

Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema

*Obstetric violence: scientific
production of psychologists on the
theme*

Stella Cabral, Deborah Perez

Resumo

A violência obstétrica é uma problemática contemporânea relativa à assistência ao ciclo gravídico-puerperal. O nascimento enquanto um evento natural e fisiológico foi transformando-se em um evento cirúrgico à medida dos avanços da medicina. Assim, a mulher perdeu sua autonomia e passou a sujeitar-se a intervenções desnecessárias capazes de lhe trazer consequências danosas. A busca pela humanização desse atendimento envolve várias áreas de conhecimento. O objetivo desse estudo é investigar a produção científica sobre violência obstétrica realizada por psicólogos, dados os comprometimentos emocionais que a mesma pode causar. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica sistemática. Os resultados demonstraram que a produção científica realizada por psicólogos sobre a violência obstétrica ainda é escassa. Sugere-se que os ambientes acadêmicos e serviços de atenção à mulher estimulem os profissionais de psicologia a produzirem maior número de estudos sobre o assunto, visando melhor compreensão do mesmo para melhor atuação.

Palavras-chave

Assistência ao Parto, Humanização do Parto, Violência Obstétrica.

Abstract

Obstetric violence is a contemporary problem regarding assistance to the pregnancy-puerperal cycle. Birth as a natural and physiological event was transformed into a surgical event tailored to the advances of medicine. In the face of this, the woman lost her autonomy and began to submit to unnecessary interventions that could bring harmful physical and emotional consequences. In the search for the humanization of this service, several areas of knowledge have been dedicated to studying the theme. The objective of this study is to investigate the scientific production on obstetric violence carried out by psychologists, given the emotional commitments that it can cause. The methodology used was a systematic bibliographical review. The results showed that the scientific production of obstetric violence by psychologists is still scarce. It is suggested that academic environments and women's services stimulate psychology professionals to produce more studies on the subject, aiming at a better understanding of it for better performance.

Keywords

Obstetric Violence, Childbirth Assistance, Humanization of Childbirth.

**Stella Mari de Souza
Colhado Cabral**

**Centro Universitário das
Faculdades Integradas de
Ourinhos**

Graduanda em Psicologia,
Enfermeira especialista em
obstetrícia, saúde pública e
docência do ensino superior, Doula.
smsccabral@gmail.com

Deborah Karolina Perez

**Centro Universitário das
Faculdades Integradas de
Ourinhos**

Psicóloga, mestra e doutoranda pela
Universidade Estadual Paulista -
UNESP, câmpus de Assis, docente
do curso de Psicologia do Centro
Universitário das Faculdades
Integradas de Ourinhos - UNIFIO.
deborahkarolina@yahoo.com.br

Introdução

A reprodução humana, em todo o seu contexto, é um fenômeno fisiológico, natural e, desde o início dos tempos, a assistência ao parto sempre foi um tema destinado ao universo feminino e vivenciada de forma privativa, em casa e em família, contando apenas com o apoio de pessoas com experiência prática no assunto (xamãs, sacerdotes, parteiras, médicos, dentre outros).

Com os avanços da medicina e o surgimento da obstetrícia como especialidade médica, essa assistência foi se modificando e tornando-se responsabilidade do profissional médico, em geral um homem, que, em nome da ciência e da proteção da saúde de mãe e filho, passou a dominar a cena do parto e determinar intervenções que considerava necessárias, baseadas no conhecimento da época. Assim, o parto domiciliar foi hospitalizado e transformado em um procedimento médico cirúrgico.

Com o passar do tempo, dominada por essas tecnologias, a mulher foi deixando de acreditar na capacidade de seu corpo para parir e passou a delegar ao profissional da medicina a total responsabilidade pelo processo do nascimento.

Como consequência, chegamos aos tempos de hoje com altos índices de cesariana no mundo e, principalmente, no Brasil, além de uma assistência ao ciclo gravídico-puerperal altamente institucionalizada e agressiva.

Segundo a ONU-Brasil (2017), o Brasil está em segundo lugar no mundo em realização de cesarianas (57%, quando a orientação da Organização Mundial da Saúde é de, no máximo, 15%), cirurgias essas que só deveriam ser utilizadas mediante algumas indicações específicas.

Além disso, segundo a Fundação Perseu Abramo (2013), uma entre quatro mulheres é vítima de violência obstétrica no país.

O debate em torno da violência obstétrica no Brasil inicia-se aproximadamente a partir de 2010. Segundo Diniz et al. (2015), o tema já havia sido abordado em algumas publicações pontuais anteriormente, mas foi a partir daquele ano que tomou vulto para ser melhor compreendido e mereceu ações voltadas para sua prevenção e, inclusive, para denúncias.

