

ISSN 2525-6904



NÚMERO ESPECIAL



A cultura do nascimento como evento biomédico e a violência obstétrica

Vivências e resistências

Marcia Cordeiro da CUNHA, *UFCSPA*

Aline Alves VELEDA, *UFCSPA*

Jéssica Machado TELES, *UFRGS*

Débora Fernandes COELHO, *UFCSPA*

Este artigo propõe-se a conhecer as informações recebidas por mulheres durante o período gravídico-puerperal que reforçam a cultura do nascimento como um evento biomédico e que possibilitam a perpetuação da violência obstétrica. Colaboraram seis mulheres, as quais foram entrevistadas em seu domicílio, sendo suas falas gravadas e transcritas. Utilizou-se a análise temática de Minayo. As informações foram organizadas na categoria: “Público versus privado: percepções sobre os serviços de saúde”. Os relatos trouxeram elementos culturais que influenciaram as vivências de parto das participantes nos diferentes serviços de saúde. Estes elementos surgem no discurso das mulheres como fatores protetivos para violência obstétrica e de resistência a maus-tratos no atendimento ao parto e ao nascimento. Concluiu-se que a vivência de gestar e parir parece sofrer influência dependendo da instituição e dos profissionais que participaram das trajetórias destas mulheres. O setor privado pareceu estar mais propenso a intervir nas experiências de parto, aumentando as intervenções e a atuação médica e diminuindo a autonomia das mulheres, enquanto o setor público, apesar de dificuldades na mudança de paradigmas de assistência obstétrica, apresentou-se menos intervencionista e com maior potencial para mudanças.

PALAVRAS-CHAVE: Nascimento. Violência obstétrica. Violência contra às mulheres. Cultura. Humanização do nascimento.



Introdução

Os processos de gestação, parto e nascimento, além de possuírem definições biológicas, também possuem significados culturais (BEHRUZI et al, 2013). Historicamente, a assistência ao parto se constituía em uma prática doméstica, espiritual e ligada ao fazer e saber feminino. A progressiva medicalização transforma o ato de parir em um saber masculino e científico, realizado dentro de instituições regulamentadas onde o modelo assistencial biomédico impera (BARBOZA; MOTA, 2016).

Acredita-se que este modelo aliado a utilização do conhecimento técnico de maneira acrítica pode ser um dos fatores determinantes de morbimortalidade materna e neonatal. A maioria dos países ocidentais, e entre eles inclui-se o Brasil, legitima o modelo de assistência obstétrica e neonatal médico, caracterizado pela visão do nascimento como uma patologia. O corpo da mulher dentro dessa lógica transforma-se numa máquina incompleta e que necessita de tecnologias sofisticadas, quase sempre utilizadas sem a devida avaliação acerca de sua segurança, para que consiga parir (BRASIL, 2014).

Como consequência da medicalização, o nascimento dentro de instituições, majoritariamente assistido por profissionais médicos, vêm sendo descrito como uma experiência violenta (DINIZ et al, 2015; SHABOT, 2015), levando a iatrogenias e a um tipo específico de violência institucional: a violência obstétrica (VO). Esta também pode ser considerada uma das facetas da violência de gênero caracterizando-se pela “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; SADLER et al, 2016; BARBOZA; MOTA, 2016).

Para se buscar experiências de parto humanizadas, seguras e com práticas baseadas em evidência é importante que haja uma reflexão acerca da importância do parto como evento fisiológico e social. Uma visão compreensiva da história de vida das mulheres, dos valores e da fisiologia humana pode ajudar profissionais a se afastarem do modelo biomédico vigente. No entanto, apesar do reconhecimento dos principais aspectos da humanização, os profissionais apontam dificuldades na mudança de prática visando o cuidado mais humano e desconstruindo o modelo biomédico (SOUZA, GAÍVA; MODES, 2011; VELEDA, 2015).

Assim, partimos de uma inquietação em buscar conhecimento sobre as informações recebidas pelas mulheres durante pré-natal, parto



e puerpério que possam reforçar uma cultura do nascimento como evento biomédico. Conhecer essas informações é de grande importância para o corpo de conhecimento em saúde pública. Afinal, profissionais que apresentem capacidade de enxergar os indivíduos assistidos de maneira integral e que são sensíveis ao fato de que cuidado a saúde é culturalmente construído podem ser capazes de promover um cuidado humanizado e é nesse aspecto que reside a relevância social deste debate aqui apresentado.

