

**UFRRJ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JULIANA NOGUEIRA DE SOUZA XAXÁ

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO
PARTO E SUA RELAÇÃO COM A AUSÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO A
PARTURIENTES**

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO
PARTO E SUA RELAÇÃO COM A AUSÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO A
PARTURIENTES**

JULIANA NOGUEIRA DE SOUZA XAXÁ

Sob a Orientação da Professora
Fabírcia Vellasquez Paiva

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social da Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro, como parte
das exigências para obtenção do
título de bacharel em Serviço
Social.

Seropédica- RJ
Março de 2023

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

p Xaxá, Juliana Nogueira de Souza, 1999-
O Processo de Institucionalização da Assistência
ao Parto e sua Relação com a Ausência da
Humanização a Parturientes / Juliana Nogueira de
Souza Xaxá. - Seropédica, 2023.
47 f.

Orientadora: Fabrícia Vellasquez Paiva.
Trabalho de conclusão de curso(Graduação). --
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro,
Serviço Social, 2023.

1. Parto humanizado. 2. Violência obstétrica. 3.
Hospitalização do parto. I. Paiva, Fabrícia
Vellasquez
, 1981-, orient. II Universidade Federal Rural do
Rio de Janeiro. Serviço Social III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL



ATA Nº 1529 / 2023 - CoordCGSS (12.28.01.00.00.00.04)

Nº do Protocolo: 23083.016707/2023-65

Seropédica-RJ, 20 de março de 2023.

Juliana Nogueira de Souza Xaxá

O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E SUA RELAÇÃO COM A AUSÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO A PARTURIENTES

Trabalho de Conclusão de Curso submetido como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**, pelo Curso de Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Data de aprovação: 13 de Março de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Fabrícia Vellasquez Paiva
Orientadora - presidenta (DTPE/UFRRJ)

Prof. Dra. Carmen Oliveira Frade
Membro Interno - DEDH/UFRRJ

Prof. Dra. Simone da Cunha Tourino Barros
Membro Interno - DEDH/UFRRJ

(Assinado digitalmente em 20/03/2023 18:08)
CARMEN OLIVEIRA FRADE
PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR
DeptHOT (12.28.01.00.00.00.10)
Matricula: 4206731

(Assinado digitalmente em 21/03/2023 08:10)
FABRÍCIA VELLASQUEZ PAIVA
PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR
DeptTPE (12.28.01.00.00.00.24)
Matricula: 1794153

Dedico esse trabalho como homenagem a Bella bebê que teve a vida ceifada no útero da sua mãe e minha amiga Juliana, após chegar ao hospital com perda de líquido amniótico e deixada sem acompanhamento médico, alimentação e medicação correta por dois dias, tendo em vista a ausência de equipe médica no feriado.

Que absurdos como esse não voltem a acontecer e ao entrar em um hospital que cada mulher se sinta segura e acolhida. Garantia de direitos a parturientes e a seus bebês.

AGRADECIMENTOS

Quatro anos e meio se passaram, anos difíceis, que para mim é como se fossem o dobro, anos de muitas mudanças, vivemos a pandemia, me casei, tive meu primeiro filho e agora chego ao final da graduação, na qual não seria possível sem um grupo de pessoas que me cercaram.

O primeiro, meu motivador, sustentador, aquele que esteve comigo nos momentos mais difíceis, o meu Senhor, sem Ele eu certamente não chegaria aqui, sem Ele a minha vida não teria sido transformada nem meu coração tocado, a Ele que me mandou confiar, e descansar crendo que estava no controle de todas as circunstâncias da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Antonio e Ana, que estiveram no início dessa caminhada, em todo tempo me incentivando, me levando aos domingos tarde da noite para o município de Seropédica - RJ, para me deixar na república na qual passava toda a semana, obrigada pela dedicação de vocês em querer me ver ir mais longe.

Agradeço a todas as meninas da república a qual fiz parte, vocês fizeram meus dias na universidade muito melhores, voltar para casa e encontrar vocês foi incrível, as conversas, o apoio, o carinho de uma verdadeira família.

Ao meu esposo Diego que sempre acreditou no meu potencial e me desafia a vencer meus medos, obrigada por controlar nossa ferinha enquanto precisei dedicar tempo a escrita dessa pesquisa.

Agradeço ao meu bebê Joaquim, aquele que motivou a pesquisa, que me fez realizar o sonho de ser mãe, que transformou minha vida com maravilhosa experiência do parto, que me ensinou a amar de forma mais pura.

E por último, mas não menos importante, a minha orientadora Fabrícia Vellasquez, obrigada pelo apoio, para que eu conseguisse chegar até o final da graduação, você teve real importância nesse processo.

Sem vocês eu não chegaria aqui, meu carinho e meu muito obrigada a cada um que trilhou a minha história.

RESUMO

No crescimento da violência obstétrica, buscando compreender o painel histórico da assistência ao parto até o modelo vigente hospitalar e altamente medicalizado. Por meio de uma pesquisa bibliográfica, de cunho sócio-histórico, se intencionou compreender as abordagens existentes por meio das políticas e dos programas criados pelo Governo Federal que buscam meios de garantir a assistência humanizada durante a gravidez, parto e pós-parto. Apresenta-se, neste TCC, a defesa da promoção da saúde como uma forma de viabilizar a humanização do parto e também como combate à violência obstétrica por meio de ações educativas que possam fornecer às gestantes e suas famílias informações necessárias para prever ações que fogem da medicina baseada em evidências. Buscamos, assim, apresentar uma proposta possível de abordagem junto à dimensão educativa, que se configurou também por uma experiência junto ao estágio.

Palavras-chaves: parto humanizado; violência obstétrica; hospitalização do parto.

ABSTRACT

In the growth of obstetric violence, we sought to understand the historical panel of childbirth assistance up to the current hospital model that is highly medicalized. Through a socio-historical bibliographic research, we aimed to understand the existing approaches through policies and programs created by the Federal Government that seek to ensure humanized assistance during pregnancy, childbirth, and postpartum. This thesis presents the promotion of health as a means of making childbirth more humanized and as a way to combat obstetric violence through educational actions that can provide pregnant women and their families with necessary information to prevent actions that deviate from evidence-based medicine. Therefore, we sought to present a possible proposal for an educational approach, which was also shaped by an experience during the internship.

Keywords: humanized childbirth; obstetric violence; hospitalization of childbirth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	11
1 . Processo de institucionalização do parto	13
1.1 Apanhado Histórico	13
1.2 Características próprias do Brasil	17
1.3 Relações de poder: violência institucional e obstétrica	19
1.4 Minha experiência e percepção da violência enquanto gestante e parturiente	22
1.4.1 Pré-natal e doenças não diagnosticadas	22
1.4.2 O parto	24
2. A mulher e sua relação com o parto	25
2.1 Minimização do corpo da mulher como máquina	26
2.2 O acesso da parturiente a humanização do parto	29
3. Ações propositivas para a promoção da saúde das parturientes	33
3.1 Os programas e as ações realizadas pelo Governo Federal	33
3.2 A promoção da saúde e a conscientização do indivíduo	38
3.3 Biblioterapia: uma proposta por meio da contação de história	40
Considerações Finais	42
Referências:	44

Introdução

O tema que decidi abordar se trata da violência obstétrica, tendo como objetivo apontar o processo de institucionalização da assistência ao parto e sua relação com a ausência da humanização a parturientes.

Esse se trata de um tema que tenho interesse desde antes de adentrar a universidade, e surge depois de assistir a um documentário sobre violência obstétrica chamado “o renascimento do parto” disponível na Netflix, unido a isso havia o meu desejo por viver a maternidade de forma saudável sem precisar ser submetida às violências que já havia ouvido inúmeras mulheres vivenciarem. Dessa forma iniciei a minha pesquisa, na intenção de estar munida de informações que pudessem evitar uma possível violência.

Diante disso, busquei analisar o processo natural e biológico de gestação que culmina no trabalho de parto na busca por entender como esse processo sofreu e continua sofrendo modificações, tendo em vista o seu contexto histórico e cultural.

É possível notar que a partir do Século XVII, com o grande crescimento da medicina, a assistência ao momento da parturiente começou a sofrer transformações. Inicialmente introduzindo a figura masculina em um ritual puramente feminino se tornou um desafio e um tabu, tendo em vista que até então esse momento era composto por parteiras e mulheres da família.

A partir do marco da intervenção médica por parte da monarquia, se observou como se deu a assistência ao parto no decorrer dos anos até a hospitalização e o lugar (ou ausência) de protagonismo da mulher no seu processo de pré-natal, parto e pós parto, permeando a forma como a mulher lida com o seu corpo em relação a toda a gestação.

Além disso, também foram analisadas as relações de poder no ambiente institucional e como essa relação impacta na possibilidade ao acesso a um parto humanizado nos dias atuais. E com enfoque no Brasil, foram encontrados inúmeros relatos de mulheres vítimas de intervenções médicas desnecessárias, violências que podem gerar consequências severas em suas vidas.

Sendo assim, essa pesquisa busca entender qual é o impacto da hospitalização e da medicalização do parto tendo em vista que apesar dos

avanços médicos e da presença de assistentes sociais na maternidade ainda tem se apresentado de forma contínua relatos de mulheres vítimas de violência obstétrica e quais ações têm sido empenhadas pelo fim ou pela redução dessas violências.

Pesquisar sobre a humanização do parto pode ter impactos positivos na vida e na saúde de inúmeras mulheres, auxiliando a reduzir os agravamentos no pós-parto e os problemas psicológicos causados pela violência obstétrica, possibilitando a ampliação do conhecimento do funcionamento do corpo feminino no desenvolvimento do seu trabalho de parto.