O interesse em desenvolver esse trabalho surgiu em função da vivência profissional da autora que, apesar de ser enfermeira obstetra já há vinte e sete anos, envolveu-se no ativismo voltado para a humanização do ciclo gravídico-puerperal por volta de 2012 e identificou a violência obstétrica como um problema de grande destaque no que se refere à saúde física e mental da mulher, devido à sua gravidade e possibilidade de comprometimentos permanentes na vida da mulher, em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Da mesma forma, detectou-se a escassa produção científica sobre o tema, principalmente com foco em psicologia, cujo interesse da autora, faz-se presente em razão da iminência do término da graduação na área.

Além disso, há o fato de que os resultados da violência obstétrica provocam marcas físicas e emocionais nas mulheres que passaram por ela e, ainda que estas não tenham consciência da violação de seus direitos, justifica a importância de estudos científicos sobre o tema, buscando conhecer melhor esse fenômeno e propondo prevenções e soluções para ele.

O objetivo dessa pesquisa foi investigar a produção científica sobre violência obstétrica realizada por psicólogos, haja vista o comprometimento emocional que essa violência pode causar na estruturação psíquica feminina. Para tanto, será apresentado um breve histórico do surgimento e estabelecimento da assistência às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, com ênfase nos partos, bem como serão apontadas possíveis

definições de violência obstétrica, passando pela própria explicação do que vem a ser o termo, chegando ao papel do psicólogo nesse contexto.

Revisão bibliográfica

Para Monticelli (1994), o nascimento pode ser considerado um rito de passagem e/ou iniciação, percebido, organizado e padronizado de acordo com cada cultura, seus valores, atitudes e crenças. Apesar de constituir-se como evento natural e fisiológico, cada sociedade lhe oferecerá uma conotação diferente: pode ser considerado como experiência natural ou doença ou, ainda, como fator estressante.

Nos primórdios da civilização, as mulheres costumavam seguir seus instintos naturais no momento do parto, procurando isolar-se quando sentiam a necessidade de parir e o faziam sem nenhuma assistência (MARTINS, 2004).

A história da assistência ao parto inicia-se através do apoio dado por mulheres a outras mulheres durante esse momento, tornando-se assim uma vivência exclusivamente feminina e que surgiu sem a formatação de um saber formal, construído através do acúmulo de experiências que eram passadas de mãe para filha, sem registros escritos. As mulheres mais experientes e que desenvolveram essa prática, utilizando-se dos recursos disponíveis em cada época, foram sendo conhecidas como aparadeiras, curiosas, comadres ou parteiras (BRENES, 1991; MARTINS, 2004; MONTICELLI, 1994; VENDRÚSCOLO & KRUEL, 2015).

Até o século XVII, o parto e o pós-parto foram considerados um assunto de mulheres, já que o conhecimento médico disponível até então não se dedicava a essa área. Os médicos eram chamados pelas parteiras apenas em casos de complicações do parto mas, como conheciam ainda menos do que elas os aspectos técnicos ligados ao nascimento, várias tragédias foram presenciadas e favoreceram o desenvolvimento do medo que habitava nas pessoas e nos profissionais sobre o instante de nascer. Ainda assim, esses acontecimentos limitavam-se às fronteiras familiares (VENDRÚSCOLO; KRUGEL, 2015; PETER et al., 2005; MARTINS, 2004).

Entre os séculos XVII e XIX, a Medicina começa a se interessar pelos nascimentos e surge a figura do cirurgião. A eventual necessidade do uso de uma cesariana e o surgimento do fórceps, como instrumento auxiliar diante de complicações do parto, levou alguns médicos da época a se interessar pelo assunto. Nos primórdios, a cesariana era utilizada em situações de altíssimo risco já que, em geral, conduzia a mulher à morte. Aqui se inicia a intervenção médica e cirúrgica da assistência ao parto, sendo que os estudos médicos se atinham à anatomopatologia, baseados nos avanços das ciências biológicas e nos estudos da anatomia e da fisiologia humana. Iniciam-se as primeiras intervenções no fenômeno natural, tais como manter a mulher em decúbito dorsal durante o parto para favorecer o uso de técnicas e instrumentais médicos no processo, sendo que, até então, a posição vertical era a escolhida pela mulher no momento de parir. O uso do fórceps também é uma marca dessa época. Temos, nesse ínterim, a introdução do homem em um momento, até então, considerado feminino, e a retração do trabalho das parteiras (MARTINS, 2004; BRENES, 1991; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015; MALDONADO, 1989).

Para Martins (2004), os avanços da medicina na área da obstetrícia, desprezaram as considerações dos médicos da antiguidade e das parteiras práticas por considerá-las frutos de ignorância e superstição, responsáveis por imperícias e acidentes fatais. Os médicos, então, iniciam treinamentos científicos para parteiras e apenas as atividades das parteiras treinadas eram reconhecidas, desde que sob a supervisão dos mesmos. Nesse

momento histórico, os médicos necessitavam estabelecer o seu saber científico através de teorias e práticas que garantissem sua profissionalização e *status quo*, sem considerar outros saberes e práticas. Assim se constituiu o início da obstetrícia enquanto especialidade médica.