Considerando que profissionais de saúde devem promover experiências positivas de parto e nascimento (BOHREN et al, 2015) este trabalho teve como objetivo conhecer as informações recebidas por mulheres durante pré-natal, parto e puerpério que possam estar reforçando a cultura do nascimento como um evento biomédico e possibilitando a perpetuação da violência obstétrica nos ambientes de cuidado.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e caráter descritivo desenvolvido na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Colaboraram seis mulheres, com mais de dezoito anos, que ganharam seus filhos em hospitais públicos ou privados. A coleta de dados ocorreu em três etapas distintas. Primeiramente, foi publicado um convite para participação no estudo numa rede social da internet nos perfis das pesquisadoras. O contato inicial com as participantes se deu através da ferramenta de bate-papo da rede social ou por telefone. Após essa etapa e com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido iniciaram a coleta por meio de entrevistas qualitativas, realizadas no domicílio das participantes. Utilizou-se como questão motivadora a seguinte: *“Conte-nos como foi seu pré-natal, e parto e quais informações você ouviu sobre o parto durante seus encontros com profissionais de saúde, familiares, amigos e outras pessoas que você manteve contato durante a gestação.”*

As entrevistas foram gravadas através de gravador digital e transcritas na íntegra. Foi construído um diário de campo como uma ferramenta paralela ao processo de coleta de dados, contendo sentimentos e reflexões pessoais das entrevistadoras. Para interpretação das informações foi utilizada a técnica de análise temática de material qualitativo desenvolvida por Minayo (MINAYO, 2014). Destacou-se uma



categoria de interpretação, sendo ela: “*Público versus privado: percepções sobre os serviços de saúde*”.

Foram respeitadas as diretrizes éticas para pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012), sendo o projeto submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, CAEE nº 63463616.6.0000.5345 e aprovado pelo parecer nº 1.970.352 em 17 de março de 2017. Ressaltamos que as identidades das mulheres e seus familiares foram substituídos, protegendo-as, bem como as instituições de saúde citadas.

Resultados e Discussão

As seis entrevistadas receberam atendimento dos seus partos em três diferentes hospitais, dois deles com atendimento por sistema suplementar de saúde e um hospital que atende exclusivamente pelo sistema de financiamento público. Cada uma das participantes possuía préconcepções a respeito do serviço de saúde onde procurariam assistência, construídas a partir de experiências prévias. Vale adicionar a esses fatores o poder aquisitivo das mulheres e a disponibilidade de um plano de saúde suplementar ao SUS, fosse ele financiado pelas mulheres ou disponibilizado pelas empresas onde trabalham. Baseadas nestes fatores e associada a experiência subjetiva e complexa da gestação, as participantes trouxeram em seus relatos as ideias que possuíam sobre a qualidade da assistência ao parto nos ambientes público e privado e a associação com a VO. Esses relatos dividem-se em dois grupos: o das vivências de parto assistidas exclusivamente no espaço público e vivências de resistência a VO vividas no setor privado.

Vivências de parto assistidas no sistema público: entre desejos e controvérsias

As experiências das duas representantes desse grupo, *Minerva* e *Laura*, se diferem em inúmeros pontos: a idade, a ocupação das mulheres, seu passado obstétrico, suas redes de apoio social e cultural. A similaridade entre os dois relatos recai na assistência pré-natal exclusivamente feita pelo SUS, a via de parto vaginal, os relatos de humanização na assistência ao parto e a tentativa por parte da equipe de saúde de intervir o menos possível no processo de parturição. Ambas realizaram seu pré-natal em unidade básica de saúde as quais são



vinculadas no SUS e a facilidade de acesso as consultas foi um ponto trazido por ambas:

Mas assim, esse negócio de ser perto de casa e tal, maravilhoso (...). Tanto que a gente foi resolvendo várias coisas da família ao mesmo tempo, foi fazendo o pré-natal dela, encaminhou a vasectomia do meu esposo, ele fez a vasectomia, e encaminhou o procedimento do umbigo do Leo (...). Então posso dizer que pela família toda assim, muito bem atendida. Muito bem acompanhada. (Minerva)

Eu fui fazer primeiro no particular, uma ultrassom vaginal, pra saber quantas semanas eu tava certinho. Porque pelo postinho demora muito, né, daí a gente aproveitou que a gente tinha um convênio e daí a gente fez. Daí depois eu já encaminhei e fui fazer meu pré-natal aqui no postinho perto de casa. (Laura)

Parte da satisfação das usuárias do SUS com a atenção pré-natal recebida se refere ao componente organizacional do sistema de saúde que é associado a facilidade de acesso a serviços locais e aos profissionais de saúde (OLIVERA; RAMOS, 2007). Sobre isso, ao contrário do que a mídia tenta difundir, verifica-se a existência de atitudes positivas diante do sistema público, principalmente no que se refere ao acesso a diversos tipos de serviços e ao encaminhamento a serviços de alta complexidade (PONTES et al, 2010).

Outro ponto positivo dos relatos exclusivamente vividos no espaço público são os grupos de gestantes nas Unidades de Saúde (US) onde Laura e Minerva receberam assistência pré-natal.

