

**A Naturalização Da Violência Obstétrica Contra A Parturiente
Durante Toda Sua Experiência No Parto.**

Lavínia Del Gaudio Campbell

Brasília

Junho de 2018

**A Naturalização Da Violência Obstétrica Contra A Parturiente
Durante Toda Sua Experiência No Parto.**

Lavínia Del Gaudio Campbell

Pesquisa apresentada como uma das atividades programadas pela disciplina de Monografia, da graduação em Psicologia do UNICEUB - Centro Universitário de Brasília. Professor orientador: Me. Leonardo Cavalcante de Araújo Mello

Brasília

Junho de 2018

Agradecimentos

Agradeço ao meu filho, Fred, meu verdadeiro amor e amigo; meu orgulho. Obrigada por existir e estar ao meu lado durante toda essa jornada. Agradeço à minha mãe por te me apoiado nessa caminhada, principalmente nos momentos desafiadores. Agradeço também à minha irmã, Letícia, e ao meu pai, que tão cedo partiu desta vida. As palavras não expressam e se mostram insuficientes para descrever tudo o que vocês fizeram por mim. Essa monografia não seria possível sem o incondicional respaldo que recebi de todos vocês.

Agradeço também aos meus melhores amigos. É fundamental saber que há pessoas como vocês ao meu lado, como as sagradas Águias Azuis, em especial a Rosana, que tanto contribuiu em cada passo de meu caminho. Assim também agradeço a Gustavo Costa, Sieglinda, Flávia, Juju, Marlem e Cynthia. Imensa gratidão por vocês representarem um porto seguro em minha viagem pela vida.

Gostaria também de reconhecer a contribuição das entrevistadas com seus relatos, que abriram tão generosamente suas vidas e suas intimidades.

Por fim uma homenagem especial, agradeço ao Prof. Me. Leonardo Mello, por ter me aceitado, escolhendo-me dentre tantos alunos que queriam ser orientados. Grata por me incentivar e acreditar no tema que escolhemos como objeto desse trabalho acadêmico. Meus sinceros agradecimentos por tudo que você me ensinou, com paciência e confiança.

Eu sou eu e minhas circunstâncias.

Jose Ortega Y Gasset

Sumário

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	vi
Introdução.....	1
Objetivos.....	5
Objetivo geral.....	5
Objetivos específicos.....	5
Fundamentação Teórica.....	5
Método.....	12
Mulheres participantes.....	13
Local.....	14
Instrumentos.....	15
Procedimentos.....	15
Análises das Informações Construídas	16
Procedimento de análise.....	17
Resultados/Discussão.....	19
Feminismo e a maternidade.....	19
Violência de fato e percepções individuais dos acontecimentos violentos.....	23
A violência causando impactos emocionais e suas consequências nas mulheres	36
Parto humanizado e novas alternativas profissionais.....	41
Considerações finais.....	44
Referências bibliográficas.....	48
Anexos.....	52
Anexo A.....	52
Anexo B.....	54

Resumo

A pesquisa em questão, a naturalização da violência obstétrica contra a parturiente durante toda sua experiência no parto, tem como referencial teórico a psicologia social, que perpassa também a psicologia da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que aborda questões de gênero como violências naturalizadas, organizadas com o sistema patriarcal e incorporadas nos papéis definidos socialmente. Esse fenômeno aparece como manifestação explícita na violência obstétrica contra a parturiente. Em termos metodológicos, foi utilizado um método de investigação qualitativa mediante a realização de entrevistas individuais semiestruturadas com as participantes. A realização das entrevistas ocorreu de forma integrada com o diário de campo. A investigação sobre tal temática apresenta, portanto, implicações no que se refere à elaboração de estratégias contextualizadas de desconstrução de práticas médicas, bem assim como a análise crítica do descumprimento de direitos das mulheres e de promoção de um novo movimento mobilizador de mulheres parturientes, entendido como parto humanizado, ocupando e se apropriando dos seus direitos de parir no contexto do parto que escolher. É importante destacar que as participantes são pessoas maiores de idade. As entrevistas foram realizadas em locais convenientes para cada uma das participantes. Foi garantido o sigilo em relação a suas identidades pessoais e todas receberam e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa, assim, seguiu todos os critérios esperados pelo comitê de ética. As entrevistas foram interpretadas a partir de técnica de análise de conteúdo temática construídas pela aluna pesquisadora. Os resultados foram divididos em quatro categorias sendo essas: Feminismo e Maternidade, Violências de Fato, Impactos Emocionais e por fim Parto Humanizado e novas alternativas profissionais. Resultados esses que mostraram a violência institucionalizada e invisibilizada nos ambientes hospitalares e obstétricos.

