

**A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência  
Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto**

**Ana Maria Basso Rohde**

**Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres,  
As Mulheres na Sociedade e na Cultura**

**Setembro de 2016**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Gaspar Lisboa e da Professora Doutora Sónia Cardoso Pintassilgo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus orientadores, Professor Doutor Manuel Gaspar Lisboa e Professora Doutora Sónia Cardoso Pintassilgo, pelo constante apoio e incentivo e pelas valiosas observações, que muito contribuíram para este trabalho.

À Professora Sónia, agradeço especialmente por ter acreditado em mim, no meu trabalho e pelo grande incentivo para que eu apresentasse os resultados do inquérito.

Sou muito grata à minha mãe, Eloni, e ao meu pai, Valter, pelo apoio incondicional e por sempre me incentivarem a questionar, estudar e buscar o conhecimento. Mãe, minha revisora tão minuciosa, sou profundamente grata pelo teu incansável apoio.

Minha gratidão também à minha irmã, Mariana, que foi a primeira recém-mãe com quem eu convivi e com quem pude perceber a enorme importância do cuidado e do respeito na assistência ao parto.

Ao meu companheiro, Rodrigo, e ao meu filho, Ravi, que estiveram comigo a cada linha do trabalho, minha eterna gratidão, por todo o apoio, paciência e compreensão pelas horas de ausência para me dedicar a este trabalho. Ao Rodrigo, por abdicar do seu escasso tempo para que pudesse ler e revisar esta dissertação e, especialmente, por me escutar e me amparar com os desafios para lidar com um tema que é sensível para mim.

Por fim, às mulheres que despenderam seu tempo para responder ao inquérito, pela confiança que depositaram em mim ao revelarem suas experiências de parto, por partilharem seus sentimentos, suas dores e suas alegrias e por permitirem que eu expusesse suas respostas e seus depoimentos aqui, a minha profunda gratidão.

# **A OUTRA DOR DO PARTO: GÊNERO, RELAÇÕES DE PODER E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO**

## **THE OTHER PAIN OF LABOUR: GENDER, POWER RELATIONS AND OBSTETRIC VIOLENCE IN HOSPITAL CARE FOR CHILDBIRTH**

**ANA MARIA BASSO ROHDE**

### **RESUMO**

**PALAVRAS-CHAVE:** gênero, parto, violência obstétrica.

O parto não é um evento apenas médico. É um acontecimento com significações pessoais, familiares, sociais e culturais. O parto pode ser entendido como um rito de passagem, repleto de rituais e símbolos. A hospitalização e medicalização, ao contrário de refutar crenças e tabus arcaicos, reforça os rituais em torno deste evento fisiológico, reafirmando a percepção do corpo feminino como defeituoso e incapaz de parir naturalmente. A dor do parto não é apenas fisiológica, mas também fruto da cultura, que tem o poder de intensificá-la. O corpo feminino tem sido instrumentalizado, alvo de controle e intervenção social, tido como um corpo frágil e defeituoso, que difere da norma (o corpo masculino). A assistência ao parto é um exemplo expressivo deste controle. Há um excesso de medicalização e intervenção nos partos, como se não pudessem ocorrer de maneira natural e saudável sem a “ajuda” da medicina e da tecnologia. O que ocorre é que, para além do excesso de medicalização e intervenção, há recorrentes maus tratos e abusos às mulheres nos partos. Isso pode ser classificado como violência obstétrica, uma violência de gênero institucionalizada, naturalizada e invisibilizada. A violência obstétrica pode ser de caráter físico, psicológico e sexual e inclui também o excesso de procedimentos e intervenções bem como o desrespeito à liberdade de escolha e consentimento informado das mulheres. Neste contexto, apresentam-se os resultados de um inquérito realizado no âmbito deste trabalho, que expõe a violência obstétrica, onde se observou que as intervenções foram realizadas de maneira rotineira, com destaque para as episiotomias, executadas em 68,5% dos casos. O que se sobressai no estudo é que grande parte das intervenções foi realizada sem informar as mulheres ou mesmo diante de sua recusa a consentir com os procedimentos. Para além dos resultados quantitativos, os depoimentos recolhidos através do inquérito são muito expressivos desta violência, que se revelou através de desrespeito, ofensas, ameaças, humilhações, linguagem rude, sujeição e agressão. O parto é um momento muito significativo na vida das mulheres e o atendimento prestado a elas no parto tem forte impacto em suas experiências de parto. Apesar de, sem dúvida, haver experiências de parto muito positivas e satisfatórias, nas quais as mulheres sentem-se seguras, confiantes e apoiadas, fica evidente que há muitas experiências negativas e traumáticas – em que as mulheres sentem-se vulneráveis, assustadas e inseguras – e que podem acarretar consequências futuras em suas vidas. A

violência obstétrica institucionalizada é também uma violência consentida, no sentido de que muitas mulheres se calam e não denunciam, por opressão, medo ou por parecer inadequado se opor a quem é suposto cuidar delas. Para além de responsabilizar os profissionais de assistência ao parto enquanto um grupo, é preciso direcionar o olhar para as raízes do problema, que se inserem nas relações de poder e desigualdades de género. É preciso reconhecer a singularidade de cada mulher e cada parto e restituir às mulheres o protagonismo e o poder sobre seus corpos e seus partos.

### **ABSTRACT**

**KEYWORDS:** *gender, childbirth, obstetric violence.*

*Childbirth is not only a medical event. It is an event with personal, family, social and cultural meanings. Birth can be understood as a rite of passage, full of rituals and symbols. Hospitalization and medicalization, rather than refute beliefs and archaic taboos, reinforces the rituals around this physiological event, reaffirming the perception of the female body as defective and unable to give birth naturally. The pain of labour is not only physiological, but it is a product of culture, which has the power to enhance it. The female body and its processes has been instrumentalized, target of social control and intervention, perceived as a fragile and defective body, which differs from the standard (the male body). Childbirth is a significant example of this control. There is an excess of medicalization and intervention in childbirth, as if it could not occur in a natural and healthy way without the "help" of medicine and technology. What happens is that, in addition to excessive medicalization and intervention, there are recurrent mistreatment and abuse to women in childbirth. This can be classified as obstetric violence, one institutionalized gender violence, naturalized and invisible. Obstetric violence can be physical, psychological and sexual and also includes the excess of procedures and interventions as well as disrespect of freedom of choice and informed consent of women. In this context, we present the results of a survey carried out in the scope of this work, which exposes obstetric violence, and in which it was observed that the interventions were performed routinely, especially episiotomy, executed in 68.5% of all cases. What stands out in the study is that most of the interventions were performed without informing women or even in face of their refusal to consent to the procedure. In addition to the quantitative results, the statements collected by the inquiry are very expressive of this violence, which was shown through disrespect, insults, threats, humiliations, rude language, subjugation and aggression. Birth is a very significant moment in women's life and the care provided to them has a strong impact on their birth experiences. Although there are, undoubtedly, very positive and satisfactory birth experiences, in which women feel safe, confident and supported, it is evident that there are many negative and traumatic experiences - where women feel vulnerable, frightened and insecure - and that can lead to future consequences in their lives. Institutionalized obstetric violence is also a consensual violence, in the sense that many women stay silent and do not denounce, either by oppression, fear or because it may seem inappropriate to oppose to those who are supposed to care for them. Beyond indict care professionals as a group, it is required to regard the roots of the problem, resting upon power relations and gender inequalities. It is necessary to recognize the uniqueness of each woman and each birth and reinstate to women the role and power over their bodies and their births.*

# ÍNDICE

1. Introdução: Por que (e para quem) o parto importa? .....	1
2. Um breve histórico do parto .....	4
3. O mito de Eva e a dor do parto.....	7
4. Parto, Sexualidade e Poder .....	9
5. Violência Obstétrica: uma violência de género .....	13
5.1 Algumas definições .....	13
5.2 A Violência Obstétrica .....	15
5.3 Violência no parto .....	17
5.4 Episiotomia: mutilação genital.....	19
6. Metodologia .....	24
7. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito “Atendimento ao Parto Hospitalar em Portugal: Vivências das Mulheres” .....	25
7.1 Caracterização do grupo de estudo .....	26
7.1.1 Período .....	26
7.1.2 Faixa Etária.....	26
7.1.3 Hospitais públicos ou privados .....	26
7.1.4 Região de Portugal .....	27
7.1.5 O parto para o qual respondeu ao questionário .....	27
7.1.6 Idade Gestacional .....	27
7.2 Informações sobre o Parto.....	27
7.2.1 Via e tipo de Parto .....	27
7.2.2 Profissionais de Assistência .....	31
7.3 Perceção sobre Violência Obstétrica.....	31
7.4 Procedimentos e Intervenções.....	33

7.4.1 Toques Vaginais .....	33
7.4.2 Enema, Tricotomia e Amniotomia.....	38
7.4.3 Ocitocina Sintética.....	40
7.4.4 Manobra de Kristeller.....	47
7.4.5 Episiotomia .....	49
7.4.6 ‘Ponto do Marido’ .....	55
7.4.7 Respeito e informação às mulheres.....	56
7.5 Violência e suas consequências .....	57
8. Considerações Finais .....	67
8.1 Considerações sobre os resultados do inquérito .....	67
8.2 Limitações do trabalho e indicações para trabalhos futuros.....	68
8.3 Reflexões sobre violência, vitimização e consentimento .....	69
8.4 A restituição do protagonismo – “O parto é nosso, que nos devolvam!” .....	71
REFERÊNCIAS .....	73
LISTA DE QUADROS .....	80
LISTA DE FIGURAS .....	81
ANEXOS - Apêndice A. Questionário “Atendimento ao parto hospitalar em Portugal – Vivências das mulheres .....	82
Apêndice B. Excertos da dissertação .....	92
1. Dados do inquérito sobre a assistência .....	92
2. Acompanhamento por Doula .....	93
3. Plano de Parto .....	94
4. Alguns dados sobre Violência Obstétrica no Brasil .....	97
5. Sobre a Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP) .....	101
Apêndice C. Classificação de Práticas em Parto Normal, da Organização Mundial da Saúde (1996).....	103

## **Abreviaturas**

APDMGP: Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto

CITE: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

DGS: Direcção-Geral da Saúde

INE: Instituto Nacional de Estatísticas

MBE: Medicina Baseada em Evidências

OMS: Organização Mundial da Saúde

PVI: Parto Vaginal Instrumentalizado

TP: Trabalho de Parto

VO: Violência Obstétrica



*“Birth matters. [...] No matter how much pressure our society may bring upon us to pretend otherwise, pregnancy, labor, and birth produce very powerful changes in women’s bodies, psyches, and lives, no matter by which exit route – natural or surgical – babies are born. It follows then that the way that birth care is organized and carried out will have a powerful effect on any human society. A society that places a low value on its mothers and the process of birth will suffer an array of negative repercussions for doing so. Good beginnings make a positive difference in the world, so it is worth our while to provide the best care for mothers and babies throughout this extraordinary influential part of life.”*

*Ina May Gaskin*

## **1. Introdução. Por que (e para quem) o parto importa?**

Todos os seres humanos têm em comum o facto de serem gerados e gestados no ventre de uma mulher e de nascerem através de uma mulher. Embora o tema do parto e nascimento aparentemente possa ser relevante para mulheres que desejam ou já têm filhos e para profissionais da saúde que prestam atendimento à gestação e ao parto, esta é uma questão que deve envolver toda a sociedade. Todas as pessoas que compõem uma sociedade e uma cultura – mulheres, mães, futuras mães, profissionais da saúde, homens, pessoas que optaram por não ter filhos – deveriam ter o conhecimento sobre como ocorrem os partos e nascimentos.

O facto de ser mulher não determina que se vá necessariamente passar pela experiência da gravidez e do parto. Uma mulher pode jamais querer ser mãe, pode simplesmente decidir não engravidar e, ademais, pode interromper uma gravidez, como no caso de Portugal, onde a interrupção voluntária da gestação é permitida, se a mulher assim o desejar, até à 10ª semana de gestação. Entretanto, o direito a um parto digno e respeitoso também é um direito reprodutivo das mulheres (Gaskin, 2011).

O parto é um tema importante nos estudos sociais e de género, como será percebido ao longo deste trabalho, pois é um evento também social, que envolve diversos contextos e actores e por se tratar de um momento muito específico que se passa com as mulheres e por meio de seus corpos. Corpos que são objeto de controlo e escrutínio social, como será observado adiante. As experiências vividas pelas mulheres no parto podem ser positivas e benéficas, ou negativas e com consequências por vezes severas. E ambas as experiências dependem em grande medida da assistência prestada. A assistência durante o parto, para além de se tratar da saúde e cuidados médicos, refere-se a relações entre pessoas, portanto, relações sociais, que envolvem, entre outros, elementos culturais, sociais, individuais e de poder (Wolff & Waldow, 2008).

Ina May Gaskin, uma distinta parteira americana, autora de livros sobre gestação, parto e amamentação, refere-se ao parto como um momento sagrado, sem carácter religioso, mas como um evento biológico e humano de extrema importância no qual, se houver desrespeito, pode ter graves consequências, tanto individuais como coletivas. Ela ainda cita que a experiência do parto é tão crucial para as mulheres, que pode ser uma experiência empoderadora, ou, dependendo de como se der a assistência, pode ser desempoderadora, tendo, como uma das consequências, a possibilidade de levar uma

mulher a crer que seu corpo é defeituoso e que ela é incapaz. É um momento que pode ter grande repercussão para toda a vida (Gaskin, 2011).

*Giving birth can be the most empowering experience of a lifetime – an initiation into a new dimension of mind-body awareness – or it can be disempowering, by removing from new mothers any sense of inner strength or capacity and leaving them convinced that their bodies were created by a malevolent nature (or deity) to punish them in labor and birth. Birth may be followed by an empowering joy, a euphoria that they will never forget, or by a depression that can make the mother a stranger to herself and everyone who knows her (Gaskin, 2012, p. 15).*

O parto é o momento de separação física da mãe e do bebê, que se desenvolveu em seu ventre ao longo de aproximadamente 9 meses. É um evento carregado de construções simbólicas para a mulher, de sua própria cultura, da história de sua mãe, suas avós e ancestrais mais remotas (Jones, 2012; Odent, 2003). É um momento que pode ser de maior suscetibilidade emocional, psicológica e física, que exige coragem, força e entrega, pois é um processo que está fora de seu pleno controle.

O médico obstetra brasileiro Ricardo Herbert Jones, que advoga em favor do parto humanizado<sup>1</sup> e do parto em casa, defensor dos direitos e da liberdade da mulher parturiente, cita Holly Richards ao dizer que o parto é o momento crucial que une em si os três elementos ‘mais temidos pela humanidade’: a vida, a morte e a sexualidade. A vida – a nova vida, o princípio da vida extrauterina, o primeiro alento daquele ser humano que iniciará o seu caminho no planeta. A morte é um elemento que assume seu silencioso lugar à margem dos pensamentos dos que estão presentes no parto, pois cada parto e nascimento é acompanhado pelo fantasma da morte – seja na tensão da expectativa pela primeira respiração do bebê, seja na expressão da dor da mãe que se sente esgotar, que se abre para libertar o seu filho no mundo. A sexualidade está ali presente também; por mais

---

<sup>1</sup> Existem variadas definições de ‘parto humanizado’ atualmente. Há, inclusive, diversos profissionais que defendem a ‘humanização do parto’, porém, muitos ainda se encontram presos à dicotomia entre ‘permitir’ ou não a administração de analgesia epidural e arraigados a um caráter um tanto paternalista, que enquadra a mulher parturiente na condição de ‘passiva’ no atendimento, apesar de existir um esforço para respeitar *algumas* de suas solicitações, fazendo *concessões*. Esta não é a definição que se pretende aqui. Neste trabalho, adotarei a definição que acredito que esteja mais de acordo com a maneira como o parto e a mulher devem ser assistidos pelos profissionais da saúde: O termo *humanizar* é “referente a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência” (REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, 2000 apud Diniz, 2001, p. 35).

que as pessoas tentem por vezes ignorá-la, ela é um componente sempre presente no momento do parto, que pode ser considerado o ‘desfecho’ do sexo (a concepção), e ela está implícita nos gestos, olhares e gemidos da mulher. O parto envolve exatamente os mesmos agentes hormonais que o sexo: a ocitocina, a endorfina e a adrenalina, com os correspondentes estágios de atuação – para o sexo e o trabalho de parto; e para o orgasmo e o período expulsivo (o estágio final do parto, a saída do bebé) (Jones, 2012).

Portanto, de acordo com Ricardo Jones, a obstetrícia é a “arte de tratar as múltiplas facetas do nascimento humano”, pois, mais do que acumular e colocar em prática os conhecimentos técnicos, é imperativo que a(o) obstetra compreenda os aspetos emocionais, psicológicos, culturais, sociais e transcendentais que envolvem o parto e nascimento, evitando assim categorizar o parto como um evento mecânico, “despido de sua infinita significação e importância cultural”<sup>2</sup>.

Por fim, o parto importa essencialmente para os dois protagonistas deste evento: a mulher que está a parir e o bebé que nasce. É a eles que se deve, primordialmente, a atenção social referente ao parto, assim como o cuidado e respeito de quem os assiste e acompanha neste caminho de parir e nascer. Um caminho estreito que pode ser trilhado apenas pelos dois, mas que pode ser mais feliz se auxiliado por pessoas que se importam e cuidam, que são empáticas à significância deste momento para ambos e procuram fazer o melhor para apoiar este processo.

Assim, os meus objetivos neste trabalho são, essencialmente, abordar o tema do parto dentro dos estudos de género; discutir sobre valores culturais e históricos que exercem influência na maneira como a experiência do parto e a assistência ao parto são vistas pela sociedade contemporânea; apresentar a violência obstétrica no contexto da assistência hospitalar ao parto, bem como suas formas de manifestação, dentro dos estudos sobre violência contra as mulheres e violência de género e, por fim, investigar sobre experiências de partos hospitalares em Portugal e a existência ou não de violência obstétrica, a partir da visão das próprias mulheres e da análise dos resultados.

---

<sup>2</sup> Entrevista concedida ao *website* brasileiro [www.vilamamifera.com](http://www.vilamamifera.com), no artigo “Perfil Ricardo Jones: Um Obstetra Humanizado”. Ricardo Jones é escritor e colaborador do *website* acima, no canal “Orelhas de Vidro”, onde discorre sobre os temas da humanização do parto, do protagonismo da mulher e do direito à escolha no parto, entre outros.

Entrevista disponível em: <http://vilamamifera.com/mulhereseempoderadas/perfil-ricardo-jones-um-obstetra-humanizado> Data do acesso: 23/06/2015

## **2. Um breve histórico do parto**

O parto sempre foi um evento de domínio das mulheres, afinal, apenas as mulheres passam pela experiência da gestação e do parto (Gaskin, 2011). No ocidente, até ao início da década de 1960, a maioria dos partos acontecia nas casas das parturientes, com o acompanhamento de uma parteira – a ajudante da mulher no parto. A arte da parteria existe desde o início da civilização. Evidências das primeiras parteiras da humanidade aparecem através de mitos, textos, artes e tradição oral em muitas culturas e regiões do planeta. As parteiras tradicionais, muito antes do surgimento dos hospitais e da obstetrícia moderna, trabalhavam com ferramentas simples que tinham à sua disposição e com o conhecimento fruto da experiência e da tradição oral. Apesar de sua assistência ter contribuído, ao longo de muitos anos, antes da época moderna, para minorar complicações e salvar mães e bebês, muitas de suas técnicas eram limitadas e havia situações de emergência nas quais pouco as parteiras poderiam fazer para evitar a morte materna e fetal no parto (Odent, 2003; Pintassilgo, 2014; Foster, 2015).

Ao longo do século XX o ofício de parteira foi gradualmente minguando. A incorporação dos médicos na prática obstétrica se deu nos séculos XVII e XVIII, entretanto, os médicos eram solicitados para acompanhar situações de emergência em poucos partos. A maioria dos partos ainda era acompanhada por parteiras. A hospitalização do parto começou a se dar aproximadamente na década de 1940. Até então, os partos eram realizados em casa, onde as mulheres parturientes eram ainda as protagonistas dos seus próprios partos (Davis-Floyd, 1992; Odent, 2003).

Mesmo que as parteiras tradicionais tenham desaparecido da maioria das comunidades, parte delas persistiram e formalizaram seus conhecimentos através dos estudos académicos em enfermagem obstétrica e parteria, assim dando continuidade aos seus trabalhos como parteiras de modo reconhecido e legal (Davis-Floyd, 1994). Entretanto muitas passaram a trabalhar em hospitais, ao serviço e sob comando dos médicos, assumindo uma posição desvalorizada de sujeição e passividade diante da autoridade médica (Pintassilgo, 2014).

Se a figura da parteira não desapareceu do campo da assistência ao nascimento, ela foi-se moldando de uma forma inequívoca à própria evolução e progresso da obstetrícia. Essa mudança revela o desaparecimento de uma função assistencial e social, dificilmente substituída pelos novos protagonistas do nascimento e respetivos contextos institucionalizados (Pintassilgo, 2014, p. 36).

As parteiras modernas, inseridas nos hospitais e nos moldes tecnocráticos, perderam muito do seu papel assistencial e social e passaram a ter um papel mais prático, sujeito à autoridade do médico. São elas, as parteiras ou enfermeiras obstetras, que “fazem”, ou seja, que atuam diretamente com as parturientes, enquanto, geralmente, os médicos “dizem” – ditam o que se pode ou pode não fazer. Mesmo que as parteiras mais se envolvam no processo do parto, têm a autonomia limitada pela autoridade médica. Aqui claramente se estabelece uma hierarquia (Pintassilgo, 2014).

Entra-se aqui no tradicional confronto de representações entre as figuras masculina e feminina que opõe uma figura cujo papel se espera que seja, sobretudo, de passividade, inatividade e, aparentemente, de pouca relevância, a uma figura de ação e autoridade (autoritarismo até), reforçando-se a divisão social e sexual do trabalho, através da desvalorização do papel e do trabalho das parteiras e da naturalização e legitimação de uma nova forma de nascer. Mais medicalizada e intervencionada (Pintassilgo, 2014, p. 31).

Em Portugal, em 1960, apenas 18,4% dos partos ocorreram em ambiente hospitalar. Os 81,6% restantes eram, via de regra, domiciliares, acompanhados por parteiras. O número de partos hospitalares foi aumentando sensivelmente ao longo dos anos, pelo que, em 1975, 61,1% dos partos aconteceram em hospitais e em 1980, 73,8% dos partos foram hospitalares. No ano 2000, este índice já foi 99,7%. Em 2014, a percentagem já é sensivelmente menor, 99,4% (INE/DGS & PORDATA, 2016). Não se sabe quantos destes partos que aconteceram fora de ambiente hospitalar foram domiciliares planeados ou não.

A hospitalização e consequente medicalização e instrumentalização dos partos constituiu uma transformação muito significativa na maneira como a sociedade passou a perceber o evento do parto e nascimento pois, antes da hospitalização em massa, este evento era percebido como um episódio cotidiano, familiar e natural, apesar dos riscos associados. Com a hospitalização, o que se observa é que os partos e nascimentos passaram a ser entendidos como eventos médicos. A mulher e o bebé passaram a receber a conotação de pacientes, por estarem no hospital – e até mesmo de doentes – mesmo sem necessariamente apresentarem uma doença. O parto e nascimento passaram a ser medicalizados e instrumentalizados sistematicamente, de maneira preventiva, mesmo aqueles que poderiam ter sucedido naturalmente, sem intervenção, assumindo assim acrescidos riscos, devido à própria medicalização e instrumentalização a que são sujeitos (Pintassilgo, 2014).

Atribui-se a diminuição da mortalidade materna e infantil no parto à hospitalização e medicalização. Entretanto, a dimensão sociocultural e as melhorias sanitárias para a população estão mais diretamente relacionadas com a primeira fase da diminuição da mortalidade materna e infantil, na década de 1940 (Pintassilgo, 2014).

É certo que a tecnologia médica e os medicamentos são essenciais para mitigar os riscos e complicações na gravidez e no parto e a cirurgia cesariana torna-se indispensável ao existir impossibilidade de um parto vaginal, por complicações na gestação ou mesmo no parto. Contudo, é preciso ter cautela ao se afirmar que o hospital é o único lugar para uma mulher ter o seu parto. O hospital se tornou a norma, contudo, não precisa de ser necessariamente o único lugar para o parto. Estudos recentes demonstraram que, em gestações de baixo risco, o parto domiciliar planejado<sup>3</sup> é tão ou mais seguro do que o parto hospitalar (Jones, 2012; Cohain, 2012; Cheyney et al, 2014; Janssen et al, 2009; Gaskin, 2011).

Nos dias atuais, apesar de a grande maioria dos partos acontecerem em ambiente hospitalar, percebe-se o ressurgimento do parto domiciliar e do ofício da parteira no contexto urbano. Enfermeiras obstetras e obstetras, profissionais especializadas em assistência ao parto, voltam a assumir a ‘arte’ da parteria como uma ocupação também de foro social, não se limitando apenas à dimensão de saúde.

Não se pretende com este trabalho defender o parto domiciliar em detrimento do hospitalar. O hospital é e, provavelmente, continuará sendo o local de escolha das mulheres para terem seus bebês. Diante disto, é indispensável melhorar a qualidade da assistência hospitalar e garantir um atendimento profissional ético, acolhedor e

---

<sup>3</sup> O parto domiciliar planejado é uma opção para as mulheres em praticamente todo o mundo. Em alguns locais, como a Holanda, o Reino Unido, a Alemanha e Nova Zelândia e, mais recentemente, no Brasil (apenas em um hospital público, na cidade de Belo Horizonte, por enquanto), o parto domiciliar é contemplado pelos serviços públicos de saúde. A mulher que escolhe ter o parto em casa é acompanhada por parteira profissional, ou obstetra, ou enfermeira(o) obstetra, ou por médica(o). A(o) profissional que acompanha e faz a assistência ao parto domiciliar está preparada(o) para lidar com possíveis situações de emergência. Se existirem complicações que necessitem de intervenção hospitalar, como a cirurgia cesariana, há o encaminhamento da mulher para um hospital de referência, próximo ao domicílio desta. Uma das lutas da humanização do parto é a defesa do direito da mulher de escolher o local de seu parto. Ricardo Jones (2012) cita que o melhor local para a mulher parir é onde ela se sente mais segura, e esse local pode ser sua casa, ou uma maternidade ou casa de parto, ou um hospital. Desde que a gravidez seja de baixo risco, não existe razão para que o parto seja necessariamente em ambiente hospitalar, como evidenciam as pesquisas na área médica (Cheyney et al, 2014; Janssen et al, 2009; Jones, 2012; Odent, 2013; Gaskin, 2011; Cohain, 2012).

respeitoso, possibilitando à mulher a escolha livre e consciente sobre o seu próprio parto e que ela possa exercer o protagonismo neste momento único em sua vida.

### 3. O mito de Eva e a dor do parto

A sociedade ocidental foi, e ainda é, paradigmaticamente influenciada pelo modelo de crenças judaico-cristãs. Os modelos de crenças imputam diversos moldes de pensamento e comportamento que estão arraigados nos indivíduos, como arquétipos e paradigmas, e que são repetidamente reproduzidos, transformando-se em um padrão de comportamento social, do qual um indivíduo pode encontrar dificuldades para se libertar (Roese, 2002).

A cultura judaico-cristã, assim como outras culturas patriarcais, situa a mulher em um patamar inferior ao do homem. Um dos arquétipos mais determinantes da cultura judaico-cristã é o arquétipo de Eva. Dentro desta tradição religiosa, Eva foi a mulher que, além de ter sido criada a partir da costela do homem, adquirindo assim a posição de dependência e segundo lugar na criação, ‘tentou’ o homem e fez o ser humano cair em pecado e desgraça. Deus, então, puniu o homem e a mulher, expulsando-os do paraíso. Porém, uma das componentes mais interessantes a se analisar nesse contexto é a passagem da bíblia: “em meio de dores darás à luz os teus filhos”<sup>4</sup>. As mulheres, a partir de então, iriam passar pela experiência do parto com *dor*, como um *castigo* por sua *culpa* (Souza, 2007).

A dor é, de facto, uma componente presente na maioria dos partos. No entanto, a dor carregada da conotação negativa de punição é uma dor que não é apenas fisiológica, mas é uma dor que é também fruto de influência cultural. Como será visto posteriormente neste trabalho, a prática médica e de assistência ao parto reproduz uma série de abusos e intervenções que fazem com que o parto se torne uma experiência muito mais dolorosa do que deveria ser.

Para muitos autores, o termo *dor* não deveria ser aplicado à contração uterina, pois muitas mulheres não apresentam tal sintoma, mesmo no parto bem avançado. O uso da palavra serviria mais para um condicionamento cultural, em que a dor é tida como obrigatória, uma

---

<sup>4</sup> E à mulher disse: Multiplicarei sobremodo os sofrimentos da tua gestação; e em meio de dores darás à luz os teus filhos. (Gênesis, 3:16).



herança cultural, religiosa, que apenas contribui para criar expectativa negativa do parto (Diniz & Duarte, 2004).

A dor do parto, que é sentida por muitas mulheres, é uma dor fisiológica, ocasionada por diversos fatores, mas essencialmente pela contração uterina e a passagem do bebê pela bacia e o canal vaginal. Um problema fundamental relativamente à dor do parto é que, devido à forma como ocorre grande parte dos partos nos hospitais, a dor é gravemente aumentada. Por exemplo, o uso de ocitocina sintética, largamente utilizada para induzir ou acelerar o trabalho de parto, aumenta muito as dores das contrações no parto. Outros fatores que podem agravar a dor do parto: privação de movimentos e restrição ao leito, falta de apoio e ausência de acompanhante, excesso de estímulos e presença de estranhos, medo, tensão.

O médico obstetra Grantly Dick-Read (2004), em seu livro '*Childbirth without fear*', publicado pela primeira vez em 1942, explica sua teoria que ele nomeia de ciclo 'Medo-Tensão-Dor', um ciclo que aumenta muito as dores do parto. Dick-Read, no livro mencionado, defende que o parto não é inerentemente doloroso, mas que o medo do trabalho de parto, predominante na nossa cultura, aumenta muito a dor experimentada, pois o medo desencadeia uma tensão, que, por sua vez, acarreta na produção de hormônios de estresse (catecolaminas), ativando os mecanismos de 'luta-fuga'. Um exemplo de como a ativação do mecanismo instintivo de 'luta-fuga' interfere no trabalho de parto é o que acontece a uma fêmea selvagem, que, no momento do parto, se percebe algum perigo, ao secretar os hormônios do estresse e assim ativar o mecanismo de 'luta-fuga', o trabalho de parto é interrompido e permanece estacionário, para que ela possa fugir e encontrar um local seguro para parir (Dick-Read, 2004).

Para cortar o ciclo de medo-tensão-dor é essencial que, no momento do parto, a mulher seja assistida por profissionais capazes de auxiliá-la e confortá-la, ajudando-a a se sentir segura e confiante e não ameaçada (Dick-Read, 2004; Odent, 2004). O acompanhamento de uma doula<sup>5</sup> no parto pode ser de grande ajuda. O primeiro estudo a apresentar o benefício da presença das doulas para o parto foi o estudo de Klaus et al. (1993) em maternidades da Guatemala, que demonstrou que a presença de doulas ajudou a reduzir em 50% o número de cesarianas; reduzir em 60% os pedidos de anestesia

---

<sup>5</sup> Doula é a mulher que acompanha as mulheres na gestação, parto e pós-parto, oferecendo suporte, acolhimento, informações, apoio físico e emocional às mulheres no parto. As doulas não devem ser comparadas às parteiras, já que não realizam procedimentos técnicos como auscultação fetal, toques vaginais, aferição de tensão arterial, etc.

epidural; reduzir em 40% o uso de ocitocina sintética; reduzir em 30% o uso de analgésicos; e reduzir em 40% o uso de fórceps. Os autores, diante desses dados, afirmaram: “Se a doula fosse uma droga, seria antiético não usá-la”<sup>6</sup> (Klaus et al., 1993).