Eu não tinha participado de grupo de gestantes nas duas anteriores (...) pra mim foi muito legal a questão do grupo de gestantes, porque eu tava com uma rotina tão atribulada assim, de outras coisas, da faculdade, da própria adaptação dos guris na escola, enfim, que aquele momento do grupo de gestantes fazia eu refletir algumas coisas do nenê propriamente dito. (Minerva)

Por outro lado, apesar de ter disponível grupos em sua unidade de referência, Laura escolheu não participar, demonstrando uma visão diferente sobre isso:

Na verdade, eu não quis participar né, porque até a minha mãe tinha dito: Porque tu não participa de um grupo de gestantes?. Daí eu digo, ah, mas eu posso aprender contigo, com a minha avó, com as pessoas mais próximas. Eu acho que as histórias que as nossas mães falam, nossas avós falam... elas vão contando as histórias dos partos delas e a gente vai imaginando na cabeça. (Laura)



Tanto Minerva, quanto Laura tinham a disposição esses grupos, mas manifestaram diferentes visões sobre a utilidade desses espaços. Laura opta por não utilizar essa ferramenta disponibilizada pela US por valorizar o conhecimento das figuras maternas presentes no seu convívio social. Há uma valorização do que é de conhecimento dos indivíduos na qual a mulher confia, que são seu suporte familiar e emocional, mais do que o saber científico. Considerando que a gestação é uma experiência também familiar e que a convivência dentro da família propicia o compartilhamento de informações e sentidos (SALIM, 2012), entendemos o porquê da valorização de Laura frente aos relatos das figuras maternas que a cercam. No entanto, acreditamos que atividades coletivas de educação para saúde sejam um espaço produtivo de compartilhamento de experiências entre gestantes, além de permitirem a socialização dos saberes populares e do saber técnico-científico (AMARAL, PONTES, SILVA, 2014; BRASIL, 2007).

Minerva e Laura pariram suas bebês em hospital referência em humanização do parto. Sabendo disso e considerando que, no âmbito do SUS, deve-se prevenir a realização de procedimentos dolorosos no momento do parto, ao mesmo tempo que são ofertados métodos não-farmacológicos de alívio da dor (DINIZ, 2009), o relato de Laura traz como rotina nesta instituição a tentativa de não-intervenção biomédica.

Eu entrei no banho, num banho de meia hora (...) e aí eu já dilatei mais três dedos eu acho. (...) relaxa muito. Tanto que eu até dormi no banho, meu namorado disse que eu até dormi e eu nem me lembro disso. E aí eu voltei, elas me deram a bola pra ficar sentada, deram um liquidozinho pra fazer massagem, pro meu namorado fazer massagem nas costas, aí a gente ia fazendo. Eu caminhei lá bastante. (...) Elas disseram pode tomar quantos banhos tu quiser tomar. (Laura)

Os métodos não-farmacológicos de alívio da dor são um aspecto da assistência ao parto com evidências científicas que encorajam seu uso mundialmente (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010; SANTANA et al, 2013). No entanto, na tentativa de humanizar o processo, os profissionais acabam por impor os diferentes métodos não-farmacológicos disponíveis, mostrando o despreparo em efetivamente humanizar o parto (OLIVEIRA; CRUZ, 2014). Isso se relaciona ao relato de Minerva:

Tava progredindo muito bem, em nenhum momento foi cogitado cesárea, nada nesse sentido. Foi mais nesse outro sentido: Ah eu quero fármaco. Não, mas a gente tem outras coisas...Não, mas eu quero



fármaco, pelo amor de Deus. Não, mas tem a bola, tem não sei o quê. Então, claro que, foi uma percepção minha, aquela coisa que tu sentir que assim, tu não tá sendo ouvida sabe? Que ela já tá com aquele discurso pronto. Não ia ter um diálogo ali. (Minerva)

O chamado “discurso pronto” envolve tanto a oferta constante de método alternativos para alívio da dor, apesar da negativa da parturiente, como a dificuldade de diálogo com a mulher frente a vontade de receber analgesia peridural referida. Nesse trecho é interessante perceber a contradição presente na instituição, num período de adaptação a novas práticas de assistência. A negativa de assistência ou não-valorização dos pedidos da mulher se configura como violência obstétrica num ambiente que se propõe ao oposto (TESSER et al, 2015).

Eu não queria essas coisas de anestesia. Mas chegou uma hora que eu tava muito fraca, e como lá, como lá a gente entra em trabalho de parto eu acho que não dá pra comer, não dá pra fazer nada, eu tava muito fraca. (Laura)

Neste trecho também percebemos que no mesmo serviço ainda ocorrem práticas como a privação de dieta para as parturientes, que também é considerada violência obstétrica. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal preveem que mulheres em trabalho de parto que não apresentarem risco aparente e que não estiverem sob efeito de opioides podem ingerir dieta leve durante a internação (BRASIL, 2017). Há ainda de se problematizar o fato de que na tentativa de manter o mínimo de intervenções ao parto, a assistência foi de alguma forma negada. Mendonça (2015), ao analisar modelos de assistência obstétrica concorrentes e o ativismo pela humanização do nascimento, relata que reflexões sobre os limites do discurso da humanização devem ser feitas. O autor considera que ao propor uma assistência obstétrica humanizada não se pode desconsiderar o fato de que no momento do parto as mulheres serão expostas tanto a um saber científico que lhes dita o que deve ser feito, mas também lidam com seus desejos e limitações.