Palavras chaves: Violência Obstétrica, Parto Humanizado, Violência contra Mulher, Análise de conteúdo Temática.

Esta pesquisa surgiu a partir do interesse de melhor compreender a naturalização da violência obstétrica, na realidade contemporânea de nossa sociedade. Nesse sentido, apesar da inegável subjetividade do tema, buscou-se consolidar o entendimento sobre o assunto estudado, com base em abordagem empírica, mediante tomada de depoimentos de mulheres que tiveram a experiência que aqui se trata. Busca-se, também apresentar suporte teórico sobre a matéria. Em ambas as abordagens foram adotadas na análise das situações examinadas, como pilares que estruturam o problema enfocado.

Quanto ao tema, sabe-se que estudos de gênero concebem a cultura como um espaço onde se realizam lutas e contestações, com diferentes grupos, cada qual com suas particularidades, singularidades e semelhanças, no conjunto social. Assim ocorre a identificação da mulher e da maternidade, no contexto de nossa sociedade contemporânea.

Remetendo ao passado remoto, sabemos, por meio da arqueologia, que houve a predominância da liderança feminina no sistema matriarcal, tanto na organização familiar como na comunitária e social. A maternidade era prioridade. O pouco que se conhecia como família era de descendência materna. Essas sociedades paleolíticas apresentavam sinais de certa vida espiritual e manifestações artísticas de alto nível. As cerimônias religiosas eram celebradas em honra à deusa do amor e da fertilidade. A imagem da deusa era uma mulher dando à luz, símbolo que vai fundamentar o cultivo da terra. Posteriormente, com o surgimento do patriarcado, acontece o controle sobre a mulher e sua sexualidade. Isso porque o patriarcado baseia-se no poder e controle exercido pelo patriarca com toda sua autoridade sobre tudo que integra sua propriedade (Rocha, 2009).

Com o advento da era cristã, solidificam-se os alicerces da sociedade, em que a imagem da mulher, representada por Eva (dotada de menor capacidade), é criada por Deus para aplacar a solidão do homem. Segundo a concepção judaico-cristã, a mulher, por ter traído a confiança de Deus, recebeu como punição o castigo das dores do parto e a obrigação

de servir ao homem. E assim com a interpretação bíblica, misógina e machista, estabeleceram-se os papéis sociais masculinos e femininos. Sendo o segundo subjugado ao primeiro. Essa estrutura fomentou a sujeição física e mental e cerceou a liberdade da mulher. O corpo feminino não pertencia mais à mulher (Rocha, 2009). Nessa perspectiva, nascer mulher é vir ao mundo dentro de um espaço definido e confinado à guarda do homem (Berger, 1999).

Segundo a teoria freudiana, na tradição de manter a mulher nas funções de mãe, caberia a ela a maternidade e os cuidados com o lar, cabendo ao homem a racionalidade. Resta à mulher a reduzida função biológica da maternidade. Desse modo, são duas as possibilidades femininas: a inibição sexual decorrente do complexo de castração - ou do comportamento viril determinado pela fixação na inveja do pênis e a que nos interessa, a maternidade como a sonhada oportunidade de abrandar a inveja fálica. Entretanto, Freud procurou romper com esse paradigma, ao longo de sua obra literária (Rocha, 2009).

Outra questão em destaque na história da mulher foi a pílula anticoncepcional que revolucionou sua trajetória evolutiva, provocando um desenvolvimento social do gênero. Até algumas décadas atrás, as mulheres não podiam controlar sua fertilidade. A libertação de boa parte de mulheres do fardo da gravidez indesejada teve enorme impacto em suas vidas. Foi um dos principais fatos na vida feminina, nos anos 1970.

Trata-se de uma mudança histórica significativa no comportamento feminino, contribuindo com o surgimento de uma nova mulher que pode melhor controlar o próprio corpo e seu papel na sociedade, cabendo-lhe o protagonismo de seu próprio destino. Até então a mulher foi impedida, por diversos obstáculos, de exercer outra forma de inserção social, que não fosse o papel de cônjuge do lar, esposa e mãe, no restrito espaço privado das relações sistêmicas familiares (Rocha, 2009).