A dor fisiológica, aquela que não é aumentada a partir de intervenções, é também um elemento fundamental para provocar no cérebro da parturiente o que se chama de ‘apagamento neocortical’, que é o abandono temporário das funções racionais e de tentativa de controlo, com o objetivo de ativar a parte cerebral mais primitiva, ancestral – o sistema límbico (Odent, 2004). Esse momento de apagamento neocortical é provocado pela dor e também pelos hormônios que regem o trabalho de parto, principalmente a ocitocina e a adrenalina. É devido a esse apagamento que muitas mulheres relatam não conseguirem se lembrar muito bem das horas finais do trabalho de parto. É por isso também que as mulheres muitas vezes têm dificuldade para se expressar verbalmente e responder ao que lhes é dito no momento do parto, o que as deixa em uma situação de maior suscetibilidade e, assim, se torna mais fácil, por exemplo, submetê-las a procedimentos que, noutras circunstâncias, elas poderiam recusar.

#### **4. Parto, Sexualidade e Poder**

O parto é um evento de caráter também sexual (Jones, 2012; Diniz, 2002, Odent, 2004). A sexualidade se expressa de diversas maneiras e com inúmeros significados para cada pessoa e não é limitada ao encontro genital de parceiros no ato sexual, mas pode ser atribuída a toda sensação de prazer, relacionada a todo o corpo e que ultrapassa a fisiologia e é imbuída de significado simbólico.

O parto pode ser um evento prazeroso para a mulher. Algumas mulheres relatam ter até mesmo experienciado orgasmos durante o parto (Gaskin, 2011). De um ponto de vista fisiológico, o trabalho de parto se configura da mesma maneira que o ato sexual. A ocitocina estimula as contrações uterinas no orgasmo e no parto e as endorfinas são responsáveis pelas sensações de prazer e alívio da dor.

Entretanto, se atualmente, nos hospitais, o parto se configura *apenas* como um momento de risco iminente e a mulher parturiente é tratada como doente, esse viés sexual do parto fica obscurecido. Apesar da revolução sexual que vem ocorrendo desde as

---

<sup>6</sup> *If a doula were a drug, it would be unethical not to use it* (Klaus et al, 1993).

décadas de 1960 e 1970, a sexualidade ainda é carregada de tabus e preconceitos, especialmente dirigidos às mulheres. Os corpos femininos e seus ciclos, como a menstruação e a gravidez, são tidos como potencialmente perigosos, frágeis e até mesmo defeituosos, corpos que carecem de intervenção e controlo externo. O parto acaba por ser percebido como um evento que necessita de padronização, purificação e esterilização. E, além de tudo, mesmo na sociedade atenta para as violências e abusos cometidos contra as mulheres nos espaços públicos e privados, ainda é desconcertante discutir o tema do parto pela perspectiva da sexualidade (Gaskin, 2011; Davis-Floyd, 1992).

Para o filósofo Michel Foucault (1988), a sexualidade é dotada de instrumentalidade, nos jogos de poder, e pode ser usada estrategicamente nas relações sociais, de modo a confirmar as relações de poder, ao se criar uma verdade sobre o sexo.

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e de poder (Foucault, 1988, p. 100).

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, através de discursos da igreja católica e da lei civil, aplicados nas escolas, na medicina, na psiquiatria, no intuito de estabelecer uma ‘verdade’ sobre o sexo e utilizar a sexualidade como forma de controlo e poder, se desenvolveu um ‘dispositivo da sexualidade’. O corpo feminino, segundo Foucault, é um dos alvos desse controlo, por se tratar de um corpo tido como portador de uma patologia intrínseca, diferente da norma e do padrão masculino e, para além disso, de um corpo social, cuja fecundidade deve ser controlada (Foucault, 1988; Sadler et al, 2016).

O corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a ‘mulher nervosa’ (Foucault, 1988, p. 99).

Na medicina, o discurso do controlo do corpo feminino está claramente evidenciado. O atendimento às mulheres no parto explicita qual é a construção simbólica em torno do corpo feminino. Mais frágil que o ‘padrão’ masculino, o corpo feminino é

considerado ‘defeituoso’ e a mulher incapaz de parir naturalmente, sem a interferência da medicina e seus aparatos tecnológicos (tecnocráticos) (Sayão, 2003; Davis-Floyd, 1992; Sadler et al, 2016).

[...] toda a ritualização associada ao longo percurso da vida fértil da mulher permite perceber que não é nova a necessidade de controlo do corpo feminino, transformando-o num corpo social, sujeito a padrões e às necessidades reprodutivas da comunidade ou sociedade em que se insere. [...] Esse corpo social, naturalmente descontrolado, é encarado como um corpo muito permeável, moldável ao exterior, daí ter que ser sujeito a regras, a uma ordem socialmente imposta e exteriormente definida. Como se a mulher e o seu corpo fossem demasiado frágeis e fracos (ou pelo contrário...) e, por aí, excepcionalmente vulneráveis a toda a envolvente e, no limite, à ordem que lhes é imposta. No que diz respeito à gravidez e ao parto, essa ordem ganhou a forma de ritualização (Pintassilgo, 2014, p. 36)

A medicina é uma instituição de poder paradigmática, que continua a reproduzir as relações de poder estabelecidas historicamente, reafirmando desigualdades de género. A antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (1992) afirma que, para se continuar legitimando as relações de poder historicamente estabelecidas, a sociedade cumpre ‘ritos de passagem’, carregados de ‘rituais’ e ‘símbolos’, que têm o objetivo de alinhar as crenças de um indivíduo com as crenças da sociedade em que este vive. A autora cita o parto e nascimento como um dos mais significativos ritos de passagem na vida de um ser humano (Davis-Floyd, 1992).

Davis-Floyd explica que as sociedades humanas orientam o processo do parto e nascimento a partir dos modelos e valores que essas sociedades partilham, como um ‘rito de passagem’, tanto nas culturas mais primitivas, quanto nas mais modernizadas, globalizadas e tecnológicas (Davis-Floyd, 1992). Ela defende que a transferência dos partos, antes domiciliares, para os hospitais, não teve o efeito de des-ritualização, abandonando crenças carregadas de superstições e tabus, pelo avanço da medicina e da tecnologia, mas sim “resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano” (Davis-Floyd, 1992, p. 2).

A autora demonstra que a palavra ‘ritual’ indica uma ‘encenação’ simbólica, padronizada e repetitiva, cujo pressuposto primário é alinhar as crenças de um indivíduo com o sistema de crenças da sociedade. Um ‘rito de passagem’ é descrito como um conjunto de rituais através dos quais uma pessoa atravessa de um *status* social para outro, alterando tanto a maneira como a sociedade define um indivíduo, quanto a maneira como ele próprio se define (Davis-Floyd, 1994).

O parto é um candidato ideal para a ritualização desse tipo, e, na verdade, é utilizado em muitas sociedades como um modelo para estruturar outros ritos de passagem. Ao se fazer do processo naturalmente transformador do parto um rito de passagem cultural, a sociedade pode assegurar que os seus valores básicos serão transmitidos aos três novos membros gerados pelo processo de nascimento: ao bebê, à mulher que renasce em um novo papel social de mãe, e ao homem que renasce como pai. A nova mãe, especialmente, precisa estar bem esclarecida sobre esses valores, uma vez que é, geralmente, a principal responsável por ensinar os mesmos à criança, que será o novo membro da sociedade e de quem essa dependerá no futuro (Davis-Floyd, 1994, p. 326).

A partir desta perspectiva, Robbie Davis-Floyd escrutina os valores e crenças da sociedade norte-americana, especialmente, o lugar ocupado pela ciência e tecnologia e suas instituições controladoras deste modelo de crenças, que ela chama de ‘tecnocracia’ (Davis-Floyd, 1994; 2001). O modelo médico tecnocrático considera o corpo feminino defeituoso e incapaz de parir naturalmente e a medicina resgataria a mulher dos riscos e sequelas do parto (Diniz, 2002). A episiotomia – o corte do períneo – uma prática rotineira e sem qualquer base científica que a suporte, é um ritual tecnocrático que transmite a mensagem de que o médico<sup>7</sup> é quem ‘abre’ a passagem e permite a saída do bebê para o mundo (Davis-Floyd, 1992).

Um outro exemplo de ritual tecnocrático comumente realizado nos partos é a restrição da mulher à posição deitada durante o trabalho de parto e o parto (período expulsivo). A restrição de movimentos, por si só, é desnecessária e arbitrária, além de prejudicial, pois, ao contrário, a movimentação da mulher durante o trabalho de parto deve ser estimulada, já que facilita o trabalho de parto e pode ser benéfica durante as contrações. Entretanto, um dos rituais no âmbito do parto é a posição de litotomia (em que a mulher se encontra deitada em decúbito dorsal, com flexão de quadril e joelhos, expondo o períneo), denominada ‘posição ginecológica’, utilizada pela maioria dos hospitais como posição de parto. Essa posição é muito desconfortável e potencialmente prejudicial para a mãe e para o bebê, pois reduz a abertura pélvica, eleva o cóccix, dificultando a passagem do bebê; é contrária à força da gravidade; coloca maior pressão sobre o períneo, o que aumenta o risco de laceração e aumenta o número de episiotomias; comprime a veia Cava, o que pode causar sensação de falta de ar, tontura e mal-estar, e

---

<sup>7</sup> A autora deste trabalho deixou, propositadamente, o substantivo “médico” na sua forma masculina, para se atentar às desigualdades de gênero neste âmbito. Apesar de hoje existirem tantas ou mais médicas mulheres a atuar na ginecologia e obstetrícia, esta foi uma especialidade médica majoritariamente, ao longo da história, preenchida por homens.

pode prejudicar o aporte de oxigênio para o bebê, aumentando o risco de este entrar em sofrimento, o que pode acarretar em uma cesariana de emergência, ampliando os riscos de morbidade e mortalidade materna e fetal. Esta é a pior posição para parir, mas é a posição mais confortável e acessível para a(o) médica(o) (Davis-Floyd, 1992; Amorim & Katz, 2008; Thilagavathy, 2012). “Popularizou-se [...] a posição de talha litotômica, apesar de todos os seus inconvenientes, [...], porque garantia melhor acesso do obstetra ao canal de parto” (Amorim & Katz, 2008, p. 49). Essa posição ritual que apenas beneficia a(o) médica(o) representa a relação de poderes, na qual o papel do sujeito protagonista no parto, que deveria ser da mulher, é transferido à (ao) médica(o).

As mulheres, inseridas em uma sociedade e cultura de desigualdades de gênero, são alvo do poder e supremacia da classe médica e da tecnocracia. “Para as mulheres, acreditar que são incapazes de enfrentar o parto com saúde e alegria, e entregar o trabalho para terceiros, é uma saída honrosa e socialmente aceitável” (& Duarte, 2004, p. 18). Apesar de haver muitas médicas mulheres atuando na obstetrícia atualmente, isso não reduz o número de intervenções ou faz com que o parto seja mais orientado em respeito à parturiente e ao bebê. Muitas mulheres inseridas neste modelo médico cumprem os mesmos rituais repletos de simbolismo, que estão fundados nas desigualdades de gênero e relações de poder, neste caso, o poder do discurso e prática médica sobre os corpos das mulheres (Davis-Floyd, 1992; Diniz, 2002, Sadler et al, 2016).

## **5. Violência Obstétrica: uma violência de gênero**

### **5.1 Algumas definições**

Para se compreender melhor a violência de gênero, é preciso refletir sobre o conceito de gênero. A historiadora Joan Scott (1989) fundamentou sua definição de gênero na concepção de poder de Michel Foucault (1988), instituindo que o gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (Scott, 1989, p. 21).

Como um elemento das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos, o gênero abrange (i) “símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas (frequentemente contraditórias)”, captados por (ii) “conceitos normativos” que

visam conter as “possibilidades metafóricas” desses símbolos, expressos em “doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas”, sob a forma de uma “oposição binária” (masculino e feminino), por exemplo, o “papel ‘tradicional’ das mulheres”; (iii) e deve ser percebido em uma visão mais ampla, incluindo o sistema político, a educação, a economia, as instituições e o mercado de trabalho nos processos de construção de género. Por fim, (iv) o género tem como aspeto a “identidade subjetiva”, e está implicado na “concepção e na construção do poder em si” (Scott, 1989, p. 22). As “diferenças entre os corpos que são ligadas ao sexo, são constantemente solicitadas para testemunhar as relações e fenómenos sociais que não têm nada a ver com a sexualidade. Não só testemunhar, mas testemunhar a favor, isto é, legitimar” (Godelier, 1978 apud Scott, 1989, p. 23). O género “é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana” (Scott, 1989).

Partindo destas definições de poder e género, Izumino (2003 apud Santos & Izumino, 2005, p. 13) afirma que

[...] pensar as relações de género como uma das formas de circulação de poder na sociedade significa alterar os termos em que se baseiam as relações entre homens e mulheres nas sociedades; implica considerar essas relações como dinâmicas de poder e não mais como resultado da dominação de homens sobre mulheres, estática, polarizada.

A partir da perceção do conceito de género enquanto constitutivo das relações de poder, segue-se uma reflexão sobre as definições de violência e violência de género. A violência é uma representação social e é entendida em sua forma dinâmica, não homogénea, com significados variantes ao longo do tempo, espaços e contextos, expressa em diversos níveis, como o físico, sexual, psicológico, sociocultural (Lisboa et al., 2003).

[...] o conceito de violência deve ser entendido como sendo dinâmico, reportando-se genericamente a uma transgressão das normas e dos valores socialmente instituídos em cada momento. A sua qualificação tem sido assumida em função de normas que variam consoante os contextos e podem não ser partilhadas por todos, pelo que os mesmos factos não são sempre apreendidos nem julgados segundo os mesmos critérios, assistindo-se a uma variação temporal e espacial do seu significado (Lisboa et al., 2009).

A violência, como representação social, pode ser considerada como tal a partir da perspectiva de um investigador, ou de instituições e organizações, ou do próprio autor do ato, ou outros atores sociais e, logicamente, da perspectiva da vítima. Dito isto, um ato pode ser considerado como uma violência por alguma instituição ou um país e pode não ser considerado violento por outras instituições ou países. A caracterização dos atos como

violência, como citado acima, é algo dinâmico, que pode variar a partir dos contextos, locais, sociedades e do tempo. Entretanto, é importante colocar que a perspectiva mais relevante a ser considerada, ao se definir um ato como violência ou não, é a perspectiva da vítima – a perspectiva da pessoa para quem o ato foi dirigido (Lisboa et al., 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), violência é o

[...] uso de força física ou *poder*, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2002, p. 5).

A partir desta definição de violência e descortinando as relações de poder que resultam em violência, há a definição de violência contra as mulheres, que também é uma violência baseada em gênero. A violência contra as mulheres é definida como

[...] qualquer ato de violência baseada em gênero que resulte, ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento a mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada (*UN Women*, 2013, p. 34)

As violências baseadas em gênero são violências cometidas no seio das sociedades onde as relações de poder se instituem a partir do gênero. Pela perspectiva de dinâmicas de poder para discutir o gênero, fundamentada em Foucault (1988) e Scott (1989), a violência de gênero pode ser vista como “[...] uma categoria de violência mais geral. [...] Violência de gênero ocorre normalmente no sentido homem contra mulher, mas pode ser perpetrada, também, por um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher” (Saffioti, 2004 apud Santos & Izumino, 2005, p. 11), desde que esta seja praticada como consequência direta ou indireta das desigualdades de gênero, como, por exemplo, os casos de violência por homofobia, ou violência conjugal, ou violências institucionais contra mulheres, o que é o caso da violência obstétrica, como será tratado a seguir.

## 5.2 A Violência Obstétrica

A violência obstétrica é definida pela Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP)<sup>8</sup> como

---

<sup>8</sup> A Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP) é constituída por mulheres e homens de diversas profissões, unidas(os) pela causa do respeito ao parto e nascimento em Portugal. A Associação foi criada recentemente, em Dezembro de 2014. Com um pouco mais de um ano



[...] a violência institucional exercida sobre as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. Inclui: recusa de tratamento, negligência em relação às necessidades e dor da mulher, humilhações verbais, violência física, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação, intervenções médicas forçadas e não consentidas, desumanização ou tratamento rude.<sup>9</sup>

Estes atos ou intervenções danosas podem ser realizados por qualquer pessoa que faça a assistência à mulher na gravidez, no parto ou na interrupção voluntária da gravidez, seja esta pessoa médica(o), enfermeira(o), parteira(o), ou outro profissional, independente do sexo. É importante salientar que a violência obstétrica deve ser observada separadamente das outras formas de violência e desrespeito por parte de profissionais de saúde diante de pacientes. Como declaram Sadler e colegas (2016), a violência obstétrica tem peculiaridades que a diferem das outras violências dentro da prática médica e envolve a violência baseada em gênero. Ademais, as mulheres parturientes, em geral, não apresentam condições patológicas e não deveriam ser enquadradas como ‘pacientes’. São, via de regra, saudáveis, e estão a passar por um evento fisiológico, íntimo, sexual e social peculiar (Sadler et al, 2016).

Violência Obstétrica é um termo recente, que vem ganhando destaque em todo o mundo. Na Venezuela e na Argentina, o termo ‘Violência Obstétrica’ se apresenta, na legislação, como uma das formas de violência contra a mulher. A legislação argentina define esta violência como: “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (Ciello et al., 2012, p. 36). E a lei venezuelana complementa: “trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (Ciello et al., 2012, p. 37).

A violência obstétrica abrange a violência física, sexual ou psicológica durante a gravidez, em consultas ou exames pré-natais, inclusive coerção para cesariana eletiva; violência física, sexual ou psicológica no atendimento às interrupções voluntárias da

---

de existência, a APDMGP já deu importantes passos pela defesa dos direitos das mulheres na gravidez e no parto e na luta contra a violência obstétrica, como o inquérito “Experiências de Parto em Portugal – 2012-2015”, o primeiro inquérito aplicado em Portugal sobre o tema, que recebeu 3.378 respostas, e o projeto “Sombras do Parto”, decorrente dos resultados deste inquérito. Para maiores informações, ver Apêndice B, p. 101, e consultar a página da Associação: <http://www.associacaogravidezparto.pt/>

<sup>9</sup> Disponível em: <https://sombrasdoparto.wordpress.com/foste-vitima-de-violencia-obstetrica/> Data do acesso: 09/03/2016.

gravidez, ou situações de aborto espontâneo ou tentativas de aborto ilegal; violência física, sexual ou psicológica durante o parto<sup>10</sup> (Ciello et al, 2012). Entretanto, como este trabalho é direcionado ao estudo do parto, será aqui evidenciada a violência no parto.

### 5.3 Violência no parto

A violência no parto pode ser cometida por profissionais de saúde, profissionais administrativos ou qualquer pessoa que preste assistência à mulher no parto. Pode ser de caráter físico, psicológico e sexual (Ciello et al, 2012, Wolff & Waldow, 2008).

A violência no parto também é caracterizada pelo desrespeito à autonomia das mulheres relativamente aos procedimentos hospitalares. O atendimento hospitalar ao parto na configuração atual é extremamente interventivo, apesar de ter sido comprovado que demasiadas intervenções são desnecessárias e até mesmo prejudiciais à mãe e ao bebê, conforme será visto mais adiante. As intervenções médicas deveriam ser utilizadas criteriosamente, apenas nos casos estritamente necessários, como comprovam os estudos científicos sobre o tema. Entretanto, são muitas vezes utilizadas rotineiramente, como protocolo hospitalar (WHO, 1996; Enkin et al., 2000, Sadler et al, 2016, Oliveira et al, 2002).

Destacam-se também as restrições e imposições, que causam desconforto, sofrimento e podem ser prejudiciais, como a privação do consumo de líquidos, a privação de movimentos e restrição ao leito, o afastamento da mãe e do bebê, o impedimento da amamentação na primeira hora de nascimento, o isolamento. Essa violência faz com que o parto e nascimento sejam mais dolorosos, arriscados e frequentemente deixem sequelas físicas, sexuais e/ou emocionais (Ciello et al., 2012; Diniz & Duarte, 2004, p.16; WHO, 1996; Enkin et al., 2000, Sadler, 2016, d'Oliveira, 2002).

É suposto que as mulheres confiem no sistema de atendimento ao parto e, talvez por esta razão, muitas não buscam informações antes do parto, chegando aos hospitais sem ideia do que irá acontecer a elas mesmas e seus bebês e, assim, podem acabar se sujeitando a todos os procedimentos. Então, o que se desdobra disso é que muitas se deparam com uma cena de grande tensão e medo e essa experiência pode se transformar em um trauma para toda a sua vida (Diniz & Duarte, 2004; Gaskin, 2011, Davis-Floyd,

---

<sup>10</sup> Inclui-se também o trabalho de parto e pós-parto imediato.

1994; Ciello et al., 2012). Entretanto, há inúmeras mulheres que buscam informação relativamente às intervenções e, munidas com o conhecimento da ineficácia de algumas práticas e de seu potencial prejuízo, expõem seu desejo de não receberem tais intervenções. Os hospitais, médicas(os) e enfermeiras(os) têm a obrigação legal de informar as mulheres sobre todos os procedimentos, que só devem ser realizados após o seu consentimento. Todavia, infelizmente, poucos cumprem essa lei. Muitos nem ao menos informam as mulheres sobre os procedimentos (Ciello et al., 2012; Amorim & Katz, 2008, APDMGP, 2015).

Como um instrumento para auxiliá-la a se apoderar de seu próprio parto e lutar por seus direitos, a mulher pode formular o Plano de Parto, onde expõe suas expectativas quanto ao atendimento que receberá, e quais os procedimentos e intervenções que deseja e quais não aceita. O problema que se percebe é que, na prática, muitas vezes, além de os Planos de Parto não serem respeitados, as mulheres que os entregam podem ser tidas como ‘encrenqueiras’ e podem até mesmo passar por maiores situações de violência obstétrica (Ciello et al, 2012). Muitas das violências cometidas são realizadas em nome da ‘segurança’. Diversas vezes há coerção por parte das(os) profissionais que prestam assistência, que afirmam às mulheres que, se não aceitarem determinados procedimentos, colocarão em risco a vida do bebê. Essas situações acontecem com muita frequência e isso indica a enorme desigualdade de poderes nas relações entre profissionais da saúde e parturientes (Ciello et al, 2012; APDMGP, 2015).

A violência obstétrica, enquanto violência de gênero institucionalizada que é, está “naturalizada” e é reproduzida na rotina dos hospitais por todos os actores presentes, inclusivamente com o consentimento de quem está a ser o alvo da violência. É por vezes tida como se fosse algo desagradável pelo qual as mulheres precisam de passar, como uma parte da vida. Para além disso, essa mensagem é reforçada pelas famílias, pelos profissionais e pelos tomadores de decisões, estando assim assentada nas estruturas primordiais dos cuidados maternos em saúde (Sadler et al, 2016).

Dentre todas as intervenções que são aplicadas rotineiramente, aprofundarei as discussões a respeito de uma intervenção que considero um símbolo representativo desta violência obstétrica enquanto uma violência institucional, um procedimento infelizmente recorrente no cenário do parto: a episiotomia, que é o corte do períneo, realizado entre a vagina e o ânus.

#### 5.4 Episiotomia: mutilação genital<sup>11</sup>

A episiotomia é caracterizada por uma incisão na região do períneo da mulher, realizada no período expulsivo, a segunda fase do trabalho de parto. Esse procedimento é realizado com a justificativa de aumentar o canal de parto, evitar danos ao períneo e facilitar a passagem do bebê. O termo episiotomia (*epision* – região pubiana / *tome* – incisão) surgiu no ano de 1857, concebido por Carl Braun. Contudo, o primeiro relato que se tem da realização dessa incisão é o do médico irlandês Sir Felding Ould, em 1742. O médico utilizava essa técnica, com incisão mediana, apenas nos partos difíceis (São Bento & Santos, 2006).

A técnica foi muito pouco utilizada até ao final do século XIX. A partir de 1918, a episiotomia passou a ser executada como um procedimento de rotina, graças às publicações de Pomeroy (1918, apud Amorim & Katz, 2008) e DeLee (1920, apud Amorim & Katz, 2008), renomados médicos obstetras do século XX, que defendiam o seu uso rotineiro. DeLee justificou a necessidade dessa intervenção com a alegação de que acelerava o período expulsivo, preservava a integridade do assoalho pélvico e restabelecia a ‘condição virginal’ da mulher, bem como prevenia o prolapso uterino e lesões cerebrais no bebê. Suas alegações eram alicerçadas na ideia do parto como um evento patológico, dependente de intervenções, contudo, essas alegações não foram de todo fundamentadas em pesquisa científica, trataram-se de meras alegações e presunções que foram amplamente aceites pela comunidade médica, que passou a praticar a episiotomia como prática rotineira (Amorim e Katz, 2008; Borges et al, 2003).

Após a hospitalização e subsequente patologização dos partos, especialmente a partir da década de 1940, a episiotomia começou a ser realizada sob a premissa de que o períneo da mulher não estaria apto a alargar-se para a passagem do bebê. Ele seria como um ‘erro’ anatómico, já que precisaria da ‘ajuda’ médica, realizando-se a incisão a fim de proteger a mulher de uma laceração. Pode-se também observar que a hospitalização do parto tornou a episiotomia mais ‘necessária’, devido à adoção da posição horizontal para

---

<sup>11</sup> A prática da episiotomia já foi associada a mutilação genital feminina pelo médico Marsden Wagner, em 1999, que declarou “*Closing the gap between the evidence for and against episiotomy and the practice of episiotomy is as difficult and painful as closing the episiotomy wound. Can The Lancet once more help turn support away from female genital mutilation, in this case its modern form—episiotomy?*” (Wagner, 1999). Desde então, muitas pessoas continuam a expor a episiotomia como uma mutilação genital, por se tratar de uma prática realizada amplamente em diversos países do mundo, não baseada em evidências, e que tem sérias consequências potenciais associadas, assim como outras formas de mutilação genital feminina, como, por exemplo, dor para ter relações sexuais, trauma, dificuldades físicas e psicoemocionais, para além de risco de infeções, lesões e, mais grave, a morte (Borges et al, 2003).

o parto, no leito hospitalar, pois esta posição tende a aumentar a pressão sobre o períneo, bem como o uso rotineiro do fórceps de alívio, que exige ‘espaço extra’ para a ‘manipulação’ da vagina (São Bento & Santos, 2006; Amorim & Katz, 2008).

Desde a década de 1990, apesar de muitos estudos rigorosos demonstrarem que a episiotomia é prejudicial se realizada rotineiramente, muitos profissionais em todo o mundo ainda utilizam esse procedimento nas mulheres, especialmente as primíparas (no primeiro parto), sem justificativa científica para tal. As evidências indicam que, se as episiotomias forem realizadas rotineiramente, ao contrário do uso restrito, acarretam muitos mais prejuízos do que benefícios. Ao compará-las com lacerações naturais no períneo, as episiotomias resultam em maior sangramento, mais dor, mais deformidades, maiores dificuldades – temporárias e a longo prazo – e dor no ato sexual, além de envolverem riscos mais sérios, como o rompimento de uma artéria ou uma veia de maior calibre – o que pode acarretar em uma severa hemorragia – algo que não acontece em uma laceração natural (Wagner, 1999; Carroli & Mignini, 2009).

É importante salientar que a episiotomia é realizada com a justificativa de prevenir lacerações, entretanto, ela já é, por si só, uma laceração de grau 2<sup>12</sup>. Se a episiotomia não for realizada, há uma boa hipótese de não ocorrer laceração nenhuma e, mesmo se ocorrer uma laceração de primeiro ou segundo grau, as mais comuns, estas ainda têm um prognóstico de recuperação superior ao da episiotomia (Amorim & Katz, 2008). As evidências também não comprovaram os ditos benefícios da prática: prevenção de lacerações de terceiro grau (mais raras); prevenção de danos ao assoalho pélvico; proteção do bebê contra danos no período expulsivo (Wagner, 1999; Belizan, 1993, Borges, 2003).

Diante das evidências desfavoráveis à episiotomia, a Organização Mundial da Saúde indica que a técnica deveria ser restringida a menos de 10% dos casos, apenas quando houver indicação clara, e publicou as seguintes recomendações: “O uso sistemático da episiotomia não é justificado. A proteção do períneo através de métodos alternativos deveria ser avaliada e adotada” (WHO apud Wagner, 1999, p. 1977). Alguns

---

<sup>12</sup> Os graus de laceração do períneo compreendem: Grau 1 – pele e tecido celular subcutâneo do períneo; epitélio vaginal. Grau 2 – fáscia e músculos do períneo. Grau 3 – esfíncter anal. Grau 4 – mucosa rectal. Bruno, Diogo; Reis, Laura (2015). Laceração traumática do períneo associada ao parto. Repositório Hospital Fernando da Fonseca. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1417/1/Trauma%20perineal%20obst%C3%A9trico.pdf> Data do acesso: 23/06/2016.

autores recomendam que o uso restrito não deve exceder a marca dos 30% de partos (Borges et al, 2003).

Apesar de todas as evidências contra o uso rotineiro da episiotomia, dados estatísticos indicam que, em muitos países, ela é realizada em mais de 60% dos partos e em mais de 90% das mulheres primíparas, como no caso dos Estados Unidos (Davis-Floyd, 1994). Uma pesquisa realizada na América Latina entre 1995 e 1998 indicou que nove em cada dez mulheres primíparas foram submetidas a esse procedimento. (WHO, 1996; Diniz & Chacham, 2006). Em Portugal, ainda são realizadas inúmeras episiotomias de rotina<sup>13</sup>, apesar de existir uma queda na estatística mundial, em grande parte graças aos movimentos de mulheres ativistas contra os abusos da obstetrícia, entre eles a episiotomia, uma das mais representativas violências obstétricas (Amorim & Katz, 2008).

Muitas mulheres, mesmo informadas de seus direitos e das evidências contra a episiotomia, no parto, têm seus direitos violados, pois apesar de sua expressa recusa ao procedimento – inclusive com termo de responsabilidade assinado – muitos profissionais se recusam a ouvir suas demandas e realizam a episiotomia contra a vontade delas, alegando que isso é algo que ‘cabe ao médico decidir, e a mulher não tem escolha, não pode recusar’. Entretanto, como todo procedimento médico, a episiotomia somente deve ser feita com o consentimento informado da mulher (Amorim & Katz, 2008). Mesmo assim, a episiotomia é o procedimento mais realizado sem informar ou sem consentimento das mulheres (Ciello et al., 2012).

Em relatos de violência obstétrica, não é incomum as mulheres dizerem que se sentiram, no parto, como se tivessem sido violentadas. Algumas mesmo relacionam o que sentem, psicológica e sexualmente, a um estupro (Sadler et al, 2016). Muitas relatam que a episiotomia foi a pior coisa que aconteceu em seus partos – pior que a própria dor do parto – pois causou inúmeros problemas, como dor, inflamação, problemas de cicatrização, deformações, ou que, mesmo não sentindo mais dor, após muito tempo da realização do procedimento, têm problemas para se relacionar sexualmente, sentem vergonha do local da cicatriz, muitas sentem-se mesmo mutiladas (Ciello et al., 2012; Progianti et al., 2008; Zorzam et al., 2012).

Robbie Davis-Floyd, no livro *‘Birth as an American Rite of Passage’*, explica que, no rito de passagem que é o parto, a episiotomia, além do seu caráter mutilador, é a

---

<sup>13</sup> Ver tópico 7.4.5, p. 49, Episiotomia.

maneira pela qual “os médicos, como representantes da sociedade, podem desconstruir a vagina (e, por extensão, suas representações [sociais]), e então reconstruí-la de acordo com as crenças culturais e o sistema de valores” da nossa sociedade, com uma marca, uma linha reta, padrão, uniforme, controlada (Davis-Floyd, 1992, pp. 129-130). A autora ainda reflete que a episiotomia é conceitualmente necessária para os médicos, já que, para a legitimação da necessidade da obstetrícia, o ritual do parto precisou ser reformulado para um ‘procedimento cirúrgico’, e a episiotomia é o símbolo da intervenção da figura médica, que ‘abre’ o caminho, através de um corte, para a saída do bebê (Davis-Floyd, 1992).

