

Contradições de classe e a transformação da realidade: o recorte da violência obstétrica

Class contradictions and the transformation of reality: the scope of obstetric violence

¹ Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves de Freitas  

² Julio Cesar Soares Aragão 

RESUMO

A Violência Obstétrica se caracteriza por condutas profissionais abusivas e danosas à integridade de gestantes e interferem nos processos reprodutivos de mulheres, transformando o parto em um evento patológico, opressor e traumático. A temática foi abordada com base em um estudo qualitativo e dialético, evidenciada pela entrevista de mulheres que compartilharam suas vivências. A abordagem teórica foi embasada no Materialismo Histórico e Dialético, sendo realizadas aproximações com a Pedagogia Libertadora e com as discussões de Michel Foucault sobre a economia política do corpo. A interligação entre estas ideias se esbarram no debate sobre a luta de classes, a busca de soluções para superação das desigualdades, a transformação da realidade e a relação de poder que embasa o saber. Os resultados da pesquisa apontam a relação desigual estabelecida entre profissionais e as usuárias dos serviços de saúde. As relações de poder e a inexpressiva promulgação de legislações contribuem para que a identificação das vítimas seja dificultada, o que favorece que este tipo de violência seja propagado na sociedade.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Poder. Cidadania. Transformação social.

ABSTRACT

Obstetric Violence is characterized by abusive professional conduct that is harmful to the integrity of pregnant women and interferes in the reproductive processes of women, transforming childbirth into a pathological, oppressive and traumatic event. The theme was approached based on a qualitative and dialectical study, evidenced by the interview of women who shared their experiences. The theoretical approach was based on Historical and Dialectical Materialism, approaching the Liberating Pedagogy and Michel Foucault's discussions on the political economy of the body. The interconnection between these ideas collides in the debate on the class struggle, the search for solutions to overcome inequalities, the transformation of reality and the power relationship that underlies knowledge. The research results point to the unequal relationship established between professionals and users of health services. Power relations and the inexpressive enactment of legislation contribute to making the identification of victims difficult, which favors that this type of violence is propagated in society.

Keywords: *Obstetric violence. Power. Citizenship. social transformation.*

1 Assistente Social graduada pelo Centro Universitário de Volta Redonda. Pós-graduada em Políticas Sociais e Trabalho Social com Famílias, pela UnitaU. Mestranda em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente pelo Centro Universitário de Volta Redonda.

2 Pós-Doutorado em Educação no Instituto de Educação da Universidade do Minho. Doutor em Saúde Coletiva pela UERJ. Mestre em Saúde da Mulher e da Criança pela Fundação Oswaldo Cruz. Docente no Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA.

1 INTRODUÇÃO

Com cada vez mais frequência acompanhamos a ampliação da discussão sobre um tipo específico de violência contra a mulher: a Violência Obstétrica. A discussão sobre esta temática tem sido promovida por meio de reportagens que envolvem a denúncia de mulheres que vivenciaram este tipo de violência. Muniz e Barbosa (2012) caracterizam a Violência Obstétrica como:

Um problema recorrente presente nas práticas da atenção destinada à mulher no parto e envolve questões sociais como de gênero, de raça, de classe e institucional. Configura-se como violência, a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia (MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 1).

Considerando a relevância da temática e a fim de promover a ampliação desta discussão com os usuários dos serviços de saúde, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo produziu uma cartilha informativa no ano de 2014. A cartilha apresenta as formas mais comuns de Violência Obstétrica, que consistem em ações, tais quais:

- Recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito);
- Impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher;
- Procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia (corte vaginal), imobilização (braços e pernas), etc;
- Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio;
- Cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;
- Impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;
- Impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo a amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc) (BRASIL, 2014).

Diante disto, é possível observar que não apenas o fenômeno do parto representa um momento de violação de direitos e de desumanização dos serviços de Saúde. Todas as etapas do processo que envolve o nascimento do bebê (desde o acolhimento da mulher nas Unidades de Saúde, a relação estabelecida entre os profissionais e a paciente, a valorização das escolhas da mulher e o envolvimento da família nos processos gestacionais e de parto) precisam ser analisados. Por isto,

[...] além da importância da conceituação da violência obstétrica e seus correlativos, é também muito importante o reconhecimento e igual tratamento da violência institucional, haja vista que a maioria dos partos acontece em hospitais, podendo a mulher sofrer a violação de seus direitos por um servidor técnico-administrativo, logo no momento de sua admissão. A figuração das violências psicológica e física desdobradas nas formas de ameaça e assédio são também relevantes para situar com mais exatidão o grau e intensidade da violência sofrida pelas mulheres durante a gestação e parto (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA “PARIRÁS COM DOR”, 2012, p. 50).