Entendendo que esse é um momento de vulnerabilidade e que para muitas mulheres é considerado um marco em sua vida, por anos, tem sido transformado em um acontecimento traumático. Sendo assim, é de suma importância para as assistentes sociais que trabalham no âmbito hospitalar, e principalmente em maternidades, ter um conhecimento aprofundado acerca da humanização do parto, para também propiciar uma intervenção coerente do ponto de vista ético-político e dos valores centrais¹ que a norteiam.

A presente pesquisa encontra-se dividida em três capítulos, sendo o primeiro intitulado: “Processo de institucionalização do parto”, que se subdivide em 4 tópicos. No qual explica de forma histórica como ocorreu a evolução da assistência ao parto e suas transformações, além do meu relato pessoal sobre a gestação e o trabalho de parto com minhas percepções acerca da violência.

No segundo capítulo intitulado de: “A mulher e sua relação com o parto”, que se subdivide em 2 tópicos. Neles, aponto as formas atuais de assistência ao parto através do modelo tecnocrático estabelecido nas unidades hospitalares, buscando também compreender a forma objetificada com a qual se tem lidado com o corpo da mulher e a quem tem sido destinado o acesso a um parto humanizado.

No terceiro e último capítulo chamado “Ações propositivas para a promoção da saúde das parturientes” subdividido em 3 tópicos. Analiso as ações e portarias criadas pelo Governo Federal na tentativa de reduzir os casos de violência obstétrica e como tem se dado a eficácia dessas ações, além de trazer uma proposta de intervenção por meio da contação de história a fim de ampliar a autonomia das gestantes e puérperas.

¹ Sendo esses valores centrais a liberdade, autonomia, equidade, entre outros.

Entender as possíveis causas da violência obstétrica é relevante para a sociedade como um todo, especialmente para a UFRRJ, localizada na Baixada Fluminense, pois, a pesquisa pode trazer novos insights sobre o tema, auxiliando na produção de conhecimento científico, podendo ser útil na formação de outros profissionais capacitando-os a identificar e prevenir casos de violência obstétrica.

Além disso, colabora diretamente com a formação e atuação do assistente social, pois, proporciona um conhecimento mais aprofundado sobre a violência obstétrica e suas implicações sociais, culturais e econômicas. Dessa forma, contribui para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas na prevenção e no enfrentamento da violência obstétrica, promovendo uma assistência mais qualificada e humanizada às mulheres que sofrem essa forma de violência.

1 . Processo de institucionalização do parto

Neste capítulo, serão abordadas de forma breve, as mudanças que ocorreram na assistência ao parto no decorrer dos anos até o modelo hospitalar que encontramos hoje, apontando questões pontuais que influenciaram essas mudanças. Além disso, será feita uma exposição acerca da concepção de poder e violência e sua prática nas maternidades, buscando entender os limites que permeiam a atuação profissional acompanhado de uma reflexão pessoal acerca do atendimento às gestantes e parturientes pelo SUS.

1.1 Apanhado Histórico

O processo de trabalho de parto conhecido atualmente, se faz desta feita após sofrer inúmeras modificações com o passar dos séculos. Por exemplo: o que hoje se encontra no ambiente hospitalar, com intervenções médicas e medicamentosas até o século XVII era realizado no ambiente doméstico, por mulheres da família e parteiras, em um processo puramente feminino e íntimo (KRUEL; VENDRÚSCOLO, 2016).

A medicina até então dominada pela figura do homem não havia se

aprofundado a respeito do parto, sendo necessária a intervenção das parteiras com mais experiência, que realizavam a assistência a parturiente com base em seus saberes empíricos, mesmo em ambientes como o da realeza, em que o parto se transformava, inclusive, em um evento assistido (KRUEL; VENDRÚSCOLO, 2016).

A figura do médico e de suas intervenções, se tornam amplamente aceitas a partir do momento em que a alta sociedade começa a tê-las como prática. (FREITAS, 2010) A inserção do homem a princípio era percebida como imoral e antiética, pois, estava sendo quebrado um padrão cultural a respeito do parto, que em todas as culturas nas quais há relatos era realizado e acompanhado apenas pela figura feminina, como mães, irmãs, amigas e as próprias parteiras. A partir disso, as mulheres começaram a perder seu espaço na assistência ao parto (KRUEL; VENDRÚSCOLO, 2016).

Além da inclusão do médico, também se inicia a utilização de equipamentos para facilitar o trabalho de parto, como o uso do fórceps², que, em diversos casos, evitou a mortalidade materno-infantil. Acrescentando também, o uso de clorofórmio como anestésico (KRUEL; VENDRÚSCOLO, 2016).

O registro histórico do seu uso se dá no parto da Rainha Vitória em Londres, em 7 de abril de 1853, que, após seu 7º filho não queria mais se submeter à dor do parto. Cloroformizada por John Snow, os relatos apontam que Rainha Vitória teve um parto bem sucedido, tranquilo e sem dor. O que se inicia na realeza se espalha pela França e pelo mundo, e por sua influência se difunde a figura do médico e de sua intervenção no parto (FREITAS, 2010).

Acompanhada da medicalização do parto, a cesariana³ começa a se tornar mais segura e reduz o número de óbitos em sua execução. (FREITAS, 2010) Não se sabe exatamente quando se inicia a prática da cesária, todavia, há relatos de mitologias e lendas transmitidas oralmente, de anos antes de Cristo. De modo igual, na arte e em pinturas já se representava essa cirurgia, que inicialmente era usada em mulheres que morriam durante o parto para a retirada do bebê (PARENTE, 2010).

² Qualquer pinça ou tenaz de que os cirurgiões se servem em partos difíceis, para apressar a extração da criança.

³ Intervenção cirúrgica para a extração do feto que ainda se encontra no útero materno, geralmente quando o parto normal não é possível;

O estudo da obstetrícia ao longo dos anos, possibilitou mudanças no processo de nascimento que reduziram as mortes das parturientes e dos bebês, fazendo com que a assistência ao parto de forma hospitalar e com equipe médica especializada se tornasse mais seguro, possibilitando à mulher acesso a profissionais qualificados (KRUEL; VENDRÚSCOLO, 2016).

Quando olhamos para essa construção histórica, vemos inúmeras inserções de artifícios tidos como facilitadores do parto, porém, ao invés de auxiliar essa mulher se inicia um processo de distanciamento com relação ao seu próprio corpo, pois, para além dos casos urgentes de atendimento, esses métodos e objetos futuramente passaram a fazer parte de uma prática comum adotada pela maioria dos profissionais que prestam assistência à parturiente.

É fato que os estudos científicos e alguns dos métodos desenvolvidos tiveram crucial importância na redução de mortes⁴ de mulheres e crianças, por vezes evitáveis, porém, vale questionar o porquê da exclusão e quase criminalização da atuação das parteiras, e do intenso investimento na inserção do médico, pois, se o objetivo fosse unicamente a saúde e bem estar dessas mulheres, as mesmas não começariam a ser desapropriadas e silenciadas durante o processo.

Segundo Luciana Palharini em seu artigo Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde” de 2018, a partir do século XIX, se inicia na Europa um movimento em favor da abertura de maternidades e encerramento de locais “clandestinos” onde as parteiras realizavam seu atendimento, todavia, apenas no século XX se estabelece a hospitalização do parto, também alcançando o Brasil.

A institucionalização do nascimento acaba por ser influenciada em decorrência da necessidade da prática clínica na formação do médico obstetra, sendo assim, se empreende um maior esforço em trazer mulheres pobres e marginalizadas, a fim de fornecer experiência a esses profissionais e convencer a classe média alta da segurança no parto hospitalizado, devido a seus numerosos casos de sucesso (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

⁴ Jussara Assis (2018) aponta que 92% dos casos de mortes maternas por causas diretas como, infecção, hemorragia e hipertensão são evitáveis, caso não houvessem omissões, tratamentos e intervenções incorretas.

Por esse motivo, as parteiras começaram a ser desapropriadas de suas funções, mesmo que não fossem extintas completamente, pois, ainda era necessário ocupar a posição do médico quando o mesmo não estava disposto a esperar partos longos, a fim de não deixar a parturiente desassistida. Todavia, sua retirada da função afetou outras áreas⁵, pois, já não se realizava mais o acompanhamento e os cuidados que as parteiras desempenhavam no período puerperal (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Diante disso, é possível observar o anseio por uma ampliação do espaço de atuação do médico por meio de sua inclusão em um ambiente no qual o mesmo era desaprovado pela sociedade, tendo em vista os lucros que seriam proporcionados pela classe média alta, mesmo que fosse necessário “usar” mulheres em condições de vulnerabilidade a fim de escalar um negócio lucrativo.

Françoise Thébaud (2002) faz uma análise do aumento de partos em maternidades no período entre guerras na França e destaca Paris como uma das cidades onde mais se tem um desenvolvimento de hospitais maternidades. A partir de 1930, se observa um aumento expansivo de mulheres em busca de atendimento hospitalar, que foi acentuado pela crise após a segunda guerra mundial e pela década do baby-boom⁶, sendo documentado até 1939 um aumento de 68% dos partos hospitalares.

Da perspectiva da assistência ao parto como empreendimento, a qualidade do atendimento fica à mercê dos lucros, que podem ser maximizados pela implementação da sistematização e padronização dos métodos a fim de realizar uma maior quantidade de partos em menos tempo.

Além disso, cabe apontar que grande parte das mulheres assistidas era provenientes da classe média; e metade das parturientes eram portadoras de seguro social, que incentivaram sua busca pelas instituições; no entanto, o parto domiciliar com assistência médica ainda era restrito a famílias consideradas ricas que não queriam estar em um ambiente frequentado pelas mais pobres e que ainda não era referência de higiene e conforto (THÉBAUD, 2002).