Eles primam pelo parto normal com um mínimo de intervenções possíveis, né. Então tem esse lado também, se é o mínimo de intervenção, é o mínimo de intervenção. Tu tem que ir meio preparado que, né. Foi realmente um menosprezo do que tu tá falando, do que tu tá sentindo. (Minerva)



A humanização da assistência ao parto é influenciada não só pelo envolvimento dos profissionais e da sua capacitação para isso, como também sofre influência do modelo organizacional das instituições (DIAS; DOMINGUES, 2005). Há ainda quem acredite que a o termo humanização poderia ser substituído pela expressão *assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente*, a fim de melhor explicar a abrangência da proposta de atenção diferenciada (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Humanizar a assistência dentro dos serviços de saúde requer um olhar sensível as situações que se desenrolam no momento do parto, mas não se configura como algo inalcançável para os profissionais. O apoio e a empatia com um momento de sofrimento físico, e que é carregado de significados sociais e culturais, se torna relevante na medida que se proporciona um cuidado respeitoso às mulheres como no trecho abaixo.

E sempre tinha uma enfermeira do meu lado, ela me dizia: Vamos, mãe, tá quase, tu tem que fazer um pouquinho mais de força. Vamos lá. Isso eu senti esse carinho por ela, sabe? Quando eu tava de cócoras, até elas pegaram um lençol pra fazer força, pra ajudar, sabe? E eu sempre senti esse carinho, eu vi esse carinho, elas me ajudaram bastante, isso eu senti bastante das enfermeiras. (Laura)

Vivências no setor privado: entre resistências e controvérsias

Em Porto Alegre, assim como em todo país, os índices de cesáreas são alarmantes, podendo chegar a 50,60% (OBSERVAPOA, 2018), delimitando uma realidade obstétrica marcada pela intervenção. *Lina* e *Rowena*, ambas mulheres assistidas exclusivamente neste setor, trazem em seus relatos verdadeiros manifestos contra a intervenção excessiva.

Lina, ao vivenciar a primeira gravidez há 11 anos e uma cesárea não-desejada e traumática como desfecho, buscou subsídios para se tornar uma “*militante da humanização*”. Numa passagem forte sobre as violências vividas relata que “renasceu” com o parto natural de Nina.

Foi muito bom pra eu ver que essas violências que eu sofri mudaram a minha concepção. Mas é muito dolorido ainda. É muito dolorido. Mas é claro que eu renovei e renasci com esse parto natural da Nina, mas essa violência é uma impressão digital que vai ficar pro resto da minha vida. (Lina)



Já Rowena, apesar de estar vivendo pela primeira vez uma gestação, possuía um panorama da assistência obstétrica da cidade proveniente de sua experiência profissional como psicóloga, ouvindo e presenciando relatos de mulheres que foram desrespeitadas. Tanto Lina, quanto Rowena, trazem nas suas falas um sentimento, que infelizmente, está presente desde o momento que descobrem a gravidez: o medo. Medo de sofrerem os desrespeitos e a violência que já vivenciaram anteriormente, de sofrerem intervenções desnecessárias, de não serem capazes de contrariar as decisões de profissionais quanto aos seus corpos. São relatos fortes, mas que surpreendem por trazer uma tensão e uma tentativa trabalhosa de resistência a uma cultura intervencionista.

Eu busquei primeiramente uma equipe que respeitasse o que eu gostaria. Então contratei essa equipe, tive minha doula também né. E li muito, estudei muito. Vinha a muito tempo lendo e estudando sobre isso e sabia que era um percurso a caminhar. (...). Então assim, eu busquei essas referências pra saber que eu teria um parto respeitoso. (Lina)

Comecei a fazer o pré-natal aqui no posto de saúde aqui atrás, porque eu achei bem difícil eu achar pelo meu convênio um obstetra que me assegurasse minimamente as coisas que eu queria. Que era um parto normal, com um mínimo de intervenção, que eu pudesse escolher a posição que eu iria ficar. (...). Então demorou um pouco até eu conseguir uma indicação de alguém que não é daquele “roll”, que não tem aquele selinho do parto humanizado. (Rowena)

As duas mulheres destacam a dificuldade de encontrar profissionais do setor privado que assistissem seus partos de forma natural. A maioria das mulheres atendidas no setor suplementar de saúde manifestam no início da gestação o desejo de ter um parto via vaginal. Esse desejo é gradativamente substituído pelo desejo a cesárea à medida que essas mulheres comparecem a consultas pré-natal e, frente a argumentação técnica dos profissionais que as assistem, a cesárea é muitas vezes incentivada sem indicação clara (PIRES et al, 2010; VELEDA, 2015).