Além disso, existe a expressão ‘ponto do marido’ (*husband’s stitch/knot*), para representar o que muitos médicos faziam antigamente, mas que alguns ainda fazem. Ao realizar a episiorrafia (a sutura do períneo), faziam ‘um ponto a mais’, para deixar a vagina mais apertada, com a justificativa de oferecer mais prazer para o parceiro no ato sexual, por isso o nome sugestivo ‘ponto do marido’. Este é um exemplo de mutilação feminina, em uma cultura em que o corpo da mulher deve ‘servir’ sexualmente o corpo do homem. Há relatos de muitas mulheres que passaram a sentir muitas dores no ato sexual devido a esse ‘ponto a mais’ e muitas por vezes é necessária uma intervenção cirúrgica corretiva (Ciello et al., 2012).

A episiotomia de rotina é uma violência física, psicológica e sexual, que pode ter consequências imediatas e futuras para as mulheres, que pode acarretar em trauma, dificuldade de aceitação do próprio corpo e da sexualidade, problemas de relacionamento com o parceiro, além da dor física (Diniz & Chacham, 2006; Previatti & Souza, 2007; Progianni et al, 2008).

Apesar de a Organização Mundial da Saúde recomendar que a taxa de episiotomia esteja próxima dos 10%, é possível reduzir ainda mais esse percentual. É possível uma prática obstétrica sem episiotomias, como é demonstrado pela médica obstetra brasileira Melania Amorim, que atua em um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, na cidade de Campina Grande. Na divulgação de seu trabalho, em um artigo científico publicado em revista internacional, juntamente com uma equipa de enfermeiras(os) e médicas(os) residentes, no projeto de humanização de partos que coordena, ela demonstrou que, de 2007 a 2013, foram assistidos partos de 346 mulheres, nos quais foram realizadas 0 episiotomias (Amorim et al, 2014). Ela defende que a episiotomia pode ser um procedimento dispensável nos partos, pois existem recursos para proteger o

períneo e evitar lacerações e, mesmo que ocorra laceração de 1º ou 2º grau, ambas são de muito mais fácil recuperação do que a episiotomia. As lacerações de 3º e 4º grau são mais incomuns, apesar de eventualmente acontecerem, entretanto já se comprovou que a episiotomia não previne efetivamente essas lacerações, pelo contrário, está proporcionalmente associada a elas (Borges et al, 2003).

As alternativas à episiotomia são desconhecidas pela maioria dos profissionais de assistência ao parto, que ainda ficam presos ao paradigma da tecnocracia, no qual a medicina, com seus aparatos tecnológicos, ‘salva’ a mulher dos riscos do parto, um paradigma que também inscreve a mulher em uma posição passiva, sem participação ativa no desenrolar do processo do parto (Amorim & Katz, 2008). É importante ressaltar a necessidade de os profissionais, assim como as instituições formadoras, investirem na atualização dos seus conhecimentos e fundamentarem as suas práticas em evidências científicas. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) surge como um importante movimento para transformar as práticas médicas, especialmente aquelas estabelecidas há muito tempo e que não foram ainda alvo de escrutínio científico, como é o caso de diversas práticas obstétricas. A MBE recomenda que as práticas médicas, para além de contar com a experiência clínica, sejam validadas pelas mais atuais meta-análises e estudos randomizados controlados, considerando também o melhor interesse do paciente, seus valores e suas expectativas (Cochrane, 2014; Amorim & Katz, 2008).

A episiotomia é um dos procedimentos invasivos realizados no parto e, possivelmente, o mais representativo exemplo de abuso no parto, pois as suas consequências – físicas e psicológicas - podem ser severas. A sua prática rotineira é compreendida, por muitos, dentro do âmbito da violência obstétrica (Ciello, 2012; Diniz & Chacham, 2006; Previatti & Souza, 2007).

Sabe-se que a violência obstétrica existe e ocorre com frequência no atendimento ao parto. Basta uma breve pesquisa na internet, utilizando-se palavras-chave específicas, em inglês ou português, para verificar que o tema é conhecido e debatido em diversos países, especialmente entre mulheres que passaram por situações de abuso e desrespeito no parto, por ativistas e por profissionais de saúde, sobretudo parteiras. Após a apresentação do conceito e discussão teórica sobre a violência obstétrica como uma forma de violência baseada também em género, este trabalho apresenta os resultados de um inquérito, que contou com duas questões orientadoras: (i) Existe violência obstétrica no atendimento ao parto em Portugal?; (ii) Se sim, de que forma se manifesta essa violência



e quais as percepções das mulheres que a experienciam? A segunda questão contribui para a operacionalização da primeira no sentido em que o conceito de violência obstétrica é medido/operacionalizado, em diferentes dimensões, através de diferentes indicadores, associados às práticas obstétricas.

A seguir, são apresentados os procedimentos metodológicos que nortearam este trabalho. Foi feito um controlo metodológico e epidemiológico rigoroso, para não comprometer a qualidade da pesquisa, por se tratar de um tema de particular interesse para a autora deste trabalho, evitando-se que o interesse pessoal interferisse nos resultados.

## **6. Metodologia**

Apresenta-se, então, a segunda parte do estudo, que contém a discussão dos resultados do inquérito “Atendimento ao Parto Hospitalar em Portugal: Vivências das Mulheres”, realizado no âmbito deste trabalho, que é constituído por um questionário<sup>14</sup>, composto por 38 questões, elaborado pela autora desta pesquisa, inspirado nos inquéritos brasileiros da Associação Perseu Abramo (2010) e o Teste da Violência Obstétrica (2012)<sup>15</sup> e também no inquérito realizado em 2014 pela Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP, 2015).

O questionário foi disponibilizado em plataforma *online* entre 01 a 30 de Novembro de 2015. No texto introdutório do questionário, foi descrito o que se pretendia com a pesquisa, bem como solicitado o consentimento das participantes para a exposição do conteúdo recebido através do inquérito na presente dissertação de mestrado. Foi garantido o anonimato das informações pessoais e a confidencialidade das respostas. Antes de responderem ao inquérito, todas as mulheres concordaram com os respetivos termos de participação.

Inicialmente, constou, no inquérito, um conjunto de perguntas de caracterização sociodemográfica das participantes, das características da gravidez e do parto e questões relativas à dimensão assistencial do parto. De seguida, questionou-se a percepção das participantes sobre violência obstétrica, para então, introduzirem-se perguntas sobre

---

<sup>14</sup> Ver o questionário no Apêndice A, p. 82.

<sup>15</sup> Ver Apêndice B, p. 97, para maiores informações.

intervenções hospitalares. Por fim, apresentaram-se questões sobre possíveis abusos psicológicos, físicos e sexuais e sobre como o atendimento prestado durante o parto fez as inquiridas se sentirem, bem como possíveis consequências deste atendimento. Destaca-se que, para além das questões objetivas de múltipla escolha, os testemunhos recolhidos na primeira pessoa, através das caixas de comentários disponibilizadas ao longo do questionário, são extremamente importantes para complementar os dados quantitativos, como também para explicarem alguns destes dados e para lançarem novas questões a esta e a outras investigações.

Não se pretendeu construir uma amostra representativa da população, mas inquirir mulheres que tivessem passado recentemente por uma experiência de parto, recolhendo o maior número possível de respostas, ao longo do período de tempo especificado, no sentido de analisar, de forma exploratória, as dimensões analíticas discutidas teoricamente.

Assim, o número total de respostas ao questionário foi 519, correspondendo ao número de partos. Deste número, depreende-se que o questionário foi respondido por 441 mulheres, pois 78 respostas foram 2<sup>os</sup>, 3<sup>os</sup> ou mais preenchimentos, correspondentes a partos subsequentes. A intenção foi não limitar a apenas um preenchimento por pessoa, mas possibilitar que as mulheres pudessem, caso desejassem, responder ao questionário por mais de um parto, ampliando assim para mais de uma experiência de parto protagonizada pela mesma mulher, já que cada parto é uma experiência única.

Após a finalização do questionário e a recolha dos dados, procedeu-se à análise dos mesmos utilizando o Microsoft Excel 2013 e o IBM SPSS Statistics 23, para então proceder à discussão, que será apresentada a seguir.

## **7. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito “Atendimento ao Parto Hospitalar em Portugal: Vivências das Mulheres”**

Aqui, apresento os dados obtidos a partir das respostas ao inquérito, bem como a discussão dos resultados. Para se comparar os resultados do inquérito com uma assistência ótima, foram observadas as recomendações e a “Classificação de Práticas em Parto Normal”, que constam no documento “*Care in Normal Birth: A Practical Guide*”,

da Organização Mundial da Saúde (1996)<sup>16</sup> para assistência aos partos e nascimentos, já que estas recomendações são fundamentadas em rigor científico e na ética profissional.

### 7.1 Caracterização do grupo de estudo

Por se tratar de um instrumento disponibilizado via internet, pressupõe-se que todas as mulheres que responderam ao questionário têm acesso à internet, o que pode indicar que tenham mais facilidade de acesso a informações. Entretanto, não se pode afirmar, a partir disto, que elas de facto estejam mais informadas relativamente às intervenções e procedimentos médicos no parto.

#### 7.1.1 *Período*

A maior parte dos partos, compreendendo 80,7% (n = 419) se deu entre 2010 e 2015. Já 13% (n=67) do total de partos (n=519) ocorreu entre 2005 e 2010, enquanto 4,6% (n=24) dos partos são referentes ao período entre 2000 a 2005. Os restantes 1,5% (n=8) aconteceram entre 1991 e 2000. Houve 1 omissão, correspondendo a 0,2% do total.

#### 7.1.2 *Faixa Etária*

A maior parte dos partos decorreu na faixa etária entre 30 e 35 anos, correspondendo a 39,9% (n= 207) do total (n=519). Entre os 25 e os 30 anos ocorreram 34,7% dos partos (n=180). Já entre 35 e 40 anos o número se reduz a 64 partos, o que corresponde a 12,3% do total. Houve 60 partos (11,6%) na faixa etária entre 18 e 24 anos. Os índices mais baixos correspondem a idades superiores a 40 anos, compreendendo 1% dos casos (n=5), e idades inferiores a 18 anos, totalizando apenas 3 partos, ou seja, 0,6% do total.

#### 7.1.3 *Hospitais públicos ou privados*

Relativamente aos hospitais, o total da amostra é menor, compreendendo 465 casos, pois houve 54 omissões. Este significativo número de omissões deve-se, provavelmente, ao facto de a questão referir-se a qual foi o hospital onde o parto ocorreu e não sobre se tratar, especificamente, de hospital público ou privado. O facto de a questão não ser de resposta obrigatória também poderá ter contribuído para o elevado número de omissões. Portanto, para o total de 465 partos, 421 partos foram realizados em hospitais

---

<sup>16</sup> Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf) Data do acesso: 17/08/2016.

públicos, o que corresponde a 90,5% dos casos. Os partos realizados nos hospitais privados compreendem 9,5% (n= 44) das respostas válidas. Estas percentagens, apesar de a amostra não ser estatisticamente representativa, estão coerentes com as estatísticas apresentadas no mais recente relatório do INE, “Estatísticas em Saúde – 2014”, que apontou que 85,4% dos partos no país, no ano de 2014, aconteceram em hospitais públicos e 14,6% ocorreram em hospitais privados (INE, 2016).

#### *7.1.4 Região de Portugal*

Foram recebidas respostas (n=519) de todas as regiões de Portugal, sendo que a maior frequência se observa na região Metropolitana de Lisboa: 53,2% dos casos (n=276). De seguida, surge a região do Norte como a mais representada, com 112 partos, assumindo 21,6% do total. Na sequência, verificam-se a região Centro, com 13,3% (n=69), Algarve, 8,9% (n=46) e Alentejo, com 1,9% (n=10) dos partos. No Arquipélago dos Açores e na Madeira obteve-se o mesmo número, 3 partos (0,6%) para o primeiro e 3 partos (0,6%) para a segunda.

#### *7.1.5 O parto para o qual respondeu ao questionário*

A maior parte das respostas refere-se ao 1º parto, compreendendo 79,0% dos casos (n=410). De seguida, 16,8% (n=87) das respostas dizem respeito ao 2º parto. São 22 casos (4,2%) que correspondem ao 3º parto ou mais. Do total da amostra, houve 3 nascimentos gemelares.

#### *7.1.6 Idade Gestacional*

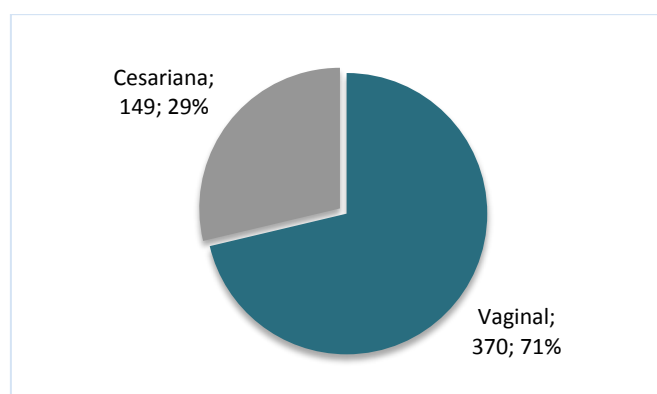
Relativamente à idade gestacional, 90,8% (n=471) dos partos foram considerados A Termo, isto é, entre as 37 e 42 semanas de gestação. Por fim, 6,6% (n=34) dos nascimentos foram prematuros (antes de 37 semanas) e 2,7% (n=14) foram considerados Pós-Termo, por decorrerem após as 42 semanas de gestação.

## 7.2 Informações sobre o Parto

### *7.2.1 Via e tipo de parto*

Relativamente à via de parto, para o total de respostas (n=519), registaram-se 370 partos vaginais, o que corresponde a 71,3% dos casos. Os restantes 149 partos foram cirurgias cesarianas, compreendendo 28,7% do total.

Figura 1. Resultados para Via de Parto (n=519).



Dos partos vaginais (n=370), 69,7% (n=258) não foram instrumentalizados, ou seja, ocorreram sem a utilização de fórceps ou ventosa. O conceito de parto vaginal instrumentalizado (PVI) está diretamente relacionado à utilização de instrumentos (o fórceps ou a ventosa) para “puxar” o bebê para fora do canal vaginal, mas isso não quer dizer que o parto não tenha sido objeto de intervenções. Os partos instrumentalizados totalizaram 112 casos, o que corresponde a 30,3% dos partos vaginais.

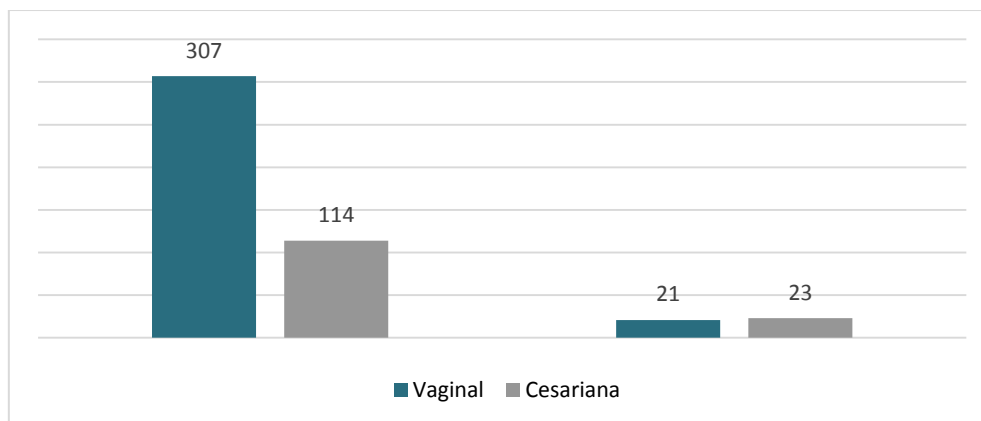
Foi mais frequente o uso da ventosa, em 76,8% (n=86) do total dos partos vaginais instrumentalizados (PVI; n=112). O fórceps, isoladamente, foi utilizado em 18 partos (16,1% dos PVI). Houve 7 casos (6,2% dos PVI) de utilização de fórceps e ventosa no mesmo parto, sendo estes casos partos únicos (não-gemelares). Houve 1 parto vaginal gemelar (0,9%), no qual o primeiro bebê nasceu sem instrumentalização e o segundo gêmeo nasceu com o auxílio de ventosa.

Quadro 1. Resultados para diferentes tipos de partos (n=519).

Tipo de Parto	Frequência	%
Vaginal não instrumentalizado	258	49,7
Vaginal com fórceps	18	3,5
Vaginal com ventosa	86	16,6
Vaginal com fórceps e ventosa	7	1,3
Vaginal Gemelar Não instrumental e com ventosa	1	0,2
Cesariana Intraparto	98	18,9
Cesariana Programada por Indicação Médica	42	8,1
Cesariana de Urgência ou Emergência	6	1,2
Cesariana Eletiva	3	0,6
Total	519	100

O estudo também revelou que os partos vaginais corresponderam a 72,9% (n=307) do total de partos em hospitais públicos (n=421), e as cesarianas corresponderam a 27,1% (n=114). Nas instituições privadas, a taxa de cesarianas foi de 52,3% (n=23), maior do que a taxa de partos vaginais, que foi de 47,7% (n=21).

Figura 2. Resultados para Via de parto em Hospitais Públicos e Privados (n=465).



Outros dados que chamam a atenção nesta comparação entre os tipos de parto e as instituições são os percentuais de cesarianas programadas. Nos hospitais públicos, do total de cesarianas (n=114), 22,8% (n=26) foram programadas por indicação médica enquanto, nas instituições privadas, do total de cesarianas (n=23), 60,8% (n=14) foram cesarianas programadas por indicação médica. É interessante observar a discrepância entre as taxas de cesarianas programadas por indicação médica no setor público e privado. Entretanto, não é possível avaliar de forma mais profunda esta questão já que não se analisaram, neste estudo, as situações que levaram às indicações médicas para cesariana.

Sabe-se, contudo, que o índice de cirurgias cesarianas é mais elevado no setor privado. Portugal é um dos países europeus com as mais elevadas taxas de cesarianas e este número é impulsionado pelas instituições privadas, já que no setor público comumente os índices são mais reduzidos. Em 2012, o índice nacional de cesarianas foi de 35,6%, sendo que, apenas nos hospitais privados, este índice foi de 67,5% e nas instituições públicas, de 31%. Do total de partos em Portugal, 13,1% ocorrem em hospitais privados e mesmo essa baixa percentagem já é responsável por elevar o percentual nacional de cesarianas (DGS, 2015; PORDATA, 2012). É importante ressaltar que mesmo a média nos hospitais públicos não é a ideal, dado que a recomendação da OMS é que as taxas de cesarianas fiquem abaixo de 15%. A taxa de cesarianas é considerada um indicador de qualidade dos cuidados em obstetrícia. A cesariana eletiva ou desnecessária está associada a maiores riscos de saúde materna, destacando-se riscos

acrescidos de lesão uretral, histerectomia, trombo-embolismo, complicações infecciosas e reinternamentos hospitalares. Também há evidências de que, em gestações subseqüentes, haja um maior risco de acretismo placentário, placenta prévia, rotura uterina e morte fetal, pelo que a estratégia deve ser sempre reduzir o número de cesarianas desnecessárias. (DGS, 2015).

Neste inquérito, observou-se que, nas instituições privadas, não houve cesariana de urgência ou emergência. Todas as 6 cesarianas de urgência ou emergência foram realizadas em hospitais públicos. A cesariana intraparto<sup>17</sup>, nos hospitais públicos, correspondeu a 72,8% (n=83) das cesarianas destes hospitais. Do total de cesarianas em instituições privadas, a cesariana intraparto foi realizada em 6 nascimentos, o que equivale a 26,1%. Não houve cesarianas eletivas nas instituições públicas, já que não há possibilidade de escolha pela via cirúrgica de nascimento nos serviços públicos de saúde em Portugal. Em instituições privadas, houve 3 cesarianas eletivas, o que corresponde a 13,0% do total de cesarianas neste setor.

*Quadro 2. Resultados para Partos Vaginais e Cesarianas em Hospitais Públicos ou Privados (n=465).*

Tipo de Parto	Hospitais				Total	
	Público		Privado			
Vaginal Não Instrumentalizado	219	52,0%	11	25%	230	49,5%
Vaginal com Fórceps ou Ventosa	88	20,9%	10	22,7%	98	21,1%
Cesariana Intraparto	83	19,7%	6	13,6%	89	19,1%
Cesariana de Urgência ou Emergência	5	1,2%	0	0%	5	1,1%
Cesariana Programada por Indicação Médica	26	6,2%	14	31,8%	40	8,6%
Cesariana Eletiva	0	0%	3	6,8%	3	0,6%
<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>465</b>	<b>100%</b>

A cesariana desnecessária pode ser uma das formas de violência obstétrica institucionalizada, pois envolve riscos acrescidos, se comparada ao parto vaginal (Ciello

<sup>17</sup> A cesariana intraparto pode ser com ou sem urgência ou emergência. Neste trabalho, a cesariana intraparto corresponde à cirurgia que se procede após o início do trabalho de parto, sem carácter urgente ou emergente. A cesariana intraparto pode ser necessária por diversos motivos, mas dentre as principais razões que desencadeiam uma cesariana intraparto, encontram-se o sofrimento fetal (dado a perceber por alterações nos batimentos cardíacos do feto), descolamento prematuro da placenta, trabalho de parto estacionário por muito tempo (sem iniciar ou prosseguir a dilatação do colo), apresentação fetal transversal, herpes genital com lesão ativa, entre outras (Amorim, 2012).

et al, 2012). Além dos riscos envolventes, pode deixar marcas para além de um corte na barriga, como expressam os depoimentos a seguir, recolhidos no inquérito:

*“No primeiro mês de vida quase não peguei o meu filho no colo pois estava demasiado debilitada e com dores [devido à cirurgia] para ter capacidade de o fazer. Até hoje não sei embala-lo, já tem mais de 1 ano. [...] Não houve muito apoio da equipa nos 4 dias pós-parto que lá fiquei. Parecia que me faziam um favor olhando o meu bebé para poder ir a wc ou tomar banho, e encaravam dar analgésicos como capricho das puérperas.”*

*“No meu caso achei a cesariana um acto médico frio e distante. Só peguei no meu bebé quando fui para o quarto... Isso influenciou o início da minha relação com o meu bebé”*

### 7.2.2 Profissionais de Assistência

Relativamente aos profissionais de assistência, os resultados do inquérito indicam que, do total das respostas válidas (n=518, escuso 1 omissos), 63,9% dos partos (n=331) foram assistidos por profissionais médicos e de enfermagem; 20,8% (n=108) apenas por enfermeiras(os), 1,2% (n= 6) apenas por médicas(os) e 13,9% (n=72) contavam também com estudantes/estagiárias(os) de medicina ou enfermagem. Houve um caso (0,2%) designado como Indeterminado pois a resposta foi inconclusiva.

Do total das respostas (n=519), houve 24 partos (4,6%) que foram acompanhados por doula e em 72 casos (13,9%) foi entregue ao hospital um Plano de Parto. Dos Planos de Parto entregues, 41,7% (n=30) foram parcialmente respeitados pelos profissionais de assistência e 34,7% (n=25) foram respeitados em sua totalidade, o que é muito positivo, pois indica que, apesar da resistência ao uso desta ferramenta, diferentes profissionais procuraram respeitar o Plano de Parto, que tem o potencial de evitar o excesso de intervenções e melhorar a experiência do parto para a mãe e o bebé.<sup>18</sup>

### 7.3 Perceção sobre Violência Obstétrica

Antes de entrar nas questões sob a temática das intervenções hospitalares e dos abusos e violências nos partos, foram apresentadas, no inquérito, duas questões relativas ao conceito de Violência Obstétrica (VO), para averiguar, (i) quantas mulheres estão familiarizadas com o conceito de Violência Obstétrica e (ii) quantas mulheres sentiram

---

<sup>18</sup> Para maiores informações e discussões relativamente a estes dados, verificar o Apêndice B, Acompanhamento por Doula no parto e Plano de Parto, nas páginas 93 a 97.



que foram ou não alvo de VO, ou quantas não o sabiam dizer. A intenção, ao ordenar estas questões de maneira a preceder as outras questões sobre o tema, foi não sugerir às mulheres com as questões subsequentes, pois, uma vez que respondiam a esta etapa, não era possível voltar atrás e alterar a resposta. O objetivo era mesmo observar se as mulheres, antes de refletirem, nas questões posteriores, sobre as intervenções hospitalares e o atendimento que receberam, percebiam o tratamento que haviam recebido como violência obstétrica.

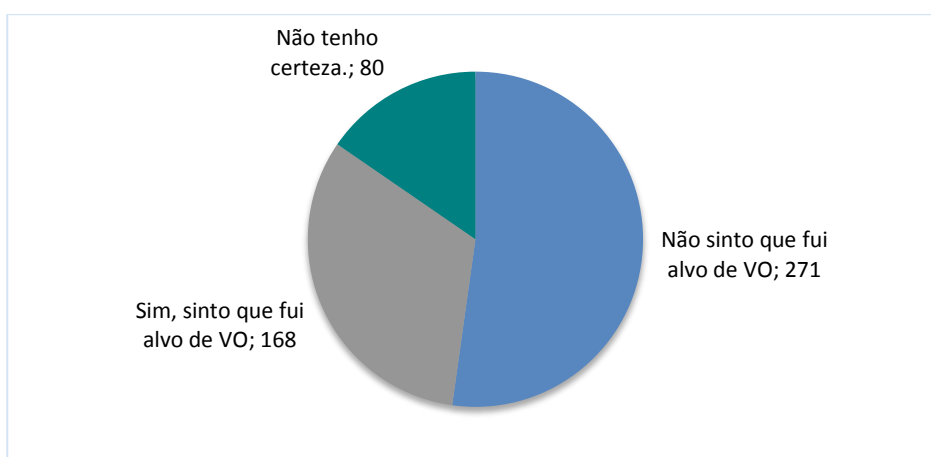
Os resultados indicaram que, do total de mulheres que responderam ao questionário (n=441)<sup>19</sup>, 329 estão familiarizadas com o conceito de VO, o que corresponde a 74,6% das respostas. Por outro lado, 25,4% das mulheres (n=112) referiram que não estão familiarizadas com este conceito. É elevado o número de mulheres que conhece o conceito de Violência Obstétrica, dado que este é relativamente recente em Portugal e ainda, de certa maneira, interdito, pois há resistência em se associar práticas médicas instituídas com a palavra violência.

A questão seguinte abarca a amostra total, 519 respostas, pois se trata dos partos para os quais as mulheres responderam, e é relativa à percepção que a mulher tem de ter sido ou não alvo de VO durante seu próprio parto. Para 271 partos (52,2%), o resultado indicou que as mulheres não sentiram que foram alvo de VO. Já em 168 casos (32,4%) referiram que sim, foram alvo de Violência Obstétrica. Houve ainda 80 respostas (15,4%) indicando a opção “Não tenho certeza”. Coloquei esta opção, dentre as 3 possibilidades para seleccionar, com o intuito de observar se havia dúvidas relativamente ao facto de ter sido alvo ou não de VO, já que a Violência Obstétrica tem complexidades peculiares, pois, por mais que, para um observador, um ato específico possa ser percebido ou não como Violência Obstétrica, pela percepção da vítima, ou o alvo, pode haver dúvidas.

---

<sup>19</sup> 441 mulheres responderam para 519 partos.

Figura 3. Resultados para percepção sobre ter sido ou não alvo de Violência Obstétrica (n=519).



No prosseguimento, apresentam-se os resultados para intervenções e procedimentos hospitalares.

#### 7.4 Procedimentos e Intervenções

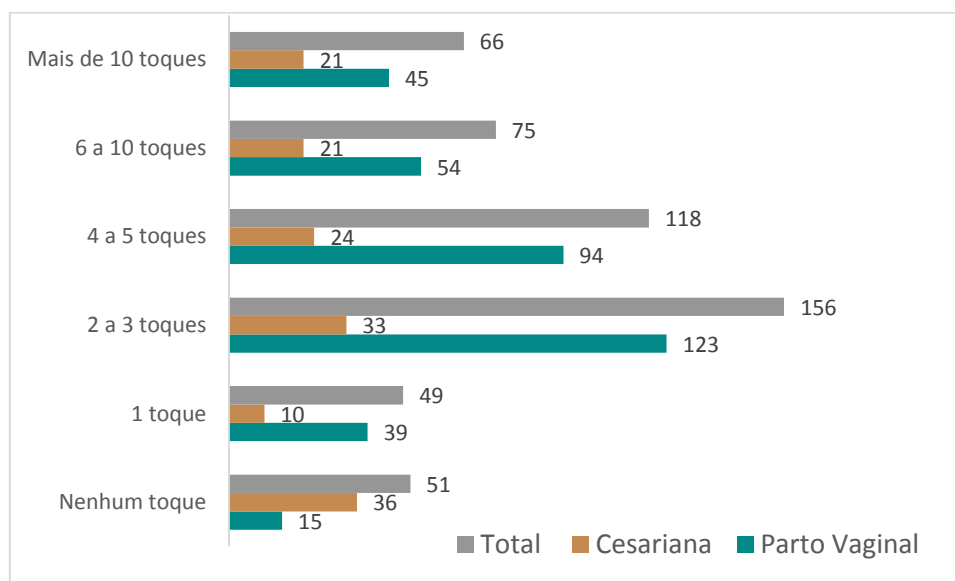
##### 7.4.1 *Toques Vaginais*

O toque vaginal é utilizado sobretudo para avaliar a dilatação do colo do útero e verificar o andamento do trabalho de parto (TP). Do total de respostas válidas (n=518, escuso 1 omissa), em 49 partos (9,5%) as mulheres receberam apenas 1 toque vaginal. Destes, 10 foram cesarianas, restando 39 partos vaginais nos quais as mulheres receberam apenas 1 toque. Para a maioria dos partos, 156 (30,1%), as mulheres assinalaram terem recebido entre 2 a 3 toques. Destes, 24 foram cesarianas intraparto e 9 cesarianas programadas. Para os partos vaginais, portanto, 123 mulheres receberam entre 2 a 3 toques. Para 118 partos (22,8%) foram feitos 4 a 5 toques vaginais, sendo que, destes, tratam-se de 23 cesarianas intraparto e 1 cesariana programada. Os restantes 94 aconteceram por via vaginal. Houve 75 respostas (14,5%) para entre 6 a 10 toques vaginais. Destas, 21 foram cesarianas intraparto e 54 foram partos vaginais. Em 66 partos (12,7%) as mulheres receberam mais de 10 toques vaginais. Destes, 45 foram por via vaginal e 21 por via cirúrgica, a maior parte destes últimos (n=20) se trata de cesariana intraparto. Estes resultados podem ser melhor observados na figura abaixo. Três mulheres (0,6%) assinalaram que desconhecem quantos toques receberam. Portanto, para 468 casos (90,2%) as mulheres receberam um ou mais toques vaginais.

Em 51 partos (9,8%) não foram realizados toques vaginais. Destes 51 casos, 27 foram cesarianas programadas por indicação médica; 5 cesarianas de urgência ou

emergência; 2 cesarianas eletivas e 2 cesarianas intraparto. Portanto, para os partos vaginais, apenas 15 não receberam toque vaginal.

Figura 4. Resultados para quantos toques vaginais em partos vaginais e cesarianas (n=515).



O toque vaginal, como se observa, é mais utilizado nos partos vaginais e cesarianas intraparto, sendo que estas últimas começaram como um parto vaginal. Portanto, não é de surpreender que, dos poucos partos (n=51) nos quais as mulheres não receberam toques vaginais, apenas 15 foram vaginais e 36 se trataram de cesarianas, na maior parte (n=27), cesarianas programadas. Esta é a única inversão no gráfico acima, pois nos valores restantes se observa sempre um maior número de toques vaginais nos partos vaginais, por razões óbvias, já que nas cesarianas, exceto as intraparto, não há ou há menor necessidade de avaliar a dilatação do colo.