⁵ Se faz necessário que os profissionais de saúde reconheçam e respeitem a diversidade cultural e a pluralidade dos saberes populares, incluindo os das parteiras e outros profissionais da saúde que atuam nas comunidades mais vulneráveis, pois, isso pode contribuir para a promoção da saúde e para a construção de um sistema mais justo e humanizado.

⁶ Aumento brutal da natalidade, em especial aquele que se seguiu à Segunda Guerra Mundial.

Como consequência da institucionalização do parto e a falta de estrutura de um movimento ainda embrionário, há um afastamento da família e isolamento da mulher nos hospitais, pois, os mesmos foram estruturados para atender os profissionais da saúde em suas necessidades e hábitos hospitalares. A partir disso, o parto passa a ser um momento dotado de regras e normas determinadas pelas práticas médicas e demandas das instituições (KRUEL; VENDRÚSCOLO, 2016).

1.2 Características próprias do Brasil

No Brasil, a prática da obstetrícia como a própria medicina chegou de forma tardia, sem percorrer os mesmos processos europeus. Além disso, até 1870, o ensino era muito precário, tendo em vista a pouca prática dos profissionais ginecologistas, ficando restritos apenas à teoria. A partir de 1882, com a especialização da obstetrícia na educação, os médicos passaram a exercer de forma prática os conceitos ensinados na academia (MAIA, 2010).

Como característica da formação obstétrica tardia, as primeiras a serem submetidas a autoridade médica foram as mulheres ricas e majoritariamente brancas, que tinham seus partos sendo realizados de forma domiciliar com a assistência médica, seguindo o padrão das mulheres ricas na França (MAIA, 2010).

As mulheres pobres, porém, com mínimos recursos mantiveram seus partos sendo realizados por parteiras, já os hospitais e enfermarias eram destinados aquelas que se encontravam a abaixo da linha da pobreza e em total vulnerabilidade, se colocando em risco, tendo em vista as inúmeras mortes causadas por questões básicas como falta de higiene no manejo do parto (MAIA, 2010).

No Brasil não se repete apenas um reflexo do que era praticado na europa, mas, se corrobora a finalidade da assistência ao parto como meio de desenvolvimento da experiência profissional, o que reafirma a desigualdade social no Brasil e no mundo, submetendo as mulheres pobres ao risco de morte, e direcionando às classes ricas o direito a compra de uma assistência mais humanizada, na qual o parto se realiza no conforto da sua casa, com o apoio familiar.

Ademais, a atenção materno-infantil e as políticas voltadas para ela, tinham como principal papel a preservação da criança e o combate à mortalidade infantil, tendo em mente, uma visão nacionalista para a construção de um futuro para o país com a garantia de mão de obra (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Com o passar dos anos, o objetivo inicial da comunidade médica obstétrica começa a se concretizar, pois, o parto hospitalar começa a se expandir, ampliando a sua atuação. Esse crescimento se relaciona a dois fatores, o grande número de partos realizados em mulheres de classes sociais mais baixas, a fim de mostrar a “popularidade” dos métodos, fazendo com que se reduzisse o medo das mulheres a respeito da assistência hospitalar.

Além disso, outro aspecto seria o progresso das técnicas e cuidados praticados no parto, que reduziu os riscos de morte por questões básicas, porém, esse “progresso” causador da mudança de percepção do risco hospitalar se deu às custas das vidas perdidas de inúmeras mulheres.

Sendo assim, o parto da maioria das mulheres brasileiras, de todas as classes sociais, deixou de ser realizado no ambiente domiciliar⁷ e passou a ser realizado de forma hospitalar e institucionalizada, o que aumentou de forma crescente as intervenções médicas, desassociando os processos naturais no momento do parto, tornando-o um ato médico, hospitalizado e cirúrgico (MAIA, 2010).

Contudo, os procedimentos realizados para o nascimento continuaram a se modificar de forma gradativa, a ponto de haver uma alteração significativa da via de parto na maioria das mulheres, abandonando o parto vaginal e o substituindo pela cesariana⁸, uma intervenção cirúrgica recomendada pela OMS apenas para partos ou gravidezes de risco, que deveria se restringir a 15% dos partos no país, porém, no Brasil atinge a marca dos 80% (MAIA, 2010).

A partir desse dado, será desenvolvida uma análise das relações de poder

⁷ É importante ressaltar que ainda há parteiras atuantes no Brasil, sendo que a maioria se encontram em zonas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país, onde a assistência à saúde é mais precária e não há facilidade de acesso aos hospitais, contudo, essas profissionais desempenham um papel fundamental no cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido, que se encontram continuamente desassistidos e negligenciados pelo Estado (não somente nas áreas rurais, mas, em todo o país), oferecendo um atendimento respeitoso.

⁸ Hofelmann (2012) analisou em seu artigo o aumento da cesária entre os anos de 1994 a 2009 nas regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste e observou que a maior taxa, referente ao crescimento de 5,0% ao ano, era identificado na região nordeste do Brasil.

existentes no ambiente institucional e sua influência positiva ou negativa nas grandes mudanças que ocorreram na assistência ao parto, buscando entender seus impactos na vida e nas decisões da mulher para esse momento significativo.

1.3 Relações de poder: violência institucional e obstétrica

Segundo Foucault (2009), o poder é um modo de ação de alguns sobre outros, que se dá em uma relação na qual haja individualidade e liberdade entre as partes, reconhecendo o outro como sujeito de ação, podendo haver inúmeras formas de reação, de efeitos e respostas. Sendo assim, ele incita, induz, facilita ou limita os sujeitos, que consentem ou não com a verdade estabelecida por aquela autoridade.

De fato, aquilo que define uma relação de poder é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. Uma ação sobre a ação, sobre eventuais ou atuais, futuras ou presentes. Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas: ela força, dobra, quebra, destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto a si, outro pólo senão o da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la (FOUCAULT, 2009, p.13).

A violência então não pode ser vista como excesso de poder, mas, a ausência dele, fazendo com que dessa forma haja a imposição da legitimação de uma autoridade não reconhecida, sendo assim, a partir do momento em que não há liberdade não há uma relação de poder e sim o exercício da violência como recursos de força e extinção de direitos (AGUIAR, 2013).

A violência muda o caráter desse poder anteriormente exercido ao desrespeitar o domínio legitimamente conquistado da autoridade maior, quando o médico extrapola para além do plano técnico-científico seu juízo profissional, resvalando para o plano da moral com julgamentos de valor sobre o outro (AGUIAR, 2013, p.2289).

Isso se aplica para inúmeras situações em nossa sociedade onde se encontram relações de poder e violência, porém, quando falamos do ambiente da maternidade é necessário refletir sobre o exercício de poder e sobre a autoridade médica, que não se restringe apenas às pacientes, mas, a todo corpo de profissionais daquela instituição que precisa se subordinar a figura do médico.

Tendo em vista o conhecimento técnico-científico, o exercício de poder na maternidade é constituído de uma hierarquia, na qual o médico se encontra no topo, como o detentor desse saber, sendo assim, o poder do médico se encontra na relação daquele que tem o conhecimento científico, e daquele que depende desse conhecimento para zelar pela própria saúde. “Uma vez que a saúde tem um valor inequívoco de importância para todos e a não obediência à autoridade médica pode resultar em danos (antecipáveis) para a saúde do paciente (AGUIAR, 2013, p.2290).”

Contudo, vale questionar, quais são os limites da submissão à autoridade médica, pois, diante de irregularidades e ações permeadas de violências, cabe a essa instituição o papel de dirimir comportamentos que colocam em risco a saúde e a vida desses pacientes, todavia, esse conhecimento técnico-científico ao invés de utilizado em prol da qualidade na atenção à saúde é empregado como meio de intimidação do corpo técnico, podendo acarretar prejuízo àqueles que contestam.

Entre médico e paciente a autoridade médica é exercida em uma relação de confiança, no qual um se coloca “voluntariamente” em obediência a orientação do outro, porém, a violência também surge a partir do momento em que há uma ruptura de confiança na figura do profissional de saúde, fragilizando essa autoridade, sendo “necessário” o uso da força para a manutenção da obediência (AGUIAR, 2013).

A violência institucional em maternidades no atual modelo da medicina tecnológica se dá em um contexto de “crise de confiança”¹⁹, caracterizado principalmente por uma valorização do uso da tecnologia em detrimento das interações humanas, ou seja, os recursos tecnológicos, ao invés de meios, passam a ser tomados como fins em si mesmos (AGUIAR, 2013, p.2290).

Isto posto, Rafael Santos e Nádía Souza (2015) em sua pesquisa identificaram as quatro principais formas de violência realizada contra mulheres em maternidades: a violências física, verbal, sexual e a negligência, sendo a última, a mais comum cometida contra gestantes e parturientes na sua busca por assistência médica.

Entretanto, nossa sociedade acaba por perceber a violência quando a mesma chega a seu ápice, seja por meio da agressão física ou sexual, que extrapolam os limites da “normalidade”, contudo, a violência de estabelece em

inúmeros comportamentos que estão além do aspecto físico, o que faz com que muitas parturientes por vezes não percebam que estão recebendo um tratamento aquém do que lhes é de direito.

Essas violências podem se desdobrar em inúmeras ocasiões como: “...peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação...(SANTOS; SOUZA, 2015, p.59)”

Vale destacar o que a autora Jussara Assis (2018) aponta sobre como as mulheres negras são atingidas de forma mais expressivas a respeito da violência obstétrica, tendo em vista, que as mesmas já se encontram em maior situação de vulnerabilidade socioeconômica, somando-se à exposição dos indícios da cor da pele como fator associado a mulheres que recebem menor assistência, sendo submetidas a exames sem privacidade adequada, maior tempo de espera e maior quantidade de relatos de violências físicas.