Barboza e Mota (2016) apontam que a “violência simbólica que ocorre no cenário do parto é uma das faces da violência de gênero e frequentemente é considerada como parte da rotina dos serviços de saúde” (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 122). Como tais condutas profissionais são instituídas e perpetuadas no ambiente hospitalar, as mulheres, usuárias dos serviços de Saúde tendem a acreditar que tais condutas consistem em ações

rotineiras e habituais, desvinculando estas experiências ao cenário da violação de direitos e da violência contra a mulher. Considerar que as referidas ações coercitivas e arbitrárias são parte natural do processo de atendimento da política de Saúde pode dificultar o reconhecimento das mulheres enquanto vítimas deste tipo de violência.

O reflexo do processo de naturalização da Violência Obstétrica pode ser evidenciado por resultados de pesquisas os quais apontam que a maioria das mulheres “vivenciou experiências de descaso e desrespeito e algumas já esperavam sofrer algum tipo de maltrato antes mesmo do atendimento” (AGUIAR;D’OLIVEIRA, 2011, apud MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 5). A Fundação Perseu Abramo aponta que “uma em cada quatro mulheres é vítima de Violência Obstétrica durante o parto no Brasil” (POMPEO, 2014).

Tais estatísticas evidenciam o quanto a amplificação da discussão sobre a Violência Obstétrica precisa ser urgentemente efetivada dentre os usuários dos serviços de Saúde e também para os profissionais envolvidos na política de Saúde (principalmente os de atenção especializada ao parto), para que seja possível encontrar meios de fortalecer a autonomia de mulheres, ampliar a cidadania e também ofertar atendimentos pautados no respeito à dignidade humana.

2 AUTONOMIA FEMININA EM CHEQUE E A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Para que os direitos reprodutivos possam ser exercidos em consonância com a política de Planejamento Familiar, Zorzam (2013, p. 45) aponta que é necessário atingir “o exercício concreto da cidadania e a abolição das injustiças sociais”. De acordo com a legislação vigente, o Planejamento Familiar consiste em parte “integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde” (BRASIL, 1996). Isto reforça que os direitos reprodutivos referem-se não apenas ao cidadão, individualmente, mas ao núcleo familiar, pois “a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres” (BRASIL, 2001, p. 9).

No entanto, há de se considerar que, pautados nos traços de uma sociedade “patriarcal, capitalista e androcêntrica” (MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 1), os direitos reprodutivos se consolidam de forma desigual para homens e mulheres. Reitero o questionamento de Saffioti (2005, p. 39) e também proponho a reflexão se em algum momento da história houve igualdade social entre homens e mulheres. Esta “interrogação teria, muito seguramente, dado outro destino à valorização da importância do conceito de patriarcado na descrição e na explicação da inferioridade social das mulheres” (SAFFIOTI, 2005, p.39).

Romper com as atitudes cotidianas que reforçam as desigualdades de gênero para a efetivação do Planejamento familiar, com os discursos preconceituosos, com os julgamentos destinados às mulheres e com os traços da sociedade patriarcal e androcêntrica demanda alterações na estrutura dos serviços prestados pela política de Saúde. Diante disto,

é primordial que as ações de saúde voltem-se para a redução das diferenças de gênero na perspectiva de envolver o homem na saúde sexual e reprodutiva, não apenas no amparo financeiro, mas na troca de experiências, escolhas e utilização de métodos de contracepção e compartilhamento de responsabilidades com as mulheres (MORAIS et al., 2014, p. 499).

A posição social ocupada pela mulher e as desigualdades que se estabelecem nas relações entre homens e mulheres favorecem a compreensão de que “as relações de poder se exercem de maneira transversal na sociedade, o que faz com que existam diferentes experiências de ser mulher, de ser homem e de vivência da violência” (PASINATO, 2011, p. 239). Considerando a existência de papéis socialmente determinados e funções estabelecidas para homens e mulheres, “entendemos que não se pode compreender o fenômeno da violência como algo que acontece fora de uma relação de poder” (SANTOS;IZUMINO, 2005, p. 153).