Apesar de já existirem dispositivos legais que visem a proibição das práticas inadequadas no nascimento, a realidade é permeada ainda pelo poder de quem detém o saber técnico, e as decisões são tomadas a despeito de quem vive o parto (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Ainda nessa lógica intervencionista é comum que no setor suplementar de saúde a chamada “cesárea de rotina” seja uma



alternativa a imprevisibilidade do parto normal. Alternativa mais lucrativa e eficiente para os profissionais e gestores e que culturalmente, se percebe como mais segura, já que especialistas a preferem (DINIZ, 2009).

E quando eu fiz residência aqui na atenção básica dois anos, eu comecei a conviver e perceber que não era hoje tão natural assim ter parto normal. Entender que se eu quisesse, em especial na rede privada, quisesse ter um parto normal, eu ia ter que ter as minhas garantias. Eu ia ter que ter um trabalho extra muito maior, que não chegar no consultório, fazer os meus exames, e chegar na hora e achar que ia acontecer. (Lina)

Nessa construção de uma gestação de resistência, Lina e Rowena se empoderaram de conhecimentos científicos e incluíram as famílias nesse processo de construção do saber que as protegeriam das violências no momento do parto. E para isso buscaram no conhecimento da literatura científica as ferramentas para se posicionarem de forma ativa.

(Sobre a obstetra que a assistiu no parto). Então assim, eu busquei essas referências pra saber que eu teria um parto respeitoso. (...). Essa equipe na realidade ela não atende qualquer plano, não é todas as mulheres que podem ter essa possibilidade de ser atendida com a doutora e tudo mais. (Lina)

Lina apresenta nesse trecho a constatação de que a equipe que a assistiu é um diferencial. Não é regra dentro da realidade de diferentes planos de saúde que exista uma equipe que aceite trabalhar considerando as decisões das mulheres quanto a posição do parto ou o acompanhamento por uma doula, por exemplo. Ainda assim, ao estar incluída dentro de um convênio privado de saúde, Lina e Rowena são privilegiadas por um sistema que, infelizmente, gera iniquidades dentro do âmbito da saúde no Brasil (AZEVEDO et al, 2015). Elas buscaram na figura da doula e da enfermeira obstétrica um respaldo profissional para a decisão do momento correto de ir para o hospital, diminuindo ao máximo o tempo de internação no pré-parto. A internação precoce de gestantes em trabalho de parto está associada a uma maior proporção de intervenções médicas nessas mulheres (DIAS et al, 2008). Em estudo realizado na cidade de Pelotas, verificou-se que há uma tendência no setor privado saúde de que os partos que ocorram dentro dessas instituições evoluam facilmente para cesárea, se houver tempo suficiente para intervenção médica no processo (CESAR et al, 2011).



Mas assim, o interessante é que eu fiquei em trabalho de parto a maior parte dele em casa com a minha doula, com meu marido e com a minha mãe e com a minha filha. Então eu me organizei pra chegar o mais tarde no hospital pra poder ter menos intervenção. (...). Eu aguentei bastante em casa mesmo porque mal ou bem hospital tem intervenção. (Lina)

A gente optou por ter uma pessoa que nos acompanhou em casa, que não era exatamente uma doula. Era uma enfermeira obstétrica. Pra gente ir pro hospital exatamente, por conhecer esse panorama das violências, enfim, a gente queria ir pro hospital quando a Ana tivesse nascendo já. (Rowena)

Rowena inclui no seu acompanhamento pré-natal um sujeito não relatado pelas outras mulheres desse estudo: a enfermeira obstétrica. Vale destacar que a assistência no setor de saúde suplementar é focado no profissional médico e que raramente são incluídos no preparo para o parto profissionais de outras áreas da saúde, como a enfermagem, que poderia aumentar a perspectiva de cuidado integral de assistência a gestação (PIRES et al, 2010). Isso porque, a inclusão da enfermeira obstetra, assim como a figura da doula, não somente está associada a diminuição de intervenções no momento do parto, mas também representa uma inevitável disputa de mercado da assistência obstétrica, sobretudo no subsetor suplementar de saúde (DIAS, DOMINGUES, 2005).

Além da enfermeira, Rowena reconhece na figura da doula um sujeito importante e que ajuda a garantir a humanização do nascimento. Neste caso, ela projeta o apoio que seria proporcionado por uma doula ao acompanhante, seu marido Horácio, que participou do processo de aquisição de conhecimento e se tornou um “pai empoderado”.

