

Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units

Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras

Aline de Carvalho Martins¹, Geiza Martins Barros²

DOI 10.5935/1806-0013.20160074

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The study aimed at providing further visibility to discussions about obstetric violence suffered by Brazilian women in public health institutions.

CONTENTS: This was an integrative review of the last decade, where 100 articles were evaluated to identify how Obstetric Violence is in Brazilian public health units.

CONCLUSION: Identified obstetric violences were: institutional violence, moral violence, physical violence, sexual violence, psychological and verbal violence.

Keywords: Healthcare personnel, Humanized delivery, Maternity, Women's rights, Violence against women.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O estudo visou proporcionar maior visibilidade às discussões acerca da violência obstétrica sofrida por mulheres brasileiras nas instituições de saúde públicas.

CONTEÚDO: Foi feita uma revisão integrativa da última década, onde foram analisados 100 artigos, para identificar como a Violência Obstétrica vem se apresentando nas unidades de saúde públicas brasileiras.

CONCLUSÃO: Os tipos de violências obstétricas identificadas foram: violência institucional, violência moral, violência física, violência sexual, violência psicológica e verbal.

Descritores: Direitos da mulher, Maternidade, Parto humanizado, Pessoal de saúde, Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos na saúde, observa-se a desqualificação do saber popular e a desconsideração das necessidades dos sujeitos em prol de um saber científico. Possibilidades de diálogos horizontais e decisões partilhadas entre profissionais e usuários do serviço, ficam submetidas ao conhecimento técnico e à utilização da tecnologia como sinônimo de cuidado qualificado.

Posições como essas vêm sendo questionadas no âmbito das políticas públicas, por grupos de profissionais e usuários que procuram ampliar a percepção das necessidades dos sujeitos para além das questões biológicas, reafirmando a integralidade, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a cidadania como premissas constitutivas dos bons cuidados de saúde.

Essas questões se apresentam de maneira mais intensa nos grupos sociais com indicadores mais adversos e piores condições de fazer valer os seus direitos. No âmbito desse debate se coloca a discussão das questões que envolvem a violência contra as mulheres. A violência velada ou explícita vem se apresentando como uma prática comum em estabelecimentos de saúde. Momentos relacionados aos cuidados obstétricos (pré-natal, parto, aborto e puerpério), são mais propícios à prática da violência por estarem diretamente relacionados ao gênero feminino.

Trata-se de um modelo de atenção que muitas vezes afasta a mulher do cerne da questão e impede o seu papel de protagonista. Nega-se que o parto, assim como a gestação e o nascimento, são aspectos fisiológicos que devem ser entendidos por parte dos profissionais envolvidos na assistência à mulher e à sua família como um evento natural da vida humana. A mulher grávida, em trabalho de parto, de risco habitual, procura uma maternidade para parir um bebê e não para curar uma doença. Em muitos casos, a partir do momento que acessa uma instituição de saúde, a mulher passa a ser tratada como uma pessoa com necessidade de múltiplas intervenções para que esse nascimento possa ocorrer. Se essas questões perpassam o parto, a mulher que vivencia um aborto, especialmente um aborto provocado, tem muitas vezes negado, nos serviços de saúde, o seu direito de ser respeitada e acolhida sob o paradigma do direito e da integralidade. Nesses casos, a violência tende a ser ainda mais intensificada.

As mulheres que procuram assistência obstétrica estão expostas a diferentes modalidades de violência e de desrespeito ao seu corpo; seja pela manipulação excessiva, pela negligência na dor ou pelos abusos verbais. Nos serviços públicos, essa realidade torna-se ainda mais agravada, à medida que, no Brasil, o cuidado em serviços públicos de saúde está relacionado aos segmentos mais pobres da sociedade. Essas práticas vêm sendo apresentadas e questionadas desde os anos de 1980, através das lutas do movimento feminista para assegurar os

1. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Municipal Miguel Couto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Apresentado em 11 de julho de 2016.

Aceito para publicação em 26 de agosto de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Aline de Carvalho Martins

Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira- Fiocruz.
Av Rui Barbosa, 716 – Flamengo

22250-020 Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: rjalinemartins@yahoo.com.br

direitos das mulheres através de denúncias e debates sobre a violência institucional no parto¹ e abortamento.

Com o intuito de dar visibilidade a essa questão, realizou-se este estudo integrativo com o objetivo de responder à seguinte pergunta: quais os tipos de violência obstétrica as mulheres vêm sofrendo nas unidades públicas brasileiras?