Estes dados são importantes pois mostram que é elevado o número de partos para os quais são realizados mais de 6 toques vaginais. Estes se tratam de 141 partos, o que corresponde a 27,2% do total de partos. Algumas mulheres que receberam mais de 6 ou mais de 10 toques relataram que isso se deu devido ao facto de que alguns destes toques foram feitos para aprendizagem. Não é estabelecido um limite mínimo para a quantidade de toques vaginais, entretanto é importante utilizar o bom senso e questionar sobre a real necessidade de realizar este procedimento por tantas vezes. No guia prático “*Care for Normal Birth*”, a OMS enquadra os exames de toque repetitivos e frequentes,

especialmente se feitos por mais de uma pessoa, como ‘Categoria D’, “Práticas que são frequentemente usadas de maneira inapropriada<sup>20</sup>” (WHO, 1996, p. 37).

Até o presente momento, a obstetrícia se fundamenta na ‘curva de Friedman’ para estimar o andamento do trabalho de parto através da dilatação do colo do útero, observada pelo exame de toque vaginal. A ‘curva de Friedman’ é representada em um gráfico concebido pelo autor, Friedman, decorrente de uma pesquisa com 500 parturientes, publicada em 1955. Entretanto, um recente estudo italiano, publicado em 2015, que estudou 328 parturientes, utilizando critérios mais apurados que a pesquisa de Friedman, concluiu que a variabilidade e evolução de dilatação do colo é imprevisível em partos com progressão natural e espontânea, o que pode indicar que é escusado prever a evolução da dilatação e progressão do trabalho de parto com exames de toque (Ferrazzi et al, 2015). Além disso, Ina May Gaskin (2011), renomada parteira americana, apresenta o que ela designa “a lei do esfíncter” para referir que o colo do útero é como um esfíncter e se fecha, se retrai, quando tocado e, mais, pode até regredir na dilatação se a mulher estiver assustada e com medo<sup>21</sup>. Michel Odent (2004), obstetra francês referenciado mundialmente no tema da assistência menos interventiva e baseada em evidências, também compartilha a hipótese de que, quando a mulher está com medo ou sentindo-se ameaçada, a progressão do trabalho de parto pode estacionar.

Em 254 casos (54,3% do total de toques realizados) as mulheres referiram que os toques causaram dor. As restantes 214 respostas (45,7%) indicaram que os toques não foram dolorosos. Estes dados indicam que mais da metade dos toques foram dolorosos. O toque vaginal é um procedimento de avaliação que deve ser executado com cuidado, para não ferir ou causar dor à mulher. Há profissionais que, quando realizam o toque vaginal, ‘forçam’ a abertura do colo na tentativa de aumentar a dilatação e fazer avançar o trabalho de parto. Outros, com os dedos, fazem o descolamento de membranas (separação digital de membranas do segmento inferior do útero), também no intuito de acelerar o trabalho de parto (obviamente, isto só deveria ser feito com o consentimento

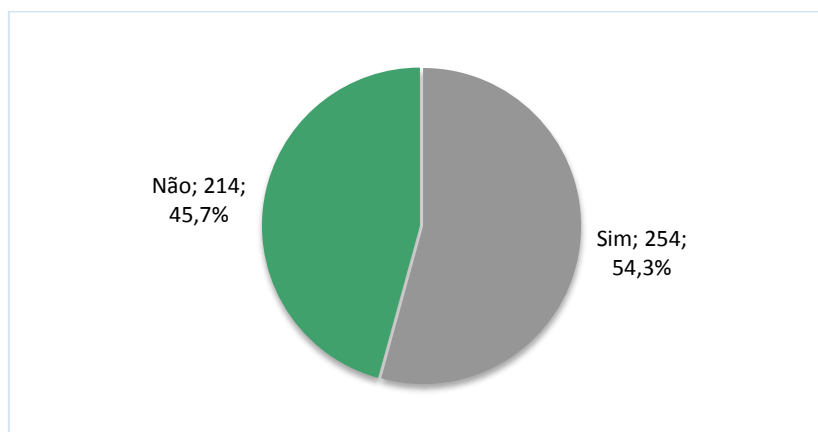
---

<sup>20</sup> *Practices which are Frequently Used Inappropriately* (WHO, 1996, p. 36). Verificar Classificação de Práticas em Parto Normal, da OMS, no Apêndice C, p. 103 deste trabalho.

<sup>21</sup> *I invented the term “sphincter law” to describe this phenomenon, because I thought it could help people who have never given birth to have a better understanding of how woman’s bodies function during labor. We all have sphincters and therefore have some understanding of how they are related to emotional states. Sphincters, of course, are the ring-shaped muscles that surround the opening to various organs, such as the stomach, the bladder, and the anus. The cervix, although not strictly speaking a sphincter, behaves like one. Basically, sphincters are shy, and they open better in privacy. They don’t obey orders, because they are part of the autonomic (or involuntary) nervous system. Once they begin to open, they can suddenly slam shut when their owner is embarrassed or frightened* (Gaskin, 2011, p. 30).

esclarecido da mulher). O toque vaginal realizado com estes objetivos é comumente doloroso. Mas mesmo o toque para avaliação do colo pode ser doloroso, por isso a importância de se ter cuidado e ouvir a mulher, para saber se ela está em um momento de contração uterina ou se a(o) profissional está a fazer o toque de maneira dolorosa ou não. Para além disso, é importante ressaltar que é possível acontecer um parto sem nenhum toque vaginal. Este foi o caso de apenas 15 partos vaginais, neste inquérito.

Figura 5. Resultados para Toques Vaginais Dolorosos (n=468).



Alguns comentários que advieram do inquérito expressam bem o que algumas mulheres sentiram com os toques que receberam:

*“Sim o toque foi doloroso porque estava fragilizada e muito contraída.”*

*“Um médico que me fez um exame de toque forçou a dilatação do colo e não parou apesar de eu gritar NÃO! Depois disso disse “Tinhas 5 [centímetros de dilatação] agora tens 6”, virou as costas e foi-se embora.”*

*“Todos os toques foram dolorosos e feitos a correr, quando eu pedia um pouco de calma para descontraír os músculos.”*

*“Bastantes, muito mais que 10, fizeram médicos seguindo estudantes”*

*“O primeiro toque não foi apenas observação, mas sim para tentar romper o rolhão mucoso. Como estava alerta, não consenti, mas a médica tentou sem me avisar! [...] No trabalho de parto, a médica realizou um dos toques, logo após o da enfermeira, justificando-se no final que foi “para confirmar”...!”*

*“Talvez por ter sido seguida na médica de família nunca tinha “experimentado” que me fizessem o toque. Quando cheguei a maternidade e mo fizeram fui apanhada*

*desprevenida uma vez que não pediram autorização nem me informaram que o iam fazer.”*

*“Uma médica que só vi uma vez fez descolamento das membranas sem sequer me dizer bom dia e com uma enfermeira a abrir-me as pernas à força pois quando me começou a doer assustei-me e tentei fechá-las”.*

*“A médica que me recebeu na urgência ignorou o meu pedido para esperar que a contração parasse para me fazer o toque.”*

*“Quase de certeza que me descolaram as membranas, quando fizeram o toque de avaliação à chegada. Fizeram-me muitos toques, nomeadamente para alargamento do canal vaginal (algo que me marcou terrivelmente a posteriori e que fez disparar níveis de adrenalina na altura).”*

*“Um dos toques foi tão doloroso que gritei e disseram-me para estar calada e colaborar.”*

*“Nunca me explicaram o porquê dos toques para além do ser necessário para avaliar a dilatação. Foram feitos sempre 'à bruta' e apercebi-me mais tarde que com o intuito de acelerar o parto.”*

*“Senti muita dor ao fazerem o toque e apesar de o ter dito, insistiram que o tinham de fazer várias vezes.”*

*“Senti-me agredida pois num dos vários toques realizados a forma como foi feita foi horrível, dolorosa e fez-me perder sangue durante 12h. Tudo para acelerar a minha dilatação. Que passou de 2 dedos para 4 quase 5.”*

*“[...]O período de dilatação alongou-se por várias horas também devido a um dos toques ter sido mesmo muito "maldoso", o que provocou um edema no colo do útero o que não permitiu que atingisse os 10 cm [de dilatação]...” [o nascimento acabou por ser por via cirúrgica].*

O toque vaginal é um procedimento, via de regra, desconfortável, quando não doloroso, como observado acima. Para além disso, está-se a tocar a vagina, entrando numa dimensão de intimidade, o que requer cuidado e deve ser feito sempre com muito respeito e ética profissional e sempre com a permissão da mulher. Não se sabe qual é a história daquela mulher que está a ser atendida, não se sabe o que significa para aquela mulher ter alguém a tocar-lhe a vagina.

Não é de espantar que, diante de tantos abusos cometidos no atendimento obstétrico (como se pode observar a partir dos relatos acima, por exemplo), há mulheres que sentem-se, de facto, como se tivessem sido vítimas de estupro no parto (Sadler et al, 2016). Há, inclusive, pessoas que utilizam o termo “*birth rape*”<sup>22</sup> para expressar essa questão. Os toques vaginais constantes, invasivos, “brutos”, não consentidos, são uns dos mais frequentes abusos cometidos contra as mulheres no parto.

#### 7.4.2 *Enema, Tricotomia e Amniotomia*

Relativamente aos dados sobre as intervenções a seguir, o número total da amostra (n=468) é correspondente aos partos vaginais (n=370) e às cesarianas intraparto (n=98), já que estas começaram com trabalho de parto (TP). Excluem-se as cesarianas de urgência ou emergência (n=6), as cesarianas programadas (n=42) e eletivas (n=3).

No guia de atendimento ao parto “*Care for Normal Birth*”, da OMS (1996), o uso rotineiro de enema (limpeza intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) está enquadrado na categoria B, como “Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas<sup>23</sup>” e a amniotomia<sup>24</sup> (rompimento artificial da bolsa amniótica) de rotina se apresenta como categoria C, “Práticas para as quais há evidências insuficientes para corroborar uma recomendação clara e devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas futuras esclareçam a questão”<sup>25</sup>. Entretanto, novas evidências apontam que não há benefícios para o uso rotineiro da prática (Smyth et al, 2013).

---

<sup>22</sup> “A woman who is raped while giving birth does not experience the assault in a way that fits neatly within the typical definitions we hold true in civilised society. A penis is usually nowhere to be found in the story and the perpetrator may not even possess one. But fingers, hands, suction cups, forceps, needles and scissors... these are the tools of birth rape and they are wielded with as much force and as little consent as if a stranger grabbed a passer-by off the street and tied her up before having his way with her. Women are slapped, told to shut up, stop making noise and a nuisance of themselves, that they deserve this, that they shouldn't have opened their legs nine months ago if they didn't want to open them now. They are threatened, intimidated and bullied into submitting to procedures they do not need and interventions they do not want. Some are physically restrained from moving, their legs held open or their stomachs pushed on”. Reed, Amity (2008). *Not a Happy Birthday*. Disponível em:

[https://www.thefword.org.uk/2008/03/not\\_a\\_happy\\_birthday](https://www.thefword.org.uk/2008/03/not_a_happy_birthday) Data do acesso: 21/07/2016.

<sup>23</sup> *Practices which are Clearly Harmful or Ineffective and Should be Eliminated* (WHO, 1996, p. 35).

<sup>24</sup> “Early amniotomy interferes with the physiological timing of fetal membranes' rupture. Under normal conditions, the membranes remain intact until full dilatation in 75% of the cases (Schwarcz et al 1995). Amniotomy before full dilatation is frequently practised as a method to expedite labour. [...] It is not possible to conclude that early amniotomy has a clear advantage over expectant management, or the reverse. Therefore, in normal labour there should be a valid reason to interfere with the spontaneous timing of the rupture of the membranes” (WHO, 1996, p. 23)

<sup>25</sup> “Practices for which insufficient evidence exists to support a clear recommendation and which should be used with caution while further research clarifies the issue” (WHO, 1996, p. 36).

Portanto, são práticas que não deveriam ser utilizadas de maneira rotineira. Para o total dos partos vaginais e cesarianas intraparto, a maior parte das mulheres não foi submetida a estes procedimentos, o que é um ponto positivo. Entretanto, ainda é elevado o número de mulheres que são submetidas a eles, como indica o quadro abaixo:

*Quadro 3. Dados sobre Enema, Amniotomia e Tricotomia (n=468).*

	Enema		Amniotomia		Tricotomia	
<i>Não realizado</i>	330	70,5%	260	55,6%	342	73,1%
<i>Não realizado por respeito à recusa</i>	15	3,2%	9	1,9%	5	1,1%
<i>Realizado, com consentimento</i>	94	20,1%	64	13,7%	48	10,2%
<i>Realizado, sem consentimento</i>	8	1,7%	36	7,7%	11	2,4%
<i>Realizado, sem informar</i>	21	4,5%	99	21,1%	62	13,2%

Foram realizadas 121 tricotomias (25,8%), mas é importante mencionar que, destas, apenas 39,7% (n=48) foram realizadas com consentimento. Para 62 partos (51,2% das tricotomias) as mulheres não foram informadas e, em 11 casos (9,1%), o procedimento foi feito mesmo mediante recusa. Dos 123 enemas realizados, 94 (76,4%) foram feitos com consentimento. Os restantes 21 (17,1%) e 8 (6,5%) foram realizados, respetivamente, sem informar e sem consentimento.

É maior o índice de amniotomias realizadas, se comparado ao de enemas e tricotomias, totalizando 199 casos (42,5%). A amniotomia é um procedimento mais interventivo que o enema e a tricotomia no processo do parto e não deveria ser feito de maneira rotineira. A amniotomia foi, destes procedimentos, o mais realizado sem consentimento e sem informar, correspondendo a 135 casos: 99 (49,7% das amniotomias) realizadas sem informar e 36 (18,1%) realizadas mesmo com a recusa das mulheres. Apenas 31,2% das amniotomias foram realizadas com consentimento. É significativa a execução dos procedimentos sem informar devidamente as mulheres e, mais grave ainda, sem consentimento, ou seja, mesmo diante da recusa das mulheres. Esta é uma situação muito recorrente na assistência aos partos e se apresenta ainda mais severa, neste inquérito, nos procedimentos a seguir, especialmente para as episiotomias.

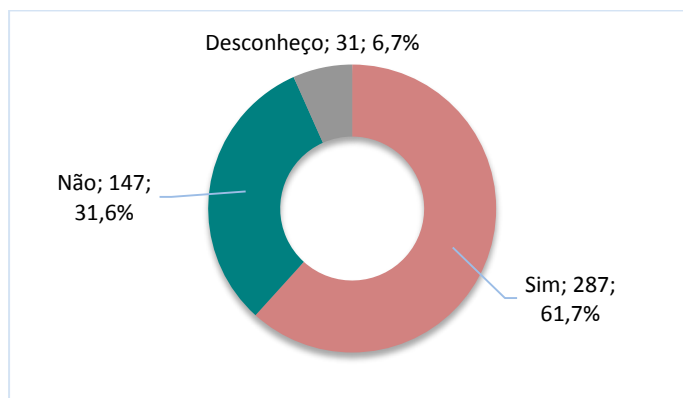


### 7.4.3 Ocitocina Sintética

Como já observado anteriormente, a ocitocina é uma hormona naturalmente sintetizada pelo corpo humano, em eventos como a amamentação, o ato sexual e o parto. No parto, o papel da ocitocina é fundamental, pois está relacionada com as contrações uterinas. A ocitocina sintética, que é produzida em laboratório e é diferente da ocitocina natural, é comumente administrada para induzir o parto, acelerar o trabalho de parto, prevenir hemorragias e estimular o nascimento da placenta (estes dois últimos, no terceiro estágio do trabalho de parto, já após o nascimento do bebé), apesar de haver controvérsias sobre esta indicação (Soltani et al, 2010, WHO, 2013).

Para o total dos partos vaginais e cesarianas intraparto ( $n=465$ )<sup>26</sup>, a ocitocina sintética não foi utilizada em 147 casos, o que equivale a 31,6%. Um destes casos se trata de não administração por respeito à recusa da mulher. Em 61,7% dos casos ( $n=287$ ) foi administrada a ocitocina em algum momento do trabalho de parto. Em 31 partos (6,7%), as mulheres relataram desconhecer se foi ou não administrada a ocitocina em algum momento do trabalho de parto.

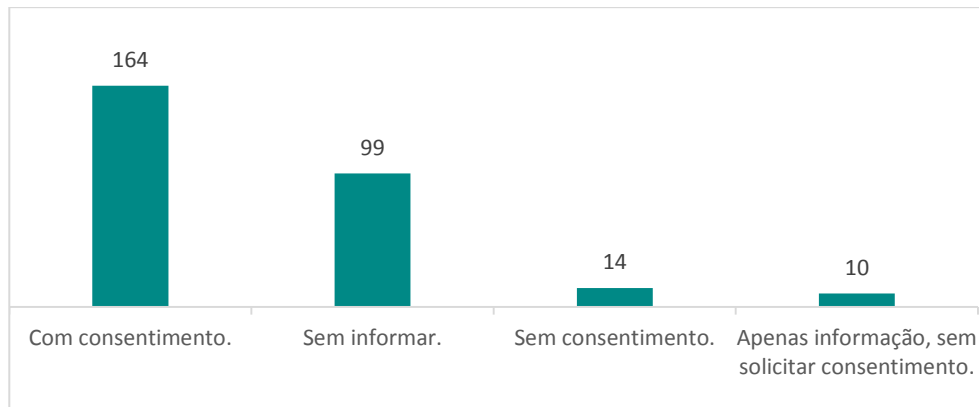
Figura 6. Resultados para Administração de Ocitocina Sintética em algum momento do trabalho de parto ( $n=465$ ).



Dos 287 casos em que foi administrada a ocitocina em algum momento do trabalho de parto, em 164 (57,1%) houve o consentimento das mulheres e em 99 (34,5%) não houve, sequer, informação dessa administração às mulheres. Para além disso, 4,9% ( $n=14$ ) das administrações de ocitocina foram feitas sem consentimento. Em 10 casos (3,5%), a parturiente foi avisada de que receberia ocitocina, mas não foi solicitado seu consentimento.

<sup>26</sup> Houve 3 omissões para esta questão.

Figura 7. Resultados para Administração de Ocitocina e Consentimento Informado (n=287).



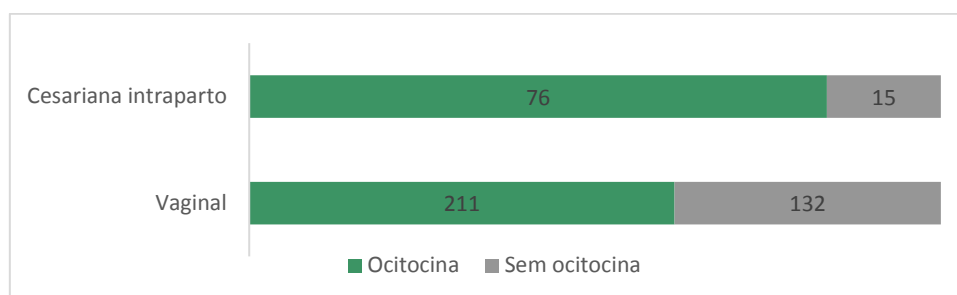
Um resultado muito interessante surge no cruzamento dos dados entre a administração de ocitocina e o desfecho dos partos. Com base nas respostas válidas, se observa que, de 97 cesarianas intraparto, a 76 foi administrada ocitocina sintética em algum momento do trabalho de parto (anterior à intervenção cirúrgica), o que equivale a 78,3%; e em apenas 15 (15,5%) esta não foi administrada. Houve 6 respostas (6,2%) referentes a “Desconheço”. Já de 368 partos vaginais, a 57,3% (n=211) foi administrada ocitocina e para 35,9% (n=132) não foi administrada ocitocina ao longo do trabalho de parto. Houve 25 respostas (6,8%) referentes a “Desconheço”. Destes resultados se pode inferir que, com a administração de ocitocina sintética em algum momento do trabalho de parto, houve uma maior incidência de cesarianas para o grupo de estudo (78,3% versus 57,3%).

Quadro 4. Comparação entre Administração de Ocitocina e desfecho do parto (n=465).

Desfecho do parto	Com Ocitocina		Sem ocitocina		Desconheço		Total por tipo de parto	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Vaginal	211	57,3%	132	35,9%	25	6,8%	368	100%
Cesariana intraparto	76	78,3%	15	15,5%	6	6,2%	97	100%

A figura abaixo possibilita visualizar mais claramente a ocorrência de cesariana ou parto vaginal e a administração de ocitocina em algum momento do trabalho de parto. Não se pode, entretanto, afirmar que esta relação seja de causa e efeito.

Figura 8. Comparação entre administração de Ocitocina no TP e o desfecho do parto (n=465).

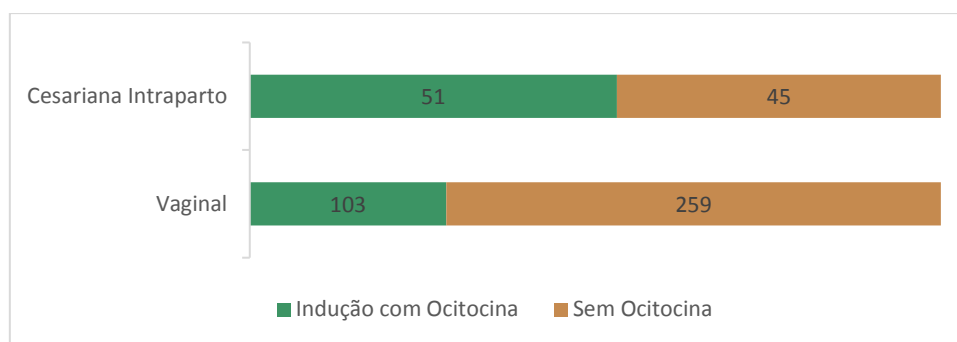


Até há pouco, não havia evidências consistentes que confirmassem que a administração de ocitocina em algum momento do trabalho de parto estivesse relacionada a uma maior (ou menor) taxa de cesarianas. A administração de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, quando este se iniciou espontaneamente, é uma intervenção frequentemente realizada rotineiramente, sem evidências claras que indiquem seus benefícios. Em casos de trabalhos de parto estacionários ou com progresso lento, a ocitocina costuma ser recomendada para evitar cesariana, pois este medicamento faz com que as contrações aumentem em ritmo e intensidade, fazendo assim com que o trabalho de parto progrida. Sobre esta questão, um estudo indicou que, de facto, em casos de lento progresso de TP, a administração de doses mais elevadas de ocitocina, se comparada com doses menos elevadas, esteve associada a menores índices de cesarianas e maiores índices de partos vaginais espontâneos (sem fórceps ou ventosa), entretanto, os autores concluem que não há evidência suficiente para corroborar a administração de ocitocina sintética rotineiramente em casos de lento progresso de TP (Kenyon et al, 2013).

Outro estudo que comparou a administração de ocitocina *versus* nenhum tratamento para acelerar o trabalho de parto, em casos de lento progresso de TP, concluiu que no grupo de mulheres que recebeu a administração de ocitocina, não houve qualquer diferença discernível relativamente ao número de cesarianas. O uso de ocitocina foi associado a uma redução de aproximadamente duas horas de trabalho de parto, o que, segundo os autores, pode ser determinante para algumas mulheres. No entanto, eles prosseguem, se o objetivo principal for a redução da taxa de cesarianas, talvez seja necessário procurar outras alternativas à administração de ocitocina (Bugg et al, 2013).

No inquérito, indo um pouco mais além, comparou-se as respostas válidas sobre o desfecho do parto (vaginal/cesariana intraparto) com respostas válidas sobre o início do trabalho de parto (Indução por ocitocina/Outros: espontâneo e indução por prostaglandinas). Os resultados, observados no gráfico abaixo, indicam que, para os partos vaginais, 28,5% (n=103) foram induzidos com ocitocina sintética e 71,5% (n=259) não foram induzidos com ocitocina sintética (no caso, 255 espontâneos e 4 induções por prostaglandinas). Já para os trabalhos de parto cujo desfecho foi a cesariana (intraparto), 53,1% (n=51) iniciaram por indução com ocitocina sintética e 46,9% (n=45) iniciaram sem ocitocina (44 espontâneos e 1 com prostaglandinas).

Figura 9. Comparação entre o início do TP, com ou sem indução por ocitocina sintética, e o desfecho do parto (n=458).



Estes resultados impressionam, devido ao grande número de cesarianas intraparto para os partos iniciados por indução por ocitocina sintética. Certamente que este é um grupo de estudo reduzido e não há equivalência numérica entre partos vaginais e cesarianas, mas não deixa de ser um resultado expressivo.

Um recente estudo populacional transversal indicou que a indução do trabalho de parto está consistentemente ligada a uma maior taxa de cesarianas (Davey & King, 2016). Este talvez seja, até o momento, o estudo mais relevante, com evidências mais sólidas, já publicado sobre o tema. Nele, foram estudados 42.950 primeiros partos, de baixo risco, a termo, onde se comparou a indução ou aceleração de trabalho de parto, por ocitocina, prostaglandinas ou amniotomia, *versus* o trabalho de parto espontâneo, sem indução ou aceleração. A conclusão do estudo foi que a indução esteve associada a “mais que o dobro” do risco de cesariana de emergência, se comparada a um parto espontâneo (26,5% vs. 12,5%). A pesquisa ainda concluiu que todos os métodos de indução e aceleração analisados (ocitocina, prostaglandinas e amniotomia) foram associados a um maior risco de cesariana. Note-se que não havia indicação médica explícita para proceder à indução

ou qualquer complicação na gravidez, pelo que não havia fatores de risco subjacentes identificáveis, o que reforça a evidência de que as cesarianas subsequentes tiveram uma relação direta com as induções.

Um estudo retrospectivo indicou que, em parturientes nulíparas<sup>27</sup> sob anestesia epidural, a indução do trabalho de parto por ocitocina, se comparada com a aceleração do TP, está relacionada com taxas mais elevadas de cesariana (Kaul et al, 2004). A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) declara: “O parto provocado tem maior risco para a mãe e para o bebé, não devendo ser considerado sem que haja um motivo de saúde. A cesariana tem maior risco para a mãe e para o bebé, não devendo ser considerada sem que haja um motivo de saúde. O parto normal continua a ser considerado a forma mais segura do nascimento”<sup>28</sup>.

No inquérito, em 97 casos as mulheres referiram que a indução se deu por razões médicas (não determinadas) e em 68 casos a indução se deu devido à idade gestacional haver atingido (ou estar muito próxima de atingir) o ponto considerado limítrofe para o parto decorrer, que são as 41 semanas. Há algumas evidências que indicam que há possíveis benefícios para a mãe e o feto se a indução ocorrer após as 41 semanas, mas não antes. Um estudo aponta que mulheres cujo parto foi induzido por ocitocina têm mais probabilidade de pedir anestesia epidural para alívio da dor, já que a ocitocina pode aumentar a sensação de dor. Para além disso, a epidural traz riscos acrescidos à mãe e ao bebé e também tem o potencial de alterar a experiência de parto (King et al, 2010).

Do total das respostas válidas (n=419), verificou-se que em 302 partos (72%) as mulheres receberam epidural, mas não se sabe para quantos casos o uso da ocitocina precedeu a administração de epidural ou o contrário. Entretanto, os depoimentos abaixo expressam esta relação:

*“Foi impossível tolerar a dor das contrações geradas pela ocitocina.”*

*“Disseram-me que as dores iam piorar imenso com a ocitocina e eu acabei por ceder [e aceitar a epidural] depois de muita insistência por parte delas.”*

Dentre os maiores riscos da administração de ocitocina sintética, incluem-se hiperestimulação do útero, falha na indução, rotura uterina e sofrimento fetal. Para além

---

<sup>27</sup> Nulípara: que nunca pariu.

<sup>28</sup> Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-e-orientacoes-sobre-aspetos-tecnicos-relacionados-com-a-cesariana.aspx> Data do acesso: 07/07/2016

disso, a lacuna da administração de ocitocina é que há muitas induções fracassadas e, nestes casos, usualmente se prossegue por via cirúrgica (Stubbs, 2000).

Além da maior probabilidade de ser administrada a epidural, a administração de ocitocina sintética requer constante monitorização fetal, comumente realizada pelo CTG<sup>29</sup>, ajustado na barriga da gestante através de cintas, o que geralmente faz com que a mulher fique restrita ao leito hospitalar, o que, *per se*, já aumenta a probabilidade de a parturiente receber epidural e altera a experiência do parto (Alfirevic et al, 2009). Relativamente à restrição ao leito hospitalar, no inquérito, do total de respostas válidas para partos vaginais e cesarianas intraparto (n=457), em 59,5% dos casos (n=272) as mulheres assinalaram terem sido, em algum momento do TP, obrigadas a ficar restritas ao leito hospitalar. Apenas em 40,5% dos casos (n=185), as mulheres indicaram terem tido liberdade de movimentos. Não se pode aferir em quantos casos a restrição de movimentos tem relação direta com a administração de ocitocina e também não se pode apurar quantas mulheres foram restritas ao leito devido ao CTG, entretanto, os depoimentos abaixo indicam como o CTG pode interferir nesta questão da restrição e liberdade de movimentos:

*“Apesar de um apoio ótimo no início do trabalho de parto, com a mudança para a sala de partos senti muita pressão (para ficar deitada com CTG contínuo, para receber ocitocina sintética, rebentaram a bolsa sem me informarem e esperar consentimento...)”*

*“Tinha de estar deitada por causa do soro, ocitocina e CTG.”*

*“A "obrigação" não foi explicitamente verbalizada mas fui instruída nesse sentido, amarrada ao CTG e em momento algum foi apresentada outra alternativa. Na minha falta de preparação também não sabia ou me ocorreu que estando num hospital poderia ou deveria estar noutra posição que não deitada... E nem isso me foi sugerido, proposto ou apresentado como possibilidade, muito menos que seria benéfico...”*

*“Estava com tantos fios ligados que era impossível sair da cama.”*

*“Não fui obrigada a ficar deitada mas fiquei porque estando ligada ao CTG não estava muito livre pra me movimentar.”*

*“Quiseram obrigar-me a ficar para monitorização CTG (apesar de terem referido anteriormente que os CTGs eram wireless e permitiam a mobilidade - questão importante*

---

<sup>29</sup> CTG: Cardiotocografia é a avaliação e registo dos batimentos cardíacos fetais realizada através do cardiotocógrafo.