Daí ele, isso foi muito legal também, daí eu disse “Tá, então tira a blusa, vamos fazer contato pele-a-pele”. E ele tirou a blusa, pegou ela, ficou com ela, foi lindo, maravilhoso. (...). Ah, ele que cortou o cordão também. E ainda deu certo que quando ele foi cortar ainda tava pulsando e ele “Mas ainda não parou de pulsar, o cordão ainda tá pulsando” ele falou pra médica. (Rowena)

A presença de um acompanhante de escolha da mulher é vista como essencial no momento do parto, provendo apoio físico e emocional e contribuindo para a humanização do nascimento. É importante que esses sujeitos se insiram na gestação desde o princípio, para efetivamente servirem como suporte no momento do parto e facilitar as



interações da mulher com os profissionais de saúde (DODOU et al., 2014).

Apesar de optarem por fazer seu pré-natal majoritariamente pelo convênio, terem escolhido equipes particulares para as assistirem e terem vivido seus partos em instituições do setor privado, as duas mulheres reconhecem as ações desenvolvidas no SUS como positivas. Mas fica o questionamento de, no momento de decidirem por um parto, terem escolhido o setor privado, apesar de toda resistência sofrida.

No sistema único de saúde é impressionante, eu tive uma experiência ótima quando eu fiquei lá esses dois anos. Então eu vejo que o público é muito menos mercantil do que a questão do particular. O particular tu vai ter, se tu tiver uma equipe... tu vai pagar para ter essa equipe, tu vai pagar pro hospital, tu vai pagar pro pediatra, tu vai pagar pra todo mundo... é muito mercantil. O público é um sistema maravilhoso, então as mulheres lá são respeitadas, com os profissionais que estão lá de plantão e são recebidas daquela forma. E que dá certo assim, dá muito certo. Vivenciar o SUS e o parto humanizado dentro do Hospital Amanhã foi incrível, foi o que me fortaleceu mesmo para buscar uma equipe que me respeitasse. (Lina)

E eu tinha um plano de saúde, que custeou todos os gastos dessa equipe né. Mas com certeza eu iria para o Hospital Amanhã se eu não tivesse uma outra opção. (Lina)

O trecho acima resume boa parte da controvérsia na análise dos diferentes modelos de assistência à saúde no setor público e privado, frente a realidade da VO. As duas mulheres representadas nessa subcategoria são defensoras do SUS. Suas formações profissionais e seus relatos trazem elementos de valorização do sistema público. Paralelamente, as duas reforçam em seus discursos como tiveram que se fortalecer e envolver vários atores de suas redes de apoio social para combaterem os desrespeitos que consideraram inevitáveis no setor suplementar. E apesar dessa constatação não abriram mão da assistência privada para viver seus partos em instituições do SUS.

Minha obstetra fazia exame de toque em todas as consultas, foi uma das coisas que eu achei “ok”, porque algumas coisas a gente conseguiu negociar com ela, outras não. Mas na balança eu achei que tava bem, principalmente porque era pelo plano, então eu sabia que não ia dar pra ter tudo o que eu queria. (Rowena)

O que faz isso ser possível? O que faz do sistema público o ideal na fala, mas não na experiência? O que impede que as mulheres, ainda



que saibam da qualidade do serviço público, continuem a utilizar serviços que não oferecem a elas tudo que desejam para seus partos? A mulher reconhece que não teria “tudo que queria” e mesmo assim opta por viver a gravidez e parto dentro desse modelo de atenção. Acredita-se que isso reflete parte da cultura de atenção à saúde no Brasil, que assim como valoriza a tecnologia, considera os planos de saúde como bens de consumo e que provêm serviço de alguma forma diferenciado. São bens a serem consumidos e, de alguma maneira socialmente construída, atestam qualidade por meio do valor atribuído e pago ou ainda, demarcam diferenças socialmente significativas de classe e de posição. Considerando que cada sujeito age de maneira diferente diante de situações de saúde e doença e que o padrão de uso desses serviços difere de acordo com o grupo social do qual faz parte, as escolhas para gestação não fogem dessa lógica complexa e contraditória. Ainda, apesar de frequentemente ser um fato velado no discurso dos sujeitos, há uma ideia de que os serviços de saúde prestados pelo SUS são como um “favor” a população atendida, percebido pelo descaso de situações vividas dentro do sistema público (RODRIGUES et al, 2015).

Considerações acerca do nascer não violento

Os relatos mostraram que a gestação sofre influência de uma diversidade de atores sociais e de instituições, que opinam, regem e impõem atitudes frente a vivência da gravidez. Destacou-se a maneira como as mulheres percebem os serviços de saúde público e privado de maneiras diferentes, vezes favorecendo as experiências vividas em um, vezes reconhecendo as qualidades do outro.