O medo das complicações, embora fossem raras, favoreceu o desenvolvimento da obstetrícia enquanto ciência e de suas intervenções, já que essa especialidade já se constituiu sendo intervencionista, fazendo uso de pinças, tesouras, fórceps, ganchos, perfuradores, manipulações obstétricas, embriotomia e as cirurgias cesarianas, tanto para atuar em complicações como para diagnóstico (MARTINS, 2004).

A obstetrícia, então, dedica-se a esmiuçar o seu conhecimento sobre o corpo da mulher, através de autópsias e, gradativamente, do exame clínico no diagnóstico do parto, no acompanhamento da gestação e no atendimento ao parto normal sem complicações, além dos estudos sobre a fecundação, embriologia e cuidados e doenças referentes ao recém-nascido. O domínio desse conhecimento permitiu que os obstetras fossem reconhecidos como homens da ciência capazes de salvar a vida de mães e filhos em partos complicados e que, para evitar essas complicações e/ou atuar de forma correta nas mesmas, as mulheres deveriam permitir serem examinadas. Assim, esses profissionais reduzem o corpo feminino à pelve e à função materna da mulher, caracterizando-a, inclusive, como frágil e sensível, a quem o obstetra pudesse também aconselhar e ajudar, nas questões de fecundação e doenças femininas, em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal e nos cuidados com o recém-nascido. Estabelece-se assim o controle do homem sobre o corpo feminino e a usurpação deste, além da autoridade para estipular o papel social da mulher e como essa deveria comportar-se para manter-se “saudável”, intitulado-se como seu conselheiro (MARTINS, 2004; MALDONADO, 1989).

É a partir do final do século XIX e do início do século XX que os avanços do atendimento hospitalar e a criação das maternidades levaram a mulher a procurar o hospital para vivenciar a experiência do parto, considerando esse ambiente mais higiênico e as possibilidades de cirurgia e anestesia para a solução de complicações. Porém, apesar de que os avanços da medicina poderem atuar em complicações e salvar vidas, devemos lembrar que essas complicações aconteciam apenas em pequena parcela dos partos e estes eram em grande parte naturais. Mas, por questões de interesse médico, seja de estudos, de trabalho ou de remuneração, todos os tipos de parto passaram a ser guiados para o hospital, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, com os avanços cirúrgicos e anestésicos (MARTINS, 2004; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015; WOLFF; MOURA, 2004; RATTNER, 2009).

No hospital, a mulher então perde sua autonomia e necessita cumprir as regras de funcionamento do local, voltadas para facilitar o trabalho da equipe de saúde e não mais para a vivência do parto pela mulher. A família já não pode participar do processo ficando afastada e a mulher internada em enfermarias com desconhecidas. A mulher deixa, assim, de ser a protagonista do processo de parto, estando passiva diante de ordens sobre como deve portar-se e agir. Perde seus direitos, sua privacidade e seu poder de decisão, vendo-se sozinha com estranhos e submetendo-se a muitas intervenções desnecessárias. Além disso, todas as mulheres são atendidas num formato padrão, que não considera sua história e sua cultura, não respeita as diferenças. Essa condição leva a sentimentos de solidão e desamparo, elevando os níveis de estresse. Porém, mesmo com todas essas perdas, com o tempo as famílias também incorporaram o atendimento hospitalar como sendo o mais adequado e foram se destituindo de seus saberes ancestrais. O parto passa a ser um evento médico, auxiliado por mulheres treinadas (parteiras e, com o tempo, enfermeiras especialistas e/ou obstetrites) e a parturiente já não pode nem mesmo escolher a posição em que quer parir, já que a posição que terá que ocupar é aquela que

favorece o trabalho da equipe de saúde: a posição horizontal ou litotomia. Importante frisar que, de um modo geral, a posição de escolha para a mulher é a posição vertical (MONTICELLI, 1994; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015; PETER et al., 2005).

Rattner (2009) levanta que esse tipo de atendimento obstétrico hospitalar, que possui um formato industrial, e que a assistência às mulheres em um ambiente predominantemente masculino, é capaz de gerar vários tipos de violências que vão sendo institucionalizadas pela equipe de saúde e aceitas pelas mulheres como se fossem naturais, ainda que as despersonalize. Considera que o atendimento mecânico ao parto está presente já na formação dos profissionais e vem desumanizando o processo de nascer e considerando apenas seus aspectos biológicos, esquecendo-se que o nascimento é um fenômeno holístico, que envolve também os aspectos culturais, sociais, sexuais e espirituais, enfatizando a importância do resgate da humanização da assistência ao parto.