*para mim após um 1º parto onde fui obrigada a estar deitada o tempo todo!)... Após ter garantido que estava tudo bem com o meu bebê, pedi para ir à casa de banho e lá fiquei. Foi onde fiz o resto da dilatação (de 5 a 9 dedos em cerca de meia hora) permitindo-me seguir o que o meu corpo me ditava. Enquanto, cá fora, batiam à porta perguntando se estava tudo bem. E estava mesmo!”*

Para além disso, a administração de ocitocina é um procedimento que decorre, muitas vezes, sem o consentimento ou o conhecimento das mulheres, o que também se observou pelos resultados. Alguns testemunhos que nos chegaram demonstram este problema:

*“Disseram que o que estavam a administrar era soro para eu não me preocupar.”*

*“O médico ia de férias. Resolveu provocar o parto sem o meu consentimento”*

*“A cesariana foi clinicamente forçada. O trabalho de parto estava-se a iniciar e houve indicação médica (contra a minha vontade) de ser feita indução por ocitocina. Por não haver resposta do organismo em 6/8 horas foi-me feita uma cesariana com diagnóstico de incompatibilidade feto-pélvica (com 4 cm dilatação!!!!!!) numa sexta-feira às 19h num hospital privado!!!”*

*“Estou arrependida de me ter sujeitado a indução do parto e por ter estado sempre deitada durante o trabalho de parto. Apercebi-me que atrasou a sua evolução, acabando por ter sido necessário o uso de ventosa.”*

*“O médico sugeriu a indução do trabalho de parto às 38 semanas, sem causa médica que justificasse. Após 12 horas de trabalho de parto a dilatação estava bastante longe da necessária e foi necessário seguir com a cesariana.”*

*“Depois de 2 dias de indução de parto (4 toques vaginais) na tarde do 3º dia (2 toques vaginais) levaram-me para a sala de partos para acelerar o processo de parto. Entre medicação para acelerar o parto, rebentamento forçado das águas, e 2 epidurais foi uma longa tarde. Vários profissionais andaram "de volta de mim" até as 23h00 (desci para a sala de partos às 15h00) inclusive estudantes. O meu filho nasceu às 23h29 por cesariana de urgência.”*

*“O parto resultou em cesariana de emergência porque a quantidade exagerada de ocitocina sintética que me foi administrada, além de aumentar as dores das contrações*

*imensamente, teve um efeito de tal forma perigoso na minha filha que ela entrou em sofrimento, nasceu inconsciente e teve de ser reanimada.”*

*“O facto de ter sido um parto induzido e depois cesariana deixou-me triste e confusa.”*

*“Foi-me dada ocitocina sem nenhum esclarecimento do que se tratava apesar de ter entrado já na maternidade com 3/4 dedos dilatação.”*

*“Quando me desloquei ao hospital estava com contrações de 10 em 10 minutos e 2 dedos de dilatação, mas como as contrações não eram dolorosas, fui só para saber se me encontrava no meu processo de pré trabalho de parto, e a enfermeira na triagem fez-me logo a deslocação das membrana sem me avisar, tive que aguardar pela médica e essa também o fez sem avisar e deu-me um comprimido que disse que era para as dores, eu disse que não queria e ela disse que tinha que ser. Quando fomos tratar da papelada para entrar é que fui informada que o comprimido era ocitocina. Eu só pedia a bola de Pilatos e não me davam porque tinha sido parto provocado e não podia levantar-me da cama, em 2h e já não aguentava as dores a posição não ajudava nada, e ainda estive à espera que a anestesista almoçasse para levar a epidural que acredito que não precisava se o meu trabalho de parto tivesse sido natural.”*

*“O meu plano deixou bem claro que não queria ocitocina sintética. Colocaram na mesma, mentiram na altura dizendo que não havia, era só o soro. Quando pedi as notas do parto do hospital é que descobri que administraram sem o meu consentimento e que depois de 20 minutos tiraram por causa do efeito negativo nos batimentos cardíacos do meu filho.”*

#### *7.4.4 Manobra de Kristeller*

A Organização Mundial da Saúde (1996) circunscreveu a manobra de Kristeller, que consiste em fazer pressão, geralmente com as mãos e os braços, “empurrando” o fundo do útero com a intenção de auxiliar o nascimento do bebé, como ‘Categoria C’, “Práticas para as quais há evidências insuficientes para corroborar uma recomendação clara e devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas futuras esclareçam a questão”. Em 2010, a OMS, em um documento intitulado *Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth* (WHO, 2010) acrescenta que, a respeito da manobra de Kristeller, além de não existir pesquisa que indique quaisquer benefícios para acelerar ou evitar o prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto (período expulsivo), ela ainda está associada a potenciais efeitos adversos para a mãe e o bebé.

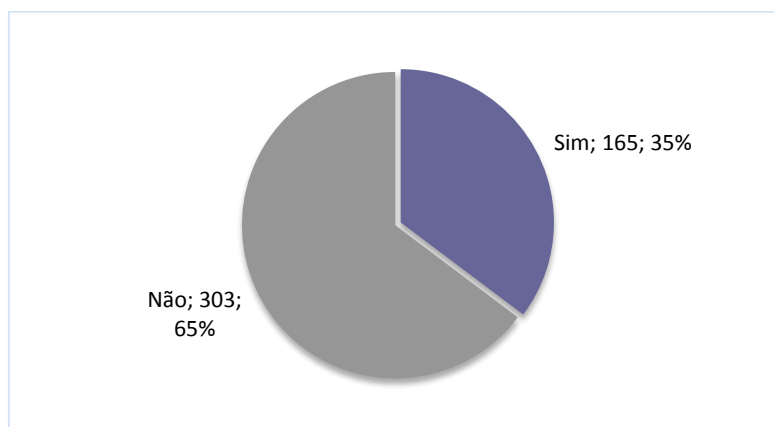


Nenhum estudo até o momento indicou a eficácia da prática (Habec et al, 2008). Apesar disto, sabe-se que há riscos associados, como hemorragia, danos perineais, rotura uterina e complicações para o feto. Esta manobra já foi eliminada em muitos países, mas ainda é praticada rotineiramente em outros (Verheijen et al, 2009).

O facto é que o uso da manobra de Kristeller já foi praticamente abandonado na maioria dos países onde o parto normal é guiado exclusivamente por parteiras. Nestes países, as parturientes podem escolher a posição para o parto e assim reduzindo a incidência de episiotomia e parto vaginal instrumentalizado. Alguns obstetras tendem a executar a manobra de Krisletter prematura e extensivamente tanto devido a “hábitos obstétricos” ou inadequada experiência com partos vaginais instrumentalizados<sup>30</sup> [...] (Habec et al, 2008, p. 184).

Não deixa de surpreender o número de respostas afirmativas para a manobra de Kristeller no inquérito. Para 165 partos, as mulheres responderam que foram submetidas a esta manobra, o que corresponde a 35% do total de trabalhos de parto (n=468). Infelizmente, não há, em Portugal ou mesmo na Europa, dados estatísticos para comparar com os dados recebidos por este inquérito. No inquérito da APDMGP, esta questão não foi abordada, pelo que, na apresentação dos resultados, a Associação apontou que 12 mulheres indicaram, nas caixas de comentários, que foram submetidas à manobra.

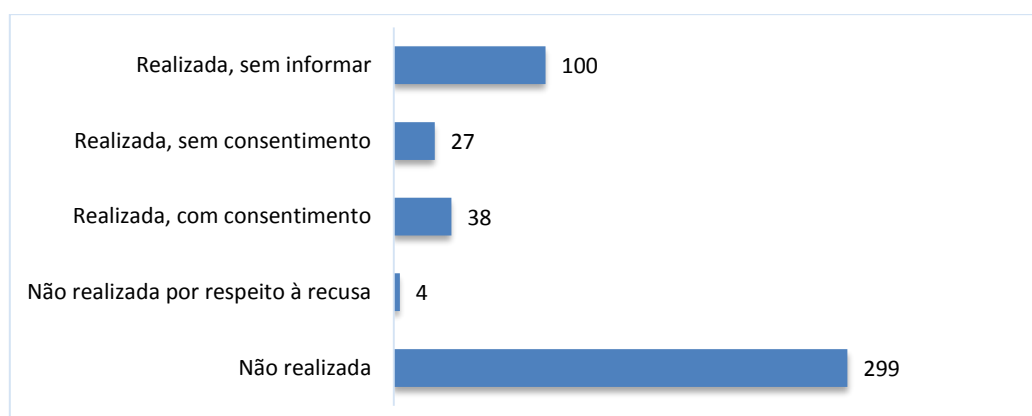
*Figura 10. Resultados para manobra de Kristeller (n=468).*



A maioria das manobras foi efetuada sem informar as mulheres. Trata-se de 100 casos, o que corresponde a 60,6% do total das manobras de Kristeller realizadas. Para 38 partos (23,0%) houve o consentimento das mulheres. Em 16,4% das intervenções (n=27), as mulheres não consentiram com a execução da manobra.

<sup>30</sup> Tradução livre realizada pela autora.

Figura 11. Resultados para manobra de Kristeller e Consentimento Informado (n=468).



Em diversos países há campanhas contra a manobra de Kristeller, que está associada à violência obstétrica por se tratar de uma agressão física, com sérios danos potenciais associados. Uma das campanhas é a ‘*STOP Kristeller*’ criada em 2014 pela ONG *El Parto es Nuestro*, da Espanha.<sup>31</sup> Também em 2014, no Brasil, um hospital público proibiu a execução da manobra, considerando-a violência obstétrica.<sup>32</sup> Apesar da falta de pesquisas científicas sobre esta manobra, há muitos relatos de danos decorrentes da prática, como é o caso do relato abaixo, que nos chegou pelo inquérito. Para além dos riscos para a mãe e o bebê, a pressão no fundo do útero geralmente causa dor e desconforto.

*“A compressão abdominal [Manobra de Kristeller] foi tão brutal ao ponto de me fraturarem o esterno.”*

*“A manobra do Kristeller foi efetuada pelo meu marido e por uma das enfermeiras, por indicação dela. Após um ou dois empurrões exigi que parassem pois era doloroso.”*

*“Relativamente à manobra de Kristeller e à episiotomia ambas foram realizadas com meu consentimento, apesar de constar do plano de parto que optava pela não realização destas ações, contudo no período expulsivo argumentavam que tinha mesmo de ser!!!”*

#### 7.4.5 Episiotomia

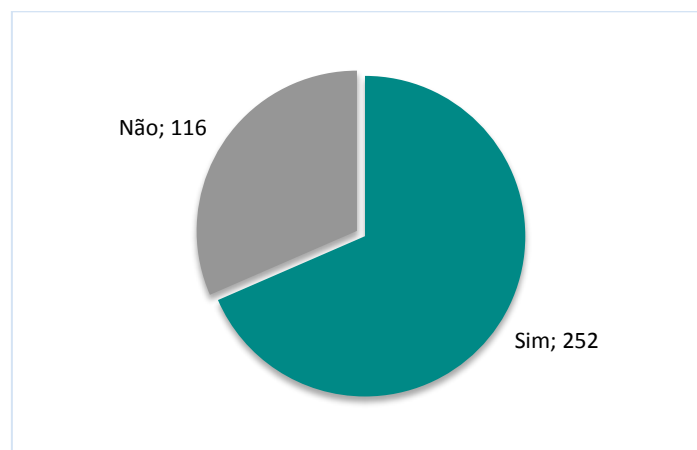
Para a questão da episiotomia, foram desconsideradas as cesarianas intraparto e a análise dos resultados é apresentada apenas para os partos vaginais, pois a episiotomia costuma ser realizada muito perto do momento da expulsão do bebê, o que significa que

<sup>31</sup> <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>  
Data do acesso: 02/07/2016.

<sup>32</sup> <http://www.geledes.org.br/hospital-proibe-manobra-de-kristeller-e-reconhece-violencia-obstetrica/> Data do acesso: 02/07/2016.

haverá uma probabilidade reduzida de a mulher, no mesmo parto, ser submetida à episiotomia e também à cesariana, apesar de isso, raramente, acontecer. Para os partos vaginais, o número de respostas válidas para a questão relativa à episiotomia é 368, pois houve duas respostas inconclusivas, pelo que foram assumidas como “Indeterminado”. Portanto, para 368 partos vaginais, em 68,5% (n=252), as mulheres foram submetidas à episiotomia. Isso significa que, para cada 10 partos vaginais, em aproximadamente 7 foi realizada esta intervenção. Este é um número muito elevado, pois já está comprovado que o uso rotineiro desta prática, para além de ineficaz, é prejudicial. No relatório do inquérito da APDMGP, este índice é semelhante e ainda maior: 72,7% das mulheres referiram ter sido submetidas ao procedimento (APDMGP, 2015).

*Figura 12. Resultados para Episiotomia (n=368).*



É interessante observar como os índices de episiotomias são tão díspares entre alguns países da União Europeia. Entre 2004 e 2010, Portugal apresentou as taxas mais altas de episiotomia: 70% dos partos vaginais, juntamente com Chipre, Polónia e Roménia. As taxas foram de 43 a 58% em Valónia, Flandres, República Checa e Espanha; entre 16 e 36% no País de Gales, Escócia, Finlândia, Estónia, França, Suíça, Alemanha, Malta, Eslovênia, Luxemburgo, Bruxelas, Letónia e Inglaterra. As menores taxas foram na Dinamarca (4,9%); Suécia (6,6%) e Islândia (7,2%) (Zeitlin et al, 2010). Qual é a razão para tamanha disparidade na prática de episiotomias?

Uma revisão sistemática de oito estudos randomizados, totalizando 5.541 partos, com o objetivo de comparar resultados entre o uso rotineiro (neste caso, em 75,15% dos partos) e o uso restritivo (neste caso, em 28,40% dos partos) da episiotomia durante o parto vaginal, indicou que no uso restritivo, verificou-se um aumento no número de lacerações perineais anteriores, mas uma redução das lesões perineais posteriores,

redução da necessidade de sutura e também menores complicações de cicatrização. Os autores concluíram que o uso restritivo apresenta maiores benefícios, comparando-se ao uso generalizado do procedimento (Carroli & Mignini, 2009). Destacam-se ainda outros estudos, como o de Bansal et al (1996 apud Borges et al, 2003), um estudo retrospectivo que analisou 17.483 partos eutócicos<sup>33</sup>, durante 18 anos, que concluiu que o número de episiotomias passou de 86,8% para 10,4%. As consequências para esta redução de episiotomias foram: redução de 53% de lacerações perineais graus 3 e 4; aumento concomitante de périneos intatos, de 10,3% para 26,5%. Apesar disso, houve um aumento de roturas vaginais de 5,4% para 19,3%, o que é esperado diante da redução de episiotomias, mas o mais importante é que as lacerações perineais são mais comumente de graus 1 e 2, portanto de mais fácil reparo, cicatrização e recuperação do que os graus 3 e 4, que envolvem, respetivamente, trauma no esfíncter e na mucosa anal. Este estudo retrospectivo apontou ainda para o facto de a episiotomia se mostrar diretamente proporcional à frequência de roturas severas, de grau 4, e estar inversamente relacionada à proporção de périneos intatos e lacerações espontâneas (Borges et al, 2003).

A episiotomia é um procedimento ainda muito executado como rotina hospitalar, com a justificação de reduzir lacerações. E, de facto, há uma redução de lacerações perineais de graus 1 e 2 com o uso da episiotomia. Mas será este um benefício? Ao se atentar para as evidências científicas, o que se observa é que não há qualquer benefício em se fazer a episiotomia, se comparada às lacerações perineais graus 1 e 2. Ora, como já dito anteriormente, a episiotomia já é uma rotura de grau 2. A falácia da obstetrícia sobre a prática de episiotomia “um bom e preciso corte é melhor do que um rasgo irregular” é um mito já refutado pelas evidências científicas há tempos (Goer, 1995). Então, por que ainda são realizadas tantas episiotomias de rotina?

No inquérito, de todas as episiotomias realizadas (n=252), 86,9% (n=219) foram feitas em primíparas. Sabe-se que é mais comum a prática de episiotomia quando se trata de um primeiro parto, devido à ideia arraigada de que há uma maior necessidade da intervenção em primíparas. Em países cujo uso rotineiro da episiotomia é recorrente, é comum as taxas de episiotomia ficarem em torno dos 90% para primíparas (Althabe et al,

---

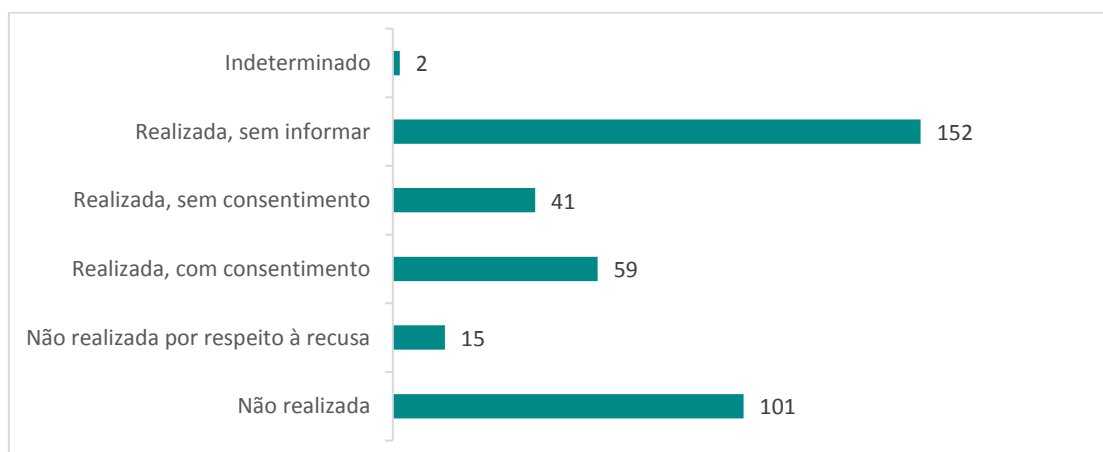
<sup>33</sup> Segundo a ICD (Classificação Internacional de Doenças) um parto só pode classificar-se como eutócico quando requereu assistência mínima ou não precisou de assistência, com ou sem episiotomia, sem manipulação fetal [como seja rotação por versão] ou instrumentação [fórceps], que foi espontâneo, de apresentação cefálica, vaginal, e que teve como produto uma criança viva, única e de termo. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> Data do acesso: 28/07/2016.

2002; Trinh et al, 2013). Entretanto, não há razão científica para tal. Um estudo transversal que comparou o uso seletivo de episiotomia *versus* o uso rotineiro para primíparas indicou que o uso seletivo foi associado a mais périneos intactos, menos traumas perineais e menos dor após o parto, se comparado ao uso rotineiro (Danesh et al, 2011). Outro estudo demonstrou que a episiotomia em primíparas foi determinante para aumentar o tamanho das lacerações (em aproximadamente 3 cm) e causar mais disrupção do esfíncter anal (Nager & Helliwell, 2011).

O inquérito demonstrou que quase 9 em 10 mulheres primíparas foram submetidas à episiotomia. Não há dados estatísticos em Portugal para confirmar se, de facto, há um número assim elevado de episiotomias em primíparas. A episiotomia comumente traz consigo sérias consequências, tanto a curto quanto longo prazo, pelo que seu uso precisa de ser muito restrito e para primíparas isto não deveria ser diferente.

O que se observou nos resultados do inquérito é que, das episiotomias realizadas (n= 252), 60,3% (n=152) foram executadas sem ao menos informar a parturiente. Para 41 partos (16,3%) a episiotomia foi feita mesmo diante da recusa das mulheres. Apenas 23,4% (n= 59) das episiotomias foram realizadas com o consentimento das parturientes.

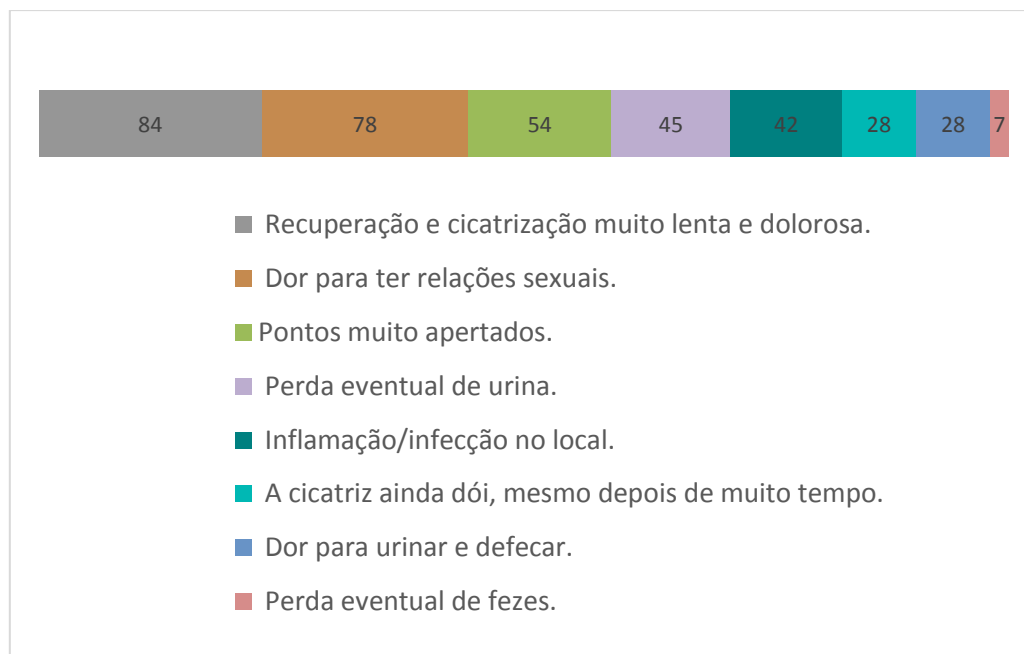
Figura 13. Resultados para Episiotomia e consentimento informado (n=370).



Para os partos nos quais as mulheres foram submetidas à episiotomia (n=252), apenas em 108 casos (42,9%) as mulheres referiram não ter apresentado problemas físicos posteriores decorrentes da incisão. Para a maior parte das episiotomias realizadas, 57,1%, (n=144) as mulheres indicaram que tiveram problemas físicos posteriores. Dentre os problemas físicos apresentados (note-se que há a possibilidade de marcar mais de uma opção), o mais recorrente foi ‘recuperação e cicatrização muito lenta e dolorosa’, assinalada 84 vezes. Seguiram-se ‘dor para ter relações sexuais (assinalada 78 vezes),

‘pontos muito apertados’ (54 indicações), ‘perda eventual de urina’ (n=45), ‘inflamação/infeção no local’ (n=42), ‘a cicatriz ainda dói, mesmo depois de muito tempo’ (n=28), ‘dor para urinar ou defecar’ (n=28) e ‘perda eventual de fezes’ (n=7). Esses resultados remetem ao conceito de morbidade materna. Apesar de Portugal apresentar um índice de mortalidade materna muito baixo (7,3 por cada 100.000 nascimentos, em 2014 – PORDATA, 2016), o que é muito positivo, é preciso considerar outro fator no desfecho do parto, a morbidade, que também é um indicador muito importante em saúde materna (Pintassilgo, 2014).

Figura 14. Indicações de problemas físicos posteriores decorrentes da Episiotomia.



Evidências apontam que a episiotomia, se comparada às roturas espontâneas de graus 1 e 2, resulta em maior incidência de infecções (10% *versus* 2%) e maiores complicações com a cicatrização (29% *versus* 9%). Para além disso, não existe comprovação de que uma incisão reta seja mais fácil de reparar e cicatrize melhor do que uma laceração e, portanto, seja melhor para a mulher (Borges et al, 2003). Outra indicação sem fundamentação científica da episiotomia é a de proteger o bebé de lesões (como a distocia de ombros) e evitar o sofrimento fetal. Entretanto, estudos apontam que não há qualquer relação entre a prática da episiotomia e benefícios fetais, nem mesmo nos

valores de Apgar<sup>34</sup> (Borges et al, 2003). Dentre as complicações físicas para a mulher, que podem advir da episiotomia, são elencadas algumas: infecção; hematoma; roturas de períneo grau 3 e 4; deiscência; abscesso; incontinência de gases; incontinência de fezes; fístula rectovaginal; lesão do nervo pudendo; fascíte necrosante; morte (Borges et al, 2003).

A episiotomia de rotina é uma das maiores representações da violência obstétrica institucionalizada, da qual, infelizmente, a maioria das mulheres, em muitos países, dentre eles Portugal, é vítima. Seguem-se abaixo alguns comentários que chegaram através do inquérito, relativos a essa intervenção.

*“Consegui olhar para cicatriz [da episiotomia] depois de 14 meses!”*

*“A episiotomia foi feita contra a minha vontade expressa. Tanto eu como o meu marido, que estava presente no momento do nascimento, pedimos para não ser feita, para esperarem mais um pouco, que esse era um dos meus desejos expressos no plano de parto, e o médico [...], ignorou-nos, disse ao meu marido "você aqui não manda nada" e fez a episiotomia. Era um bebé que nasceu com 3000gr, estava em expulsivo há poucos minutos, não houve qualquer justificação médica para fazer o procedimento.”*

*“Passados 8 meses ainda me dói a ter relações sexuais.”*

*“Apesar de eu ter dito que estava bem e que não tinha pressa para o bebé nascer, foi feita a episiotomia claramente para acelerar o processo.”*

*“A justificação [para realizar episiotomia] foi o bebé estar em sofrimento, ou seja, violência emocional.”*

*“Eu não queria que me fizessem a episiotomia, mas fizeram sem me informar, fui apanhada de surpresa quando me cortaram, a justificação foi que o meu filho estava em sofrimento e a verdade é que depois de nascer levaram-no logo para dentro e esteve a oxigénio, mal estive com ele assim que nasceu.”*

---

<sup>34</sup> A Escala de Apgar é um teste que consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação que varia de 0 a 10, para avaliar as condições do recém-nascido. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como: sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave: Apgar 0 a 2. Apgar, Virginia (1966). *The Newborn (Apgar) Scoring System: Reflections and Advice*. Pediatric clinics of North America. 13: 645–650.

*“A episiotomia, apesar de consentida, foi o aspeto que mais me desagradou no meu parto, pois acredito que a mesma não seria necessária, caso me tivessem permitido escolher a posição em que queria estar durante o expulsivo.”*

*“Foi feita uma episiotomia. E a junção dessas condições mais a lenta dilatação e excesso de epidural resultaram numa laceração perineal grau 4.”*

*“[...]As minhas contrações pararam no momento em que me puseram as pernas elevadas naquele suporte ginecológico, mesmo assim continuaram o processo e a episiotomia foi feita numa altura sem contração, senti tudo.”*

*“Avisaram-me que iam cortar-me (contra o meu plano de parto) mas naquela altura já não conseguia raciocinar nem falar.”*

*“Fizeram-me a episiotomia com anestesia local mas só depois de eu gritar, pois achavam que a epidural estava a fazer efeito e não perguntaram nem avisaram que iam cortar.”*

#### 7.4.6 ‘Ponto do Marido’

O ‘ponto do marido’ não é necessariamente uma intervenção. Trata-se de fazer um ponto “extra” durante a sutura do períneo, após a episiotomia, com o intuito de deixar a vagina mais fechada ou mais apertada.

Este ato não pode sequer ser chamado de ‘procedimento’, pois não é instituído como prática médica e é, na verdade, um ato ‘à parte’, como se fosse fruto da ‘bondade’ de algum profissional, que se dispõe a ‘ajudar’ a mulher e o casal, fazendo com que a vagina fique mais apertada, com a alegação de oferecer mais prazer ao parceiro sexual, daí o nome ‘ponto do marido’.

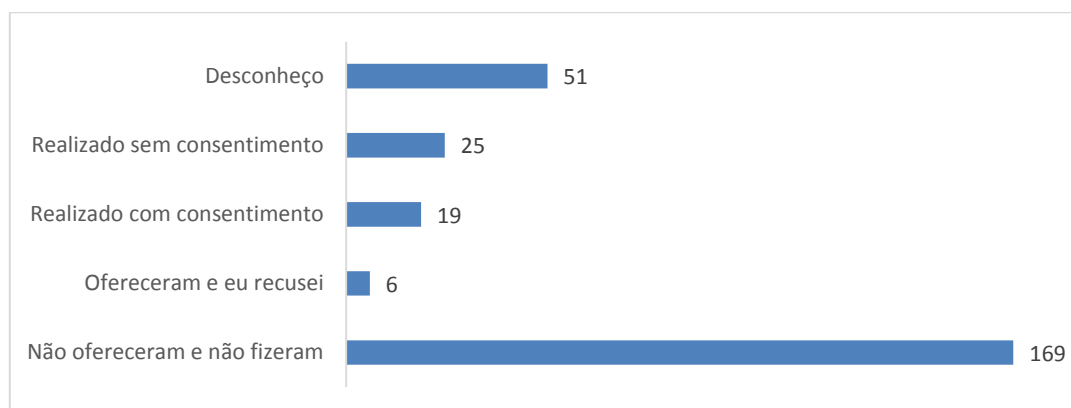
O ‘ponto do marido’ é uma manifestação da objetificação do corpo feminino, na qual a(o) profissional ajuda a restabelecer a condição virginal à mulher, para satisfazer o homem (Gilgoff, 2000; São Bento & Santos, 2006). Para além disso, também fundamenta-se “na ideologia de que o corpo feminino é pouco funcional e, portanto, necessita de reajustes para voltar ao estado ‘normal’ ” após o parto (São Bento & Santos, 2006, p. 554).

De acordo com os resultados do inquérito, para as mulheres submetidas à episiorrafia (sutura do períneo, seja por laceração espontânea ou episiotomia) (n=270), o ‘ponto do marido’ foi realizado em 16,3% dos casos (n=44). Destes 44 casos, em 25 (56,8%), as mulheres afirmaram que o ponto extra foi realizado sem seu consentimento.



Para 19 casos (43,2%) o ‘ponto do marido’ foi realizado com consentimento. Estes valores surpreendem, pois se trata de uma prática arcaica que já há muito se pensava abandonada. Sabe-se que em alguns lugares, como no Brasil, por exemplo, há relatos desta prática (Diniz, 2016). Em Portugal não há menção alguma. É como se ela nem existisse no país.

Figura 15. Resultados para 'Ponto do Marido' - Para as mulheres submetidas à Episiorrafia (n=270).



Entretanto, como se pode observar, pelos resultados da pesquisa e também pelo depoimento abaixo, de uma mulher cujo parto decorreu entre 2005 e 2010, essa prática existe, sim, em Portugal.

*“Não era preciso levar nenhum ponto, mas a senhora que ali estava (não sei dizer se enfermeira ou médica) acompanhada por estudantes, achou que devia levar um "pontinho para o marido" e depois mostrou aos estudantes e ao meu marido, orgulhosa do seu "bom" trabalho.”*

Mulheres que foram vítimas desta prática podem sofrer consequências físicas como dificuldades e dor para ter relações sexuais, sendo preciso, por vezes, recorrer a um procedimento cirúrgico corretivo<sup>35</sup>.

#### 7.4.7 Respeito e informação às mulheres

Dado o excesso de procedimentos e intervenções, observados nesta secção, é imperativo que haja uma constante atualização de conhecimentos dos profissionais, para que pratiquem uma assistência baseada em evidências, pois muito da prática obstétrica é baseado em crenças e repetição de padrões sem justificação científica. Para além disso, quanto mais informadas as mulheres estiverem, mais elas poderão tomar decisões conscientes e se apropriar do parto. Entretanto, nada disso é proveitoso se não houver

<sup>35</sup> <http://www.partodoprincipio.com.br/faq-violncia-obsttrica> Data do acesso: 14/07/2016.

respeito para com as parturientes. Abaixo, alguns comentários expressam a vontade das mulheres de estarem mais informadas relativamente ao parto:

*“É a sensação de que poderia ter sido melhor informada OU podia ter exigido mais informação. O porquê de ter de ser induzido?! O porquê de terminar em cesariana? Massacraram-me muito estas dúvidas...”*

*“Levou-me a sentimentos de revolta que me levaram à procura de informação e à certificação de que nunca mais voltaria a ser tratada daquela forma.”*

*“Creio que não tinha noção do que podem ou não fazer com a nossa autorização.”*

*“No meu 1º filho era um bocado ‘totó’, logo não foi bem episiotomia consentida, na realidade na aula pré-parto do hospital informaram o que faziam e o que faziam e não havia margem para discussão logo também não contra-argUMENTEI (também não estava muito informada). Mas não sinto propriamente que tenha consentido, era como eram feitas as coisas e pronto.”*

*“Sinto que apesar do meu parto ter corrido bem, poderia ter sido melhor. Na altura não estava tão bem informada quanto agora e o curso de preparação para o parto que frequentei no centro de saúde da minha área não ensina a parir mas sim a funcionar como dá mais jeito aos médicos/enfermeiros. Sinto que a ideia geral é que não podemos nem devemos tentar algo diferente do pré-estabelecido. que temos de seguir cegamente aquilo que o profissional de saúde disser. É um pouco ridículo mas sinto algum receio do meu próximo parto, estou grávida de 20 semanas, por causa das intervenções como o toque e episiotomia. Tenho receio que mesmo não autorizando o façam.”*

## **7.5 Violência e suas consequências**

Do total das respostas ao inquérito (n=519), em 200 casos as mulheres sentiram-se desrespeitadas em algum momento do trabalho de parto, o que equivale a 38,5%. Relativamente ao desrespeito, no inquérito da APDMGP, ao serem inquiridas se sentiram-se respeitadas no parto, das 3.378 respostas, 49,7% (n=1677) referiram que sentiram-se “completamente respeitadas” e 37,7% (n=1274) afirmaram que “maioritariamente se sentiram respeitadas”. Do total, 8,2% (n=278) considerou que “nem por isso” e 149 mulheres (4,4%) responderam “não, de todo”. Ambos os inquéritos

revelam que, de facto, apesar de a maioria das mulheres sentir-se respeitada no parto, muitas não se sentem.