Diante disto, o desenvolvimento do movimento feminista representa uma relevante estratégia para a potencial efetivação dos direitos das mulheres em nosso país, tendo em vista que:

a literatura sobre violência contra as mulheres tem suas origens no início dos anos 80, constituindo uma das principais áreas temáticas dos estudos feministas no Brasil. Esses estudos são fruto das mudanças sociais e políticas no país, acompanhando o desenvolvimento do movimento de mulheres e o processo de redemocratização (SANTOS;IZUMINO, 2005, p. 147).

Considerando que o acesso à política de Saúde não se apresenta igualitário mediante à conceituação das desigualdades de gênero, torna-se possível identificar que a Violência Obstétrica também se encontra envolta de questões de gênero, que são culturalmente perpetuadas na sociedade. “O uso da categoria *gênero* introduz nos estudos sobre violência contra as mulheres uma nova terminologia para se discutir tal fenômeno social, qual seja, a expressão “violência de gênero” (SANTOS;IZUMINO, 2005, p. 148). Este conceito permite “compreender as múltiplas e distintas formas de relações entre homens e mulheres, que incluem valores, símbolos e linguagens presentes nas formações culturais” (ZORZAM, 2013, p.26). Desta forma, se torna prudente considerar que:

as desigualdades somadas às injustiças sociais, que marcam a vida cotidiana das mulheres, representam um grande ônus não só para elas, mas para a população como um todo, visto que não se pode conceber um mundo – mais democrático e mais justo – sem desenvolvimento humano, econômico, social e cultural. No dia-a-dia da vida percebe-se como as desigualdades, reforçadas por injustiças sociais, geram consequências que engendram dinamicamente para a formação de um círculo vicioso. O resultado deste processo é a falta de autonomia e poder, com maior ênfase para o gênero feminino (SOUZA;TYRRELL, 2006, p. 50).

Diante disto, se torna necessário articular as discussões sobre a Violência Obstétrica em consonância com os debates traçados sobre a violência contra a mulher, realizando apontamentos sobre o poder estabelecido nas relações familiares. De forma equivalente, a pauta sobre as relações desiguais estabelecidas entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços também precisam ser apontados como algo relevante para que este cenário possa ser alterado.

3 AS CONTRADIÇÕES DE CLASSE E AS RELAÇÕES DE PODER

No que tange ao atendimento especializado ao parto, percebe-se que, na contramão das premissas do parto humanizado, o que prevalece são as relações desiguais produzidas e reproduzidas entre profissionais e usuários. A Violência Obstétrica “tende a ser naturalizada, banalizada a ponto da mulher não se reconhecer como vítima, pois a naturalização é uma característica do cotidiano”. (DELFINO, 2016, p. 3).

O período gestacional e o advento do parto representam espaços de naturalização da violência contra a mulher, “no qual a mulher é tratada como mero sujeito secundário do nascimento de seu filho, sem atenção às suas necessidades e, muitas das vezes, com atos atentatórios à sua integridade física e moral” (CUNHA, 2015, p.8). Centralizando a atenção em um modelo “curativo, o período gestacional passa a ser tratado como doença, patologia que deve ser controlado pelo poder médico” (DELFINO, 2016, p. 07). Assim, ressalta-se que:

A violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito (ANDRADE;AGGIO, 2014, p. 6).

Mesmo que existam meios de favorecer que a mulher possa fortalecer sua autonomia durante a gestação nas unidades de saúde, mediante o estreitamento de laços com os profissionais de referência, é possível identificar que a prática cotidiana apresenta movimentos contraditórios a esta premissa. Considerando que:

A equipe multiprofissional geralmente espera que a parturiente tenha um tipo de comportamento contido, racional e sem expressões de dor frente ao parto. Os momentos mais críticos, quando as atitudes da parturiente fogem à expectativa do profissional, são aqueles mais propícios à violência simbólica e ao desrespeito aos seus direitos (FRANCA, *et al.*, p. 3).