Ainda dentro de sua análise é possível perceber que a interseccionalidade⁹ é uma perspectiva importante para analisar a violência obstétrica, pois, além da questão do gênero, podemos perceber como o racismo institucional pode se manifestar na assistência à saúde, levando a tratamentos desiguais e prejudiciais para as mulheres negras. Isso pode incluir a falta de comunicação adequada, a recusa em oferecer opções de tratamento e de analgesia, violando os direitos humanos das mulheres, podendo levar a graves danos físicos e psicológicos.¹⁰

Além disso, quando perguntados acerca das violências existentes nos centros obstétricos, comumente, médicos e enfermeiros não a reconhecem como violência ou justificam-na, como recurso necessário para lidar com mulheres não colaborativas ou escandalosas, que são caracterizadas dessa forma por não atenderem a expectativa dos profissionais, não realizando a força necessária, fechando as pernas, atrapalhando a atuação do mesmo, ou se desesperando diante da dor (AGUIAR, 2013).

De acordo com vários entrevistados, ameaças de abandono são frequentes nas maternidades quando a paciente “não colabora” ou

⁹ O artigo que trata mais a respeito desse assunto é "Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica" de Jussara Francisca de Assis.

¹⁰ Jussara (2018) aponta dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, de que entre os anos de 2000 e 2013 as mulheres negras no período gravídico gestacional do Rio de Janeiro morreram 56% a mais que as mulheres brancas.

“faz escândalo”.E embora todos afirmem que não há uma intenção real de cumprir a ameaça, pode-se perceber na fala de alguns uma banalização do sofrimento da paciente e um uso corriqueiro deste recurso violento – a ameaça – percebido como legítimo ao exercício da autoridade (AGUIAR, 2013, p.2292).

Alguns profissionais apontam a falta de estrutura, ausência de equipamentos e de materiais básicos, como motivo principal para um atendimento ríspido e carregado de violências, sendo mais fácil associarem a violência a um fator externo ou a outros profissionais, do que as suas próprias atitudes, apontando a ausência de reflexão acerca de uma atuação antiética na execução do conhecimento técnico-científico (AGUIAR, 2013).

1.4 Minha experiência e percepção da violência enquanto gestante e parturiente

Como forma de reflexão acerca do assunto tratado anteriormente, irei expor neste tópico o meu relato de parto, entendendo que o mesmo reflete a vivência de outras mulheres. Serão apresentadas as minhas percepções e vivências acerca da violência e atenção médica na saúde pública enquanto gestante e parturiente, ponderações que serviram de base e incentivo para a escrita da presente pesquisa.

1.4.1 Pré-natal e doenças não diagnosticadas

Para mim a maternidade era um sonho, por isso, sempre tive interesse na área, e estudava sobre vários assuntos e o principal era o parto, desde então eu ouvia falar sobre violência obstétrica e sobre ter sorte de conseguir um bom médico pelo SUS.

Em Janeiro de 2022 descobri a gravidez que tanto desejava e iniciei meu pré-natal em duas unidades paralelamente, uma Clínica da Família e a Casa de Parto David Capistrano Filho, a única criada pelo SUS no Rio de Janeiro.

A escolha pela Casa de Parto tinha em vista a preocupação de não ter respeitado as minhas decisões para esse momento, pois, ali se tratava de um ambiente voltado para partos naturais e humanizados sem intervenções médicas.

Até o momento que permaneci sendo atendida naquela unidade, me senti extremamente acolhida passando por várias palestras que explicavam sobre o parto, pós parto e questões psicológicas importantes para esse momento.

Simultaneamente, em praticamente todas as consultas realizadas na unidade da Clínica da Família ouvi algumas explicações sobre questões básicas da fisiologia e parto, e quando percebido pelo médico meu conhecimento sobre o assunto a frase que se repetia era "parece que você é bem esclarecida, normalmente quem chega aqui não é"

No artigo de Aguiar (2017), foi realizado uma entrevista junto a profissionais de saúde, obstetras e enfermeiros de maternidades públicas e um dos tópicos se referiam às pacientes, nos quais a maioria traz a seguinte opinião:

Também foram apontadas dificuldades na relação com as pacientes. Alguns profissionais revelaram uma imagem das usuárias do serviço público como ignorantes, com dificuldades de compreensão do que é dito e com uma sexualidade difícil de ser controlada (por terem muitos filhos e ainda muito jovens). A agressividade que as pacientes dirigem aos profissionais, vista por estes como um tipo de violência institucional, também encontra na esfera do caráter pessoal e no preconceito de classe sua justificativa – a paciente é rude, “grosseirona” por “natureza”, por não saber lidar com os outros, ou pelo grupo social ao qual pertence – gente pobre e ignorante (AGUIAR, 2013, p.2291).

Precisei iniciar o meu pré-natal em outro estado e me deparei com a mesma frase diante das minhas colocações acerca do que estava me sendo passado, o que para mim reafirma a percepção dos médicos acerca de quem acessa o serviço de saúde pública.

Durante meu acompanhamento, em um exame de rotina percebi uma alteração na glicemia e questionei dois médicos a respeito, que disseram não haver nada de errado, e que apenas deveria me cuidar, porém, somente um mês depois foi diagnosticado a Diabete Mellitus Gestacional, que foi acusado na alteração do exame ao qual me referi anteriormente, nesse momento me senti negligenciada, pois, mesmo sabendo que a alteração no exame indicava diabetes gestacional, confiei na opinião médica.

Em um segundo momento, comecei a sentir alterações em minha pressão arterial, e como forma de controle, iniciei as anotações das medições realizadas

duas vezes ao dia, apresentei os dados a dois obstetras especialistas em gestações de risco do SUS, e fui informada de que era uma alteração normal.

Somente na semana na qual meu parto estava previsto, ao ir à maternidade realizar um exame, as obstetras de plantão me diagnosticaram com hipertensão e decidiram induzir o parto no mesmo dia, uma vez que se tratava de uma gravidez de risco que já vinha acompanhada da diabetes gestacional.

Nesse segundo caso, foi relatado diversas vezes aos obstetras durante o pré-natal a alteração de pressão, porém, pela segunda vez me senti completamente negligenciada, sendo necessário nos dois casos buscar artigos científicos que tratavam do assunto para que eu pudesse me autodiagnosticar, o que foi feito tardiamente pelos médicos.

1.4.2 O parto

Desde o princípio meu temor era o parto, pois, se tratava de um momento de vulnerabilidade que eu não sabia o que esperar, se os profissionais que me atenderiam seriam violentos, se meu acompanhante conseguiria perceber e intervir caso algo incorreto fosse feito e se eu teria condições de questionar durante os momentos de dores. Apesar do histórico positivo da maternidade na qual meu parto seria realizado, eu ainda tinha medo da possibilidade de sofrer uma violência.

Chegado o dia do parto, que foi antecipado tendo em vista o diagnóstico tardio de hipertensão, tudo ocorreu de forma tranquila, depois que se iniciou a indução medicamentosa, todo o trabalho de parto ocorreu em um período de uma hora e meia, da primeira contração até o nascimento, porém, apesar da minha satisfação, gostaria de deixar dois ocorridos para uma possível reflexão.

Primeiro, pela rapidez na evolução do parto, ao tentar fazer o exame de toque na cama, foi percebido pela obstetra que o bebê estava nascendo naquele exato momento, a partir disso, em meio às dores falei que queria mudar de posição e a reação dos profissionais foi de segurar as minhas pernas para dar impulso durante a força.

Como todos fomos pegos de surpresa não posso confirmar que os mesmos

me escutaram, e creio que agiram de acordo com a velocidade com que acontecia o período de expulsão, que não durou cinco minutos, mas, em momento algum fui questionada sobre como me sentia mais confortável.

O segundo momento durante o expulsivo foi a solicitação da obstetra a um dos profissionais, que lhe trouxesse o vácuo extrator, aparelho que é usado em caso de dificuldade na saída do bebê, e mesmo de um momento de contrações intensas questionei o porquê do pedido, tendo em vista, a rápida evolução do parto e a ausência da necessidade de um aparelho para me “ajudar”, em contrapartida a justificativa para o pedido, foi ter o aparelho próximo em caso de necessidade.

Do pré-natal ao parto, pude perceber uma atitude de superioridade de alguns profissionais, como detentores do saber, que mesmo assim, negligenciaram exames com alterações, não buscaram ouvir meus desejos durante o parto e que não me informaram antecipadamente sobre a possibilidade de usar um aparelho em caso de dificuldade durante o trabalho de parto. Mas, como falado anteriormente, algumas dessas atitudes podem ter ocorrido devido uma reação prática em um momento de pressão, porém, com os dados de outros pesquisadores é possível perceber uma repetição de atitudes como essas.

2. A mulher e sua relação com o parto

Neste capítulo, será abordada a forma como a mulher é vista e tratada dentro do ambiente hospitalar, tendo em vista sua condição como gestante e como parturiente; e a influência do modelo fabril na execução dos partos, considerando a transformação de um momento familiar em um modelo de produção com uma linha de montagem definida, que ignora a individualidade da mulher, sua relação com o próprio corpo e a autonomia enquanto parturiente.

Também será destacado o recorte a quem tem acesso a humanização do parto, um direito de todas as mulheres e famílias, mas, que com base em pesquisas, é possível notar um recorte de classe intrínseco nas práticas hospitalares, possibilitando a um público específico o maior acesso a uma atuação humanizada, a informação de qualidade e a redução de possíveis violências praticadas na obstetrícia.

