada em evidências e a participação de equipe multidisciplinar. O discurso médico começa a ser questionado e outros personagens adentram o cenário do parto. A mulher não é mais coadjuvante, é ela que tem que parir e vivenciar aquele momento; a equipe de assistência tem que ser humanizada, assistir ao parto e não executá-lo. É algo que vem sendo construído no cenário brasileiro, lentamente, pelos movimentos que lutam por um parto humanizado, podemos acompanhar esse histórico desde os anos 70 com o surgimento dos primeiros profissionais dissidentes, passando pela década de 80 em que surgem os primeiros grupos pela humanização do parto, finalmente, em 1993 é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento- REHUNA e culmina com a adesão do Governo em 2000, com o Programa de Humanização, nessa época há uma consolidação dos movimentos de humanização pela América Latina (DINIZ, 2005).

Parto e violência

Ainda é possível ver uma série de violências perpetuadas à mulher em um momento de extrema fragilidade e não é incomum serem veiculadas notícias retratando abusos que as mulheres sofrem no momento de parto, pré-parto, como será citado. A seguir, o depoimento de uma estudante de medicina para um jornal conhecido:

Menina de 16 anos⁹, grávida pela primeira vez, chega à maternidade, com contrações ritmadas e sete centímetros de dilatação. Não se queixava de dores fortes, apenas desconforto e certo cansaço. Andamos pelos corredores, do lado de fora da sala do pré-parto, das 23h até meia-noite.

Tudo corria bem, eu fazia massagens na sua região lombar quando, de repente, a médica plantonista apareceu no local para atender outra paciente que estava na mesma sala, já que não há pré-parto individual. Ignorando o meu relato de que a paciente estava evoluindo super bem **prescreveu ocitocina*** (hormônio usado para estimular as contrações) diretamente no soro, sem uso de bomba de infusão, a correr, sem um controle preciso do número de gotas, **apesar de a paciente e a mãe dela terem dito que não queriam.**

⁹ Os grifos, em toda a citação, são meus para destacar as diversas formas de violência sofrida em um parto.

“A obstetra aqui sou eu!”, disse.

A paciente começou a sentir contrações dolorosas, ficando impossibilitada de caminhar.

A obstetra mandou ela se deitar na cama, para novo exame de toque, dizendo “Ah, você está fazendo é fiasco!” e **rompeu a bolsa** da parturiente. Líquido claro. Os batimentos cardíacos do bebê estavam ótimos, eu captava com o sonar a cada dez minutos, preocupada com tanta ocitocina. Eu tentava argumentar com a obstetra: “Dra, ela estava com contrações efetivas, ritmadas.” Mas ouvi: “Agora são meia-noite e meia. Vamos acabar com isso já!” E repetiu a pérola: “Quem é a obstetra aqui? É tu?”

Bom, lá pelas duas da manhã, a paciente já estava com dilatação total, mas o bebê ainda estava alto. E a “**Dra**” **tascou outro soro com ocitocina na moça**, sob protestos da paciente, da mãe, que era sua acompanhante, e meus. Na sequência **levei uma super bronca porque deixei a paciente beber água**.

Bom, quando o bebê desceu e estava quase nascendo, a doutora, com gestos rudes, fez a paciente levantar-se do leito e me pediu para levá-la para a sala de parto, a cerca de dez metros dali. Disse para eu me paramentar, porque seria eu que daria assistência àquele parto. Minha colega estagiária, também interna, fazia o acompanhamento dos batimentos cardíacos do bebê que estavam ótimos, em 140 por minuto, e **posicionamos a paciente deitada, em litotomia**. A cabeça do bebê vinha descendo lentamente, mas descia. Os batimentos do bebê continuavam excelentes. Mas a obstetra, impaciente, **gritou para minha colega realizar manobra de Kristeller*** (manobra proibida, por ser perigosa para mãe e bebê, que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê). Ela se negou e eu disse para ela que nós não realizávamos aquilo. A médica brigou conosco, xingou todo mundo e mandou a enfermeira subir na escadinha e fazer. A enfermeira quase montou na paciente, que berrava para que parassem. **A menina dizia que doía muito e que não conseguia respirar**.

“**Cala a boca!**”, **gritou a obstetra. E subiu na paciente também**.

Eu dizia que não tinha necessidade daquilo, que o bebê estava descendo. Foi um pandemônio. A obstetra se enfureceu, tirou-me de campo e fez **episiotomia*** (corte entre a vagina e o períneo da mulher, também abolido por muitos médicos humanizados, para “facilitar” a saída do bebê).

Minha colega auscultou novamente o bebê: os batimentos cardíacos estavam ótimos, 136 por minuto.