Nesse contexto da ideologia fundamentada na biologia e na religião, o gênero feminino, no sentido coletivo, não teve garantido seu espaço público. Uma das práticas mais emblemática de controle sobre a sua autonomia, como sujeito de direito é o que ocorre no decorrer da experiência do parto. A mulher até hoje vem sendo destituída do poder decisório. Muitas vezes lhe são negadas as possibilidades de escolhas e o conhecimento sobre seus direitos (Carneiro, 2015).

O movimento de mulheres que reaparece nas décadas de 60 e 70 teve a relevância de instituir no programa político demandas que estavam antes restritas aos campos despolitizados e neutros da vida privada, oferecendo para a demanda do público conteúdos como a sexualidade e o corpo feminino. Estas questões são utilizadas como essenciais na luta das mulheres pelo reconhecimento de suas circunstâncias, protagonistas hábeis em deliberar sobre suas próprias vidas e sobre suas opções reprodutivas e sexuais (Diniz, 2000).

O olhar histórico sobre a cultura machista e patriarcal no Brasil revela posturas de legitimação e banalização de violência contra a mulher que legislações recentes buscam superar, como a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340/2006, que cria mecanismos para coibir a violência familiar e social contra a mulher. Este normativo legal trouxe inovações jurídicas e processuais que buscam empreender políticas e culturais nas afirmações dos direitos humanos das mulheres (Guimarães & Pedroza, 2015).

Lembre-se que a percepção da violência está associada a uma identificação dos excessos da ação repressiva, ou seja, ela é percebida quando ultrapassa limites estabelecidos (implícita ou explicitamente) por código social, cultural, histórico e subjetivo. Seu fundamento é a manifestação como excesso na afirmação de "um todo poderoso" que nega a alteridade. Outro fundamento assenta-se na negação do reconhecimento implícito de a mulher não ser considerada como semelhante e como diferente, por uma inadequação ou não

aceitação de seu desejo. É nesse sentido que a violência aparece como a objetificação do outro, negando-lhe subjetividade e desejo (Guimarães & Pedroza, 2015).

No Atlas Brasileiro da Violência, pesquisa feita pelo IPEA – Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada, informa que a cada 100.000 mulheres, 4.5 foram assassinadas no ano 2015. Só no ano de 2015, um total de 4.621 mulheres foram vítimas de feminicídio, no Brasil. Define-se Feminicídio como o homicídio intencional praticado contra a mulher por razões da condição de ser mulher, ou seja, menosprezando, desconsiderando a dignidade da vítima enquanto mulher, como se as pessoas do sexo feminino tivessem menos direitos do que as do sexo masculino. A mencionada Lei Maria da Penha também veio alterar esse panorama e previu, expressamente, que o feminicídio, deve ser punido como homicídio qualificado (Ortega, 2016).

Dentro desse panorama, a nosso ver, podemos considerar que algumas mortes no parto podem ser tipificadas como feminicídios, como resultados diretos da violência empregada contra a parturiente no processo do parto, incluindo a negligência médica também como uma forma de violência contra a mulher (Carneiro, 2015).

Ainda sobre a violência contra a mulher, inclusive a obstétrica, destacamos situações relatadas em diversos estudos, como uma série de procedimentos médicos automatizados como, por exemplo: o afastamento do acompanhante, a tricotomia, a episiotomia, a aplicação de ocitocina sintética, o toque vaginal repetido por vários profissionais, o enredamento forçado na maca, a anestesia como ameaça e punição, e inúmeras condutas de assédio moral, mais ou menos veladas. Tal é o caso do abuso de autoridade e negligência médica. Muitos desses procedimentos já foram condenados por autoridades sanitárias por serem ineficientes desnecessários e até mesmo violentos e desrespeitosos (Carneiro, 2015).