2.1 Minimização do corpo da mulher como máquina

Diante do que expusemos no capítulo anterior, segundo Mônica Maia (2010), podemos perceber a origem dos problemas no modelo modernista de parto que com influência da medicina ocidental iluminista, trata o corpo como máquina e engrenagens que devem funcionar de determinada maneira, fazendo com que dessa forma o médico esteja na posição daquele que conserta a máquina, ou seja, de mecânico.

Tendo em vista esse padrão, começa a se reconhecer um modelo de produção na medicina que anteriormente estava restrito a fábrica, todavia, ele passa a ser aplicado na assistência à gestante e no manuseio do parto, considerando a própria estrutura física das maternidades, pois, desde a admissão da mulher no hospital a mesma é transferida constantemente de sala, sendo esses ambientes designados para cada fase de parto, como a sala de observação, pré-parto, sala de parto no centro cirúrgico e sala de recuperação ou puerperal¹¹ (MAIA, 2010)

Dessa forma, é realizada uma “linha de montagem” em prol da organização e sistematização do ambiente hospitalar, porém, nesse modelo de parto a mulher perde a posição de sujeito e o médico passa a ocupar esse lugar, sendo o condutor principal de todo o processo (MAIA, 2010).

Atualmente inúmeros estudos e artigos científicos apontam que a mulher tem a capacidade de realizar naturalmente o próprio parto, essa tem sido a direção que os movimentos em prol da humanização tem caminhado, tendo em vista que o seu corpo trabalha em conjunto com o bebê para o seu nascimento, deixando ao médico apenas a função de auxiliar e dar as orientações que irão ajudar essa mulher a ter atitudes que sejam benéficas ao desenvolvimento do parto, ou atendendo necessidades mais urgente.

Por consequência desse modelo, são ignoradas as circunstâncias externas que podem dificultar o processo do trabalho de parto, como o estado emocional da

¹¹ A fim de trazer mais clareza a respeito dos termos utilizados, gestante é a mulher que está grávida, parturiente é a mulher que está em trabalho de parto e puérpera é a mulher que acabou de dar à luz e se encontra no período pós-parto imediato.

parturiente, a solidão pela falta de um acompanhante e o deslocamento excessivo dentro do hospital causando a ausência de conforto, condições excepcionais a fisiologia do parto (MAIA, 2010).

O parto hospitalar, realizado por médico com o apoio de um intenso aparato tecnológico e fármaco-químico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista, tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico, de assistência ao parto. Tal modelo de assistência ao parto tem sido denominado de “modelo tecnocrático (MAIA, 2010, pg. 37).

Portanto, o modelo de parto tecnocrático acaba por determinar uma ação intervencionista do médico diante de uma resposta lenta ou não esperada de acordo com o padrão determinado de desenvolvimento do parto e da resposta uterina, além de considerar a relação mãe e bebê não mais como um conjunto, uma unidade integrada, mas, como uma relação de conflito a ser resolvido (MAIA, 2010).

Contudo, em prol do domínio do médico, a mulher acaba sendo submetida a posições desfavoráveis como a litotomia¹², que por sua vez, dificulta a fisiologia do parto e impede sua participação ativa, acarretando em uma episiotomia ou manobra de kristeller¹³ como justificativa da “incapacidade” dessa mulher de ter um parto natural sem intervenções (MAIA, 2010).

As intervenções do modelo tecnocrático de assistência ao parto geram um efeito cascata, ou seja, os médicos submetem as mulheres a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subseqüentes, e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado (Mold & Stein, 1986 *apud* Diniz, 2001: 9) (MAIA, 2010, pg. 37).

Isto posto, o Brasil se encontra na posição de um dos países com maiores taxas de de cesária do mundo, podendo se observar 4 pontos que influenciaram esse aumento: primeiro, as intervenções desnecessárias que acarretam em uma cirurgia de emergência; segundo, o medo das mulheres diante das opções que lhes são ofertadas, como um parto normal traumático ou uma cesária rápida; terceiro, o quesito financeiro, tendo em vista que por muitos anos o médico recebia mais na

¹² Litotomia: Posição em que a mulher fica deitada com as pernas abertas para facilitar a visão do médico.

¹³ Manobra de Kristeller é o ato de subir em cima da parturiente e empurrar sua barriga com os braços;

realização da cirurgia, fazendo com que dessa forma a mulher fosse influenciada a optar pela mesma, e em quarto lugar, a otimização do tempo e da “linha de montagem” dos partos, tornando o imprevisível em previsível e controlável (MAIA, 2010).

Em uma pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde (2007), se observou que apesar das equipes médicas alegarem a realização da cesária apenas pelo desejo das mães a busca pela cirurgia acabava se tornando uma busca por dignidade em contraposição ao parto normal, no qual essa mulher é submetida a violências, além de não se ofertar o alívio da dor de forma farmacológica ou não.

Ademais, se descobriu que apenas 30% das mulheres no início da gravidez afirmavam interesse pela cesárea, já ao final da gestação esse número subiu para 70%, sendo possível analisar a influência exercida durante o pré-natal na mudança de decisão na via de parto, contudo, no momento do parto 88% dessas mulheres foram submetidas a cesariana. Maia (2010) analisando o presente documento identificou que:

Não foi possível avaliar a indicação médica de 10% dessas cirurgias por absoluta falta de informação no prontuário médico. Nas restantes, avaliou-se que em 92% as indicações foram inadequadas em função da ausência de uma prova de trabalho de parto. Além disso, identificou-se que o manejo do trabalho de parto, quando ocorreu, foi inadequado, mantendo-se práticas condenadas pela OMS – restrição da parturiente ao leito sem poder se movimentar, hidratação venosa (soro) de rotina, utilização excessiva de anestesia peridural – e baixa incorporação de práticas consideradas benéficas – estímulo à deambulação, presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, ingestão de líquidos no trabalho de parto (MAIA, 2010, pg. 40-41).

Contudo, pouco ainda se fala dos casos de falsas indicações de cesárea diagnosticadas pelos médicos, a fim de influenciar a escolha das gestantes, ou de lhes tirar a escolha a respeito do seu parto, obrigando-as a se submeterem passivamente diante de um falso risco à sua vida ou a do bebê, sendo nesse caso o medo uma das formas de coação.

Dessa forma, se acentua um processo de mecanização do parto ignorando os fatores de risco em uma cirurgia sem indicação necessária que podem aumentar dois tipos de riscos aos bebês, o risco de prematuridade por erro ao calcular a idade gestacional em caso de cesárea eletiva e a angústia respiratória em bebês a termo. Ademais, há também o risco aumentado de morbimortalidade¹⁴ materna e das

¹⁴ Morbimortalidade é um termo médico que une mortalidade e morbidade.

infecções puerperais relatadas como mais habituais após a cirurgia, além de hemorragias, reações a analgesia e trombose¹⁵ nos membros inferiores (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Diante de tantos dados, da percepção de excessivas intervenções sem comprovação baseada em evidências e das violências cometidas a essas mulheres, começaram a surgir movimentos em torno da humanização do parto, em contraponto a visão da mulher como máquina e “fábrica de bebês” que por anos retirou sua identidade e individualidade tornando-a apenas um mero objeto de manuseio do médico.

2.2 O acesso da parturiente a humanização do parto

A humanização do parto ou o parto humanizado se refere a um modelo de parturição que tem “em vista o respeito à fisiologia do nascimento e à autonomia da mulher frente a seu corpo nesse processo” (ARAUJO,2017,p.14), no qual a vontade da mulher se faz presente, independente da via de nascimento, tendo em vista, de que o parto se trata de um evento, fisiológico, social, cultural e psicológico (ARAUJO,2017).

Além disso, quando ampliamos a perspectiva para o parto natural humanizado, Araujo (2017) explica que o mesmo consiste em uma:

assistência sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o processo de parturição (trabalho de parto, parto e puerpério), onde o cuidador oferece suporte emocional e científico à mulher e/ou familiares. Esse tipo de atendimento também estimula o empoderamento individual, as relações terapêuticas benéficas centradas na fisiologia, e a autonomia da mulher e suas escolhas livres e esclarecidas num contexto biológico, social, cultural e espiritual próprio (ARAUJO,2017,p.17).

Tendo explicitado o que seria o parto humanizado, fica mais claro que o mesmo deve ser um direito a todas as parturientes, de viver esse momento cercado de respeito, cuidado e autonomia, porém, cabe avaliar, em quais condições e quem tem acesso a esse modelo de parto, tendo em vista o modelo hegemônico atual.

A partir de 1980, se inicia mesmo que de forma tímida um debate acerca dos modelos de parto vigentes, o que aos poucos gerou um movimento em prol da

¹⁵ Trombose é a formação de coágulos de sangue que podem causar obstrução do fluxo sanguíneo, embolia pulmonar e morte;

humanização, todavia, a mobilização não quebrou o crescimento da obstetrícia tecnocrática, mas, trouxe alguns avanços, principalmente com a inserção de enfermeiras obstétricas no setor.

Já nos serviços privados conveniados ao SUS, a inserção destas profissionais na atenção ao parto começa em setembro de 2013, na Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima. Logo nos três primeiros meses, essa modificação no quadro reduziu o índice de cesarianas da instituição de 96% para 63%, tornando-se referência para o atendimento no serviço e incentivando a posterior contratação de Enfermeiras Obstetras para os outros três serviços vinculados à rede SUS (ARAUJO,2017,p.17).

Contudo, os hospitais públicos e particulares ainda não se tornaram um ambiente onde a opção pelo parto humanizado seja amplamente oferecida, sendo assim, algumas famílias começaram a optar não só pelo parto humanizado, mas, pelo parto domiciliar acompanhado de enfermeiras obstétricas.