No inquérito deste trabalho, em 90 casos (17,4%) as mulheres assinalaram ter sido ameaçadas ou ofendidas verbalmente. Para 14 partos (2,7%) as mulheres referiram que foram agredidas fisicamente e, para 9 partos (1,7%), indicaram ter sido alvo de assédio sexual.

*Quadro 5. Resultados sobre desrespeito, agressão física, ameaças e ofensas e assédio sexual (n=519).*

	Sentiu-se desrespeitada		Foi ameaçada ou ofendida verbalmente		Foi agredida fisicamente		Foi alvo de assédio sexual	
<b>Sim</b>	38,5%	200	17,4%	90	2,7%	14	1,7%	9
<b>Não</b>	61,5%	319	82,6%	429	97,3%	505	98,3%	510

Dos 9 casos em que as mulheres relataram ter sido alvo de assédio sexual, chegamos apenas um comentário relativo a esta questão:

*“Durante o internamento pré-parto (5 dias de internamento), um dos enfermeiros insistia em fazer toques dolorosos constantes (às 37 semanas) sempre com a porta do quarto aberta em horário de visitas, deixando a grávida exposta às visitas das outras internadas, presenciei a mesma situação com outra grávida enquanto eu caminhava no corredor assisti ao toque que foi feito à senhora.”*

A Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE) define assédio sexual como “todo o comportamento indesejado de carácter sexual, sob forma verbal, não-verbal ou física, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador”<sup>36</sup>, conceito que está alinhado com a definição de assédio sexual pela Comissão Europeia. Apesar de o assédio sexual estar mais comumente associado às relações de trabalho (por exemplo empregador/empregado), também pode acontecer na relação entre profissional de saúde/paciente, que também envolve relações de poder, como já discutido acima. É importante ressaltar que, assim como para a violência, ao se pensar um ato como assédio sexual, é fundamental ter em conta a perspetiva da vítima. O

<sup>36</sup> Disponível em: <http://www.cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab005.html> Data do acesso: 02/08/2016.

facto é que não há como afirmar se o enfermeiro autor dos atos mencionados no depoimento acima teve mesmo intenção de assediar a participante e, também, apenas pelo comentário, há um conhecimento muito limitado dos factos. Mas não se pode ignorar aquilo que foi sentido pela mulher.

Relativamente à questão de agressão física, em um dos depoimentos recebidos, a participante indica que sentiu como agressão física o facto de ter-lhe sido feita episiotomia sem autorização e também por ter ficado sozinha sem apoio anestésico (apoio que é um direito das mulheres no parto) e, de facto, isso não deixa de ser uma violação à sua integridade física, mesmo que não-intencional, e foi percebida por ela como agressão física:

*“Em relação à pergunta anterior, considero violência física o facto de me terem cortado sem autorização e de me terem deixado sozinha durante horas sem apoio anestésico.”*

Os comentários abaixo também expressam esta questão:

*“Foi realizado procedimento ‘revisão manual do útero’ sem consentimento e sem analgesia ou anestesia.”*

*“Se considerarmos a manobra de Kristeller completamente desnecessária e obsoleta, então considero que ao ser feita, ainda para mais sem consentimento, fui agredida fisicamente.”*

*“O meu filho nasceu, eu estava tão concentrada na dor que me estavam a fazer no meu pulso para me segurar que não me lembro de ele nascer.”*

*“Como já referi, na compressão abdominal fraturam-me o esterno”*

Estes atos, descritos pelos relatos acima, foram assinalados pelas participantes como agressão física. Houve ainda uma tentativa de agressão física, como indica o comentário abaixo:

*“Houve a tentativa de uma enfermeira de me bater, mas foi travada pelo meu companheiro que se encontrava no local.”*

A violência psicológica também é comum no cenário do parto, como indicam diversos depoimentos de mulheres neste contexto. (APDMGP, 2015; Ciello et al, 2012). A violência psicológica se expressa através de ameaças, ralhetes, chantagem, ofensas, negligência, desrespeito, humilhações, troças, linguagem grosseira e podem causar na vítima sentimentos de vulnerabilidade, medo, insegurança, acuação, abandono, perda de

dignidade e integridade, entre outros. (Ciello et al, 2012). Os depoimentos abaixo, recebidos no inquérito, expressam situações de violência psicológica:

*“Decidi tomar epidural depois de me obrigarem a estar deitada o tempo todo e me darem ocitocina sintética sem me informarem (aliás dizendo-me que não era ocitocina, portanto, mentiram-me). Quando me tentava levantar, disseram-me que poderia matar o meu filho e que assumiria a responsabilidade.”*

*“Fui vítima de violência psicológica no internamento. O médico tentou demover-me de fazer parto na água de uma forma muito pouco ética, recorrendo ao "medo". Felizmente sem sucesso. A minha confiança e determinação não foi abalada.”*

*“[...] dado que fui vítima de abusos sexuais na adolescência a forma como me trataram embora não tenha sido com o intuito de me maltratar foi sentido como tal.”*

*“Uma médica (por sinal a diretora do serviço!) fez um comentário bastante vulgar, à frente da equipa, referindo-se à posição em que num momento do trabalho de parto (já mais avançado) eu me sentia mais confortável (com as pernas abertas).”*

*“Senti-me desrespeitada quando o obstetra pediu ao estagiário as ventosas para mostrar como se fazia e quando havia pessoas a entrar na sala para colocar a conversa em dia.”*

*“O meu parto foi extremamente impessoal e desagradável. Senti-me terrivelmente sozinha, mas não posso referir que tenha sido alvo de violência obstétrica. Foi simplesmente um parto sem carinho nem atenção da parte da equipa (e para um primeiro filho que nasce às 35 semanas, acaba por ter algo que se assemelha à violência).”*

*“Quando disse que não queria ocitocina a resposta de uma das médicas foi "Se não queria um parto assistido que ficasse em casa ou tivesse a criança no jardim!”*

*“Na sala de parto a anestesista estava à procura de um prontuário e não o encontrava, disse "bom, se ficar na mesa de parto a culpa não é minha", sabendo que minha gravidez era de risco imagine como fiquei! Ainda hoje tenho trauma.”*

*“A enfermeira que estava a fazer o parto achava que eu não estava a fazer força de propósito, a minha filha já estava a coroar quando ela se levanta tira as luvas e diz que já não quer ter nada a ver com este parto pois a mãe não ajuda!! Instalou-se o pânico e começaram a gritar pela médica que veio, fez episiotomia e usou ventosa se me dizer nada”*

*“Chamaram-me de louca e insinuaram que eu queria matar o meu bebê.”*

*“Senti-me desrespeitada e ofendida quando repetiram várias vezes insistentemente para estar deitada - chegando a perguntar se queria fazer mal ao bebé??? Senti-me desrespeitada e ofendida quando insistiram para tomar epidural como se fosse anormal recusar, acabando por aceitá-la...”*

*“Enfermeiras disseram que eu era histérica, que não gritasse.”*

*“Fui alvo de ofensa verbal por recusar a epidural, especialmente por parte de uma enfermeira que entrou na sala a dizer que tinha que ir ver quem gritava daquela maneira.”*

*“Uma obstetra que estava de serviço entrou no quarto e quis dar-me ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, (devia ter algo mais importante para fazer naquele momento). Não autorizei e ainda me ameaçou que não sabia o que estava a fazer, trouxe-me os papéis para assinar em como recusava a administração do fármaco e ainda m'os atirou para cima!!”*

*“Colocaram (a bebé) em cima de mim e saíram da sala, estava em estado de choque e nem conseguia olhar para a bebé, não tive qualquer ajuda durante 2 horas.”*

*“No meu parto tudo correu bem até chegar ao momento da expulsão onde os profissionais tiveram que fazer a manobra de Kristeller porque eu não tinha força suficiente, aqui senti-me fracassada porque ouvi uma profissional dizer-me que se não fosse a colega eu não iria conseguir. Foram palavras que me caíram mal porque fez-me sentir incapaz.”*

*“Fui ofendida verbalmente nos dois dias em que ocorreu a indução de parto, antes de descer para o bloco de partos. E depois do parto enquanto recuperava da cesariana fui tratada como uma fraca que não soube parir.”*

*“Os constantes alargamentos do canal vaginal. A pergunta regular "mas ela não tem epidural" porque eu gritei /urrei durante o TP... Desejam autómatos, não mulheres (felizmente o meu 2º parto foi bem diferente).”*

*“Estava no início do meu trabalho de parto e o médico desrespeitou-me totalmente tratando-me como inconsciente... Fui discriminada pela opção de parto que escolhi... Tive de ouvir palavras como "não me diga que é daquelas que quer parto na água??? Sabe que há mulheres que morrem?!!! " Pelo simples facto de eu negar indução e afirmar querer parto natural.”*

*“Tempos antes da cesariana, com 30 horas de sofrimento em cima, a receber plasma, com dores alucinantes, a enfermeira responsável da sala onde estava mandou me calar várias vezes, dizendo para eu fazer pouco barulho.”*

*“Assumo que me senti desrespeitada por falta de amabilidade e respeito pelo nosso tempo e espaço de nova família no pós-parto imediato. A parteira decidiu por mim a posição de expulsão (na marquesa de cabeceira levantada com os joelhos afastados) quando eu estava de pé e de cócoras nesta fase. Ela pediu ao meu marido para a ajudar a pegar em mim e colocar-me na marquesa porque sim. E eu a perguntar: como? Ou seja, penso que a posição foi melhor para ela. Não para mim. E como foi tudo tão rápido... Houve uma altura em que me senti insegura: quando a parteira se voltou de costas para a mesa de instrumentos, eu pensei que fosse buscar a tesoura para a episiotomia. Nessa altura ela disse-me que não, não tinha ido buscar nada. Mas para que não restassem dúvidas e como desconfiei gritei: Você não me corte ouviu? Não houve agressão verbal ou física grave, mas os meus padrões de respeito durante o parto são mais do que a ausência de agressão.”*

*“Senti-me desrespeitada aquando dos toques vaginais pois nunca me informaram de que o iriam fazer nem com que objectivo. Foi sempre extremamente doloroso, apesar de posteriormente os profissionais de saúde que o fizeram pedirem desculpa. No entanto, eu sinto que teria corrido melhor se me avisassem e explicassem o procedimento e se me deixassem preparar para a intervenção, por exemplo, respirar fundo ou mentalizar-me do que iriam fazer.”*

*“Sim. Uma enfermeira obrigou-me a administração de soro, que não quis. Aceitei porque quis voltar para a minha posição "confortável" e não ficar deitada (que ela me obrigou), posição que parou o meu trabalho de parto. Além disto foi "bruta" - não quis chamar o meu companheiro, e disse que eu tinha medo de seringues. Não apresentou nenhuma razão para por soro, não respeitou o meu trabalho de parto, sem falar da minha pessoa. Logo a seguir deixaram o meu companheiro entrar e ele logo chamou alguém. A enfermeira que entrou a seguir, explicou-me que o soro era por causa do diabetes (outra longa história), mas fez muito bem a propor o compromisso de medir o meu valor de glicemia e de decidir a base disto. Claro que foi perfeito e ela tirou logo o soro. Fiquei muito chateada com este episódio.”*

*“Fiz queixa no Portal da saúde pela forma de tratamento. Ex: a enfermeira que me assistiu disse que eu sujei tudo, que agora tinham de limpar a sala, que sujei a bata dela, para que é que eu estava a gritar, etc.”*

Das mulheres que assinalaram ter sido ameaçadas ou ofendidas verbalmente (n=90), 7,8% (n=7) responderam que não sentem que foram alvo de Violência Obstétrica e 13,3% (n=12) afirmaram não ter certeza. Das mulheres que indicaram ter sido alvo de assédio sexual (n=9), em 1 caso (11,1%) a participante informou não sentir ter sido alvo de VO. Dos casos em que as mulheres sinalizaram ter sido agredidas fisicamente (n=14), 92,8% (n=13) indicaram que sim, sentiram ter sido alvo de VO e em 1 caso (7,2%) a participante declarou não ter certeza. Dos casos em que as mulheres assinalaram terem-se sentido desrespeitadas (n=200), 137 (68,5%) sentiram que foram alvo de VO; 24 (12%) afirmaram que não sentem que foram alvo de VO e 39 (19,5%) afirmaram não ter certeza.

Portanto, para a maior parte das respostas positivas às questões apresentadas anteriormente, as mulheres indicaram que sim, sentiram que foram alvo de Violência Obstétrica, como indica o quadro abaixo. Note-se que a mesma mulher pode ter respondido afirmativamente (ou negativamente) para mais de uma das perguntas, portanto, não é possível saber para qual situação a mulher sentiu que foi alvo de VO.

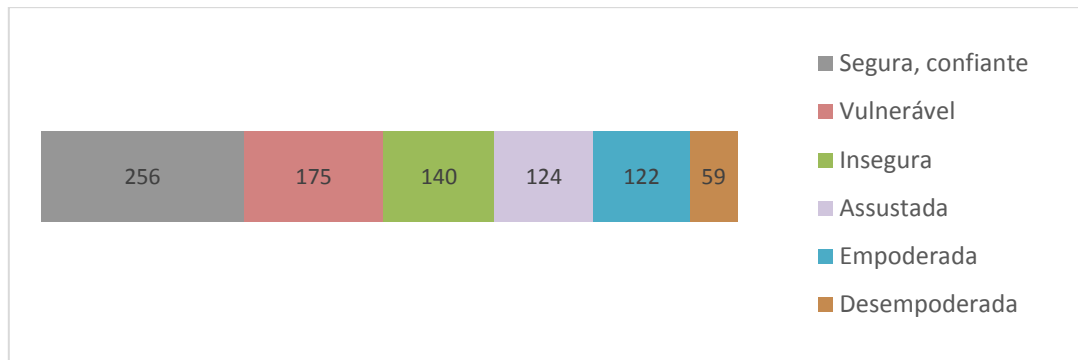
*Quadro 6. Comparação entre respostas afirmativas para ameaças, ofensas, assédio sexual, agressões físicas, desrespeito e percepção sobre ter sido alvo de VO.*

Sente que foi alvo de VO?	Foi ameaçada ou ofendida verbalmente		Foi alvo de assédio sexual		Foi agredida fisicamente		Sentiu-se desrespeitada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	71	78,9%	8	88,9%	13	92,8%	137	68,5%
<b>Não</b>	7	7,8%	1	11,1%	0	0,0%	24	12,0%
<b>Não tenho certeza</b>	12	13,3%	0	0,0%	1	7,2%	39	19,5%
<b>TOTAL</b>	90	100%	9	100%	14	100%	200	100%

Na questão relativa a como o atendimento que recebeu fez a participante se sentir, note-se que há a possibilidade de marcar mais de uma opção. Os resultados foram: 256 indicações para “Segura e confiante”; 175 indicações para “Vulnerável”; 140 indicações para “Insegura”; 124 indicações para “Assustada”; 122 indicações para “Empoderada” e 59 indicações para “Desempoderada”.



Figura 16. O atendimento que recebeu a fez sentir-se



Outras palavras que surgiram: torturada, com raiva, manipulada, ignorada, impotente, respeitada, desesperada, sozinha, revoltada, feliz, frustrada, invisível, um incômodo, apoiada, acompanhada (1 vez para cada palavra).

Estes resultados ajudam a demonstrar como o atendimento prestado às mulheres no parto tem impacto, positivo ou negativo, nas suas experiências de parto. Alguns comentários abaixo nos permitem compreender melhor esta questão:

*“Insegura no início, mas depois da troca de turno tive uma enfermeira excelente.”*

*“Em certas alturas defensiva, algo do meu desagrado. Mas de uma maneira geral senti-me bem.”*

*“Empoderada., Insegura., Segura, confiante. Em momentos diferentes, no final senti-me empoderada, pois apesar de tudo tive o parto que quis: natural.”*

*“Tive um trabalho de parto e parto muito tranquilo e cercado de profissionais excelentes.”*

*“Com o sentimento de que não podia confiar e que tinha que estar atenta a tudo para que não me desempoderassem totalmente”*

*“A anestesista cantou ao meu ouvido e o cirurgião tinha um bom sentido de humor!”*

*“Hoje, passado mais um ano depois do nascimento do meu filho, continuo com uma sensação de "mixed feelings". Por um lado, sinto-me uma guerreira pois no parto do meu 1º filho consegui ter o que muitas sonham e apenas conseguem nos partos seguintes. Por outro lado, sinto que a partir do momento em que entrei pela porta do hospital adentro, deixei ser eu a "comandar as tropas" e sujeitei-me ao protocolo.”*

*“Foi o meu 1º filho e achei que devia fazer tudo o que me mandassem, colaborar. Achei que o médico saberia melhor que eu. Fiquei desiludida. Senti que passou tudo muito rápido, não foi pessoal e meu, fui apenas mais uma naquela linha de montagem.”*

*“Um parto humanizado, e totalmente controlado por mim.”*

*“Empoderada., Segura, confiante. Não foi propriamente o tratamento do profissional de saúde que o fez e sim o facto de, desta vez estar informada e ter tido capacidade de poder reagir àquilo que me era proposto ou sendo feito. Esse foi o meu verdadeiro empoderamento - ter tido capacidade de resposta! Se preferia ter tido um trabalho de parto onde não tivesse que estar sempre "alerta"? Claro que preferia!”*

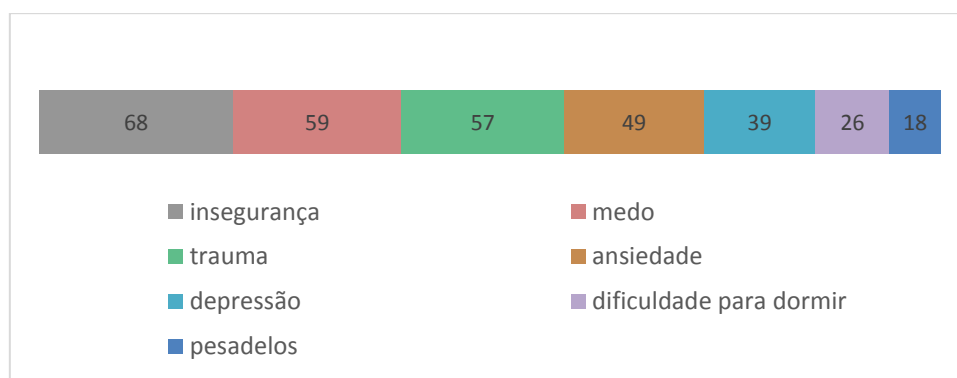
*“Apesar de, na sala de partos, sentir alguma coação, antes disso o pessoal foi extremamente colaborante e apoiou as minhas decisões (beber, comer, deambular...), o que me fez sentir segura e empoderada.”*

*“Desempoderada. A ‘parva’ da enfermeira que me fez a admissão perfurou-me o cárpico, fiquei com tonturas e queria que me deitasse. Depois cruzou-se comigo já no internamento e gozou comigo por estar a caminhar. Vi uma outra enfermeira a tratar mal uma moça muito jovem em trabalho de parto que me olhou com cara de má quando defendi a miúda.”*

*“Insegura. Apenas pela parteira presente no momento da expulsão que estava sempre a dizer que eu não sabia parir e que assim o bebé ia sofrer.”*

Quando inquiridas se tiveram problemas ou dificuldades posteriores, de ordem psicológica/emocional, e que relacionavam isso ao atendimento prestado no parto (há a possibilidade de assinalar mais de uma opção), parte das participantes indicou ter tido, posteriormente, insegurança (n=68); medo (n=59); trauma (n=57); ansiedade (n=49); depressão (n=39); dificuldade para dormir (n=26) e pesadelos (n=18).

Figura 17. Dificuldades ou problemas psicológicos e emocionais posteriores, consequentes do atendimento recebido.



Abaixo, observam-se depoimentos que expressam os sentimentos de algumas das participantes, relacionados à forma como foram atendidas no parto e sobre como isso interferiu em suas vidas:

*“Tive tanto medo de voltar ao hospital que o meu segundo filho nasceu em casa. Ainda sinto ansiedade quando tenho que ir àquela urgência obstétrica.”*

*“Durante os primeiros meses, senti-me decidida a não ter mais filhos pelo trauma do parto, tinha pesadelos e sinto ainda hoje que não fui dona do meu parto.”*

*“A minha filha tem 13 anos, e ainda hoje me lembro o que sofri, e não quero ter outra criança”*

*“O trauma durou 3 anos, até ao nascimento do 2º filho, que foi acompanhado por uma doula.”*

*“Foi um parto traumatizante, e estando grávida de um 2º filho é o que mais me assusta ... O 2º parto visto o que passei no primeiro.”*

*“Encontro-me novamente grávida e estou insegura quanto ao parto pelas palavras da parteira proferidas no nascimento do meu primeiro filho.”*

*“Tive o maior trauma da minha vida e nunca mais quero engravidar. Senti-me um lixo, desrespeitada e maltratada. Até hoje há um silêncio à volta do que se passou, ninguém do hospital esclareceu o que aconteceu.”*

*“Durante os anos seguintes tive receio de engravidar novamente.”*

## 8. Considerações Finais

### 8.1 Considerações sobre os resultados do inquérito

O que se pode depreender do inquérito, sobretudo, é que (i) muitas intervenções foram feitas de maneira rotineira, destacando-se as episiotomias, que foram executadas em 68,5% dos partos vaginais. Observou-se também que (ii) ainda há muito desrespeito ao direito ao consentimento informado. O que se destaca, para todas as intervenções apresentadas no trabalho, é que a maioria foi realizada sem informar as mulheres. E houve também muitas situações de desrespeito à recusa das mulheres aos procedimentos.

O Plano de Parto e o acompanhamento por doula podem ter uma contribuição essencial para evitar situações de abuso, violência e excesso de intervenções. Pelas respostas recebidas através do inquérito, percebeu-se que a grande maioria das mulheres não fez ou não entregou Plano de Parto e também não teve o acompanhamento de uma doula no parto, muitas por desconhecimento ou falta de informação.<sup>37</sup>

O parto é um evento complexo e, por vezes, imprevisível. Há situações em que realmente é preciso intervir com procedimentos a fim de salvaguardar a vida e o bem-estar materno e do bebé. Entretanto, há excesso de medicalização realizada em nome desta salvaguarda e é imprescindível que haja real esclarecimento de todas as práticas obstétricas. Outra questão importante é não delegar a saúde da mulher exclusivamente nas mãos da medicina, mas também trabalhar no sentido de empoderar as mulheres, fornecendo-lhes informações e munindo-as de conhecimento que lhes permita de facto tomar decisões esclarecidas (Sadler et al, 2016). Os cuidados obstétricos devem visar uma atenção centrada nas mulheres (*women-centered*)<sup>38</sup>, pois o facto é que “as mulheres no mundo inteiro continuam a ser excluídas da participação na conceção e avaliação dos cuidados maternos”<sup>39</sup> (Sadler et al, 2016, p. 2).

---

<sup>37</sup> Para informações mais detalhadas e discussão a respeito dos resultados sobre Plano de Parto e do acompanhamento de doula, consulte o Apêndice B – Excertos da Dissertação, pp. 93-97.

<sup>38</sup> *Department of Health: Great Britain. Changing childbirth: Report of the expert Maternity Group. London: H. M. Stationery Office, 1993.*

<sup>39</sup> “[...] *But women worldwide continue to be excluded from participating in the design and evaluation of maternity care*” (Sadler et al, 2016, p. 2)

## 8.2 Limitações do trabalho e indicações para trabalhos futuros

Dado que o inquérito “Atendimento ao parto hospitalar em Portugal: Vivências das Mulheres” foi um instrumento utilizado para procurar identificar possíveis situações de abuso, excessos de intervenções, violência e suas consequências, apresentaram-se questões mais direcionadas para este tema, assim como outros inquéritos do género. Assim, poderia ter especificado este direcionamento já no título, como foi o caso do inquérito brasileiro “Teste da Violência Obstétrica”, divulgado em 2012. De qualquer maneira, não se pretendeu suggestionar as respostas das mulheres e sim apresentar um espaço para que elas pudessem expressar o que viveram no parto e, principalmente, a forma como foram assistidas pelas(os) profissionais.

O inquérito foi divulgado essencialmente na internet pela APDMGP e pela Associação de Doulas de Portugal, portanto, infere-se que provavelmente grande parte das participantes preencheu o inquérito para relatar situações de violência ou intervenções pelas quais passaram no parto. Isto nos leva a ponderar que as percentagens de intervenções e abusos possam ser mais elevadas. De qualquer maneira, também houve, no inquérito, experiências positivas e satisfatórias. Entretanto, como já dito, a intenção neste trabalho não é trazer dados estatísticos, mas sim, apresentar uma pequena amostra de experiências de parto, dentre as quais, em algumas se evidencia a violência obstétrica que, de facto, existe e pode ter sérias consequências para as mulheres e seus bebés.

Este trabalho tem seu foco essencialmente nas mulheres e suas experiências de parto. Não foram aprofundadas aqui outras questões, também muito importantes, por não ser apropriado à proposta do trabalho, que é se ater ao tema do parto e nascimento, no qual o sujeito, neste caso, é a mulher parturiente. Algumas questões que merecem atenção envolvem todos os cuidados e assistência reprodutiva e durante a gestação. Não se pode deixar de mencionar o período do pós-parto, que merece também especial atenção, por se tratar de um momento peculiar na vida das mulheres.

Dito isto, e atentando-se para o facto de que o sujeito de observação neste trabalho é a mulher parturiente, faz-se aqui uma menção e sugestão para discussão de um tema essencial nos estudos sociais relativos ao parto e nascimento, trata-se de um outro sujeito no parto: o bebé. Também os bebés recebem assistência e intervenções médico-hospitalares e, assim como suas mães, infelizmente, podem ser alvo de intervenções desnecessárias e violência. Apesar de, neste trabalho, não ser muito referida a assistência

aos bebês, por se ater ao sujeito principal da discussão proposta, é um tema que merece, assim como o da assistência às mulheres no parto, toda a atenção acadêmica e social.

Por fim, acrescento que algumas questões do inquérito não foram discutidas no trabalho pois, devido especialmente à limitação de espaço para desenvolver a dissertação, optei por apresentar aqui os tópicos mais essenciais na discussão do tema da violência obstétrica. Algumas outras questões, como o acompanhamento por doula, o Plano de Parto, assim como mais informações e reflexões referentes à assistência, entre outros excertos da dissertação, podem ser observados no Apêndice B deste trabalho.

### 8.3 Reflexões sobre violência, vitimização e consentimento

Um ato violento pressupõe uma vítima – o alvo da violência. Entretanto, julgo necessária uma reflexão sobre a palavra ‘vítima’. Há uma tendência a se criticar a vitimização feminina nas desigualdades de gênero, pois este papel de vítima pressupõe subjugação ou até mesmo submissão (Santos & Izumino, 2005). Utilizei com cautela a palavra ‘vítima’ neste trabalho, no contexto da violência obstétrica, mas é importante reforçar que a palavra é empregada sem pressupor submissão, mas no sentido de que as mulheres, de facto, são alvo desse tipo de violência e sofrem suas consequências, e também no intuito de fomentar o debate sobre a assistência ao parto, os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres e a violência obstétrica.

É evidente que uma mulher bem informada, que lutou para ter o seu parto respeitado, que exigiu seus direitos, mas foi tratada com desrespeito e, mesmo explicitamente afirmando não desejar ser submetida a uma série de procedimentos, viu seus desejos serem ignorados e não conseguiu evitar uma episiotomia ou fórceps de rotina, por exemplo, foi vítima de violência obstétrica. Uma mulher que foi ofendida, humilhada ou ferida física, emocional, psicológica ou sexualmente no atendimento ao parto, também é uma vítima da mesma violência.

Todavia, se uma mulher, durante seu parto, tendo sido informada previamente, escolhe conscientemente ser submetida a quaisquer procedimentos e intervenções – mesmo desnecessárias – e não se sente desrespeitada e tolhida em seus direitos, sente que foi tratada de forma digna e respeitosa pelas pessoas que a assistiram, então não deveria ser enquadrada como alvo de violência obstétrica? E o que se poderia dizer de uma mulher que não tem interesse em ser informada sobre suas escolhas e as consequências das

mesmas, que se sujeita passivamente a quaisquer procedimentos e intervenções, mesmo que estas lhe possam ser prejudiciais no presente ou no futuro? Por mais que esta mulher específica não se sinta lesada e não se sinta vítima de uma violência, mesmo que possa vir a ter problemas futuros como consequência de procedimentos como a episiotomia, por exemplo, é correto afirmar que ela não foi alvo de violência?

Ao se colocar em foco a perspectiva social do atendimento ao parto, as mulheres citadas acima podem, sim, ter sido alvo de violência obstétrica, já que estão inseridas em uma cultura onde muitas aprenderam, através de todos os símbolos e rituais contidos neste rito de passagem, a aceitar, submissas e passivas, entregar seus corpos a profissionais também inseridos nesta cultura, para repetirem padrões rotineiros danosos, como a episiotomia ou a cesariana desnecessária.

Grande parte dos profissionais de assistência ao parto que praticam atos desrespeitosos e intervenções desnecessárias percebem suas atitudes como parte da rotina, como “normais”. Por outro lado, há também muitas mulheres que se calam diante disso e, de certa forma, consentem com a violência institucionalizada, por “medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento do seu bebê” (Wolff & Waldow, 2008, p. 139). E, após o parto, há o esforço para se alegrar pois, afinal, o bebê nasceu, tudo ‘terminou bem’ e o abuso sofrido fica, de certa maneira, esquecido. Nesse sentido, a violência obstétrica também ocorre quando consentida. E, para além disso, há uma “conspiração do silêncio”, como afirmam Saffioti e Almeida (1995 apud Wolff & Waldow, 2008), pois não há denúncia, o que impede que a violência seja revelada.<sup>40</sup>

Quando obrigada a ficar deitada na cama, por exemplo, a mulher pode escolher não aceitar essa imposição e levantar-se, ou, quando percebe que pretendem diversos profissionais lhe fazer exames de toque, pode simplesmente negar (e muitas o fazem). Entretanto, não é tão simples quanto parece ser. O facto é que, como já dito, muitas mulheres sentem-se movidas a se sujeitarem ao que lhes é imposto no hospital. Parece inadequado contestar e se opor a quem é suposto cuidar e assistir.

---

<sup>40</sup> Em uma matéria recente (06/03/2016) sobre o tema, em entrevistas dadas ao *website* observador.pt, João Bernardes, membro do colégio de Obstetrícia e Ginecologia da Ordem dos Médicos e Vitor Varela, presidente da mesa do Colégio de Saúde Materna da Ordem dos Enfermeiros referiram que não havia queixas, até ao momento da entrevista, a médicas(os) ou enfermeiras(os), contra abusos e violência. Disponível em: <http://observador.pt/especiais/maus-tratos-no-parto-protége-as-mulheres/> Data do acesso: 08/08/2016.