Diniz (2005, p. 628) diz que humanização da assistência ao parto “expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano”. A autora considera que, diante da história do nascimento, a mulher, sob o ponto de vista da Igreja Católica, deveria “sofrer a dor” do parto como desígnio feminino por sua culpa diante do pecado original, não devendo ser poupada ou aliviada. Por outro lado, a obstetrícia propõe “aliviar sua dor”, resgatando-a do sofrimento gerado pelas imposições religiosas através da ciência. De culpada que necessitava expiar os seus pecados, a mulher passa à condição de vítima devido à sua natureza feminina. Os médicos surgem para salvá-la dessa violência intrínseca que é o parto, patologizando-o e propondo-se a protegê-la de todos os riscos através de seus arsenais para diagnóstico e terapêutica, roubando da mulher a vivência do processo natural, em geral sem necessidade. Mediante isso, considera que o resgate da compreensão do nascimento como experiência humana, liberta desses paradigmas, seja capaz de humanizar o cuidado com a mulher.

Diniz (2005) ainda cita uma série de intervenções desnecessárias utilizadas como rotineiras no atendimento ao parto, tais qual a posição de litotomia, a restrição dos movimentos da mulher, o uso de hormônios sintéticos para acelerar ou diminuir o ritmo do trabalho de parto, a episiotomia, o ainda uso de fórceps e as cesáreas agendadas. Assim justifica que, muitas vezes, além da agressão sofrida pela mulher por intervenções desnecessárias e o empobrecimento dos vínculos entre parturiente e obstetras e/ou enfermeiras obstetras e obstetrizes, essa é uma causa da manutenção alta das taxas de morbimortalidade materno-infantil.

Definir violência obstétrica não é uma tarefa fácil, tal qual não o é a própria definição de violência. Para Ribeiro (2014), vários autores propõem-se a definir a violência e, desde a década de 1990, essa discussão tornou-se vultosa, mas, apesar de tantas conceituações, é impossível restringi-la apenas a alguns conteúdos. A violência é um fenômeno plural que só pode ser explicado através de múltiplas visões e de várias áreas do conhecimento. Por outro lado, para falar sobre ela, é importante oferecer uma descrição sobre o assunto, sem limitá-la.

A violência obstétrica está inserida nas diversas violências de gênero, ou seja, a que as mulheres estão sujeitas (DINIZ et al., 2015).

Especificar esse tipo de violência voltado ao ciclo gravídico-puerperal e, particularmente, na assistência ao parto, é ainda mais difícil visto que a temática é relativamente nova, principalmente no quesito produção científica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) não apresenta uma definição específica, mas delimita a gravidade do problema em sua Declaração sobre a

Prevenção e a Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos durante o Parto em Instituições de Saúde. Nesse documento, declara que:

Relatos sobre desrespeito e abuso durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014, p. 1).

Além disso, esse documento apresenta propostas para prevenção da violência obstétrica em todo o mundo.

O Ministério da Saúde define violência obstétrica como:

[...] aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo (BRASIL, 2017, s/p).

Já a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, utiliza-se das primeiras definições de violência obstétrica propostas pela Argentina e a Venezuela, primeiros países a tipificá-la:

[...] caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SÃO PAULO, 2013, s/p).

Essa cartilha ainda especifica o que pode ser considerado violência na gestação, parto e puerpério e orienta as mulheres a como denunciá-la.

Partindo desses três conceitos, podemos dizer que a violência obstétrica envolve a violação dos direitos da mulher, seja no âmbito físico, psicológico e/ou político, ou seja, do seu papel como sujeito de direitos dentro da sociedade.

Pinto (2017) orienta formas de identificação da violência obstétrica e as classifica como físicas, psicológicas, sexuais, institucionais, materiais e midiáticas.

Como violências obstétricas físicas, a autora acima considera as intervenções realizadas no corpo da mulher de forma desnecessária e/ou sem a autorização desta ou a privação de algumas de suas necessidades durante o trabalho de parto e parto, como por exemplo o corte perineal (episiotomia), rotura artificial de bolsa amniótica (amniotomia), toques vaginais desnecessários, uso de ocitocina sintética por via endovenosa, privação de água e alimento, limitação dos movimentos da mulher, imposição da posição horizontalizada para o parto (litotomia), manobra de

Kristeller (pressão manual no fundo uterino), lavagem intestinal (enema), retirada de pelos (tricotomia), negar ou forçar o uso de analgésicos e/ou anestésicos, conduzir a mulher para cesáreas desnecessárias, uso de fórceps de forma desnecessária, privar a mulher do contato imediato com o recém-nascido (contato pele-a-pele, amamentação e corte precoce do cordão umbilical); como violências obstétricas psicológicas, os comportamentos verbais e atitudinais que, de alguma forma, gerem na mulher “sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, tristeza, medo, perda de integridade e dignidade”, dando à mulher a sensação de humilhação, impotência e perda de liberdade, o que também pode acontecer através de omissão de informações, brincadeiras de mau-gosto, ameaças, chantagens, ofensas; as violências obstétricas sexuais são aquelas marcadas pela invasão do corpo feminino em sua intimidade sem autorização e, dessa forma, viole seus direitos sexuais e reprodutivos e aqui se incluem manobras citadas nas violências físicas, tais como, episiotomia, amniotomia, toques vaginais desnecessários, lavagem intestinal, sujeição à posição de litotomia, cesáreas desnecessárias e, inclusive, assédios; as violências institucionais estão relacionadas às burocracias e rotinas utilizadas pelas instituições de saúde e que dificultam o acesso da mulher aos serviços e ao uso de seus direitos, tais como negar atendimento por qualquer motivo, impedir a presença de acompanhante, não oferecer à mãe e à criança a prestação de serviços necessários, etc.; as violências materiais envolvem, por exemplo, a cobrança indevida de serviços, induzindo a mulher e sua família a adquirirem planos que não se mostram necessários; as violências midiáticas estão relacionadas ao uso indevido e desautorizado da mulher e à divulgação de imagens que estimulem estratégias de atendimento que não correspondem à realidade, tais como divulgação de fórmulas lácteas para alimentação do bebê, vantagens das cesáreas, etc.