No artigo “Da Rainha Vitória a Gisele Bundchen: A escolha das ‘famosas’ na hora do parto”, Gabriela freitas transcreve um pouco da entrevista feita com a modelo Gisele Bundchen, na qual ela declara a realização do seu parto de forma domiciliar acompanhada da mãe, de uma parteira e do marido (FREITAS, 2016).

Essa declaração e a minha busca por um parto humanizado e possivelmente domiciliar, me fez questionar sobre quem tem acesso a esse modelo de parto, principalmente, tendo em vista os custos que o envolvem.

Em uma pesquisa realizada no ano de 2013 em Florianópolis com 25 casais que optaram pelo parto domiciliar, pôde-se obter algumas informações sobre sua condição socioeconômica, a princípio, o parto domiciliar estava mais relacionado a dificuldades de acesso a hospitais em zonas rurais, porém, começou a se tornar uma opção para determinados perfis de casais (KNOBEL, FEYER, MONTICELLI, 2013).

Os dados da pesquisa apontam que a faixa etária das mulheres de 20 a 29 é majoritária, em contrapartida, a dos homens entre 21 e 30 anos, o que caracteriza um grupo de casais de jovens adultos. Além disso, se observou que apenas 10% haviam concluído apenas o ensino médio, sendo assim os 90% restantes estavam cursando a graduação, já estavam formados ou estavam em uma pós graduação, ademais, 60% dos casais já possuíam imóvel próprio (KNOBEL, FEYER, MONTICELLI, 2013).

Na conclusão de sua pesquisa, os autores tiveram como observação que os casais que optaram pelo parto domiciliar o escolheram após realizar uma pesquisa minuciosa acerca dos benefícios e das possíveis consequências, também perceberam que o fator escolaridade permitiu maior acesso à informação o que ampliou a possibilidade de realizar uma análise crítica das ações praticadas amplamente pelos obstetras (KNOBEL, FEYER, MONTICELLI, 2013).

Outro ponto a se considerar, é que nos casos de parto domiciliar planejado foram contratadas equipes de profissionais especializadas, o que indica que essa opção só pode ser realizada pelo setor privado, que acaba por impossibilitar o acesso a esse modelo de parto às demais classes sociais.

O parto domiciliar foi uma das opções que cogitei durante o meu processo, porém, eu mesma encontrei a barreira financeira, tendo em vista que apenas a presença de uma doula custava em torno de dois mil reais e ainda seria necessário toda uma equipe de enfermeiras obstétricas capacitadas para realizar a assistência ao parto, além de recursos extras para ir a um hospital particular em caso de emergência.

Também vivenciei a experiência de buscar uma obstetra especializada em partos humanizados e naturais, contudo, o custo de sua equipe médica estava em 2022, em torno de quinze mil reais, além dos custos de internação de um dos hospitais mais caros do Rio de Janeiro, que era o único no qual ela aceitava atender.

A escolha pelo parto domiciliar foi destacada pelos entrevistados como uma escolha com um ambiente seguro e acolhedor para a família e para o bebê, porém, pode-se notar que a maioria dos participantes tem uma condição socioeconômica boa que possibilitaram a saída do ambiente hospitalar, mas, quando falamos a respeito das classes mais pobres que são dependentes do SUS, não há opção além do que é imposto pela instituição na qual a parturiente e sua família será admitida (KNOBEL, FEYER, MONTICELLI, 2013).

Diante disso, uma grande quantidade de mulheres precisa se submeter ao que está disponível a elas, seja, em um hospital público, possivelmente sem estrutura, ou um hospital particular que esteja dentro das suas condições socioeconômicas e igualmente desumanizador.

Por outro lado, a pesquisadora Olivia Hirsch buscou compreender a visão que as mulheres tinham a respeito do parto humanizado, sendo elas, de camadas médias (denominadas de grupo 1) localizadas na zona sul do Rio de Janeiro que realizavam um curso de preparação para o parto e nas camadas mais populares (denominadas de grupo 2) localizadas na zona oeste do Rio de Janeiro que estavam sendo acompanhadas em uma casa de parto (HIRSCH, 2015).

A autora identificou que enquanto as mulheres do grupo 1, tinham o desejo de vivenciar a experiência do parto como um todo, querendo se sentir protagonistas desse momento e se recusavam a serem submetidas a medicalização, as mulheres do grupo 2 acreditavam que alguns atos de violência como a episiotomia e o uso indiscriminado da medicalização eram benéficas para “ajudar” no trabalho parto, porém, as mesmas haviam buscado uma casa de parto humanizada apenas com o objetivo de não serem mal tratadas em um hospital público (HIRSCH, 2015).

Mesmo munidas de informações das profissionais da casa de parto as gestantes do grupo 2 viam o trabalho de parto como algo ruim, que deveria ser realizado rapidamente apenas para o nascimento do bebê (HIRSCH, 2015).

Os dados descritos nesse tópico se referem a grupos com uma condição socioeconômica positiva ou mulheres de classes populares com acesso à informação propiciada pela única casa de parto pública do Rio de Janeiro, porém, o que se percebe é que a maioria das gestantes de classes populares de instituições públicas e também privadas, não recebem acesso a informação de qualidade durante o pré-natal, que acaba culminando nos resultados de violência ou medicalização excessiva nos partos.

as atribuições do enfermeiro frente ao seu papel educador vêm apresentando falhas em algumas localidades. Tem-se percebido que muitas mulheres ainda atingem o momento da parturição e o período pós-parto com dúvidas que poderiam ter sido sanadas ainda durante o pré natal. Acredita-se que um trabalho multidisciplinar e educativo possa colaborar de maneira positiva ao desenvolvimento do parto, principalmente no que tange ao parto de via vaginal, bem como para uma boa recuperação puerperal e nos cuidados ao recém-nascido (ALBUQUERQUE. et.al, 2011, pg.1939).

Diante disso, no próximo capítulo serão analisadas as medidas e políticas públicas do Ministério da Saúde e do Governo Federal para a ampliação da humanização do parto.

3. Ações propositivas para a promoção da saúde das parturientes

O capítulo que se inicia será uma exposição dos programas criados pelo Governo Federal como forma de universalizar o acesso a um parto humanizado no qual foi observado sua funcionalidade e efetividade, além disso, foi analisado como tem se dado as formas de promoção da saúde e o seu real objetivo.

Diante disso, foi pensado uma proposta de intervenção que venha se tornar instrumento para a ampliação de informações que possam vir a fortalecer mulheres e famílias a fim de que possam se proteger de possíveis violências.

3.1 Os programas e as ações realizadas pelo Governo Federal

O debate acerca da humanização do parto inicia não necessariamente com a perspectiva de melhora da qualidade da atenção à mulher, mas, começa principalmente tendo em vista o alto índice de cesárea, não só no Brasil como no mundo, e o anseio pela sua redução, que aumentaria consideravelmente o número de partos normais, todavia, esse impulsionamento possibilitou a ampliação de um assunto até então não tratado, a gestante e parturiente para além do corpo e das funções biológicas, mas da sua perspectiva integral (SANTOS;ARAUJO, 2016).

Em 1996, diante dessa realidade de altos índices de cesárea e de mortalidade materna e infantil por consequência dos procedimentos médicos inapropriados, a ONU lançou recomendações para o acompanhamento e manejo do parto normal fundamentado na compreensão da Medicina Baseada em Evidências (SANTOS;ARAUJO, 2016).

O documento final classifica as rotinas do parto em quatro categorias: condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto e condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício. As condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, tais como a presença de acompanhante, monitoramento do bem estar físico e emocional da

mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais (SANTOS;ARAUJO, 2016, pg.58).

Em seguida, no ano de 1999 o governo por meio do Ministério da Saúde, junto a ONU cria através da portaria nº 1.406 o prêmio Galba de Araújo que visava incentivar os hospitais e unidades ligadas ao SUS que tivessem uma atuação com práticas humanizadas no acompanhamento ao parto e aos recém-nascidos, contudo, a iniciativa intencionava uma adequação das orientações dadas anteriormente pela ONU (SANTOS;ARAUJO, 2016).

Contudo, apesar desses esforços, uma premiação seria incapaz de mudar uma mentalidade médica e prática de violência perpetuada por tantos anos, todavia, de forma tímida se iniciava o processo que perdura até hoje, vinte e três anos depois, mas, como fruto de um movimento de conscientização e dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo de busca pela transformação da cultura obstétrica.

Porém, com a finalidade de reunir forças em prol da diminuição das taxas de morbimortalidade, da melhora na qualidade no atendimento e do acesso às gestantes, “considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), é iniciado no ano 2000 o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) através da portaria nº569 (SANTOS;ARAUJO, 2016).

“A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, ANEXO II)

Em uma realidade na qual não havia quaisquer leis que garantissem a assistência humanizada, a PHPN foi um passo inicial na direção do atendimento digno a parturiente pelo SUS, porém, ainda era um programa incompleto, principalmente, quando destacamos que a portaria só permitia a permanência de um acompanhante apenas no caso da estrutura física do local permitir tal feito.

Apenas em 2005 essa medida foi ampliada garantindo por meio da lei n° 11.108 que a parturiente tivesse um acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, além da livre escolha do mesmo, independente do sexo.

Mas, para além da questão da humanização do parto, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo em vista um atendimento humanizado em todas as esferas do SUS para que as práticas de atenção e acolhimento aos usuários fossem qualificadas, devendo ser aplicado em todos os programas e políticas realizados junto ao SUS.