Não contente, a médica pediu para a enfermeira **trazer o fórceps**. Quando ela colocou, a paciente berrou de dor. E o corte, já enorme e feito contra a vontade de paciente, aumentou ainda mais, como um rasgo.

A médica puxou o bebê com o fórceps, desnecessariamente ao meu ver, porque o bebê descia, ainda que lentamente, era só ter paciência já que os batimentos cardíacos mostravam que tudo evoluía bem, não havia sofrimento fetal. Até o dorso do bebê estava à esquerda, como manda o figurino.

A médica olhou para mim, ao final e disse: “Você que ficou aí parada, sutura aqui a episiotomia!”. Levei mais de uma hora para suturar aquele corte.

Eu e minha colega anotamos tudo no prontuário. A “doutora” não gostou do nosso registro e “passou a limpo o prontuário”, fazendo nova folha de registro! E foi dormir.

Para completar ainda **recebi bronca por “ter deixado a familiar entrar”**. Quando retruquei dizendo que é lei federal, ouvi: “**Mas eles não sabem!**”

A minha paciente chorou e a **mãe dela disse: “É assim mesmo, filha”**. Eu disse que não, não era, que não precisava ser assim, horrível, enquanto suturava aquele corte profundo, enorme, que ia até quase a nádega da moça.

Quando solicitei à enfermagem gelo perineal, para reduzir o edema, elas disseram: “Só se a Dra. prescrever!” Daí me humilhei na frente da obstetra

para conseguir que fosse colocada a compressa de gelo. Consegui, mas ouvi que tinha sido bom “para ela ver que pôr filho no mundo não é brincadeira!” Daí eu entendi que ela fez tudo isso porque a moça tinha apenas 16 anos. Também doeuei ver que as pessoas não têm consciência de que isso é violência, mesmo depois de alertamos, eu e minha colega. A mãe dela disse, no fim: **“Olha, doutoras, eu não vou denunciar a médica porque a gente precisa dos médicos! A gente nunca deve fazer uma coisa dessas com quem cuida da gente!”** Foi de partir coração ouvir isso. A minha colega e eu choramos de raiva, de frustração, de tudo, no quarto dos internos. Esse foi o caso mais criminoso e horrível que eu assisti, o parto mais violento.¹⁰

O que constatamos com esse relato é que as manobras invasivas não são usadas apenas com o objetivo de acelerar o parto, ou para o bem da criança, ou da parturiente. As intervenções são formas de violências, e nesse relato é perceptível o ato médico de maltratar, de penalizar a mãe adolescente. E quando os procedimentos são contestados, o que a médica diz? “A doutora aqui sou eu”, portadora do poder de decidir quem deve sofrer. O que faz essa médica está no controle dos discursos?

Foucault (2009) fala sobre as condições de funcionamento de um discurso, existem determinadas regras de um discurso, nem todo mundo tem acesso a elas. Ninguém entra na ordem do discurso se não for qualificado para fazê-lo. Como o suposto saber é atribuído a essa médica, ela tem o poder de decidir o que fazer. Há um ritual que define a qualificação dos sujeitos do discurso, que define gestos, comportamentos, um jogo de papéis. Estamos em um sistema que permite esse tipo de violência. Notadamente, no momento em que a estagiária se recusou a fazer a manobra de kristeller, a médica chamou a enfermeira que assentiu e fez. Ainda é muito difícil a equipe de assistência questionar as ordens de um médico. Até mesmo prestar um atendimento a parturiente só se for prescrito pelo médico, como a situação citada da estagiária solicitar, no depoimento, gelo para o períneo da parturiente.

Em uma pesquisa realizada por Santos e Souza (2015), constatou-se que a violência obstétrica ocorre com frequência nas maternidades do Brasil, é praticada por médicos e profissionais de enfermagem, caracterizam-se por violência verbal, física e também negligência.

Além da violência, há o silenciamento das vítimas: “... a gente precisa dos médicos! A gente nunca deve fazer uma coisa dessa com quem cuida da gente!”¹¹. O

¹⁰ Depoimento em matéria do jornal Estadão, localizado em <http://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/estudante-de-medicina-escreve-desabafo-depois-de-assistir-a-parto-violento-feito-por-professora-chorei-de-raiva-e-frustracao-no-quarto-dos-internos/>, acesso em 29/05/2017.

¹¹ Ibidem.

discurso dessa mãe ilustra bem esse silenciamento. Orlandi (2007) fala sobre os silenciamentos, como uma política do sentido, existe uma historicidade no que pode ser dito, ou no “poder dizer”. A política do silêncio produz um recorte entre o que se diz e o que não se diz. O que podemos ver na política do silêncio, é o silêncio constitutivo que mostra o que pode ser dito, o que dizer para não permitir o que foi silenciado de ser dito. No caso da mãe da adolescente parturiente, as medidas da médica, a despeito de serem violentas, não era violência, era cuidado. Como denunciar alguém que estava cuidando para que a filha tivesse um bom parto? A mãe apenas consolou a filha e disse que era assim mesmo.