Ainda Pinto (2017) faz um levantamento sobre os direitos da mulher diante desse quadro, ainda muito desconhecido para a maioria delas. Em busca pela melhoria da assistência prestada à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal, a autora cita o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (P.H.P.N.), proposto pelo Ministério da Saúde, no ano 2000, e a Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos durante o Parto em Instituições de Saúde, lançada em 2014 pela O.M.S. e já citada anteriormente neste trabalho; revisando os direitos femininos, cita o Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996 e a Conferência Geral da UNESCO, ocorrida em outubro de 2005 adotou por aclamação a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; cita algumas leis pioneiras na proteção da mulher contra a violência obstétrica, tais como “a Lei nº 17.097/2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina”, e o Projeto de Lei nº 7.633/2014, que ainda está em tramitação no Congresso Nacional, proposto pela Organização Não Governamental (O.N.G.) Artemis, através do deputado federal Jean Wyllys; ainda comenta algumas leis específicas como a lei que dá direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e o parto (Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005) e os direitos da mulher durante o parto segundo o Dossiê da Rede Parto do Princípio: direito à informação, privacidade, atendimento digno, movimentação e escolha de posições, anestesia, escolha pelo tipo de parto.

É interessante relevar que, após toda a análise sobre o que é violência obstétrica e a possibilidade atual de denúncia sobre esta, a grande maioria das mulheres nem mesmo sabem reconhecer que estão sendo agredidas e não sabem como se posicionar diante desse quadro. Cito aqui, pelo menos, sete estudos que chegaram a essa conclusão e destacam a importância da informação sobre a violência obstétrica para as mulheres e suas famílias (ZORZAM, 2013; MARCHIORO, 2014; ALMEIDA, 2016; AGUIAR &

RODRIGUES, 2017; PESSOA et al., 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2017; ALMEIDA et al., 2018).

Particularmente um estudo destaca o consentimento das mulheres a violência, já que não a entendem como tal e consideram as ações agressivas como necessárias no seu atendimento, devido à naturalização dessa mesma violência entre os profissionais de saúde e as instituições assistenciais e a própria comunidade (WOLFF; WALDOW, 2008).

Prosseguindo na linha de pensamento dos dois últimos parágrafos, Maia (2018) releva a situação social da mulher no Brasil devido à sua cultura machista e nos apresenta o papel de submissão, fragilidade e vulnerabilidade biológica da mulher, desconhecidora de seus direitos e aceitando que seus desejos não são reconhecidos e respeitados, entregando-se passivamente a essa situação, distante ainda da condição de empoderamento de seu corpo e de si própria.

Maia (2018) ainda nos apresentou como a mulher se encontra durante a gestação, parto e puerpério, principalmente no instante do parto, e levantou diversas consequências emocionais que a violência obstétrica pode causar.

Para a autora, o medo e a falta de informações recebidas antes e durante o pré-natal, favorecem a submissão da mulher à figura do médico enquanto detentor do poder do conhecimento e, assim, desde a gestação, é este quem decide como todo o processo acontecerá. Esse olhar reforça o momento histórico em que a medicina passou a dominar o cenário do parto, tirando a autonomia da mulher nesse processo que é fisiológico e pessoal.

Assim, as intervenções desnecessárias, o linguajar desrespeitoso utilizado pela equipe de saúde e direcionado à mulher e sua imobilização e afastamento de seu filho, geram medo, impotência, insegurança, angústia e constrangimento, além de dor e sofrimento desnecessários, que favoreceram o estabelecimento de sentimentos negativos (em um momento que deveria ser marcado por sentimentos de alegria e bem-estar), traumas e possíveis transtornos emocionais (MAIA, 2018).

A autora reforça, também, o sentimento de coação e a dificuldade da mãe em expressar-se diante da violência e de denunciá-la, haja vista que até desconhece esses atos como tal, reforçando o que foi dito por Wolf e Waldow (2008).

Dessa forma, Maia (2018) descreve os sentimentos de medo da morte, de perda do filho, frustração, impotência, raiva, vergonha, incompetência como resultados da violência obstétrica. Além disso, existem ainda outras consequências, tais como distúrbios psicossomáticos como transtornos alimentares e do sono, dentre outros; transtornos de ansiedade (pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); estresse pós-traumático favorece o transtorno de adaptação no pós-parto e, por sua vez, nessa fase difícil que é o puerpério, podem favorecer o aparecimento da disforia puerperal, da depressão pós-parto e, até, da psicose puerperal.