Uma das diretrizes da PNH que tem uma importância significativa, na organização dos serviços públicos de saúde, uma vez que: i)- incorpora o aspecto ético (é responsabilidade de toda a equipe) e político (porque é direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado); ii)- apresenta outro modo de se produzir saúde; e iii)- constitui uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. É, portanto, um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Pode-se dizer que uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica (OLGA,2010, pg.11).

Contudo, a ampliação do direito ao acesso a um atendimento humanizado por meio dos programas possibilitou um maior aprofundamento e qualificação dos profissionais, porém, não garantiu necessariamente um atendimento humanizado, sendo necessário um esforço de múltiplas frentes para a real implementação das orientações dadas pelo Ministério da Saúde (SILVA,2018).

Todavia, vale frisar a importância da incorporação do tema da humanização do cuidado em saúde à formação e à prática profissional, pois, apesar da existência do programa, a formação profissional dos médicos ainda não contempla de forma adequada a humanização do atendimento, o que pode levar a práticas assistenciais desumanizadoras. É preciso, portanto, que haja uma transição na formação dos profissionais de saúde, de modo a discutir acerca da violência obstétrica¹⁶ e valorizar a relação entre profissional e paciente, buscando promover a

¹⁶ O Conselho Federal de Medicina é uma entidade que tem como finalidade a regulamentação e fiscalização da prática da medicina no Brasil. Contudo, em relação à questão da violência obstétrica, o Conselho tem sido alvo de críticas por negar a sua existência. Esse não reconhecimento é preocupante, tendo em vista que o silenciamento a respeito do tema pode levar à perpetuação dessas práticas, além da manutenção da desproteção dessas mulheres, considerando que não há nem ao menos punição ou debate sobre a temática na formação profissional.

humanização.

Vale frisar que muitos profissionais se queixam da ausência de estrutura nas unidades de saúde e até mesmo de mão de obra, o que acaba criando uma sobrecarga nesses profissionais, que declaram ser esse um dos motivadores do tratamento ríspido as parturientes, porém, se torna uma justificativa comum utilizada para reduzir a própria responsabilidade de uma atuação carregada de violência e maus tratos.

Como uma forma de expandir a assistência a gestante, foi criada em 2011 a Rede cegonha que visava garantir o:

atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes teriam um acompanhamento da Rede Cegonha, tomando o posto de saúde como referência, e sabendo, com antecedência, onde dariam à luz, além de ter o direito a um auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto com vale-transporte e vale-táxi (SANTOS; ARAUJO, 2016, pg.60).

Com o surgimento do programa HumanizaSUS pertencente ao PNH, no ano de 2014 houve o lançamento do volume 4, que era voltado à humanização do parto e nascimento com foco na autonomia e protagonismo da mulher e como forma de rever o modelo obstétrico vigente, além disso, o documento continha relatos jornalísticos, diretrizes de atendimento e as experiências vivenciadas pelas mulheres referente ao parto no Brasil (SILVA,2018).

A escolha do tema da humanização do parto e do nascimento para o quarto volume dos Cadernos HumanizaSUS tem a finalidade de seguir publicizando experiências de apoio em humanização Brasil a fora, na medida em que as elas são consideradas e reconhecidas como componentes do rol das experimentações de um “SUS que dá certo”. Neste número em específico, o objetivo é apresentar percursos de apoiadoras/es institucionais de 26 maternidades que trabalharam no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), entre 2009 e 2011. O Plano serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014,

pg.6).

Já no ano de 2016, foi lançado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), diretrizes nacionais a respeito da assistência ao parto normal orientando os profissionais a realizarem devidamente o manejo da dor, da alimentação, dos cuidados físicos, emocionais e no pós parto com mãe e bebê, acrescentando mais informações além de uma séries de programas e cadernos de orientação para munir esses profissionais (SILVA,2018).

Porém, apesar de todos os programas estabelecidos desde o ano de 1999 e das orientações dadas pelo Governo Federal e pela ONU, ainda se mantém altos os inúmeros relatos de violência obstétrica no Brasil, o que torna válido pontuar a total ausência de leis federais ou regulamentação nacional a respeito da Violência Obstétrica além de não haver punição para os atos de violência praticados contra as parturientes.

Ficando apenas para os Estados a criação de legislação a respeito do tema, ao todo, 18 Estados e o Distrito Federal possuem leis que auxiliem na proteção das parturientes, sendo 8 relacionados a violência obstétrica e 10 ao parto humanizado, todavia, com a ausência de leis federais e do tema no código penal, não se enquadra a prisão para esses casos.

Em uma entrevista ao G1 (2022), de acordo com Kleyde Ventura, coordenadora de educação, serviço e legislação da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), a punição é necessária tendo em vista que esses atos de violência são crimes e mesmo que não acabem, ao menos ser uma forma de constrangimento daqueles que a praticam.

Os programas até então realizados, mesmo não se configurando como lei, ao menos realizam um importante papel na exposição do que vem acontecendo no Brasil e orienta as melhores ações e mudanças importantes para se alcançar um tratamento respeitoso para um momento tão importante para a família e para a gestante (SILVA,2018).

Apesar dos problemas apontados e da não efetividade de algumas propostas, o SUS tem desempenhado um papel de fundamental importância na humanização do parto no Brasil, pois, é por ele que o debate se inicia e se torna possível uma modificação da atual realidade. Uma das iniciativas que merece

destaque nesse sentido é a Casa de Parto David Capistrano, já falada anteriormente, pois, coloca em prática os princípios do SUS, tornando-a um exemplo de como é possível oferecer uma assistência de qualidade.

A Casa de Parto se localiza na Zona Oeste do Rio de Janeiro e é uma alternativa ao modelo tradicional de atendimento, sendo esse um dos motivos que me fizeram buscá-la para iniciar o pré-natal, neste espaço pude perceber que as gestantes têm a oportunidade de vivenciar um parto mais humanizado, com o apoio de uma equipe multiprofissional composto principalmente por enfermeiras obstétricas, além de ser um ambiente acolhedor, o que tem contribuído para a disseminação de práticas humanizadas de atendimento ao parto, impactando positivamente na saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

3.2 A promoção da saúde e a conscientização do indivíduo

De acordo com a OMS, saúde significa o bem estar, físico, mental e social na sua totalidade, conceito que não se resume apenas a ausência de doenças, mas, que observa o indivíduo em todos os aspectos que o cercam. Contudo, quando falamos a respeito da promoção da saúde orientada e realizada pelos profissionais, é possível observar que apesar do discurso a prática se volta exatamente para a resolução de doenças, esquecendo os outros aspectos necessários.

Aparentemente, está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e freqüentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto. Estes resultados reforçam a nossa preocupação no que diz respeito à forma com que as ações educativas na consulta do pré-natal estão sendo realizadas (RIOS;VIEIRA, 2007, p.478).

Através do artigo “Ações de promoção para a saúde da gestante com ênfase no pré-natal” (2019), é possível notar a importância dada aos profissionais da enfermagem em incentivar a presença das gestantes no pré-natal, com o objetivo de que a mesma tenha informações pertinentes para uma gestação saudável e um parto sem complicações.

Todavia, percebe-se que na prática, em todo tempo há uma abordagem

voltada para orientar ações para a prevenção de doenças que são exclusivamente de responsabilidade dessa mulher, desconsiderando informações extremamente importantes para uma gestação e parto saudável, sem violências, além de ignorar fatores sociais que podem impactar no desenvolvimento saudável da gestação.

Tendo em vista que as parturientes que fazem uso do SUS e dos hospitais particulares estão completamente desprotegidas no que diz respeito à legislação e punição daqueles que cometem atos de violência durante esse momento de vulnerabilidade, para elas e também para seus acompanhantes, se faz necessário que as mulheres tenham mais informações a respeito do trabalho de parto, suas fases e como o seu corpo funciona nesse momento, informações que deveriam ser passadas exatamente no desenvolvimento do pré-natal, momento ideal para orientação e retirada de dúvidas .

Nesse contexto, um importante instrumento que compõe as ações básicas de saúde são as ações educativas, as quais devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde. Essas ações devem estar inseridas em todas as atividades e ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e pacientes, buscando sempre levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas que possam promovê-la e resolver possíveis problemas relacionados (BRASIL, 1984).

Sendo assim, munidas de informações possam entender quais são os procedimentos de rotina e quais fogem de uma atuação da Medicina Baseada em Evidências, podendo assim, se posicionar e de alguma forma lutar contra a imposição do autoritarismo médico e suas práticas permeadas de violência.

Essa atuação foge do modelo curativo e hospitalar e passa a investir na emancipação dessa mulher, independente da sua idade ou condição social, quebrando também o preconceito de que pela baixa escolaridade não são dignas de ter acesso à informação.

Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar (RIOS;VIEIRA, 2007, p.478).

Sendo assim, se faz necessário o retorno a ideia central de promoção da

saúde conceituada pela OMS na carta de Ottawa como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986)

Dessa forma, desenvolvendo projetos e atividades junto a comunidade que venham possibilitar maior autonomia dos indivíduos, esclarecendo seus direitos e responsabilidades com o objetivo emancipatório, removendo da figura médica e do corpo de profissionais o controle sobre suas decisões, e seu próprio corpo, viabilizando a conscientização, não apenas da gestante, mas, de sua família e do acompanhante.

Todavia, há um longo caminho a ser percorrido, pois, se faz necessário o desenvolvimento de novas estratégias e uma reformulação das ações atualmente executadas, tendo em vista as suas falhas em alcançar a autonomia e liberdade do indivíduo, já incentivadas nos inúmeros programas governamentais desenvolvidos, porém, essa falha se transcreve na perpetuação das violências sendo imprescindível a retomada do compromisso com os sujeitos de direito.