É certo que a maioria dos profissionais que prestam a assistência ao parto não comete violência de maneira deliberada, apesar de alguns o fazerem. Entretanto, é importante observar que muitos profissionais repetem procedimentos-padrão que poderiam ser evitados e que são potencialmente lesivos à saúde e ao bem-estar das pessoas que estão aos seus cuidados. Por esta razão, é preciso perceber a violência obstétrica como uma violência institucional, com todas as suas implicações. Ao olhar para o problema, não se deve ater apenas aos indivíduos, mas à cultura e à instituição médica que formam os profissionais. Como defendem Sadler e colegas (2016), centrar o debate da violência obstétrica nas más práticas médicas e culpabilizar os profissionais de assistência, enquanto um grupo, pode ser contraproducente, pois é uma problemática que alcança o âmbito das desigualdades de gênero e das relações de poder. O enfoque apenas na culpabilização dos profissionais de saúde “tem o potencial de gerar hostilidade improdutiva na discussão do desrespeito e abuso no parto e nascimento, especialmente entre profissionais de saúde”<sup>41</sup> (Sadler et al, 2016, p. 5). Os autores prosseguem, afirmando ser necessária uma análise mais ampla, que vá além do binómio vítima (parturiente) / vitimizador (profissional de saúde), que abarque contextos sociais e culturais e as dinâmicas de poder entre os grupos, que geram violências por vezes naturalizadas e, portanto, invisíveis (Sadler et al, 2016).

#### 8.4 A restituição do protagonismo - “O parto é nosso, que nos devolvam!”<sup>42</sup>

A medicina é uma instituição de poder paradigmática e muito do atendimento dirigido às mulheres é fruto de desigualdades de gênero, perpetrando práticas violentas e desnecessárias sobre seus corpos. Os serviços de atendimento ao parto precisam de passar por uma reforma, para assegurar às mulheres e bebês partos mais seguros e respeitosos.

A assistência ao parto deve se utilizar de todo o conhecimento e tecnologia disponíveis para auxiliar em casos de real necessidade. Entretanto, o parto não é um evento unicamente médico, é um evento fisiológico e saudável que pode ser vivenciado com alegria e satisfação. O parto é um evento íntimo, pessoal e sexual. É um momento muito importante na vida das mulheres. Cada vez mais mulheres se juntam a essa luta,

---

<sup>41</sup> “... has the potential to generate unproductive hostility towards the discussion of disrespect and abuse in childbirth, especially among health professionals...”

<sup>42</sup> “El parto es nuestro, que nos lo devuelvan”. Tradução livre da autora. Disponível em: <https://www.elpartoesnuestro.es/about> Data do acesso: 09/08/2016



que é mundial, pelo respeito ao parto. Cada vez mais mulheres percebem e afirmam que o parto lhes foi roubado e demandam ser restituído o seu protagonismo neste evento tão importante.

O empenho para abolir a violência obstétrica não passa apenas por responsabilizar e punir, pela lei, os profissionais responsáveis pelos abusos, mas passa pela governança, pelas políticas de saúde e pelo esforço social para lutar pelo fim das desigualdades de género pois, como apresentado acima e percebido pelos depoimentos das mulheres, a violência obstétrica é ainda naturalizada e invisibilizada.

Como parte da solução para o crítico problema da violência obstétrica, ao ser restituído o protagonismo, também se restitui à mulher o poder sobre seu corpo e seu parto. Parte deste poder reside no conhecimento, que habilita a mulher à escolha livre e consciente.

## REFERÊNCIAS

Alfirevic, Z.; Kelly, A.J.; & Dowswell, T. (2009). Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821304> Data do acesso: 07/07/2016.

Althabe, Fernando; Belizán, José M.; Bergel, Eduardo (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *British Medical Journal*; 324:945

Amorim, Melania; Franca-Neto; Leal, Nicole Viana; Melo, Fabiana; Maia, Sabina; Alves, Janio (2014). Is it Possible to Never Perform Episiotomy During Vaginal Delivery? *Obstetrics and Gynecology*. 123 Suppl 1:38S.

Amorim, Melania (2012). *Indicações reais e fictícias de cesariana*. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.pt/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html> Data do acesso: 12/08/2016.

Amorim, Melania; Katz, Leila (2008). O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. Brasil: *FEMINA*. Jan 2008. v. 36. n. 1.

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (2015). *Experiências de Parto em Portugal – Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto - 2012-2015*. Lisboa, 2015. Disponível em: [http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/Experi%C3%Aancias\\_Partos\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf) Data do acesso: 04/05/2016.

Belizan, J. (1993). For the Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group Routine vs. selective episiotomy: a randomized controlled trial. *Lancet*. 1993; 342: 1517-8.

Borges, Bárbara Bettencourt; Serrano, Fátima; Pereira, Fernanda (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16: 447-454

Bugg, G.J.; Siddiqui, F.; Thornton, J.G. (2013) Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735408> Data do acesso: 07/07/2016.

Campos, Diogo Ayres; Silva, Isabel Santos; Costa, Fernando Jorge (2011). *Emergências Obstétricas*. Lousã, Lidel.

Carroli, G.; Mignini, L. (2009). *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD000081/PREG\\_episiotomy-for-vaginal-birth](http://www.cochrane.org/CD000081/PREG_episiotomy-for-vaginal-birth) Data do acesso: 04/05/2016

Cheyney, Melissa; Bovbjerg, Marit; Everson, Courtney; Gordon, Wendy; Hannibal, Darcy; Vedam, Saraswati (2014). Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in

Unites States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Woman's Health*, 59: 17-27.

Ciello, Cariny; Carvalho, Cátia; Kondo, Cristiane; Delage, Deborah; Niy, Denise; Werner, Lara; Santos, Sylvana Karla (2012). *Violência Obstétrica: Parirás com Dor*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>  
Data do acesso: 10/02/2016

Cochrane (2014). *Evidence-based health care and systematic reviews*. Disponível em: <http://community-archive.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care> Data do acesso: 08/07/2016.

Cohain, Judith (2012). *The Myth of a Safer Hospital Birth for Low Risk Pregnancies*. Disponível em: <http://www.greenmedinfo.com/blog/myth-safer-hospital-birth-low-risk-pregnancies> Data do acesso: 12/11/2015

Danesh, Azar; Aram, Shahnaz; Pourkabirian, Soodabeh; Khodae, Sepideh; Choupannejad, Shekofeh (2011). A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *Journal of research in medical sciences* 16(12): 1583-9.

Davey, Mary-Ann; King, James (2016). Caesarean section following induction of labor in uncomplicated first births – a population-based cross-sectional analysis of 42,950 births. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16:92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848820/> Data do acesso: 15/08/2016.

Davis-Floyd, Robbie (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. v. 75, n. 1, pp. S5-S23.

Davis-Floyd, Robbie (1994). *The Rituals of American Hospital Birth*. In *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8th ed., David McCurdy, ed., HarperCollins, New York, 1994, pp. 323-340. Disponível em: <http://davis-floyd.com/the-rituals-of-american-hospital-birth/> Data do acesso: 22/09/2015

Davis-Floyd, Robbie (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. California: University of California Press.

DGS - Direção Geral da Saúde (2015). *Os riscos acrescidos da cesariana*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-e-orientacoes-sobre-aspetos-tecnicos-relacionados-com-a-cesariana.aspx> Data do acesso: 17/08/2016

Dick-Read, Grantly (2004) *Childbirth Without Fear: Principles and Practice of Natural Childbirth*. London: Printer & Martin.

Diniz, Simone (2016). *Campanha pela abolição da episiotomia de rotina*. São Paulo: Amigas do Parto. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>  
Data do acesso: 15/08/2016

Diniz, Simone Grilo; Chacham, Alessandra S. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutivas*. 2006:I(1):80-91.

Diniz, Simone Grilo; Duarte, Ana Cristina (2004). *Parto Normal ou Cesárea?: O que toda mulher deveria saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: Editora UNESP.

Diniz, Simone Grilo (2002). Que valores escolhemos nesse ritual? *Revista Estudos Feministas*. Ano 1. 2º semestre/2002.

Diniz, Simone Grilo (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

Enkin, Murray; Keirse, Marc J. N. C.; Neilson, James; Crowther, Caroline; Duley, Lelia; Hodnett, Ellen; Hofmeyr, Justus (2000). *A Guide To Effective Care In Pregnancy And Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

Ferrazzi, E.; Milani, S., Cirillo, F., Livio, S.; Piola, C.; Brusati, V.; Paganelli, A. (2015). Progression of cervical dilatation in normal human labor is unpredictable. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 94 (10): 1136-1144. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26230291> Data do acesso: 15/08/2016.

Foster, Illysa (2015). *Midwifery: A History*. Disponível em: <http://sistersmidwifery.com/history-of-midwifery-home-birth/> Data do acesso: 02/08/2016.

Foucault, Michel (1988). *A história da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Gaskin, Ina May (2011). *Birth Matters: A Midwife's Manifesta*. New York, U.S.: Seven Stories Press.

Gilgoff, Alice (2000). *Home Birth*. Lincoln: iUniverse.

Goer, Henci (1995). *Obstetric Myths Versus Research Realities*. London: Bergin & Garvey.

Habec, Dubravko; Bobic, Mirna V.; Hrgovic, Zlatko (2008). Possible feto-maternal clinical risk of the Kristeller's expression. *Central European Journal of Medicine*. 3(2). 183-186.

INE (Instituto Nacional de Estatísticas) (2016). *Estatísticas em Saúde – 2014*. Disponível em: [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2) Data do acesso: 26/07/2016.

INE/DGS & PORDATA (2016). *Partos: Total e em estabelecimentos de saúde – Portugal*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152> Data do acesso: 08/08/2016.

Izumino, Wânia Pasinato (2003). *Justiça para todos: Os Juizados Especiais criminais e a Violência de Gênero*. Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo.

Janssen, Patricia; Saxell, Lee; Page, Lesley; Klein, Michael; Liston, Robert; Lee, Shoo (2009). Outcomes of planned home births with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*. 181 (6-7): 377-383.

Jones, Ricardo (2012). *Orelhas de vidro: Histórias de Parto*. Porto Alegre, Brasil: Ideias a Granel.

Kaul, B.; Vallejo, M.C.; Ramanathan, S.; Mandell, G.; Phelps, A. L.; Daftary, A.R. (2004). Induction of labor with oxytocin increases cesarean section rate as compared with oxytocin for augmentation of spontaneous labor in nulliparous parturients controlled for lumbar epidural analgesia. *Journal of Clinical Anesthesia* 16 (6): 411-414. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15567643> Data do acesso: 10/08/2016.

Kenyon, S.; Tokumasu, H.; Dowswell, T.; Pledge, D.; Mori, R. (2013) High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD007201.

King, V.; Pilliod, R.; & Little, A. (2010). *Rapid review: Elective induction of labor*. Portland: Center for Evidence-based Policy. Disponível em: <http://www.ohsu.edu/xd/research/centers-institutes/evidence-based-policycenter/med/index.cfm> Data do acesso: 10/08/2016.

Klaus, Marshall H; Kennel, John H.; Klaus, Phyllis H (1993). *Mothering the Mother: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*. Massachusetts, US: A Merloyd Lawrence Book.

Lisboa, Manuel; Barroso, Zélia; Patrício, Joana; Leandro, Alexandra (2009). *Violência e Gênero - Inquérito Nacional sobre a Violência Contra as Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Lisboa, Manuel; Carmo, Isabel; Vicente, Luísa; Nóvoa, António; Barros, Pedro P.; Silva, Sofia Marques da; Roque, Ana; Amândio, Sofia (2006). *Prevenir ou Remediar - Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Colibri.

Lisboa, Manuel; Carmo, Isabel; Vicente, Luísa & Nóvoa, António (2003). *Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: CIDM.

Nager, Charles; Helliwell, Jason (2001). Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185, Issue 2, 444-450.

Odent, Michel (2013). *Childbirth and the Future of Homo sapiens*. London: Printer and Martin.

Odent, Michel (2004). *A Cesariana*. São José, Brasil: Saint Germain.

- Odent, Michel (2003). *O Camponês e a Parteira*. São Paulo: Ground.
- Oliveira, Ana Flávia Lucas Pires d'; Diniz, Simone Grilo; Schraiber, Lilia Blima (2002). Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 359: 1681-1685
- Pintassilgo, Sónia Cardoso (2014). *O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal*. Tese de Doutoramento. Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- PORDATA (2012). *Partos em Estabelecimentos de Saúde (%)*. Disponível em: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt) Data do acesso: 25/07/2016.
- Previatti, Jaqueline F.; Souza, Kleyde V. (2007). *Episiotomia: em foco a visão das mulheres*. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem v. 60(2), pp. 197-201.
- Progianti, Jane Márcia; Araújo, Luciane Marques de; Mouta, Ricardo José Oliveira (2008). Repercussões da Episiotomia sobre a Sexualidade. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*. mar; 12(1): 45-9.
- Roese, Anete (2010). O Silenciamento das Deusas na Tradição Interpretativa Cristã: Uma Hermenêutica Feminista. Brasil: *Rev. Aletria*. v. 20, n. 03.
- Sadler, Michelle; Santos, Mário J. D. S.; Ruiz-Berdún, Dolores; Rojas, Gonzalo Leiva; Skoko, Elena; Gillen, Patricia; Clausen, Jette A (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. Elsevier. 04.002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002> Data do acesso: 23/06/2016.
- Santos, Cecília M.; Izumino, Wânia P. (2005). Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. *Estudios Interdisciplinarios de America Latina y El Caribe*. Universidade de Tel Aviv. v. 16:1, 2005.
- São Bento, Paulo A.; Santos, Rosângela. (2006). Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 dez; v. 10 (3): 552 – 9.
- Sayão, Deborah Thomé (2003). Corpo, poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. *Perspectiva*. v. 21, n. 01, pp. 121-149. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/viewFile/10210/9437> Data do acesso: 07/10/2015.
- Scott, Joan (1989). *Gender: a useful category of historical analyses*. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press. Tradução de: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.
- Smyth, Rebecca M. D.; Markham, C.; Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD006167/PREG\\_amniotomy-for-shortening-spontaneous-labour](http://www.cochrane.org/CD006167/PREG_amniotomy-for-shortening-spontaneous-labour) Data do acesso: 09/08/2016

Soltani, Hora; Hutchon, David; Poulouse, Thomas (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006173.pub2/abstract> Data do acesso: 17/08/2016.

Souza, Lissandra Martins (2007). *A Dor do Parto: uma Leitura Fenomenológica dos seus Sentidos*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade Católica de Brasília.

Stubbs, T.M. (2000). *Oxytocin for labor induction*. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Sep;43(3):489-94. Review.

Thilagavathy, Ganapathy (2012). Maternal birthing position and outcome of labor. *The Journal of Family Welfare*. Vol. 58, No.1.

Trinh, Anh T.; Khambalia, Amina; Ampt, Amanda; Morris, Jonathan M.; Roberts, Christine L. (2013). Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization* 2013. 91:350-256.

UN Women - United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (2013). *Voices against violence*. Disponível em: <http://www.unwomen.org/~media/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2013/10/VoicesAgainstViolence-Handbook-en%20pdf.pdf> Data do acesso: 25/03/2016.

Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD006067. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD006067/PREG\\_fundal-pressure-during-the-second-stage-of-labour-for-improving-maternal-and-fetal-outcomes](http://www.cochrane.org/CD006067/PREG_fundal-pressure-during-the-second-stage-of-labour-for-improving-maternal-and-fetal-outcomes) Data do acesso: 30/07/2016.

Wagner, Marsden (1999). Episiotomy: a form of genital mutilation. *The Lancet*, v. 353, Issue 9168 – pp. 1977-1978. Disponível em: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673605771968.pdf> Data do acesso: 04/04/2016.

WHO - World Health Organization (2013). *Active Management of the third stage of labor*: New WHO recommendations help to focus implementation. Geneva. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/1/WHO\\_RHR\\_14.18\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/1/WHO_RHR_14.18_eng.pdf) Data do acesso: 17/08/2016.

WHO - World Health Organization (2012). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, ENFPA and The World Bank estimates. Geneva: WHO Press. Disponível em: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf). Data do acesso: 30/11/2015.

WHO – World Health Organization (2010). *Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth*. World Health Organization: Geneva. Disponível em: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl_en.pdf) Data do acesso: 19/07/2016.



WHO - World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*. Edited by Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Antony B. Zwi and Rafael Lozano. Geneva: WHO Press. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf> Data do acesso: 27/11/2015.

WHO - World Health Organization – WHO (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: Reproductive Health and Research – World Health Organization. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf) Data do acesso: 15/08/2016.

Wolff, Leila Regina; Waldow, Vera Regina (2008). Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. São Paulo. *Saúde Social*. 17:3, 138-151. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014) Data do acesso: 06/08/2016.

Zeitlin, Jennifer; Mohangoo, Ashna; Delnord, Marie (editors) (2010). *EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT - Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. EURO-PERISTAT. INSERM, Paris. Disponível em: <http://www.euoperistat.com/> Data do acesso: 23/06/2016.

Zorzam, Bianca; Sena, Ligia Moreiras; Franzon, Ana Carolina; Brum, Kalu; Rapchan, Armando (2012). *Violência Obstétrica: A Voz das Brasileiras* (Vídeo-documentário). Duração: 51:02 min. Disponível em: <http://vimeo.com/53726390> Data do acesso: 08/10/2015.



## LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1. Resultados para diferentes tipos de partos (n=519) .....</i>	<i>28</i>
<i>Quadro 2. Resultados para Partos Vaginais e Cesarianas em Hospitais Públicos ou Privados (n=465).....</i>	<i>30</i>
<i>Quadro 3. Dados sobre Enema, Amniotomia e Tricotomia (n=468) .....</i>	<i>39</i>
<i>Quadro 4. Comparação entre Administração de Ocitocina e desfecho do parto (n=465) .....</i>	<i>41</i>
<i>Quadro 5. Resultados sobre desrespeito, agressão física, ameaças e ofensas e assédio sexual (n=519).....</i>	<i>58</i>
<i>Quadro 6. Comparação entre respostas positivas para ameaças, ofensas, assédio sexual, agressões físicas, desrespeito e percepção sobre ter sido alvo de VO .....</i>	<i>63</i>

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Resultados para Via de Parto (n=519) .....</i>	28
<i>Figura 2. Resultados para Via de Parto em Hospitais Públicos e Privados (n=465).....</i>	29
<i>Figura 3. Resultados para percepção sobre ter sido ou não alvo de Violência Obstétrica (n=519) .....</i>	33
<i>Figura 4. Resultados para quantos toques vaginais em partos vaginais e cesarianas (n=515) .....</i>	34
<i>Figura 5. Resultados para Toques Vaginais Dolorosos (n=468).....</i>	36
<i>Figura 6. Resultados para Administração de Ocitocina Sintética em algum momento do trabalho de parto (n=465).....</i>	40
<i>Figura 7. Resultados para Administração de Ocitocina e Consentimento Informado (n=287) .....</i>	41
<i>Figura 8. Comparação entre administração de Ocitocina no TP e o desfecho (n=465) .</i>	42
<i>Figura 9. Comparação entre o início do TP, com ou sem indução por ocitocina sintética, e o desfecho do parto (n=458) .....</i>	43
<i>Figura 10. Resultados para manobra de Kristeller (n=468).....</i>	48
<i>Figura 11. Resultados para manobra de Kristeller e Consentimento Informado (n=468) .....</i>	49
<i>Figura 12. Resultados para Episiotomia (n=368) .....</i>	50
<i>Figura 13. Resultados para Episiotomia e consentimento informado (n=370).....</i>	52
<i>Figura 14. Indicações de problemas físicos posteriores decorrentes da Episiotomia.....</i>	53
<i>Figura 15. Resultados para 'Ponto do Marido' - Para as mulheres submetidas à Episiorrafia (n=270) .....</i>	56
<i>Figura 16. O atendimento que recebeu a fez sentir-se .....</i>	64
<i>Figura 17. Dificuldades ou problemas psicológicos e emocionais posteriores, consequentes do atendimento recebido.....</i>	66

## ANEXOS

### **Apêndice A. Questionário “Atendimento ao parto hospitalar em Portugal - Vivências das mulheres”**

Está a ser convidada a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a este questionário, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Este questionário é relativo a um inquérito, que faz parte de um estudo para minha dissertação de mestrado, em Estudos sobre as Mulheres, na Universidade Nova de Lisboa. O questionário é dirigido às mulheres que tiveram um ou mais partos ou cesarianas em Portugal, em âmbito hospitalar, no sistema público ou privado.

O parto, no presente questionário, se refere a todo o período que compreende desde a admissão no hospital, o trabalho de parto, o parto em si e o pós-parto imediato. Se teve mais de um parto hospitalar, se desejar, pode responder ao questionário mais de uma vez, ou seja, uma para cada parto que teve.

A maioria das questões é de preenchimento rápido. Há caixas de comentários ao longo do questionário, que são opcionais e estão disponíveis para a mulher que deseje comentar algo ou contar de sua experiência.

Não é requerida a identificação pessoal, como o nome ou outro dado pessoal, para responder a este questionário. Entretanto, caso queira se identificar ou colocar um contacto de e-mail, se houver necessidade de esclarecer alguma dúvida posterior, desde já agradeço. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo. Nenhum dado pessoal será divulgado.

Todas as respostas serão utilizadas apenas para o fim de apresentar e discutir os dados obtidos pelo presente inquérito em minha dissertação de mestrado.

Se tiver qualquer dúvida, ou se tiver problemas para responder a este questionário, por gentileza, escreva um e-mail para [ana.mrohde@gmail.com](mailto:ana.mrohde@gmail.com).

Agradeço pela sua participação, que muito contribuirá para minha pesquisa. Com os melhores cumprimentos,

Ana Rohde

\*Obrigatório

**Leu as informações e instruções acima e concorda em responder a este questionário, de forma totalmente voluntária? \***

- Sim, li e concordo.

**Esta é a primeira vez que está a responder a este questionário? \***

- Sim.
- Não.

**Se respondeu "Não" à pergunta anterior, se trata da:**

Se marcou "Sim" na pergunta anterior, pule esta questão.

- Segunda vez.
- Terceira vez.
- Quarta vez.
- Quinta vez ou mais.

**1. Quando teve seu bebê? \***

- Entre 2000 e 2005
- Entre 2005 e 2010
- Entre 2010 e 2015
- Outro \_\_\_\_\_

**2. Que faixa de idade tinha no momento do parto? \***

- Menos de 18 anos.
- Entre 18 e 24 anos
- Entre 25 e 30 anos.
- Entre 30 e 35 anos.
- Entre 35 e 40 anos.
- Mais de 40 anos.

**3. Em que região de Portugal fica o hospital onde seu bebê nasceu? \***

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira

**Se quiser, pode dizer aqui qual foi o hospital onde seu bebê nasceu. (Opcional)**

**4. Está a responder a este questionário relativamente a qual parto?\***

Se teve mais de 1 parto em hospital de Portugal, pode responder ao questionário novamente para outro(s) parto(s). Ou, se desejar, pode responder para apenas 1 parto, mesmo que tenha mais de 1.

- 1º parto
- 2º parto
- 3º parto
- Outro \_\_\_\_\_

**5. Relativamente ao tempo de gestação, o nascimento foi considerado**

- Prematuro (antes de 37 semanas)
- A termo (37 a 42 semanas)
- Pós-termo (+ de 42 semanas)

**6. O trabalho de parto iniciou-se \***

- Naturalmente, em casa (ou outro local).
- No hospital, com indução por ocitocina sintética, por recomendação médica de induzir até as 41 semanas.
- No hospital, com indução por ocitocina sintética, por outra razão médica.
- Outro \_\_\_\_\_

**7. O seu parto foi assistido por \***

- Apenas enfermeira/o(s).
- Apenas médica/o(s).
- Enfermeira/o(s) e médica/o(s).
- Além de enfermeiras(os) e médicas(os), havia também estudantes de medicina ou de enfermagem.
- Outro \_\_\_\_\_

**8. Quantos profissionais estiveram presentes em algum momento ou durante o trabalho de parto?\***

Contando toda a equipa e também estudantes, se for o caso.

- Apenas 1 profissional.
- 2 profissionais.
- 3 profissionais.
- 4 profissionais.
- 5 ou mais profissionais.
- 10 ou mais profissionais.
- Outro \_\_\_\_\_

**9. O parto foi \***

- Vaginal não instrumental.
- Vaginal, com fórceps.
- Vaginal, com ventosa.
- Cesariana intraparto. (Entrei em trabalho de parto, mas terminou em cesariana por indicação médica).
- Cesariana programada, por razões médicas.
- Cesariana programada, por minha opção.
- Outro \_\_\_\_\_

**10. Teve o acompanhamento de uma doula durante a gravidez? \***

- Sim.
- Não.

**11. Teve a presença de uma doula durante o parto? \***

- Sim.
- Não.
- Outro \_\_\_\_\_

### **Comentário (opcional)**

Esta caixa está disponível caso queira fazer algum comentário relativamente às questões anteriores.

#### **12. Fez plano de parto e entregou ao hospital ou aos profissionais de saúde que te atenderam? \***

O plano de parto é um documento no qual a grávida expõe suas preferências relativamente à condução do trabalho de parto e parto e o nascimento do bebé, por exemplo, a possibilidade de se movimentar durante o trabalho de parto e de escolher a posição em que quer parir, bem como os procedimentos que não gostaria de receber, ou o seu bebé, por exemplo, episiotomia, puxos dirigidos, corte imediato do cordão umbilical, entre outros.

- Sim.
- Não.

#### **13. Se fez plano de parto, ele foi respeitado pelos profissionais de saúde que te atenderam? \***

- Sim, integralmente.
- Sim, parcialmente.
- Não foi respeitado.
- Não fiz plano de parto.
- Entreguei o plano de parto mas ele não foi lido e foi descartado.
- Outro \_\_\_\_\_

#### **14. Se seu plano de parto não foi respeitado integralmente, qual foi a justificativa dada pela equipe de assistência?**

Se não fez plano de parto ou se seu plano de parto foi respeitado integralmente, pule esta questão.

#### **15. Está familiarizada com o conceito de "violência obstétrica"? \***

- Sim.
- Não.

#### **16. Sente que em algum momento do trabalho de parto foi alvo de violência obstétrica? \***

- Sim.
- Não.
- Não tenho certeza.

#### **17. Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até o momento do nascimento? \***

- Não recebi toque vaginal.
- Apenas 1 toque.
- Entre 2 a 3 toques.
- Entre 4 a 5 toques.
- Entre 6 a 10 toques.
- Mais de 10 toques.
- Outro \_\_\_\_\_

**18. Se recebeu mais que 1 toque vaginal, os toques foram feitos por pessoas diferentes?.** \*

- Não recebi toque vaginal.
- Não. Apenas um profissional da saúde me fez toque vaginal.
- Sim. Entre 2 a 3 profissionais da saúde me fizeram toque vaginal.
- Sim. Entre 3 a 5 profissionais da saúde me fizeram toque vaginal.
- Sim. Mais de 5 profissionais da saúde me fizeram toque vaginal.
- Outro \_\_\_\_\_

**19. Algum dos exames de toque foi doloroso?**

- Sim.
- Não.
- Não recebi toque vaginal.

**20. Se seu parto foi vaginal, recebeu anestesia epidural? \***

- Sim, recebi, por minha opção.
- Sim, recebi, mas por insistência da equipa ou de algum profissional.
- Não recebi, por minha opção.
- Não recebi. Pedi epidural, mas me foi negada.
- Tive cesariana.
- Outro \_\_\_\_\_

**Comentário (opcional)**

Esta caixa está disponível caso queira fazer algum comentário relativamente às questões anteriores.

**21. Houve, em algum momento do trabalho de parto, a administração de ocitocina sintética ou outros aceleradores de trabalho de parto, seja para induzir o parto ou acelerar o trabalho de parto?\***

- Não.
- Sim. Com o meu prévio consentimento.
- Sim. Mas sem o meu consentimento (me informaram, mas eu recusei, e mesmo assim administraram).
- Sim, mas não me informaram. Só fiquei a saber depois.
- Desconheço se houve ou não a administração de ocitocina ou aceleradores de trabalho de parto em algum momento.
- Outro \_\_\_\_\_

**22. Algum dos procedimentos indicados abaixo foi feito sem o seu consentimento ou sem que lhe consultassem?**

Sem o seu consentimento: o procedimento foi explicado, mas você recusou explicitamente / manifestou a sua vontade de não ser submetida a ele. Sem que lhe consultassem: Fizeram o procedimento sem lhe avisar ou pedir sua permissão. Após todos os procedimentos abaixo listados, há uma caixa de comentários, caso queira comentar algo a respeito.

**A) Raspagem de pelos pubianos (tricotomia). \***

- Não foi realizada.
- Não foi realizada, pois respeitaram a minha recusa.
- Foi realizada com meu consentimento.
- Foi realizada sem meu consentimento.
- Foi realizada sem que me consultassem.

**B) Limpeza intestinal (enema). \***

- Não foi realizada.
- Não foi realizada, pois respeitaram a minha recusa.
- Foi realizada com meu consentimento.
- Foi realizada sem meu consentimento.
- Foi realizada sem que me consultassem.

**C) Rutura artificial de membrana (amniotomia). \***

- Não foi realizada.
- Não foi realizada, pois respeitaram a minha recusa.
- Foi realizada com meu consentimento.
- Foi realizada sem meu consentimento.
- Foi realizada sem que me consultassem.

**D) Compressão no abdómen (manobra de Kristeller). \***

Quando um profissional de saúde apoia o braço ou cotovelo, ou mesmo as mãos, na barriga da parturiente para empurrar o bebê dentro da barriga. Geralmente é um procedimento doloroso.

- Não foi realizada.
- Não foi realizada, pois respeitaram a minha recusa.
- Foi realizada com meu consentimento.
- Foi realizada sem meu consentimento.
- Foi realizada sem que me consultassem.

**E) Episiotomia (incisão / corte no períneo) \***

- Não foi realizada.
- Não foi realizada, pois respeitaram a minha recusa.
- Foi realizada com meu consentimento.
- Foi realizada sem o meu consentimento.
- Foi realizada sem que me consultassem.

**F) Se realizaram episiorrafia (sutura no períneo, no caso de laceração ou episiotomia), ela foi feita com ou sem anestesia local? \***

- Não foi realizada a sutura do períneo.
- Foi realizada sem anestesia local.
- Foi realizada com anestesia local.
- Outro \_\_\_\_\_



**G) Se foi realizada a sutura do períneo (episiorragia), algum profissional ofereceu para fazer, ou fez, o "ponto do marido"? \***

O "ponto do marido" é quando o profissional faz 1 ou mais pontos "a mais", no intuito de deixar a vagina mais apertada, com o objetivo de dar mais prazer ao parceiro sexual.

- Não foi realizada a sutura do períneo.
- Não ofereceram/não fizeram o "ponto do marido".
- Fizeram o "ponto do marido" com o meu consentimento.
- Ofereceram para fazer o "ponto do marido", mas eu recusei e não fizeram.
- Fizeram o "ponto do marido" sem o meu consentimento.
- Outro \_\_\_\_\_

**23. Se foi submetida à episiotomia, teve problemas físicos posteriores como consequência deste procedimento? \***

- Não fui submetida à episiotomia.
- Sim, tive problemas físicos posteriores devido à episiotomia.
- Não, não tive nenhum problema físico devido à episiotomia.
- Outro \_\_\_\_\_

**24. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, teve um ou mais dos seguintes problemas?**

Pode marcar mais de uma opção.

- Pontos muito apertados.
- Recuperação e cicatrização muito lenta e dolorosa.
- Inflamação/infeção no local.
- A cicatriz ainda dói, mesmo depois de muito tempo.
- Dor para ter relações sexuais.
- Dor para urinar e defecar.
- Perda eventual de urina.
- Perda eventual de fezes.
- Outro \_\_\_\_\_

**25. Se assinalou uma ou mais opções da pergunta anterior, por quanto tempo esses problemas perduraram?**

- 0-6 meses.
- 6-11 meses.
- Mais de 1 ano.
- Mais de 2 anos.
- Mais de 3 anos.
- Mais de 4 anos.
- Mais de 4 anos e ainda tenho um ou mais problemas hoje.
- Outro \_\_\_\_\_

**Comentário (opcional)**

Esta caixa está disponível caso queira fazer algum comentário relativamente às questões anteriores.

**26. Em algum momento do seu trabalho de parto, sentiu-se desrespeitada pelo(s) profissional(is) de saúde? \***

- Sim.
- Não.

**27. Em algum momento do seu trabalho de parto, foi ameaçada ou ofendida verbalmente? \***

- Sim.
- Não.