CONTEÚDO

Foi realizado um levantamento bibliográfico², em março de 2016, a partir dos estudos disponíveis nas bases de dados que integram a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), escolhida pelo fato de agregar diferentes bases de dados, nacionais e internacionais³. Foram considerados como critérios de inclusão pesquisas publicadas entre os anos de 2006 e 2016 que tratassem diretamente do tema da violência obstétrica.

Com base no termo “Violência Obstétrica” foram elencados 100 estudos para compor esta revisão. Os textos foram oriundos das bases de dados LILACS, BDNF e Medline, nos idiomas português e inglês. Quando adicionamos o filtro de país/região ao termo “Brasil”, os estudos se reduziram a 22. Desses, nove eram repetidos e 13 foram submetidos aos critérios de exclusão para seleção desta revisão integrativa. Os critérios de exclusão aplicados foram: estudos que abordem violência não relacionada à questão obstétrica e pesquisas desvinculadas de unidades de saúde públicas brasileiras. A amostra final foi composta por cinco trabalhos científicos: quatro artigos e um trabalho não convencional (vídeo)^{4,8}.

Os trabalhos selecionados foram impressos na íntegra para que se realizasse a coleta de dados e o vídeo foi visto por duas vezes. Constituiu-se um instrumento para otimizar a extração das informações analisadas. A análise dos estudos foi permeada por uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo e após empreendeu-se a discussão e interpretação dos resultados. Construiu-se uma categoria analítica e elaborou-se um resumo das evidências encontradas na literatura, para que o leitor tenha base para avaliar criticamente os resultados apresentados.

Conhecendo os estudos

A temática da violência obstétrica no meio acadêmico brasileiro é recente. Embora para o estudo se tivesse delimitado o período dos últimos 10 anos como marco temporal da seleção, ao se efetivar a busca contou-se que não havia estudos anteriores que contemplassem os critérios de inclusão estabelecidos.

Todos os textos que tratavam de violência obstétrica em unidades públicas de saúde se referiam ao momento do parto, e nenhum artigo filtrado pela terminologia “violência obstétrica” fazia referência à questão do aborto, embora este seja um momento sabidamente atravessado pela violência no campo da saúde pública brasileira, em especial nos casos de abortamento provocado. A literatura parece incorporar a dificuldade presente no imaginário social, que identifica as mulheres que praticam o aborto como criminosas, que não deveriam ser tratadas em condição de igualdade com as mulheres que vão ter seus filhos e sofrem violência.

Para a presente análise, cabe destacar que dos cinco artigos selecionados, foram identificadas 18 autores que compunham 8 categorias profissionais distintas, sendo elas: pedagogia, psicologia,

direito, ciências biológicas, obstetrícia, comunicação social, enfermagem e medicina. Dessas, mais da metade dos estudos possuem como autores profissionais graduadas em enfermagem e medicina, sendo a enfermagem responsável por 38,88% do total das autoras. Pode-se inferir que os profissionais de saúde que se encontram mais diretamente relacionados à assistência à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (enfermagem e medicina) são os que mais dissertaram sobre a temática do estudo. No entanto, cabe ressaltar que há outras categorias profissionais envolvidas na assistência obstétrica, principalmente se a abordagem à mulher estiver pautada no paradigma da integralidade. A violência é multifatorial e, como tal, necessita de articulação e interação por parte das diversas categorias profissionais para seu enfrentamento.

Outro destaque é a questão de gênero que envolve a violência obstétrica, pois além ser a mulher quem a sofre, muitas vezes a violência é praticada também por profissionais do sexo feminino, pois representam a maioria dos profissionais que trabalham em unidades de saúde que prestam assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal. Daí a importância de se discutir as ações de poder que permeiam a relação entre profissionais e usuários do SUS, bem como seus modelos de atenção. Nenhum estudo teve como coautor um homem, o que revela o distanciamento masculino desse debate. De fato, o parto acontece no corpo feminino e a violência que se dá nesse espaço parece ser vista socialmente como um problema das mulheres.

Uma característica positiva encontrada foi a natureza coletiva dessas discussões. Parece um indicador positivo que essa discussão esteja mobilizando grupos de pessoas, revelando assim, uma maior amplitude do tema nos serviços de saúde.