O setor privado de saúde pareceu ser um espaço mais propenso a intervenção médica, principalmente, devido a cultura organizacional do setor e da lógica do lucro frente aos procedimentos desenvolvidos. Nesses espaços, a figura do profissional médico pareceu exercer maior influência as mulheres e, conseqüentemente, maior poder sobre as escolhas que as levam a via de parto cirúrgica. Já a lógica de atendimento vista dentro da instituição pública parece caminhar para menor intervenção no trabalho de parto. Apesar das dificuldades de alguns profissionais com as questões da humanização do parto, o serviço fornecido na realidade do SUS tem potencial para mudança nas práticas obstétricas, na medida que se dá dentro de um espaço público de acesso livre a toda a população e consiste num direito básico do cidadão



brasileiro. Apesar do direito garantido por lei no Brasil de vinculação da gestante a sua maternidade de referência, determinada em cada localidade de acordo com a cobertura de saúde do município, o atendimento a gestante em trabalho de parto ou com intercorrências pode acontecer em qualquer ponto da rede hospitalar. Cabe ressaltar que essa informação, muitas vezes, não é de conhecimento de todas as mulheres, e portanto, pode se constituir como barreira no acesso aos hospitais no momento do nascimento, restringindo a chegada da parturiente a instituições que vêm mudando sua lógica de atenção ao parto e nascimento, como o Hospital Amanhã.

A gestação como evento social que é, e devido a diversidade de significados que possui na nossa cultura, dificilmente é vivida sozinha. No caso das mulheres ouvidas nesse estudo, observamos a participação importante da família, das amigas, da valorização do saber popular e de figuras femininas para aquisição de conhecimento para experiência do parto. Pensando nisso, o dever do profissional de saúde é compartilhar as informações baseadas em evidência que sirvam como subsídio para tomada de decisão das mulheres e auxiliar no processo de empoderamento feminino na vivência da gestação, o que pode impedir consideravelmente as violências sofridas.

Quanto as limitações do estudo, consideramos que a amostra composta por mulheres em maioria brancas, cisgênero, heterossexuais, com grau de escolaridade elevado e condições socioeconômicas confortáveis, representam uma parte privilegiada das mulheres que buscam assistência na gestação e que apesar de sofrerem desrespeitos por serem mulheres, não vivenciam a intersecção de sua vulnerabilidade com questões de raça, gênero ou baixa condição socioeconômica. Sabe-se que a violência obstétrica se manifesta de maneira mais acentuada na medida que outras vulnerabilidades se sobrepõem e conhecer as informações recebidas por essa população também contribui para qualificação da assistência ao nascimento, sendo sugestão para futuras pesquisas.

Ainda sugere-se que futuros estudos sejam realizados no âmbito do setor privado de saúde para melhor compreender as práticas que ocorrem dentro das instituições, a motivação de profissionais e usuários para tomada de decisão e a emergente humanização dentro desses espaços. Além disso, estudos que busquem conhecer as dificuldades dos profissionais frente a humanização da assistência ao parto e possam servir de diretrizes para reformulação do currículo nas universidades



podem ser úteis, visando um atendimento mais horizontal e de qualidade.

A humanização do nascimento como política de atenção à saúde no âmbito do SUS já é uma realidade, mas incipiente e ainda não dominada pela totalidade dos profissionais que atuam nas maternidades e hospitais no país. A cultura biomédica de atenção reforça desigualdades e mantém os profissionais em posição confortável e de superioridade as mulheres, que deveriam ser as protagonistas desse momento e terem suas potencialidades e particularidades levadas em consideração. Talvez o fortalecimento de mecanismos legais que coíbam os maus-tratos fosse necessário para que a necessidade de mudança na assistência fosse percebida por alguns grupos de profissionais.

Mas fugindo da lógica punitiva como propulsora de mudança, o enfoque no fortalecimento feminino parece ser um caminho para melhora na assistência. Cada interação com uma mulher que vive uma gestação tem potencial transformador. Ao incentivar a busca por conhecimento e compartilhar informações com embasamento científico adequado podemos auxiliar no processo de tomada de decisão e tornar o processo da gestação e do parto mais significativos para quem os vive.

Compreendendo que tratamos com vidas, complexas, cheias de expectativas e de significados atribuídos àquele momento, que apesar de muito significativo é apenas um pedaço pequeno da trajetória de vida do sujeito, superaremos a visão da mulher como um objeto. Assim, poderemos contribuir para que as experiências de parto sejam cada vez mais lembradas pela alegria do nascimento de um novo sujeito, sem a sombra de descuidos e violências sobre esse momento único na trajetória de vida de algumas mulheres.

Referências

AMARAL, M.C.S., PONTES, A.G.V., SILVA, J.V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1547-1558, 2014.

AZEVEDO, B.S. et al. Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil. *Acta bioeth.*, Santiago, v. 21, n. 1, p. 117-125, jun. 2015.



BARBOZA, L.P., MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde (RPDS)*, v. 5, n 1. 2016.

BEHRUZI, R. et al. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Novembro 2013. Disponível em <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-205>>. Acesso em 15 Jul. 2016.

BOHREN, M. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6): e1001847. Jun. 2015.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.*

BRASIL. *Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v.4).*

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 Nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.*

CESAR, J.A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 11, n. 3, p. 257-263, Set 2011.