Pretendeu-se, com esse estudo, dar voz à mulher que foi submetida à violência obstétrica durante o parto, ao elaborar uma análise a respeito do impacto emocional advindo

de tal episódio, possibilitando, com tal registro, uma análise psicossocial no âmbito acadêmico, bem assim, a formulação de denúncia dessa ocorrência aceita como normalizada na prática obstétrica. Além disso, buscou-se o desvelamento de como se elabora e se reforça o conceito da construção da mulher na experiência da maternidade a partir da experiência do parto, na configuração do gênero feminino. Na delimitação preliminar do tema, definiu-se como questionamento básico do estudo a seguinte questão: Como ocorre a naturalização da violência obstétrica contra a parturiente, durante sua experiência do parto e quais são as repercussões subjetivas desse acontecimento no decorrer de sua vida pós-parto. A seguir ficam evidenciados os objetivos da pesquisa.

Objetivos

Objetivo geral

- Analisar o fenômeno da naturalização da violência obstétrica contra a parturiente durante sua experiência no parto e os consequentes desdobramentos em sua vida.

Objetivos específicos

- Identificar e analisar se os profissionais da saúde ajudam a esclarecer e informar as mulheres sobre seus direitos, quanto ao parto, e da necessidade de exercê-los.
- Reconhecer o modo como a parturiente expressa sua percepção sobre os acontecimentos que porventura tenham caracterizado a violência em seu parto.
- Examinar as implicações da parturiente, na atribuição de significado à sua experiência de parto e seus reflexos na vida pós-parto.

Fundamentação Teórica

O presente estudo tem por objeto a análise e respectiva configuração teórica da violência obstétrica contra a parturiente, a partir de relatos sobre diversas experiências vivenciadas por algumas, que caracterizam tal prática.

Dados informam que, no presente, cerca de 46% a 88% dos partos no Brasil, acontecem de forma cirúrgica, tanto na rede pública, como na rede privada respectivamente. Em termos absolutos, quase um milhão de mulheres são submetidas à cesariana, todos os anos, o que coloca o país como recordista mundial em cesarianas, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada em 2014, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Esses dados podem dar início a algumas reflexões, como adiante apresentaremos.

Com tais fundamentos, este trabalho acadêmico se direciona aos movimentos pela saúde das parturientes, com base em experiências em seus partos. Tem-se que os modelos vigentes biomédicos não respondem aos anseios das mulheres, e nem parecem ir em direção de seus direitos básicos. Além do que se pode enxergar, por trás dessas determinações há um legado patriarcal que subjuga a mulher em diferentes cenários sociais (Carneiro, 2015).

Por vezes, observam-se, em alguns relatos, que profissionais da área da saúde obstétrica distorcem informações, no intuito de justificarem, por meio de um discurso médico, interesses meramente econômicos e logísticos em suas rotinas. “A discrepância entre as falas” dos médicos tem correlação com o fato de que, muitas vezes, a Medicina não está baseada em evidências científicas: muitos médicos repetem discursos que aprenderam na faculdade. Ainda existe uma tradição oral muito presente na transmissão da Medicina. No Brasil, principalmente, ainda tem-se uma obstetrícia muito opinativa (Chauvet & Paula, 2013).

A violência presente na imposição de rotinas médicas, desde a posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenções médicas, transformando o parto em uma experiência de terror, impotência e dores físicas e psíquicas. Não surpreende que algumas mulheres introjetem o discurso médico que a

cesariana é a melhor e mais segura forma de parir, sem medo, sem risco e sem dor (Rattner & Trench, 2005).

Estudo que investigou parto de cesariana agendado sugeriu em seus resultados que o procedimento cesariano deixa os bebês mais vulneráveis e podem resultar em problemas de saúde. Recentemente uma Campanha do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) mostrou a importância do trabalho de parto espontâneo e do direito de o bebê nascer na hora certa. Um dos problemas apontados em grande parte das cirurgias obstétricas realizadas no Brasil é que são feitas de forma eletiva, sem considerar fatores de risco que justifiquem o procedimento, mas que se adequam à agenda do obstetra. Antes mesmo de a criança emitir qualquer sinal de que está pronta para o trabalho de parto (Campanha Quem Espera, Espera, UNICEF, 2017).

Observa-se que, em muitos casos, a prioridade no processo é a adequação da comodidade das relações sociais e dos profissionais envolvidos. A parturiente passa a ser “paciente”, em papel passivo, resultando na sua adequação de paciente e de seus familiares, ao contexto da rotina médica e hospitalar. Evidencia-se a impotência da parturiente e seu afastamento do protagonismo no parto (Carneiro, 2015).