Por isto, as expectativas de acolhimento, cuidado e atenção no momento do parto podem se transformar em sentimentos de medo e acuação, que transformam o parto em um advento opressor e traumático. “O excesso de intervenções consideradas danosas à integridade física e psíquica contribuiu para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão das mulheres” (MUNIZ; BARBOSA, 2012, p. 9). Sobre os serviços prestados pela política de saúde, Souza (2014) apresenta que:

a violência institucional decorre das relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais, no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direitos ou recurso das decisões superiores; pela forma de circulação da comunicação apenas descendente, pela disciplina autoritária e pelo descaso com relação aos aspectos humanísticos fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o não respeito à sua autonomia e a falta de solidariedade (SOUZA, 2014, p. 18-19).

As relações de poder estabelecidas entre a equipe profissional e as pacientes vivenciando o período gestacional ou aguardando pelo momento do parto consistem em exemplos “de como o sistema de normas e valores que se estabelece na formação médica nega formalmente à mulher o controle sobre seu corpo e assim lhe nega a estatuto de sujeito livre e autônomo que a define como cidadã” (HOTIMSKY, 2009, p.10). Desta forma, as mulheres se tornam “cúmplices da violência que recebem [...], mas sua cumplicidade não se baseia em uma escolha ou vontade, já que a subjetividade feminina é destituída de autonomia (SANTOS; IZUMINO, 2005, p. 150).

Desta maneira, considera-se que o momento do parto representa um fenômeno no qual se percebe a violação dos direitos reprodutivos, de dignidade da pessoa humana e de privação de liberdade das usuárias, contrários aos ideais de humanização dos serviços e do parto humanizado.

4 PESQUISA

A pesquisa “Violência Obstétrica e a Violação de Direitos Reprodutivos”, aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Volta Redonda por meio do parecer número 2.114.701, emitido no dia Doze de Junho de 2017 (Certificado de Apresentação da Apreciação Ética – CAAE- número 67255517.8.0000.5237), consiste em parte da dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente.

Para a realização deste estudo, adotou-se o método de pesquisa qualitativa, que se faz importante “entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes” (GODOY, 1995, p. 21).

O universo analisado consiste em um programa de orientação à gestante, desenvolvido em um Município do interior do Estado de São Paulo. Considerando que existem vínculos fortalecidos entre a pesquisadora e as colaboradoras da pesquisa, que participaram do referido Programa pelo período de dezoito meses, utilizou-se o instrumento da entrevista, que “trata-se de um diálogo orientado que busca, através do interrogatório, informações

e dados de pesquisa” (LIBERALI, 2008, p. 54). Os dados das onze entrevistas foram obtidos em domicílio, em horário oportuno agendado previamente e as entrevistas foram gravadas, facilitando assim a transcrição dos relatos.

As direções apontadas pelo presente estudo foram embasadas pelo Materialismo Histórico e Dialético. Considerando que a relação estabelecida entre profissionais da saúde e as usuárias dos serviços de saúde especializados no parto está pautada em bases desiguais e isto implica diretamente na qualidade dos serviços prestados, a análise sobre as contradições de classe se faz pertinente neste estudo. “O método dialético opera por meio de categorias ou conceitos centrais, dos quais a ideia da contradição é o mais importante” (LIBERALI, 2008, p. 30). Também designada como “teoria sócio-crítica”, sob o entendimento de Libâneo e Santos, esta metodologia “converge na concepção de educação como compreensão da realidade para transformá-la, visando à construção de novas relações sociais para a superação das desigualdades sociais e econômicas” (LIBÂNEO; SANTOS, 2005, p. 28).

Abordar a temática da inserção efetiva do cidadão no processo educativo, de maneira a proporcionar ferramentas de transformação da realidade através da formação social e política dos cidadãos nos remete aos ideais pressupostos por Paulo Freire. Freire apresenta que a educação pode adquirir novas significações, sendo considerada como um ato político que “se constitui como um nadar contra a correnteza [...] substantivamente democrática” (FREIRE, 2001, p. 49), elemento importante para a superação das desigualdades e injustiças sociais.

Foram também realizadas aproximações com os conceitos de saber e poder, propagados por Michel Foucault. A “tecnologia ou economia política do corpo” (FOUCAULT, 2007, p. 26), gerada por meio do controle sobre os corpos traz à tona formas de punição ao cidadão, de forma que sua atitude seja corrigida e não se torne um exemplo aos demais, sendo inseridas na sociedade “novas tecnologias do poder de punir” (Op.cit. p. 76).