Destarte, podemos inferir que, além dos danos físicos e dos riscos de aumento de morbimortalidade materno-infantil causado pelas intervenções desnecessárias, os danos emocionais manifestam-se de forma leve até a mais grave, mas estão sempre presentes diante da violência obstétrica.

Sentimentos como tristeza, angústia, frustração, impotência, raiva, indignação, medo de nova gestação e parto, rejeição ao bebê e à amamentação, comprometimentos sexuais e de autoimagem, causados pela episiotomia, e transtornos como depressão pós-parto e síndrome do pânico são citados em outros estudos e até por boletins do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), reforçando o estudo de Maia (2018) (ROCHA; GRISI, 2017; SILVA & SILVA, 2017; MAIA; ARAÚJO, 2017; ALVES, 2017; REGIS; RESENDE, 2015; CRP-SP, 2014).

Analisando todos os prejuízos causados à mulher que sofre a violência obstétrica e dando ênfase aos seus aspectos psicológicos, como nos propusemos a fazer, é fundamental agora ressaltar que o profissional de psicologia é fundamental nesse contexto, seja para a prevenção de tais fatos, no atendimento e orientação à mulher e na discussão do problema com as equipes de saúde. Para tal, é mister que esse profissional domine o assunto e, para isso, deve especializar-se nas áreas afins (psicologia perinatal e parental e/ou hospitalar, por exemplo) e dedicar-se à produção científica sobre a violência obstétrica.

Souza e Valente (2016) discutem o papel do psicólogo em seu trabalho sobre violência obstétrica e consideram que, apenas o sofrimento vivenciado por essas mulheres e, ainda tendo em vista que a violência obstétrica consiste em violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos, já justificam a relevância da participação do psicólogo na assistência à mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal. Enfatizam o valor do acolhimento e da escuta desta em todas as fases, passando pelo pré-natal, pela maternidade e também pelo trabalho de parto, parto e puerpério.

As autoras acima também destacam o papel do psicólogo na desconstrução das práticas de violência obstétrica que se encontram naturalizadas entre os profissionais de saúde, buscando a humanização da ciência.

Ainda Souza e Valente (2016) destacam a necessidade de um trabalho de empoderamento das mulheres na busca pela sua autonomia e protagonismo durante seu ciclo gravídico-puerperal, diante da cultura machista em que estão inseridas e das relações de poder exercidas sobre elas.

Curi e Baptista (2018) reforçam a necessidade da construção de um saber próprio da psicologia sobre a mulher e, particularmente, as situações de violência obstétrica. Enfatizam a visão “clínica”, inclusive a visão dos profissionais de saúde quanto ao seu papel dentro do hospital, no caso, da maternidade. Os profissionais de psicologia costumam ser chamados apenas quando há um transtorno instalado, ou seja, quando o paciente começa a “incomodar” a equipe de saúde. Os profissionais de saúde, em geral, não têm percepção sobre o sofrimento que causam à mulher e a importância da prevenção dos danos causados pelos comportamentos agressivos. Aqui relevam, da mesma forma que as autoras acima, a significância da desconstrução de rotinas e hábitos arraigados nos profissionais que favorecem as situações de sofrimento da mulher e, dessa forma, a possibilidade de realmente humanizar a assistência ao parto.

Dessa forma, as autoras acima discutem a necessidade de ampliar o olhar sobre o papel do psicólogo diante da violência obstétrica, não o limitando ao atendimento clínico individual, mas se dedicando à importância do tema para a saúde pública, para a garantia da cidadania e da igualdade de direitos, para uma assistência de saúde de qualidade, para o bem-estar social e a preservação dos direitos humanos.

Publicações do CRP-SP também destacam a importância da atuação do psicólogo na prevenção da violência obstétrica e na atuação psicólogo no atendimento às mulheres expostas à ela, levando em consideração a relevância do tema para a psicologia (CRP-SP, 2014, 2015).

Metodologia

Para a realização desse estudo foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática, de caráter qualitativo.

Foram pesquisados trabalhos científicos através dos descritores assistência ao parto, humanização do parto e violência obstétrica, nos dias 02, 03 e 04/11/2018, nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico.

Como resultado desta pesquisa, foram encontrados 120 artigos que abordaram temas pertinentes à violência obstétrica e suas relações.

Os critérios utilizados para a inclusão de trabalhos nessa pesquisa foram: terem produção nacional e estar escritos em língua portuguesa; terem sido publicados a partir de 2010; abordarem o tema violência obstétrica de forma generalizada, sem especificidades; darem ênfase ao estudo da violência obstétrica durante o trabalho de parto e o parto.

Os critérios adotados tinham por escopo ecluir todos os trabalhos que não atendessem à proposta de inclusão.