Muitas parturientes são maltratadas, tem partos traumáticos e essa violência institucional é silenciada. Orlandi (2007) aponta que toda denominação apaga outros sentidos possíveis, constatando que dizer e silenciamentos são inseparáveis. A violência foi perpetuada por uma médica, ação, a despeito do sujeito, que diz muito sobre a cultura patriarcal. Não importa se é um homem ou uma mulher que ocupam o lugar do suposto saber, que detém o poder e o conhecimento. Eles vão reproduzir a lógica da dominação, a lógica patriarcal. Muitas vezes, uma mulher internaliza até melhor a lógica da dominação para demonstrar que dá conta do cargo que ocupa.

Esse tipo de violência recebe na atualidade o nome de violência obstétrica, que não é necessariamente perpetuada pelo obstetra, mas também pela equipe que assiste ao parto. Melania Amorim (2016) fala que é a violência praticada durante a assistência à gravidez, ao parto, e ao puerpério, e se insere no contexto da violência de gênero, que é violência contra a mulher. Amorim diz que o termo originalmente foi proposto na Venezuela e publicado na Revista Internacional da Ginecologia e Obstetrícia e faz referência:

a uma série de procedimentos, de condutas inapropriadas que afetam a mulher no momento que está mais sensível e que é um momento extremamente delicado, um momento quando tudo deveria ser alegria, sensibilidade, ternura, acolhimento, cuidado com atenção (...) Ela pode ser maltratada, agredida verbalmente. Ela passa a receber uma série de procedimentos que não são baseados nas melhores evidências científicas. Ela pode sofrer das agressões mais diversas, inclusive, agressões físicas. E tudo isso entra no conceito do que é violência obstétrica. (AMORIM, 2016, p.68)

Amorim (2016) ainda aponta uma preocupação com a face invisível da violência obstétrica. Muitas mulheres não percebem que alguns procedimentos são formas de violência, e não percebem que foram maltratadas, como o caso da mãe da adolescente

parturiente que atribuiu o ato da médica como uma forma e cuidado. “E é por isso que eu insisto que existe a face invisível ou pouco visível, que são justamente os procedimentos de rotina. Impor práticas e procedimentos prejudiciais e desnecessários” (AMORIM, 2016,p.68)

Entre as formas de violência, Amorim cita o jejum, que deve ser abolido, impor que a mulher fique deitada, impedindo-a de se movimentar, barrar a entrada de acompanhante. Não ofertar métodos de alívio de dor, seja farmacológico ou não farmacológico, inclusive se houvesse tais métodos para o alívio da dor, poucas mulheres optariam voluntariamente por uma cesárea; colocar soros de rotina, administrar ocitocina sintética para acelerar as contrações. Além da citada manobra de kristeller e da episiotomia para acelerar a decida do bebê.

Considerações finais

Todas essas medidas citadas são formas de violência, algumas traumatizantes que marcam emocionalmente a trajetória da mulher brasileira. Então, cabe questionar, para finalizar a análise, até que ponto tais medidas que não estão baseadas em evidências científicas, são formas de auxiliar a mãe e a criança para um parto seguro. Será que segurança é sinônimo para violência? Será que tudo não passa de medidas de controle do corpo da mulher, de seu protagonismo, de sua liberação sexual? Como quebrar a institucionalização do parto?

Tais medidas de controle, além de violentas, dificultam a vinculação da mãe com o bebê. É tudo racionalizado, mecânico, em um evento que é emocional, depende da mulher confiar em suas emoções, entregar-se ao momento, mas isso não é possível porque seu corpo recebe enquadramentos, o corpo é submetido a rotinas. A mulher perde seu lugar de sujeito, de protagonista e se torna um objeto da medicina.

A mudança desse paradigma do parto vem acontecendo lentamente com os movimentos pelo parto humanizado e pelos movimentos feministas. Busca-se quebrar esse ordenamento, mas para isso é necessário criar uma frente de debates dentro dessas instituições para desconstruir esses discursos que são naturalizados. Até mesmo, buscar pela liberdade da mulher decidir onde, com quem e como parir. Não se trata apenas de um benefício para as mulheres, como também para os bebês. A forma como se recebe uma criança no mundo diz muito sobre a sociedade em que vivemos e que tipo de

peças está se construindo: um ser humano com liberdade e ética, ou um ser moralmente submisso a um sistema de controle de corpos e de discursos?