Este conceito elaborado corrobora com as discussões que foram traçadas sobre a Violência Obstétrica, por considerar que são estabelecidas relações desiguais entre os que detêm o saber e aqueles que buscam o atendimento por meio dos serviços e equipamentos públicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O formulário desenvolvido para a realização da pesquisa contém seis questionamentos³ que buscaram explorar as vivências de Violência Obstétrica de onze mulheres que participaram do programa de orientação à gestante e foram convidadas a participar deste estudo. O objetivo geral da pesquisa consiste na identificação da ocorrência e quais os tipos de violência estão presentes nas experiências de pré-natal e do fenômeno do parto destas mulheres.

Com as informações obtidas por meio das entrevistas, foi possível identificar que a violação de direitos está presente durante toda a gestação, no momento do parto e após o nascimento do bebê. A ocorrência das ações abusivas por parte de profissionais da Saúde serão demonstradas no quadro a seguir:

3 Os questionamentos realizados nas entrevistas foram: 1) Relate sua história de vida e a história da sua gestação (se houve planejamento, se o casal estava utilizando alguma forma de contracepção e como a notificação da gestação foi recebida pela família). 2) Relate as condutas profissionais as quais você foi submetida ao longo da realização do pré-natal, durante o parto e após o nascimento do seu filho. 3) Ao analisar seu discurso, você consegue reconhecer que foi vítima de algum tipo de violência durante o pré-natal ou no parto? Qual ou quais? 4) Você já ouviu a terminologia “Violência Obstétrica”? Qual seu conhecimento sobre o assunto? Acredita que tenha sido vítima deste tipo de violência? 5) Em caso afirmativo, suas experiências foram oficializadas na Secretaria de Saúde ou Ministério Público? 6) Como você e sua família conseguiram superar a Violência Obstétrica?

Quadro 1 – condutas profissionais identificadas

CONDUTA PROFISSIONAL DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	CONDUTA PROFISSIONAL DURANTE O PARTO	CONDUTA PROFISSIONAL APÓS O PARTO
Acompanhamento de pré-natal com Clínico Geral	Aplicação de soro com ocitocina para intensificar as contrações	Dificuldade de acesso ao médico (após a realização involuntária da laqueadura tubária)
Agendamento de cesariana em outro Município	Contenção das pernas durante o parto	Instruções ineficientes sobre o uso de anticoncepcional
Atraso do atendimento médico durante as consultas de pré-natal	Episiotomia	Não confirmação do médico em realização ao procedimento de laqueadura tubária
Esclarecimentos ineficientes sobre uma gestação de risco	Esclarecimentos ineficientes sobre o parto	Negativa da prescrição de anticoncepcional após o parto
Esclarecimentos ineficientes sobre o parto	Exames de toque agressivos	Transferência da maca para a cama de forma abrupta
Exames de toque agressivos	Falecimento da gestante	
Falta do médico às consultas de pré-natal	Falta de atenção do médico no dia do parto	
Frases ofensivas	Frases ofensivas	
Grosseria por parte da equipe de Enfermagem	Grosseria por parte da equipe de Enfermagem	
Morosidade no agendamento dos exames de ultrassonografia	Laqueadura tubária no momento do parto (solicitada pela própria mulher)	
Negativa do médico em apresentar o sexo do bebê durante o exame de ultrassonografia	Laqueadura tubária realizada sem autorização	
Negligência médica	Não oferecimento da anestesia	
Questionamento sobre a quantidade de filhos	Negligência médica	
Recusa da prescrição de vitaminas	Orientação para permanecer em jejum	
	Parto domiciliar, após peregrinação por leitos	
	Peregrinação por leitos	
	Presença de muitos profissionais e a discussão de assuntos alheios ao parto	
	Recusa da anestesia	
	Recusa do médico plantonista em realizar o parto	
	Trabalho de parto prolongado	
	Utilização de fórceps sem comunicação prévia	

Fonte: autoria própria.

Dentre as onze mulheres entrevistadas, apenas duas conheciam a terminologia “Violência Obstétrica” e a principal forma de obtenção deste conhecimento foi por meio de buscas na internet. Após a abordagem da temática, sete mulheres se reconheceram enquanto vítimas deste tipo de violência.