Realizou-se a leitura dos resumos e das conclusões dos trabalhos, retomando, eventualmente, sua metodologia e resultados.

Após a leitura, foram selecionados 75 trabalhos científicos e excluídos 45 estudos.

Os artigos selecionados foram organizados em duas categorias: estudos de campo e revisões bibliográficas. A partir dessa categorização, foram encontrados 33 estudos de campo e 42 revisões bibliográficas.

A partir de então, foram investigados os trabalhos que foram produzidos por psicólogos e por outras categorias profissionais, separando-os.

Também foram destacados os assuntos enfatizados pelos estudos, mediante, ainda, a leitura de seus resumos e conclusões, com verificações periódicas do corpo do estudo, quando necessário.

Resultados e discussão

Tomando por base a revisão bibliográfica acima, podemos perceber a gravidade dos danos físicos e emocionais causados na mulher pela violência obstétrica e a importância do papel do psicólogo, seja na prevenção desta violência, no papel de orientar mulheres, casais e outros entes familiares, seja no de orientar profissionais da saúde para que cumpram melhor a assistência à mulher e à sua família.

Em vista disso, este estudo levantou a produção científica sobre o tema realizada por psicólogos.

Selecionou-se 75 trabalhos científicos, sendo 42 revisões bibliográficas e 33 estudos de campo, segundo os critérios metodológicos apresentados.

Dividindo esses trabalhos segundo produção por área profissional, temos que 37,3% da produção foi realizada por profissionais de enfermagem, 14,7% por profissionais da psicologia e 4,0% foram produções coletivas entre enfermeiros, psicólogos e cientistas sociais (2,7% enfermeiros e psicólogos e 1,3% enfermeiros, psicólogos e cientistas sociais). Há ainda produção de 13,3% realizadas por profissionais do direito, 6,7% por profissionais da saúde pública, 4,0% por profissionais de ciências sociais, 12,0% de outros profissionais, a saber, das áreas de ciências biológicas, medicina, fisioterapia, serviço social, linguística e multiprofissional) e 8,0% de profissionais que não identificaram sua área de atuação.

Analisando esses dados, podemos inferir que a produção da psicologia sobre a violência obstétrica ainda é insuficiente, sendo necessária uma dedicação maior dessa categoria de profissionais na sua implementação, conforme confirmam os trabalhos de Muniz e Barbosa (2012), Souza e Valente (2016), Silva (2015), Souza et al. (2016), Maia (2018), Maia e Araújo

(2017) e Curi e Baptista (2018), autores esses, inclusive, pesquisados na construção desse estudo.

Para investigar os principais assuntos abordados pelos psicólogos nesses trabalhos, realizou-se uma divisão, apresentada no quadro 1:

Quadro 1 - Principais temas tratados nos estudos de campo e revisões bibliográficas pesquisadas.

TEMAS	ESTUDOS DE CAMPO	REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS
Análises teóricas sobre a violência obstétrica	1	5
Presença de intervenções desnecessárias e agressões verbais	5	—
Consequências físicas da violência obstétrica	3	—
Consequências emocionais da violência obstétrica	3	—
Percepção das mulheres sobre a violência obstétrica	4	—
Significados da maternidade para mulheres que sofreram violência obstétrica	1	—
Importância da humanização do ciclo gravídico-puerperal	1	2
Papel do psicólogo diante da violência obstétrica	1	2
Importância da produção de pesquisa pelo psicólogo sobre a violência obstétrica	1	1
Importância da produção de pesquisa sobre a violência obstétrica, de um modo geral	—	2
Importância da produção de pesquisas que ouçam a voz das mulheres	—	1

Esse quadro nos apresenta os principais temas enfocados nas produções científicas realizadas pelos psicólogos e àqueles para os quais foram dados maior ênfase.

O assunto de maior destaque foi o uso de intervenções desnecessárias e agressões verbais, ou seja, a busca pela incidência de violência obstétrica no atendimento de mulheres no trabalho de parto e parto. Em segundo lugar, temos estudos sobre a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica e, em terceiro, as consequências físicas e emocionais geradas nas mulheres vítimas de violência obstétrica.

Outros temas foram estudados, inclusive o papel do psicólogo diante da violência obstétrica e a necessidade de produção científica sobre o tema.

Assim sendo, podemos dizer que, de forma geral, a produção científica da psicologia sobre violência obstétrica é muito escassa e precisa se aprofundar muito sobre o assunto.

Conclusão

Como conclusão desse estudo, podemos dizer que o objetivo da pesquisa foi atingido, embora as bases de dados pesquisadas tenham sido restritas, o que sugere que outros estudos mais aprofundados poderiam apresentar outros resultados.

Porém, como resultado inclusive de outras pesquisas aqui apresentadas, podemos inferir que a produção científica da psicologia sobre a violência obstétrica ainda é muito restrita.

Considerando a importância do psicólogo diante dessa realidade que, além de ser um problema da saúde pública e social, atinge a maior parte das mulheres brasileiras, causando-lhes danos físicos e emocionais, deve-se relevar o tema e estimular a produção de trabalhos científicos por esses profissionais.