Chama atenção o fato de ser uma questão vivenciada no cotidiano dos trabalhadores e pensada por eles, demonstrando com isso a conscientização e interesse por parte dos profissionais em combater a violência. Os estudos vêm se pautando pela revisão da literatura⁴, pela experiência profissional^{5,7}, e pela voz das próprias mulheres^{6,8}. Embora seja inegável a pertinência dos estudos e o comprometimento dos profissionais envolvidos, o fato de mais da metade dos estudos não analisar diretamente os sujeitos que sofrem violência, mostra a necessidade de se realizar pesquisas que busquem dar voz a essas mulheres e com isso lhes garantir também a autonomia e protagonismo no combate a esse tipo de violação de direitos.

Esse processo pode estar ocorrendo à medida que o tema da violência obstétrica nem sempre tem reconhecimento pelas próprias mulheres. A questão apresenta-se atrelada às demandas dos profissionais que conseguem reconhecer a violência obstétrica no seu cotidiano profissional. Embora se identifiquem mobilizações nos meios de comunicação, promovidas pelo movimento feminista, profissionais, academia e também pelas próprias mulheres para fazer com que as práticas de violência obstétrica sejam identificadas e sua superação reivindicada, esse é um movimento ainda inicial. Um panorama geral das pesquisas analisadas:

Os tipos de violência obstétrica apontados pela literatura

As pesquisas mostram que a violência obstétrica não atinge todos os sujeitos igualmente. Mulheres pobres^{4,7}, negras⁷, menos escolarizadas^{7,8}, queixosas ou pouco colaborativas^{6,7} e sem acesso aos

serviços essenciais de saúde, incluindo o pré-natal⁴, estão mais expostas a comportamentos violentos por parte dos profissionais de saúde.

Nem todos os estudos se voltavam para realizar uma classificação ou agrupamento dos mesmos. Entretanto, avaliou-se como importante categorizar os tipos violência sofridos, à medida que é preciso dar visibilidade para a questão e que a categorização pode ser uma ferramenta importante para fins didáticos. Com base na literatura identificam-se as seguintes categorias: violência institucional, violência moral, violência física, violência sexual, violência psicológica e verbal.

Essas questões nem sempre se apresentam nos serviços de forma clara e visível. Muitas vezes nem os profissionais conseguem identificar uma dada conduta como violenta (ou não querem reconhecer como tal). A utilização de condutas violentas por parte dos profissionais de saúde muitas vezes é apresentada e defendida como um cuidado necessário para lidar com as mulheres consideradas queixosas, demandantes ou pouco colaborativas⁷. Nesse contexto, a violência se traveste de boa prática, já que pretensamente teria como interesse maior o bem estar da paciente⁷. Essa é uma estratégia para garantir invisibilidade institucional da violência⁷.

No SUS a violência obstétrica se inicia em nível institucional. Como **violência institucional** a literatura aponta: falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais⁴ e a peregrinação das mulheres em diferentes maternidades para receber atendimentos. Quando se consegue a garantia do atendimento na unidade de saúde, as mulheres podem se deparar com a ausência de estrutura adequada, recursos físicos e humanos precários, sendo vítimas dos processos institucionais, que muitas vezes não conseguem lhes garantir a presença de um anestesista no plantão para realização de analgesias de parto⁷, a proibição de acompanhantes no parto, embora este seja um direito garantido pela lei 11.108 de 2005⁶, ou a proibição de homens na sala de pré-parto, sob a alegação de falta de espaço físico que garanta a privacidade para as demais pacientes⁷, ou a falta de condições para o cuidado privativo⁴.

Se o espaço institucional já é violador de direitos, os procedimentos desnecessários e sem evidências científicas de benefícios realizados pelos profissionais tenderão a agudizar esta situação. O momento do parto vem sendo especialmente violador de direitos. Nesse período, as mulheres estão particularmente expostas à violência moral. Por **violência moral**, identifica-se a violência menos vinculada às normas institucionais, espaços físicos e equipamentos e mais associada às condutas profissionais. São exemplos dessa forma de violência: o não reconhecimento da mulher como sujeito do parto^{5,6} e a colocação do médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa desse processo⁵, controlando e se apropriando desse evento⁵, reforçando o nascimento não como uma experiência fisiológica, mas como um evento de riscos iminentes⁶.

Esse processo desvaloriza a autonomia e o saber das parturientes sobre o seu corpo⁷, supervaloriza a utilização de tecnologia^{5,6} e direciona o sistema para o lucro⁵. A valorização da técnica e da intervenção como um valor em si se desdobra na medicalização excessiva, na assistência ao trabalho de parto e ao parto, principalmente para as gestantes de baixo risco e seus bebês⁵ e na utilização de terminologias técnicas, ininteligíveis para a clientela, reforçando assim o sistema de dominação e de sujeição dessas mulheres⁸.