Após explicações sobre o conceito de Violência Obstétrica, duas mulheres não se reconheceram como vítimas deste tipo de violência. Uma destas se sentia responsável pelos atendimentos ofertados pela equipe de saúde. Tal sentimento advém do fato de esta mulher ter evidenciado seus sentimentos em relação à gestação, não planejada e indesejada pela família.

As situações vivenciadas ao longo das consultas de pré-natal, durante e após o parto resultaram no medo de dez mulheres em gerarem outros filhos. O parto se tornou um evento tão traumatizante, que estas mulheres abandonaram o desejo de aumentar a família e ter mais filhos, evitando desta forma passar novamente por situações equivalentes. Apenas uma mulher entrevistada compartilhou o desejo de gerar mais uma criança, justificada pelo fato de que foi submetida ao procedimento de laqueadura tubária no momento do parto, sem o seu consentimento. Esta mulher foi submetida ao procedimento de laqueadura tubária durante o parto do terceiro filho. Ao longo da realização do pré-natal, o médico abordava a possibilidade de realizar o procedimento de forma recorrente, quase coercitiva. A mulher, por sua vez, desejava constituir sua família com cinco filhos e expressava este desejo ao obstetra de referência. Mesmo que a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96) aponte no Art. 2º que “é proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico” (BRASIL, 1996), a quantidade de filhos daquela mulher era constantemente questionada pelo profissional. Desta forma, o procedimento foi realizado sem o consentimento da mulher, mas apoiado pela sua irmã, que comparilhava do mesmo posicionamento do médico. Diante deste quadro, esta mulher luta pelo desejo de reverter a laqueadura tubária e engravidar novamente.

Três entrevistadas acreditam que as Unidades Básicas de Saúde deveriam representar os principais espaços de discussão sobre os sinais de Violência Obstétrica e de fortalecimento da autonomia feminina para o combate deste tipo de violação de direitos. No entanto, durante a realização das consultas de pré-natal, o assunto não foi abordado por nenhum profissional envolvido. Foram realizadas visitas às dezessete unidades de Saúde do Município no qual esta pesquisa foi desenvolvida e foi possível identificar a presença de inúmeros cartazes explicativos sobre diversas doenças e procedimentos, tais como: Hanseníase, Hepatite, AIDS, Tuberculose, Gripe, Teste rápido, Meningite, Dengue e Diabetes. Nenhuma das dezessete Unidades mantinha afixado um cartaz sobre a Violência Obstétrica e as enfermeiras responsáveis verbalizaram que nunca receberam cartazes com a abordagem desta temática. Esta ação pode contribuir para a limitação do reconhecimento das mulheres enquanto vítimas deste tipo de violência.

A pesquisa realizada apontou que uma mulher se sentiu “sem importância” durante a realização do pré-natal e no momento do parto. Esta mulher se sentia vítima de “descaso” por parte dos profissionais responsáveis por seus cuidados e não vítima de algum tipo de violência.

Outro fator evidenciado por uma mulher entrevistada consiste na inexpressiva quantidade de legislações promulgadas sobre a Violência Obstétrica no Brasil⁴. Esta mulher acredita que se tivesse acesso a algum tipo de legislação que tratasse exclusivamente sobre esta temática, o seu reconhecimento enquanto vítima poderia ser facilitado.

Apenas uma mulher oficializou a denúncia em relação às ações abusivas do profissional de saúde. As demais entrevistadas verbalizaram que suas experiências não poderiam ser comprovadas ou que o julgamento de um profissional da área de Saúde não se efetivaria de maneira justa, razões pelas quais optaram por não denunciar as ações arbitrárias dos profissionais.

4 Em todo o território nacional, existe apenas uma lei que “dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica” (FLORIANÓPOLIS, 2017). A lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 tem vigência no estado de Santa Catarina.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas para o exercício do Planejamento Familiar se encontram permeadas por relações de poder. Para além das questões de gênero (que justificam e reforçam as desigualdades de responsabilidades entre os sexos e determinam papéis sociais diferentes para homens e mulheres), foi possível perceber a predominância de relações desiguais de poder estabelecidas entre os profissionais da política de Saúde e os usuários dos serviços. Esta relação de poderio favorece a perpetuação da violência institucional, que dificilmente é reconhecida como violação de direitos, principalmente quando realizada no momento do parto. Considerando todas as questões psicológicas que envolvem esta etapa da vida da mulher, a violência institucional pode passar despercebida e por isto acaba por se tornar rotineira e habitual no ambiente hospitalar, segundo a opinião das entrevistadas.