Através da pesquisa, o psicólogo terá mais subsídios e conhecimento acerca do problema e saberá como atuar melhor diante da necessidade de prevenção e de apoio emocional a essas mulheres e famílias vítimas da violência obstétrica.

Sugere-se, então, o estímulo à produção dessas pesquisas, principalmente nos meios universitários, mas sem isentar a produção dos serviços que prestam atendimento às mulheres e dos profissionais de forma individual.

Sobre o artigo

Recebido: 11/12/2018

Aceito: 20/03/2019

Referências Bibliográficas

AGUIAR, E.M.G.; RODRIGUES, M.S. Violência obstétrica durante o processo de parturição: relato de mulheres de uma unidade de saúde do interior de Minas Gerais. **Revista Brasileira Ciências da Vida**. Sete Lagoas, v. 5, n. 2, p. 1-29, jul. 2017.

ALMEIDA, M.M. et al. Vivências e saberes das parturientes acerca da violência obstétrica institucional no parto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Campinas, v. 10, n. 1, p. 1466-1472, jan. 2018.

ALMEIDA, U.G. **Estudo de caso:** violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa “Mulheres Mil” em Almenara, Minas Gerais. 2016, 109 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde, Sociedade & Ambiente) Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG.

ALVES, V.B.O. **Percepção de puérperas acerca da violência obstétrica**. 2017, 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.

BRASIL. **Você sabe o que é violência obstétrica?** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, 1991.

CRP-SP. Parceiras do parto humanizado. **Jornal Psi.** Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, n. 182, fev./mar./abr. 2015.

CRP-SP. Não à violência obstétrica. **Jornal Psi.** Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, n. 180, set./out./nov. 2014.

CURI, P.L.; BAPTISTA, J.G.B. A medicalização do corpo da mulher e a violência obstétrica. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** Campos dos Goytacazes, v. 8, n. 1, p. 123-136, 2018.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n.3, jul./set. 2005.

DINIZ, S.G. et al. Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia.** São Paulo, v. 25, n. 13, 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou.** 2013. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

MAIA, J.S. et al. A mulher diante da violência obstétrica: consequências psicossociais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** v. 7, n. 11 p. 54-68. nov. 2018.

MAIA, R.S.; ARAÚJO, T.C.S.; MAIA, E.M.C. Violência obstétrica: apontamentos da produção científica. **Revista Portal: Saúde e Sociedade.** Maceió, v. 2, n. 3, p. 576-590, 2017.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

MARCHIORO, D. **Conhecimento de primíparas sobre a violência obstétrica.** 2014, 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal da Fronteira do Sul. Chapecó, SC.

MARTINS, A.P.V. A ciência obstétrica. In: MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 63-106. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-04.pdf> >. Acesso em: 01 mai. 2018.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** 1994, 260 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MUNIZ, B.M.V.; BARBOSA, R.M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: **Convención Internacional de Salud Pública,** Cuba Salud, 2012.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

ONU-BRASIL. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil.** Rio de Janeiro: Organização das Nações Unidas no Brasil, 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 26 nov. 2018.

PESSOA, L.M. et al. Conhecimento de puérpera acerca da violência obstétrica. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 89-111, 2017.

PETER, A.P.C. et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar**: abrindo novos caminhos para a enfermagem. 2005. 135 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PINTO, T.S. **Violência obstétrica**: como identificar? 2017, 27 f. Trabalho de conclusão de curso. (Graduação em Enfermagem) União Metropolitana para o Desenvolvimento da Educação e Cultura, Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde, Lauro de Freitas, BA.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.13, n. 1, p. 595-602, 2009.

REGIS, J.F.S.; RESENDE, V.M. “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. **Revista de Documentação de Estudos em Língua Teórica e Aplicada**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 573-602. 2015.

RIBEIRO, A.E.M. O conceito de violência. In: RIBEIRO, A.E.M. **Crime, ordem e violência em São Paulo**: a percepção do nível de violência urbana no município de Assis. Curitiba: CRV, 2014.

ROCHA, M.J.; GRISI, E.P. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Id on line: revista multidisciplinar e de psicologia**. v. 11, n. 38, p. 623-635. 2017.

SÃO PAULO. **Cartilha de violência obstétrica**. Texto do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis. São Paulo: Defensoria Pública, 2013.

SILVA, F.M.; SILVA, M.L.; ARAÚJO, F.N.F. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**. v. 3, n. 4, p. 25-34. 2017.

SOUZA, A.B. et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**. Campinas, v. 25, n. 3, p. 115-128, set./dez. 2016.

SOUZA, A.C.A.; VALENTE, M.B.B. Violência obstétrica: um desafio para a psicologia. **Revista Hum@nae**. Recife, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2016.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas**. Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

WOLFF, L.R.; MOURA, M.A.P. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-285, ago. 2004.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

ZORZAM, B.A.O. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013, 225 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.