Referências

AMORIM, Melania; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de Cesariana Baseadas em evidências: parte 1. **Femina**, 2010, V.38, N.8, p415-422, Agosto, 2010.

AMORIM, Melania. **Violência Obstétrica** – as intervenções Desnecessárias. Congresso Online de Nascimento Natural e Humanizado (E-BOOK) V.2 Parto 1. [S.I]:Nascer Melhor 2, 2016. Endereço eletrônico: <<http://nascermelhor.com.br/ebook/>>. Acessado em <03/07/2016>.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho & LIMA, João Batista de Castro. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In **Cadernos Humaniza SUS**, Volume 4, Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BALASKAS, Janet. **Parto Ativo**. São Paulo: Editora Ground, [s.a.]

BARBOZA, Luciana pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica – Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 2016, 5 (1), p.119-129, Março, 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR editor, 2001.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005, 10(3), p.627-637, maio, 2005.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do Discurso**. 19ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

_____, **História da Sexualidade**, V.1 A vontade de Saber. 22ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

FRANK, Tatianne Cavalcanti & PELLOSO, Sandra Maria. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2013. (34) 1. P.22-29. Fevereiro, 2013.

GUTMAN, Laura. **A maternidade e o encontro com a própria sombra** – o resgate do relacionamento entre mães e filhos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bestseller, 2012.

_____, **Mulheres Visíveis, mães invisíveis**. 1ª edição. Rio de Janeiro:Bestseller, 2013.

LEBOYER, Frederick. **Nascer sorrindo**. 7ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

ODENT, Michel. **A Cientificação do Amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

ORLANDI, Eni. **As Formas do Silêncio**: no movimento dos sentidos. 6ª edição. Campinas – SP: Editora Unicamp, 2007.

PRIORE, Maria Del. Magia e Medicina na colônia: o corpo feminino. In PRIORE, Maria Del (org.). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 1997.

RIOS, Isabel Cristina & SIRINO, Carolina Braga. A Humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Universidade de São Paulo, V.39, N.3, p401-409, set./2015.

SANTOS, Rafael Cleison & SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência Institucional Obstétrica no Brasil: Revisão Sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v.5, n.1, p57-68, jan./jun. 2015.

TORNQUIST, Carmem Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no ideário da Humanização do parto. **Estudos Feministas**. Universidade do Estado de Santa Catarina. P483-492. 2º semestre, 2002.

ZORZELLA, Braulio. **A segurança no parto normal e na cesárea**. Congresso Online de Nascimento Natural e Humanizado (E-BOOK) V.2 Parto 1. [S.I]: Nascer Melhor 2, 2016. Endereço eletrônico: <<http://nascermelhor.com.br/ebook/>>. Acessado em <03/07/2016>.

Endereços eletrônicos:

AMORIM, Melania. Parto Domiciliar: Direitos Reprodutivos e Evidências. Disponível em: < <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>>. Atualizado em 06/06/2014. Acessado em: <17/07/2017>.

BOLETIM ELETRÔNICO DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Prematuridade provocada por intervenção médica chega a 40% no Brasil. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/41005>>. Acessado em: <16/05/2017>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar. Disponível em: < <http://portal.cfm.org.br/>>. Acessado em: 17/07/2017

LISAUSKAS, Rita. Estudante de medicina escreve desabafo depois de assistir a parto violento feito por professora: “Chorei de raiva e frustração no quarto dos internos”. Disponível em: <<http://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/estudante-de-medicina-escreve-desabafo-depois-de-assistir-a-parto-violento-feito-por-professora-chorei-de-raiva-e-frustracao-no-quarto-dos-internos/>>. Acessado em: <29/05/2017>.

MÜZIEL, Lúcia. Veja por que a França tem um dos menores índices de cesáreas da Europa. Disponível em: <<http://pt.rfi.fr/geral/20150108-veja-por-que-franca-tem-um-dos-menores-indices-de-cesareas-da-europa>>. Acessado em: <26/06/2017>.

MOELLER, Ann. Inglaterra – Gravidez e pré-natal. Disponível em: <<http://www.brasileiraspelomundo.com/inglaterra-gravidez-e-pre-natal-251316337>>. Acessado em: <26/06/2017>.

REDAÇÃO FORTISSIMA. Parto com respeito: entenda a violência obstétrica no Brasil. Disponível em: <<https://fortissima.com.br/2016/09/05/parto-com-respeito-entenda-a-violencia-obstetrica-no-brasil-14826379/>>. Acessado em: <17/07/2017>.

SILVA, Juliana. Falta de dilatação: mito ou verdade?. Disponível em <<http://www.maesaudavel.com.br/parto/falta-de-dilatacao-mito-ou-verdade/>>. Acessado em: <16/05/2017>.