**28. Em algum momento do seu trabalho de parto, foi alvo de assédio sexual? \***

"Assédio sexual é todo o comportamento indesejado de caráter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador." Fonte: <http://www.cite.gov.pt>

- Sim.
- Não.

**29. Em algum momento do seu trabalho de parto, foi agredida fisicamente? \***

Alguém lhe empurrou, bateu, beliscou, ou lesou-lhe proposadamente?

- Sim.
- Não.

**Comentário (opcional)**

Esta caixa está disponível caso queira fazer algum comentário relativamente às questões anteriores.

**30. Em algum momento do seu trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a lhe prestar assistência? \***

- Sim, algum profissional se recusou a prestar assistência.
- Sim, toda a equipa se recusou a prestar assistência.
- Não. Nenhum profissional se recusou a prestar assistência.
- Outro \_\_\_\_\_

**31. Em algum momento do seu trabalho de parto, foi obrigada a ficar na posição deitada na cama? \***

- Sim. Fui obrigada a ficar deitada na cama.
- Não. Foi-me permitida liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.
- Outro \_\_\_\_\_

**32. Em algum momento do seu trabalho de parto, por exemplo, no expulsivo, foi amarrada? \***

- Sim.
- Não.

**Comentário (opcional)**

Esta caixa está disponível caso queira fazer algum comentário relativamente às questões anteriores.

**33. Após o nascimento, afastaram seu bebê de você sem nenhuma explicação? \***

- Sim, afastaram-no de mim sem explicação.
- Afastaram-no de mim por razão médica.
- Não o afastaram de mim.
- Afastaram-no de mim por outra razão (não-médica).
- Outro \_\_\_\_\_

**34. Após o nascimento, permitiram que seu bebê fosse mantido em seu colo e fosse amamentado na primeira hora de vida? \***

- Sim, permitiram.
- Não permitiram.
- Outro \_\_\_\_\_

**35. O tratamento que recebeu do(s) profissional(is) de saúde durante o trabalho de parto e parto fez-te sentir... \***

Pode marcar mais de uma opção.

- Empoderada.
- Desempoderada.
- Vulnerável.
- Insegura.
- Assustada.
- Segura, confiante.
- Outro \_\_\_\_\_

**36. Teve dificuldades ou problemas psicológicos e emocionais posteriores ao parto, que identifica terem relação com a forma como foi tratada ou com os procedimentos a que foi submetida? \***

- Sim, tive dificuldades ou problemas psicológicos e emocionais que relaciono com a forma como fui tratada no parto, ou a procedimentos aos quais fui submetida.
- Não, não tive nenhum problema ou dificuldade desta ordem, relacionada à forma como fui tratada ou a procedimentos aos quais fui submetida.
- Outro \_\_\_\_\_

**37. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, teve um ou mais dos seguintes problemas?**

Pode marcar mais de uma opção.

- Depressão.
- Ansiedade.
- Dificuldade para dormir.
- Pesadelos.
- Insegurança.
- Trauma.
- Medo.
- Outro \_\_\_\_\_

**38. Se assinalou uma ou mais opções da pergunta anterior, por quanto tempo esses problemas perduraram?**

- 0-6 meses
- 6-11 meses
- Mais de 1 ano.
- Mais de 2 anos.
- Mais de 3 anos.
- Mais de 4 anos.
- Mais de 4 anos e ainda tenho um ou mais problemas hoje.
- Outro \_\_\_\_\_

**Comentário (Opcional)**

Esta caixa está disponível caso queira fazer algum comentário relativamente às questões anteriores.

**Caso deseje, aqui pode colocar o seu nome e/ou contacto de e-mail (Opcional).**

Os seus dados serão vistos apenas por mim e serão mantidos em completo sigilo.

Muito obrigada pela sua participação neste inquérito!

## **Apêndice B. Excertos da dissertação**

### **1. Dados do inquérito sobre a assistência**

Sobre a assistência, observa-se que a maior parte dos partos, vaginais ou por via cirúrgica, 37% (n=192), foi assistida por mais de 5 profissionais, enquanto 21,2% (n=110) foram assistidos por 3 profissionais; 20,4% (n=106), por 4 profissionais; 13,7% (n=71), por 2 profissionais. Apenas 2,9% (n=15) foram assistidos por apenas 1 profissional e, por oposição, 4,4% (n=23) foram assistidos por mais de 10 profissionais. Houve 2 respostas inconclusivas.

Do total de partos que foram assistidos por mais de dez profissionais (n=23), 56,5% (n=13) contavam também com estudantes ou estagiários presentes na assistência ao parto. Dos restantes acompanhados por mais de dez (10) profissionais, 9 casos (39,1%) foram acompanhados por médicas(os) e enfermeiras(os) e 1 caso (4,3%) apenas por enfermeiras. Já para os partos que foram acompanhados por mais de cinco (05) profissionais (n=192), 73,4% (n=141) se tratavam de médicas(os) e enfermeiras(os), e 38 casos (19,9%) foram acompanhados também por estudantes ou estagiários de medicina ou enfermagem. Estes dados sugerem que a presença de estudantes no cenário do parto está diretamente relacionada ao elevado número de prestadores de assistência presentes no parto. Para Odent (2003), a quantidade de pessoas presentes no parto é determinante para o sucesso do mesmo. Já que o parto é um evento tão íntimo e pessoal, faz sentido que a mulher possa, dentro do possível, escolher quais e quantas pessoas estão presentes. Um evento íntimo e familiar e que envolve tamanha exposição – do próprio corpo e da própria subjetividade – deve ser respeitado como tal. Com muitas pessoas estranhas a entrar e sair e a observar o parto e a mulher, é compreensível que muitas mulheres se sintam constrangidas e até acoçadas. Há a problemática da necessidade de dotar as(os) estudantes e estagiárias(os) de experiência clínica, entretanto há que se encontrar um meio de gerir os desencontros de interesses, sobretudo a pensar no bem-estar da mulher parturiente.

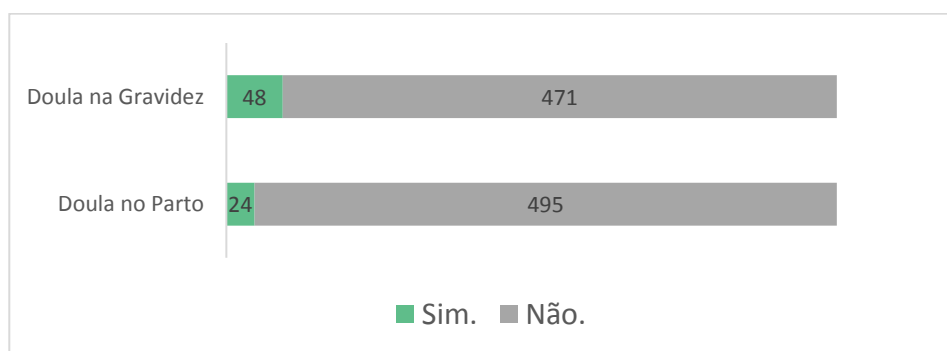
O testemunho abaixo, recolhido no inquérito, dá conta dessa necessidade:

*“Não permitiram a presença da minha melhor amiga (enfermeira, especialista em pediatria), nem pediram o meu consentimento para os tantos estudantes estarem presentes no meu parto...”*

## 2. Acompanhamento por Doula

Relativamente ao acompanhamento por uma doula na gravidez e no parto, a maior parte das mulheres, 90,8% (n=471) respondeu que não recebeu o acompanhamento de doula na gravidez. Apenas 48 gravidezes, o que corresponde a 9,2%, foram acompanhadas por doula. No parto, o acompanhamento por doula é ainda menor, abrangendo apenas 4,6% dos casos (n=24). Os restantes 95,4% (n=495) dos partos não foram acompanhados por doula. A publicação de Klauss et al (1993) indica que a presença de doula no parto contribui para reduzir em 50% o número de cesarianas, reduzir em 60% o número de pedidos de epidural, reduzir em 40% o uso de ocitocina sintética, reduzir em 30% o uso de analgésicos e reduzir em 40% o uso de fórceps.

Figura A. Acompanhamento de doula na gravidez e no parto (n=519)..



É importante acrescentar que, das negativas sobre o acompanhamento de doula no parto, algumas respostas indicaram que não houve este acompanhamento por impossibilidade, já que legalmente é permitida a presença de apenas 1 acompanhante e, nestes casos, o acompanhante foi o companheiro ou outra pessoa da família, como indicam alguns comentários abaixo:

*“Só não fui acompanhada por uma doula porque só permitiam um acompanhante”.*

*“Ideal seria acompanhante e doula em simultâneo”.*

*“Não permitiram a presença e acompanhamento da doula, apenas a presença do pai.”*

*“Não tive a presença da doula durante o trabalho de parto por não ser permitido mais do que um acompanhante (acompanhou-me o meu marido).”*

*“Só permitiram a entrada de uma pessoa. A minha mãe e a doula estiveram na sala de espera.”*

*“Só era possível o acompanhamento de 1 pessoa, que neste caso foi o pai.”*

Ao se observar os benefícios da presença de uma doula no parto, seria interessante avaliar a possibilidade de se permitir a presença das doulas, não categorizadas como acompanhantes, mas talvez como profissionais de assistência, pois, apesar de não ser aptas a realizar procedimentos médicos, as doulas têm o potencial de contribuir para o bem-estar materno e os resultados positivos do parto. Em algumas cidades do Brasil, como Blumenau-SC, por exemplo, a presença de doula no parto deve ser obrigatoriamente aceite pelos hospitais, além do acompanhante da escolha da mulher.<sup>43</sup>

### 3. Plano de Parto

A grande maioria das mulheres não fez ou não entregou Plano de Parto (PP) ao hospital ou à equipa de assistência. Para o total de partos (n=519), houve apenas 72 partos para os quais se entregou Plano de Parto, o que corresponde a 13,9% do total.

*Quadro A. Elaboração e entrega de Plano de Parto (n=519).*

	Frequência	Porcentagem
<b>Não fez ou não entregou PP</b>	447	86,1
<b>Fez e entregou PP</b>	72	13,9
<b>Total</b>	519	100,0

O que se percebe é que muitas mulheres não fazem o Plano de Parto por falta de conhecimento do mesmo, pois esta opção não é divulgada e poucas, de facto, a conhecem, como indicam os seguintes comentários:

*“Não foi apresentada a possibilidade de plano de parto. Desconhecia em absoluto tal hipótese.”*

*“Nem sequer tinha conhecimento que existia plano de parto.”*

*“Os profissionais de saúde que me acompanharam durante a gravidez não me informaram que poderia sequer fazer um plano de parto.”*

*“Na altura não havia a prática de receber planos de parto, penso que terei sido uma das primeiras mulheres a fazê-lo em Portugal. Fiz questão de o entregar e discutir com a minha médica, e tentar perceber se poderia ser respeitado no hospital, mas ela não deu muita importância ao documento, percebi que não sabia o que fazer com ele, e penso que nem o terá*

---

<sup>43</sup> Regulamentação disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/blumenau/lei-ordinaria/2014/795/7946/lei-ordinaria-n-7946-2014-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-o-parto-nas-maternidades-situadas-no-municipio-de-blumenau> Acedido em 30/06/2016.

*comunicado às equipas de serviço. Como ela não assistiu o meu parto, o plano terá ficado sem efeito... Mas encontrava-se no meu boletim de gravidez.”*

*“Não fiz nenhum plano mas num segundo filho gostaria de fazer, o facto de o bebé ser levado a correr e não poder estar uns segundos comigo logo após o nascimento deixou-me tristeza.”*

O Plano de Parto ainda não é muito difundido e utilizado em Portugal, entretanto, é uma ferramenta muito importante para as mulheres, pois neste elas podem colocar suas preferências, por exemplo, liberdade de movimentos; hipótese de utilizar métodos alternativos de alívio da dor, como água, massagens; contacto pele-a-pele com o bebé imediatamente após o nascimento; amamentação na primeira hora de vida; etc., e também procedimentos aos quais não gostaria de ser submetida, ou o seu bebé, como o rompimento artificial de membranas; a episiotomia; ou a administração de nitrato de prata nos olhos do bebé, etc. Este é um instrumento interessante, mesmo em cesarianas programadas ou eletivas, pois a mulher pode manifestar sua preferência por não estar amarrada durante a cirurgia; estar com o bebé logo ao nascer; procedimentos com os quais concorda e não concorda que sejam feitos com o bebé, etc.

O Plano de Parto pode ser uma salvaguarda para a mulher que, em um momento de fragilidade, por vezes não consegue manifestar claramente suas preferências, por estar em trabalho de parto avançado, por exemplo. Com o Plano de Parto ela já de antemão apresenta claras informações relativamente às opções que gostaria de ter e intervenções que gostaria de evitar. Fazer um Plano de Parto é recomendado pela OMS (1996) e também é estimulado pelo Sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido. Há, inclusivamente, na página de internet do NHS, um formulário de Plano de Parto para que a mulher preencher e entregar posteriormente à equipa<sup>44</sup>. Seria interessante que o Plano de Parto entrasse na agenda nacional de cuidados obstétricos, pois este pode contribuir com a melhoria da assistência, para além de munir as mulheres com informações anteriormente ao parto. Entretanto, o que se vê, infelizmente, é ainda uma enorme resistência por parte dos profissionais de assistência, dado que muitos o percebem como um disparate, ou até mesmo uma ameaça às suas práticas e hegemonia, conforme denotam alguns comentários recebidos no inquérito, abaixo:

---

<sup>44</sup> Disponível em: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx> Data do acesso: 22/05/2016.



*“ ‘As mulheres não sabem como vai ser o parto e como tal não podem ter quereres. Os profissionais é que sabem. Vêm para cá com os planos, são manias.’ ”*

*“No momento do internamento o médico que me avaliou recusou-se a assinar o meu plano de parto, assumindo-se como objetor de consciência ao tipo de parto que escolhi (parto na água). Felizmente a colega obstetra que o rendeu assinou-o e a equipe de enfermagem apoiou todas as minhas escolhas.”*

*“Não deram justificação porque agiram a maneira deles ignorando a minha vontade.”*

*“ ‘Nós cá não usamos disso’ ”.*

*“Eles nem leram tudo, e eu com as contrações nem conseguia raciocinar e exigir tudo tim tim por tim tim”*

*“Apesar do director de obstetrícia ter concordado e assinado de antemão, o médico que me assistiu afirmou que ele não era obrigado a concordar. E quem "mandava" naquele momento no meu parto era ele.”*

*“Não foi respeitado como me foi dito que precisava de aprovação pela direcção do hospital. Foi totalmente ignorado e fui considerada "estranha" por apresentar plano de trabalho de parto.”*

*“Que a decisão era deles e que não me valia de nada o plano de parto tendo em conta as diretivas da maternidade.”*

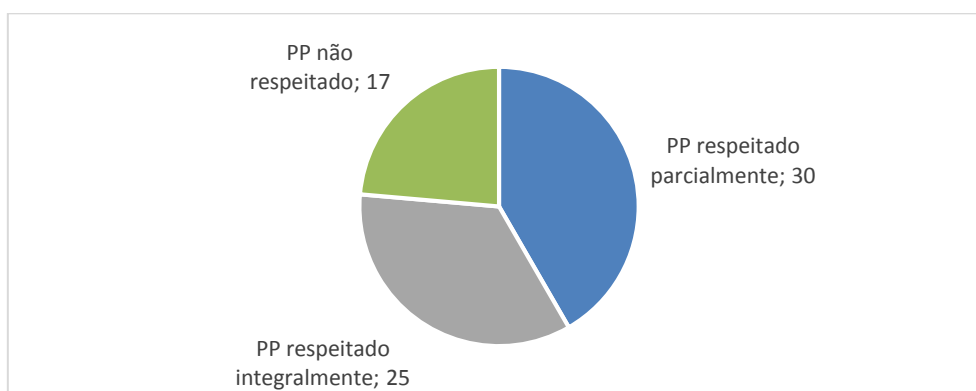
*“Foi-me indicado que tinha de assinar um documento a permitir todos os procedimentos para me poderem assistir ao parto.”*

Este último comentário nos leva a uma consideração muito importante, relativamente ao consentimento. Quando as parturientes são admitidas em um hospital em Portugal, por vezes em pleno trabalho de parto, para receberem assistência, elas precisam de assinar um documento, geralmente denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consentem que estão a aceitar, a partir daquele momento, as intervenções e os procedimentos que a equipa julga adequados ao seu caso. O problema deste termo é que as mulheres estão a assinar algo que confirma a sua total “entrega” ao sistema e aos profissionais, entretanto sem discutir com a equipa e receber informação adequada a respeito de todos os procedimentos. Na verdade, estes documentos padronizados cuja assinatura é obrigatória em ordem de receber assistência, ao invés de servir o propósito de garantir que a mulher dê seu consentimento baseado em informação e esclarecimento e assim resguardá-la de danos por excesso de intervenções, servem mais como instrumentos de proteção legal para a equipa de assistência, caso haja processo jurídico relativamente às práticas realizadas nos partos (Sadler et al, 2016).

O Plano de Parto, discutido previamente pela mulher e os profissionais de assistência à gravidez e devidamente recebido e assinado pela equipa de assistência, pelo contrário, tem o potencial de proteger a mulher de excesso de intervenções e melhorar a satisfação relativamente à assistência aos partos.

Da pequena percentagem de partos para os quais foi realizado e entregue um Plano de Parto (13,9% do total de partos; n=72), observam-se as seguintes informações: 30 Planos de Parto (41,7%) foram respeitados parcialmente, não se sabe se por impossibilidade devido à necessidade de executar intervenções necessárias ao contexto do parto, ou se por má prática e desrespeito à vontade da mulher. Já 34,7% (n=25) dos Planos de Parto entregues foram respeitados na totalidade, de acordo com as respostas. E 23,6% (n=17) dos Planos de Parto não foram respeitados de todo, ou foram descartados sem apreciação do seu conteúdo (para este último caso, trata-se de apenas 2 respostas, que foram incluídas na percentagem de planos não respeitados).

*Figura B. Respeito ao Plano de Parto por parte dos profissionais de assistência no parto (n=72).*



É um resultado muito positivo que a maior parte dos Planos de Parto tenha sido respeitada parcial ou integralmente. Isso indica que, apesar de ainda haver resistência, a maior parte dos profissionais acolhe e procura respeitar as preferências e recusas expressas no Plano, pelo que, de facto, a elaboração de Planos de Parto deve ser incentivada pelo Sistema de Saúde como uma ferramenta que tem o potencial de dotar as mulheres de mais informações e propiciar melhores experiências de parto.

#### 4. Alguns dados sobre Violência Obstétrica no Brasil

No Brasil, atualmente, há diversos movimentos que militam contra a violência obstétrica e pela humanização do parto, bem como pelo direito de escolha da mulher sobre onde, com quem e de que forma quer parir. Destaca-se a ReHuNa (Rede Pela

Humanização do Parto e Nascimento), originada em 1993, composta por diversos profissionais da saúde, incluindo médicas(os), enfermeiras(os), psicólogas(os), educadoras(es), doulas, entre outros profissionais envolvidos no tema da gestação e parto e, logicamente, por mulheres, homens, mães e pais que advogam pela humanização e contra a violência obstétrica.

Apesar de todos os esforços para garantir um atendimento respeitoso e de qualidade, o fato é que a violência obstétrica ainda ocorre com muita frequência, em hospitais públicos ou privados do Brasil. Um estudo da Fundação Perseu Abramo, em 2010, em todos os estados do Brasil, no qual foram entrevistadas 2.365 mulheres e 1.181 homens, concluiu que 25% das mulheres, tanto em hospitais públicos quanto privados, sofreu algum tipo de violência obstétrica, seja ela de caráter físico, sexual ou psicológico.<sup>45</sup>

Outra pesquisa brasileira, de 2012, denominada “Teste da Violência Obstétrica”, realizada pelas pesquisadoras Ana Carolina Franzon e Ligia Moreiras Sena, que realizaram um inquérito respondido por 1.966 mulheres, atendidas em hospitais públicos ou privados, também observou os mesmos resultados que a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 25%.<sup>46</sup> Relativamente aos objetivos da realização do “Teste da Violência Obstétrica”, Ana Carolina Franzon esclareceu: “Nós quisemos mostrar para outras mulheres que aquilo que elas tinham como desconforto do parto era, na verdade, uma violação dos seus direitos. Hoje, nós somos protagonistas das nossas vidas e, quando chega o momento do parto, perdemos a condição de sujeito.”<sup>47</sup>

Uma forma comum de violência contra as mulheres nos partos é a violência psicológica. Na pesquisa da Fundação Perseu Abramo, dentre as mulheres que afirmaram sofrer alguma forma de violência, 9% relataram que em algum momento do parto, algum profissional que assistiu o parto gritou com elas, e 7% afirmam que receberam ralhetes e foram humilhadas. Os ralhetes, gritos, uso de palavras ofensivas e humilhação são um

---

<sup>45</sup> Disponível em:

[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf) Data do acesso: 30/09/2015.

<sup>46</sup> Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados-Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Diagramada-Vers%C3%A3o-final.pdf> Data do acesso: 30/09/2015.

<sup>47</sup> Disponível em: <http://www.apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/> Data do acesso: 30/09/2015.

tipo de violência que pode ser caracterizada como violência psicológica (Ciello et al, 2012).

Ainda a partir deste estudo, do total de depoimentos, 23% das mulheres relataram que escutaram frases ofensivas durante o trabalho de parto, enquanto estavam sentindo as dores das contrações. As frases mais comuns ouvidas pelas mulheres eram: *'Não chora não, que no ano que vem você está aqui de novo.'* (15%); *'Na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe, por que está chorando agora?'* (14%); *'Se você gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender mais.'* (6%); *'Se ficar gritando, vai fazer mal pro seu bebê, ele vai nascer surdo.'* (5%).

O 'Teste da Violência Obstétrica', respondido voluntariamente por quase duas mil mulheres em todo o Brasil, detetou que, apesar de, no país, existir uma lei<sup>48</sup> que garanta às mulheres o direito a um acompanhante no parto, a maioria das mulheres encontrou dificuldade para "acessar este direito em sua plenitude."<sup>49</sup> A proibição da presença de um acompanhante à mulher se configura em um descumprimento da lei brasileira, e pode ser enquadrada como violência psicológica, já que isola a mulher em um momento suscetível e importante da sua vida.

A violência no parto não se limita às humilhações e ameaças. Ainda na pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 10% das mulheres relataram que os exames de toque foram feitos de forma dolorosa; a 10% foi negado algum alívio para a dor; 1%<sup>50</sup> foram empurradas; 1% foram amarradas; 1% relatam que algum profissional bateu nelas e 1% das mulheres foram assediadas sexualmente.

Relativamente aos procedimentos hospitalares, no Brasil o que fica evidente é o altíssimo índice de cesarianas. O Brasil é o 'campeão' mundial em cesarianas, seguido pelos Estados Unidos. Apesar de a Organização Mundial da Saúde<sup>51</sup> proclamar que a taxa recomendada de cesarianas deve ser de 15 a 10% do número total de nascimentos, no Brasil as taxas chegam a ser maiores que 50%, e em hospitais privados, há até mesmo índices de mais de 90%. Alguns hospitais privados no Brasil têm a absurda taxa de cesarianas de 100%. A cesariana é uma cirurgia de médio a grande porte, que deveria ser

---

<sup>48</sup> Lei 11.108/2005

<sup>49</sup> Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados-Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Diagramada-Vers%C3%A3o-final.pdf> Data do acesso: 30/09/2015.

<sup>50</sup> 1% corresponde a aproximadamente 236 mulheres, já que o total de mulheres entrevistadas foi de 2.365.

<sup>51</sup> World Health Organization. (1985). *Appropriate technology for birth*. *Lancet* 1985;2:436-437.

utilizada apenas como recurso médico em caso comprovado de risco, e não deveria ser realizada de maneira eletiva (Diniz, 2002; Odent, 2004; Gaskin, 2011).

Em 2014, foram apresentados resultados do maior inquérito nacional sobre parto e nascimento, denominado *Nascer no Brasil*.<sup>52</sup> O inquérito, realizado em capitais e cidades do interior, contemplando 266 hospitais, atingiu a marca de 23.940 mulheres entrevistadas, em 191 municípios de todos os estados do Brasil. Do total da amostra, 51% foram cirurgias cesarianas. Apenas 5% do total de mulheres teve parto natural, i.e., parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto. Para as mulheres com parto vaginal, 53,5% foram submetidas à episiotomia. Um impressionante número de mulheres, 91,7% do total dos partos vaginais, deu à luz na posição de litotomia. A apenas 25,2% das mulheres que entraram em trabalho de parto foi permitida a alimentação e a 44,3% das mulheres foi permitida a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. Ainda relativamente às intervenções, chama a atenção o elevado índice da manobra de Kristeller, realizada em 36,1% do total de mulheres que tiveram partos vaginais. Nota-se que a manobra de Kristeller, apesar de ser não ser comprovada sua eficácia e apresentar sérios riscos para a mãe e o bebé, ainda é muito utilizada nos hospitais e maternidades do Brasil.

São diversos os procedimentos aos quais a maioria das mulheres e bebés são submetidos, rotineiramente, durante os partos e nascimentos. Essa é uma realidade tanto brasileira quanto portuguesa. De facto, apesar de, em Portugal, o índice de cesarianas ser muito inferior ao brasileiro, relativamente aos partos vaginais, o padrão interventivo é praticamente o mesmo. Esta é uma realidade em praticamente todo o ocidente, mais frequente nos Estados Unidos e países da América Latina e menos frequente na Europa.

Os Estados Unidos são conhecidos mundialmente por seus partos tecnocráticos interventivos, e os dados estatísticos indicam que a mortalidade materna, ao invés de reduzir, o que é esperado em um país tão desenvolvido tecnologicamente, só está aumentando, apesar de este ser o país que mais despense gastos com cuidados maternos e perinatais. Será este aumento de mortes de mulheres no parto devido ao excesso de medicalização e intervenção? Uma publicação, de 2012, da Organização Mundial da Saúde, em parceria com a UNICEF, a UNFPA e o Banco Mundial, demonstrou que, desde

---

<sup>52</sup> Leal, Maria do Carmo (2014). *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*.

1990 até 2010, a mortalidade materna no parto aumentou em 65% nos Estados Unidos, enquanto em países como o Brasil por exemplo, ela diminuiu. No Brasil, a diminuição foi de 51%, nos mesmos 20 anos. Em Portugal, a mortalidade materna no parto reduziu em 48% nesse período (WHO, 2012).

##### 5. Sobre a Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP)

Em Portugal, há emergentes movimentos sociais contra a violência obstétrica, como é o caso da Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP)<sup>53</sup>. Trata-se de uma significativa associação no âmbito, constituída por mulheres e homens de diversas profissões, unidas(os) pela causa do respeito ao parto e nascimento em Portugal. A Associação foi criada recentemente, em dezembro de 2014. Com um pouco mais de um ano de existência, a APDMGP já deu importantes passos pela defesa dos direitos das mulheres na gravidez e no parto e na luta contra a violência obstétrica.

A APDMGP lançou recentemente uma campanha intitulada “Sombras do Parto”, que objetiva dar visibilidade ao problema da violência obstétrica em Portugal, através de imagens fotográficas inspiradas nos relatos partilhados por mulheres que foram alvo de violência obstétrica.<sup>54</sup> Essa campanha, Sombras do Parto, nasceu no seguimento da realização de um inquérito da APDMGP realizado em 2015, respondido por mais de três mil mulheres que tiveram partos entre 2012 e 2015, cujos resultados foram divulgados no *website* da Associação em Outubro de 2015, em um documento intitulado *Experiências de Parto em Portugal – 2012-2015*.<sup>55</sup>

Outro importante passo foi a apresentação, em Agosto de 2015, dos resultados do inquérito “Experiências de Parto em Portugal”, em um relatório da ONG Plataforma Portuguesa pelos Direitos das Mulheres, na 62ª sessão do Comité da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres (*Committee on the Elimination of Discrimination against Women - CEDAW*), das Nações Unidas, em Genebra. A partir da apresentação deste relatório, o Comité da CEDAW, declarou, entre

---

<sup>53</sup> <http://www.associacaogravidezparto.pt>

<sup>54</sup> Disponível em: <https://sombbrasdoparto.wordpress.com/>

<sup>55</sup> Disponível em: [http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/Experi%C3%Aancias\\_Partos\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf)

outras recomendações, no documento de Recomendações Finais relativas ao 8º e 9º relatórios de Portugal, traduzido e divulgado pela Plataforma Portuguesa pelos Direitos das Mulheres<sup>56</sup>:

36. O Comité congratula-se com as realizações significativas do Estado Parte em matéria de redução da mortalidade materno-infantil. No entanto, o Comité está preocupado com a limitação à liberdade de escolha das mulheres em matéria de planeamento familiar e métodos de nascimento. O Comité está particularmente preocupado com os relatos de que muitas vezes as mulheres não são consultadas e são submetidas a partos excessivamente medicados e a operações cesarianas. [...]

37. O Comité recomenda que o Estado preveja salvaguardas adequadas para assegurar que os procedimentos excessivamente medicados no parto, tais como operações cesarianas, sejam cuidadosamente avaliados e realizados apenas quando for necessário e com o consentimento informado da parturiente. [...]

A APDMGP atualmente é parceira portuguesa da organização internacional *Human Rights in Childbirth*<sup>57</sup>, uma ONG em nível internacional que defende os direitos humanos no parto e nascimento. A *Human Rights in Childbirth* atualmente desenvolve um projeto designado *World Mapping Project*, que tem por objetivo averiguar e divulgar as estatísticas em cuidados maternos no parto em todo o mundo. Este projeto de âmbito mundial pretende obter dados relativamente a intervenções e *outcomes*, bem como o atendimento e suporte oferecido para as mulheres no parto em diversos países e também o papel ocupado pelas parteiras e o *status* dos partos domiciliares planeados, além dos recursos e organizações de apoio às mulheres no parto.

Como se observa, os movimentos pelos direitos das mulheres no parto e contra a violência obstétrica são uma tendência crescente no mundo e vêm ganhando mais força em Portugal. Entretanto o país ainda carece de mais discussão relativamente ao tema, especialmente pelas(os) profissionais que prestam assistência ao parto, principalmente do setor público, bem como na pesquisa científica.

---

<sup>56</sup> Disponível em: <http://plataformamulheres.org.pt/projectos/cedaw/> Data do acesso: 06/02/2016.

<sup>57</sup> *Human Rights in Childbirth is a network that advocates for recognition, in law and practice, of the full human rights of birthing women. We call for non-violent, anti-colonialist, community and woman-centered policy goals in maternity care development around the world. We believe that healthy outcomes for mother and baby are best achieved when everybody working in maternity care understands that their job is to provide the birthing woman with respectful, individualized support. We understand that universal human rights are at stake in different ways in childbirth around the world. Our mission is to connect those people and organizations working at the local level to advocate for birthing women's rights in different countries, to share information and support about the issues they are facing, and what they are doing about them.* Disponível em: <http://www.humanrightsinchildbirth.org> Data do acesso: 09/06/2016.

## **Apêndice C. Classificação de Práticas em Parto Normal<sup>58</sup>, da Organização Mundial da Saúde (1996).**

### **A) Condutas que são evidentemente úteis e que deveriam ser encorajadas**

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será assistido, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família.
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
12. Fazer monitorização fetal com auscultação intermitente.
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.

---

<sup>58</sup> Tradução livre de: “*Classification of Practices in Normal Birth*”. World Health Organization – WHO (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: Reproductive Health and Research – World Health Organization. Disponível em:

[http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf) Data do acesso: 15/08/2016.



14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
20. Prevenir hipotermia do bebê.
21. Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

## **B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas**

1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria radiográfica.
8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.

12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto.
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

**C) Práticas para as quais há evidências insuficientes para corroborar uma recomendação clara e que deveria ser utilizadas com cautela até que futuras pesquisas esclareçam a questão.**

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Uso rotineiro de amniotomia precoce durante o início do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.

**D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado**

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor através de analgesia epidural.
4. Monitorização eletrônica fetal.
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
6. Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.

7. Aceleração com ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12. Parto operatório.
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.