3.3 Biblioterapia: uma proposta por meio da contação de história

Como uma ferramenta de extrema utilidade, a biblioterapia se torna uma excelente proposta de intervenção na busca da promoção da saúde, sendo uma alternativa que possibilita uma ação educativa eficaz, pois, para a sua realização se faz necessário o aprofundamento acerca da realidade e das necessidades dos usuários.

O conceito de Biblioterapia ainda é amplamente discutido, pois, os autores a enxergam para além da sua nomenclatura, que é originada de dois termos gregos *biblion* que significa livro, e *therapeia*, tratamento ou cuidar do ser. Por isso, ela pode ser vista como uma extensão do cuidado, como um método de cura e prevenção que está além do livro e do tratamento, mas, ao folhear de cada página se configura o manuseio das emoções e da identificação com o outro.

Curiosamente, a biblioterapia se insere inicialmente no ambiente hospitalar com a função de cura de problemas psicológicos e comportamentais, mas, começa a se ampliar para escolas, bibliotecas e centros comunitários atingindo pessoas de

todas as idades, mas, essa mudança se dá pela perspectiva da contação de história como caráter preventivo.(SILVEIRA,2021)

Sendo assim, com base em diversos autores, Caldin (2001) definiu a biblioterapia como uma leitura dirigida e uma discussão em grupo que possibilita aos participantes expressarem seus sentimentos e percepções a cerca de um tema, percebendo como suas vivências se dão de forma semelhante, fazendo com que o indivíduo não se sinta só, mas, possa exteriorizar seus medos, angústias e anseios.

Sua prática não se restringe apenas ao uso do livro, mas, também pode se fazer o uso de poesias, romances, contos, diversos materiais que auxiliem na realização da contação de histórias, todavia, compreendendo que não se resume ao ato de ler e escutar, mas, objetiva o diálogo e o preparo ao paciente acerca do que lhe espera e conseqüentemente possibilita o aumento da autoestima, tão essencial às gestantes.

No contexto do pré-natal, parto e pós parto a biblioterapia se torna uma ferramenta que promove um ambiente de acolhimento, diante de tantos medos e dúvidas que as gestantes vivenciam, além de poder tratar de assuntos como a violência de forma leve e que não desperte temor, mas, gere conhecimento e autonomia para que elas e seus familiares sejam munidos de informação de qualidade e possam realmente viver uma gestação e parto saudáveis sem intervenções desnecessárias.

O estudo acerca da violência obstétrica por muitas vezes me gerou medo enquanto gestante, medo de não ter opção, de ser submetida a possíveis agressões, de me silenciarem no momento do parto, ou mentirem para me influenciarem a tomar uma decisão da qual eu não gostaria, por si só, essa é uma fase que pode gerar uma sensação de isolamento, contudo, por meio da biblioterapia é possível desconstruir as mentiras por tanto tempo solidificadas no inconsciente coletivo.

Além disso, essa proposta permite um olhar mais humano para a gestante, reduzindo a posição de superioridade frente ao paciente, pois, a mesma deixa de ser um objeto manuseado, para uma pessoa que tem a oportunidade de falar, questionar e expor suas vivências, possibilitando o reconhecimento entre médico e paciente ou demais profissionais da saúde, a violência até então ocasionada pela

desumanização do indivíduo pode ser repensada através biblioterapia propiciando uma quebra na nossa compreensão de mundo.

Considerações Finais

Diante do exposto durante a pesquisa, podemos perceber como se deu o processo de mudança na assistência ao parto, sendo inicialmente um momento, familiar, pessoal e íntimo assistido por outras mulheres dotadas de experiência que permitiam a parturiente ter autonomia para vivenciar o parto da forma como desejassem, sem impedimentos mínimos como de locomoção e posição mais confortável para as mesmas.

Contudo, com o crescimento da medicina e a ânsia pela expansão da obstetrícia, esse ambiente passa a ser dominado pela figura do homem enquanto médico, tornando o parto um experimento científico no qual submeteu inúmeras mulheres a morte e agravos devido ao manuseio incorreto e práticas anti-higiênicas.

A história mostra como as mulheres, especialmente as pobres, foram feitas de instrumento para a normalização e ampliação do parto hospitalar, que com o advento do capitalismo passa a adotar um modus operandi tecnicista tratando as mulheres como um objeto, ou melhor, uma máquina defeituosa, que precisa da intervenção médica. Diante disso, se nota o crescimento exponencial da violência obstétrica, pois, não importam os meios, desde que o bebê seja retirado vivo do útero e em alguns casos extremos, sem vida.

Toda essa “evolução” através da hospitalização do parto retirou o lugar da parteira e acentuou a medicalização, fazendo com que se normalizasse entre as mulheres a crença de que é natural a maioria não conseguir parir, quando são criadas mentiras a fim de enganá-las para realizar um parto rápido e financeiramente vantajoso para a equipe médica.

Apesar dos programas criados com o objetivo de ampliar o acesso a um parto humanizado, ainda se está muito longe de ser dada à mulher a autonomia sobre o seu parto, tendo em vista, que as práticas violentas e desumanizadas que se iniciam na formação médica, quando desatualizadas, incentivam o uso de

métodos e ações atualmente desaconselhados pela OMS.

Com base na análise dos dados sócio-históricos coletados, podemos considerar que o objetivo de pesquisa proposto neste trabalho foi alcançado. Pois, foi possível identificar o aumento da violência e das intervenções médicas a parturiente com a implantação da institucionalização do parto e apresentar soluções viáveis para minimizar seus efeitos. Além disso, as evidências coletadas confirmam a hipótese inicial, o que fortalece a relevância deste estudo para a sociedade.

Porém, a presente pesquisa é uma iniciativa embrionária, pois, dentro deste tema há pesquisas que são de extrema importância a serem realizadas, todavia, busquei compilar informações introdutórias a fim de munir assistentes sociais atuantes no ambiente hospitalar-obstétrico com dados que lhes despertem para a realidade das usuárias, cabendo a nós a busca por atuar junto a tentativa de redução dessas violências.

Pesquisar sobre a violência obstétrica no âmbito hospitalar pode ter um impacto gigantesco, trazendo para a academia uma visão crítica acerca da forma como tem sido realizado até então o cuidado ou a falta dele com as gestantes, parturientes e puérperas, ampliando a visão de que essas mulheres não são objetos desumanizados, mas, pessoas com vivências diversas, com expectativas e sonhos a respeito do seu parto.

Todavia, essa discussão precisa chegar até os consultórios e salas de espera, a fim de que não sejam mais naturalizadas as violências às quais essas mulheres são submetidas, viabilizando que as mesmas tenham suas vozes ouvidas e que traumas e mortes de mães e bebês sejam evitadas.

Referências:

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p.2287-2296, 2013.

ALBUQUERQUE, Vanessa Neves de et al. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 2, p. 1935-1946, 2011.

ARAÚJO, Bárbara Régia Oliveira de. Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado. 2016.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo:: quem o deseja? Em quais circunstâncias? . Scielo. Rio de janeiro, 2003. 1611 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nBkJXGcgQRrsrGWspc36J9Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

Brasil não tem lei federal que trate de violência obstétrica ou parto humanizado; maioria dos estados tem legislação sobre tema. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml>>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática.** Brasília. 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde/Universidade Estadual do Ceará; 2014. Cadernos

Humaniza SUS.

CARDOSO, Soraya Lopes. Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 180-186, 2019.

CHAUVET, E. **O Renascimento do Parto**. Direção. [Filme – vídeo]. Roteiro de PAULA, Érica de. Brasil. Master Brasil Filmes. 2013. 90 min, doc/cor. Disponível: Netflix. Acesso em: 20 de mai 2019.

FAMILIAR, Brasil Sociedade Civil Bem-Estar. Brasil pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. In: **Brasil pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. 1996.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 150-173, 1991.

FREITAS, Gabriela Brum Rodrigues de. Da rainha Vitória a Gisele Bündchen: a escolha de "famosas" na hora do parto. 2010.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. Apêndice da 2ª edição. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto "natural" e "humanizado" na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 229-249, 2015.

HOFELMANN, Doroteia Aparecida. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 561-568, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2023.

KNOBEL, Roxana; FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005.

OLIVEIRA, Lucília Mendes de. Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS. **Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 514-526, 2018.

OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de et al. Política Nacional de Humanização: o que é como implementar:(uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1986. Carta de Ottawa. In: *Promoção da Saúde e Saúde Pública* (P. M. Buss, org.), pp. 158-162, Rio de Janeiro: ENSP.

O que significa ter saúde? Disponível

em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/notias/2021/o-que-significa-ter-saude>>. Acesso em: 24 fev. 2023.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; MORAES FILHO, Olimpio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de; BOTTINO, Nathalia Gravina; PIRAGIBE, Pollyana; LIMA, Diego Trabulsi; GOMES, Danielle Orlandi. A história do nascimento (parte1): Cesariana. *Femina*, 38(9), 481-486, 2010. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>

Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humaniza-sus>>. Acesso em: 21 dez. 2022.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 477-486, 2007.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. Políticas De Humanização Ao Pré-Natal E Parto: Uma Revisão De Literatura Humanization the Policies Prenatal and Childbirth: a Literature Review. **Revista científica FACMAIS**, v. 6, n. 2, p. 54-64, 2016.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádya Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.

SCAVONE, L., 1992. O impacto das tecnologias médicas na família. In: XVI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-graduação em Ciências Sociais – ANPOCS, **Anais**, pp. 20-23, Caxambu: ANPOCS.

SILVEIRA, Fernanda Sales. **Biblioterapia: um estudo do uso da literatura na promoção de saúde e qualidade de vida**. Faculdade Ari de Sá, 2021.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 415-426, 2002.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.