DIAS, M.A.B., DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, Set. 2005.

DIAS, M.A.B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, C.S.G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 377-382, Out. 2015.

DINIZ, C.S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.

DODOU, H.D. et al. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, Jun 2014.

GAYESKI, M.E., BRUGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, Dec. 2010.

MACHADO, N.X.S., PRACA, N.S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-279, Jun 2006.

MENDONÇA, S.S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 15, n. 2, p. 250-271, 2015.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. – Hucitec. São Paulo: Hucitec; 2014.

OBSERVAPOA. *Cidade de Porto Alegre. Indicadores. Parto cesárea*. Disponível em: <http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regiao=1_1_103> Acesso em 01 de outubro de 2018.



OLIVEIRA, L.M.N., CRUZ, A.A.C. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*; 18(2): 175-180, 2014.

OLIVERIA, C.B., RAMOS, M.C. O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família no município de Vitória. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 15(2): 241-256, abr.-jun. 2007.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 2 Ago. 2016.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, Jun 2010.

PONTES, A.R.M de et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-580, Ago. 2010.

RODRIGUES, D.P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 614-620, Dec. 2015.

SADLER, M. et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. Elsevier BV. 2016.

SALIM, N.R. et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(16\)30002-7/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(16)30002-7/abstract)>. Acesso em: 15 Jul. 2016.

SANTANA, L.S. et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. dor*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 111-113, June 2013.



SHABOT, S.C. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Springer Science+Business Media Dordrecht*. Outubro 2015.

SOUZA, T.G., GAIVA, M.A.M., MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, Set. 2011.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35); 1-12.

VELEDA, A.A. Trajetórias do nascer: as representações culturais de mulheres gestantes atendidas no subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

WERMUTH, M.A.D., GOMES, P.R.F., NIELSSON, J.C. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. *Universitas Jus*, v. 27, n. 2, 2016.



Birth culture as a biomedical event and obstetric violence: experiences and resistance

ABSTRACT: This article propose to know the information received by women during the pregnancy-puerperal period that reinforce the culture of birth as a biomedical event and that make it possible to perpetuate obstetric violence. Six women were interviewed at home, and their speeches were recorded and transcribed. The thematic analysis of Minayo was used. The information was organized in the category: "Public versus private: perceptions about health services". The reports brought cultural elements that influenced the experiences of labour of the participants in different health services. These elements come up in the women's speech as protective factors of obstetric violence and resistant to mistreatment in labour and childbirth. It was concluded that the experience of gestating and giving birth seems to be influenced by the institution and the professionals who participated in the trajectories of these women. The private sector appeared to be more likely to intervene in childbirth experiences, increasing interventions and medical care, and reducing women's autonomy, while the public sector, despite difficulties in paradigm shifting of obstetric care, was less interventionist and with greater potential for change.

KEYWORDS: Birth. Obstetric violence. Violence against women. Culture. Humanization of birth.

Marcia Cordeiro da CUNHA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Ex-bolsista CAPES de graduação-sanduíche pelo Programa Ciência sem Fronteiras na University of Miami (EUA). Foi bolsista de extensão do Programa Feira de Saúde da UFCSPA, bem como secretária-geral do Centro Acadêmico Florence Nightingale do curso de bacharelado em enfermagem da UFCSPA.

Aline Alves VELEDA

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (2004) e Mestrado em Enfermagem (2006) pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Doutorado em Enfermagem (2015) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Especialização em Cuidado Pré-natal (2015) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atua como Professora Adjunta na UFCSPA desde 2012, realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Saúde Materno-Infantil, Gênero e Direitos Humanos.

**Jéssica Machado TELES**

Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Possui mestrado e doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS (PPGenf). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Sociedade Educacional de Três de Maio (SETREM). Integrante do GEMBE (Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê) na Escola de Enfermagem da UFRGS. Membro da Diretoria ABENFO-RS/Gestão 2018-2020.

Débora Fernandes COELHO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001); Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2011). Especialização em Enfermagem em Cuidado Pré-Natal pela Universidade Federal de São Paulo (2015). Especialização em Gênero e Sexualidade pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2016). Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2016). Atualmente é Professora Adjunta nível IV e Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) Gestão 2017-2021. Desenvolve atividades de ensino em graduação, pós-graduação; extensão universitária; Pesquisa e Gestão universitária. Membro do núcleo de pesquisa CEVIDA da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desenvolvendo pesquisas clínicas-epidemiológicas em Aids financiadas pelo Programa Nacional de HIV/Aids do Ministério de Saúde brasileiro. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa da Práxis de Enfermagem da UFCSPA (GEPPEN). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, adolescência e juventudes, saúde das mulheres, gênero, sexualidade, prevenção da transmissão perinatal do HIV.

Recebido em: 22/02/2019

Aprovado em: 26/12/2019