Em virtude disso, mulheres são alienadas⁵, despersonalizadas^{4,8}, desumanizadas³, anuladas em suas identidades⁴ e transformadas em um número da ficha hospitalar; em um caso a ser estudado, diagnosticado e tratado⁴, cujos desdobramentos mais comuns são a quebra de sigilo e invasão de privacidade^{4,7}.

Atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto baseadas na diferença de classe, gênero e raça^{4,6,7}, farão com que as mulheres sejam escolhidas para o treinamento de procedimentos como episiotomia, fórceps ou cesarianas conforme o ordenamento hierárquico do valor social delas⁴.

Para aquelas com menor reconhecimento social, existem práticas de violência moral como abandono, desrespeito, negligência em sua dor, ou recusa de assistência^{4,6,7}, a proibição de se expressar^{4,6} e retaliações ou maus tratos velados quando exigem seus direitos, solicitam determinados serviços^{4,6}, ou são consideradas queixosas^{4,6,7}. Estudos observaram que funcionários tinham posturas agressivas e intimidadoras⁴ para com esses grupos de mulheres.

Como **violência física**, foram encontradas principalmente a utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto⁷: litotomia (posição desfavorável para o nascimento), manobra de Kristeller, toques violentos^{5,6} ou excessivos, realização de uma episiotomia para fins de treino^{4,6}, amniotomia, o uso de ocitocina sintética^{5,6} e a negação da analgesia⁶. Também constituem violência física o recebimento de autorização para intervenções com base em informações parciais ou distorcidas, como mentir para a paciente quanto à sua dilatação ou vitalidade fetal, forjando indicações que não são reais tais como macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita, para indicar cesariana devido a interesses pessoais^{4,5}, a negação de informações à mulher sobre sua condição e sobre a evolução do parto e a manipulação da mulher sem orientação prévia dos cuidados realizados^{3,6-8} ou mesmo a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher⁴.

A **violência sexual** não é muito descrita na literatura. A ocorrência de toques excessivos e episiotomia apareceram na literatura como questões recorrentes no parto, mas sem vinculação direta com a questão da violência sexual. Uma referência para violência sexual presente na literatura, são as falas coercitivas e moralistas de conteúdo sexual no momento do parto⁷.

Violência psicológica e verbal: estão associados a esse tipo de violência comentários utilizados com o intuito de denegrir a mulher e de negar o reconhecimento de seu estado particular durante o período do parto. Foi identificado o não reconhecimento como legítimas das situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando o trabalho de parto e o parto⁵, julgamento e culpabilização da mulher⁶, xingamentos, hostilidades e gritos^{7,8}, abuso verbal, humilhação das mulheres grávidas⁴, palavras, expressões de ironia^{5,7}, comentários desrespeitosos⁶⁻⁸, reprimendas e ameaças de abandono^{7,8}.

CONCLUSÃO

As instituições estão implicadas no enfrentamento desse tema e devem dar visibilidade à questão da violação de direitos, responsabilizando-se por sua erradicação, pela confecção de protocolos institucionais baseados nas evidências científicas, pelo treinamento profissional, por recursos humanos e materiais disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. Venturi Jr G, Aguiar JM, Hotimsky SN. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010. Trabalho apresentado em VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), Belo Horizonte, ABENFO-MG, 2011. Disponível em http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf. Acesso em 22 de abril de 2016.
2. Souza MT, Silva MD, Raquel C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1 Pt 1):102-6.
3. Guia da BVS 2011. / BIREME / OPAS / OMS (org.). São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, Março 2011.
4. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HF, Carvalho PG, Carvalho PC, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2015;25(3):377-84.
5. Sanfelice CF, Abbud FS, Pregolato OS, Silva MG, Shimo AK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev Rene. 2014;15(2):362-70.
6. Oliveira GD. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. RECIIS – Rev. Eletrônica Comun Inf Inov Saúde. 2015 abr.-jun.; 9(2) [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRkSyk> acesso em 21 de março de 2016. Acesso em 20 de abril de 2016.
7. Aguiar JM, d'Oliveira AF, Schraiber LB. [Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of healthy workers]. Cad Saude Publica, 2013;29(11):2287-96. Portuguese.
8. Teixeira NZ, Pereira WR. [Hospital delivery--women's experience from the suburbs of Cuiabá-MT]. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):740-4. Portuguese.