As dificuldades do reconhecimento de uma mulher enquanto vítima de Violência Obstétrica envolve principalmente a falta de conhecimento sobre esta temática e sobre os direitos de cidadania em sua complexidade. As poucas legislações promulgadas para o combate da Violência Obstétrica também foram apontadas como uma das principais causas da dificuldade em se reconhecer como vítima deste tipo de violência contra a mulher. Diante disto, é possível analisar que o período gestacional e o parto representam momentos propícios para a disseminação da violência, pois as mulheres tendem a ter sua autonomia negada e seus direitos violados em detrimento das desigualdades apontadas.

Tal constatação evidencia que as vinculações estabelecidas entre profissionais e pacientes são embasadas em relações de poder e detenção de conhecimento, o que torna esta relação desigual. Como as condutas mencionadas não geram dados estatísticos expressivos, os profissionais permanecem desenvolvendo práticas arbitrárias, coercitivas e abusivas e as mulheres permanecem à mercê da soberania destes profissionais, favorecendo que a situação se apresente recorrentemente. A resistência em oficializar denúncias sobre as condutas abusivas por parte dos profissionais favorece que outras mulheres também se submetam a tais ações e condutas, não sendo possível romper com o processo de violação de direitos. Isto demonstra que a ampliação sobre o debate sobre a Violência Obstétrica se faz necessária e urgente, bem como a promulgação de legislações específicas e a difusão destas para a população.

As ações e condutas mencionadas pelas entrevistadas apontam que os princípios do Sistema Único de Saúde têm sido gravemente violados, uma vez que os serviços de atendimento especializado ao parto podem ferir a autonomia, a integridade física e psicológica da mulher. Desta forma, o parto pode se tornar um momento opressor e traumático na vida das mulheres e isto pode interferir diretamente no exercício do Planejamento Familiar.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência Obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas** – Universidade Estadual de Londrina. 2014.
- BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Salvador**. 2016.
- BRASIL. **Lei de Planejamento Familiar**. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Cartilha. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo. 2014.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Monografia. Faculdade de Direito. Universidade de Brasília, 2015.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica e Serviço Social: limites e desafios na atualidade**. II Congresso de Assistentes Sociais do Rio de Janeiro. 2016.

Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

FLORIANÓPOLIS. **Lei de combate à Violência Obstétrica**. Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 34. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FRANCA, Bruna Suellen da Silva; FIGUEIREDO, Janaína Dutra; BARBOZA, Jenifer Monteiro; SOUZA, Danielle Costa da; ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. (Coleção Questões de Nossa Época; v.23) – 5. ed - São Paulo, Cortez, 2001.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, nº 3 – 1995.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia**. I ENADIR - Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo – 20 e 21 de agosto de 2009.

LIBÂNEO, J. C; SANTOS, A. As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo. **In: Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade**. Campinas, SP: Alínea, 2005.

LIBERALI, Rafaela. **Metodologia científica prática: um “saber-fazer” competente da saúde à educação**. - Florianópolis, 2008.

MORAIS, Ana Cláudia Brito; FERREIRA, Atayde Gomes; ALMEIDA, Kele Leandro; QUIRINO, Glauderto da Silva. Participação Masculina do Planejamento Familiar e seus Fatores Intervenientes. **Revista Enfermagem**, UFSM, 2014.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** La Habana, 2012.

PASINATO, Wânia. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. **Cadernos Pagu**. Nº37. Jul-Dez. 2011.

POMPEO, Carolina. **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil**. 26/09/2014. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-ostetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq> Acesso em 09 de Fevereiro de 2016.

SAFFIOTI, Heleieth I B. Gênero e Patriarcado: a necessidade da violência. In: MARTIN, Marcia Castillo; OLIVEIRA, Suely de (Org.). **Marcadas a ferro: violência contra a mulher**. Uma visão multidisciplinar. Brasília. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2005, p. 35-76.

SANTOS, Cecília Macdowell; IZUMINO, Wânia Panitato. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **E.I.A.L.**, Vol. 16 – No 1 (2005).

SOUZA, Kleyde Ventura de. TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos:** em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2006.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica:** proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado. Brasília 2014.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto:** perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Dissertação de mestrado. 2013.