A quantidade de cirurgias feitas sem indicação objetiva deixa o país entre os primeiros na posição dos que mais realizam cesáreas no mundo, como acima mencionado. Enquanto a Organização Mundial da Saúde estabelece como aceitável até 15% a proporção de cesáreas por ano, em um país. No Brasil, esse percentual é de 56%. Na rede particular, a cirurgia representa 88% dos nascimentos. Esses dados remetem à reflexão sobre o caráter mercantilista de profissionais de saúde, na decisão quanto a tais de procedimentos (OMS, 2015).

Trabalho publicado em 2010, pela Fundação Perseu Abramo¹: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, apresenta o conceito internacional de violência no parto, definindo-a como qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado pela mulher, e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Remetendo ao parágrafo acima podemos definir que violência de gênero é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. Podemos estender o entendimento para a mulher e a criança puerpéres.

Entende-se no exercício da função do domínio patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais e de como essas categorias funcionam, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio ou incomodo (Safiotti, 2001).

Em sua argumentação, Bourdieu (2016) entende a questão da dominação masculina principalmente a partir de uma perspectiva simbólica. Essa dominação seria uma forma particular de violência simbólica. Significa que o poder impõe significações, como legítimo, de forma a dissimular as relações de forças que sustentam a subjugação. Poder esse que mascarado nas relações e que se infiltra no pensamento e nas concepções de mundo, levando a esquemas de pensamentos não refletidos, mas somente reproduzidos. Muitas vezes embasados no discurso biológico. Trata-se de uma relação desigual de poder que comporta a aceitação dos grupos dominados, não sendo, necessariamente, uma aceitação consciente e deliberada, mas principalmente de submissão pré-reflexiva, particularmente da mulher.

A biologia e o corpo seriam espaços em que as desigualdades entre os sexos são naturalizadas. Resumindo: a ideia de dominação masculina e da superioridade do homem. A submissão feminina parece encontrar sua tradução natural no fato de se inclinar, de se

¹ https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf

submeter nas posturas flexíveis, se curvar na docilidade correlativa que se julga convir à mulher (Bourdieu, 2016). Argumento exemplificado em mulheres sendo obrigadas a parir, deitadas em macas, na posição horizontal e anti-natural.

É como se a feminilidade fosse medida pela arte de ser contida, de se fazer “pequena”, mantendo as mulheres encerradas em uma espécie de cerco invisível, limitando o território deixado aos movimentos e ao corpo, enquanto homens ocupam lugar maior com seu corpo, sobretudo em espaços públicos. Entretanto, a primeira lição a ser incorporada é que existe uma necessidade de afirmação social em todas as esferas do sujeito, passando pelo anseio de se identificar e de pertencer aos valores padronizados (Carneiro, 2015).

Assim, quando se reflete sobre a passagem do parto religioso quase místico para o parto científico, tanto na Europa quanto no Brasil, há que se considerar a existência de uma trama de saberes e de poderes bem mais ampla e enraizada, do que um simples parto envolve. Pode-se encontrar pistas de como e por que a cesárea passou a ser realizada com mais frequência, tendo tornado regra durante décadas (Diniz, 2005).

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina divulgou determinação que o parto cesariano só possa ser feito a partir da 39ª semana. A recomendação é que o nascimento aconteça da 39ª até 41ª semana de termo. A UNICEF também criou a campanha “Quem Espera, Espera”. O objetivo da iniciativa é dar visibilidade ao tema e sensibilizar especialmente mulheres, sobre a importância de aguardar o início dos sinais do trabalho de parto. (Campanha Quem Espera, Espera, UNICEF, 2017).

Nesse sentido, e considerando a dinâmica temporal do processo histórico, com avanços, recuos, contradições, e transformações, surge o movimento cada vez mais disseminado em vários pontos de planeta e em nosso país, nos anos 1990, conhecido como “parto humanizado”. Trata-se de procedimento que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento para

qualquer procedimento realizado. Baseia-se no mínimo de intervenções médicas e farmacológicas que seja possível. Um parto humanizado pode acontecer de muitas formas, conforme as características de cada caso (Carneiro, 2015).

O termo “humanizar” pretende sintetizar todos os princípios em forma de reivindicação principalmente das mulheres, no caso do parto, mas também uma reivindicação dos setores mais críticos e conscientes da área da saúde, preocupados com a relação profissional da saúde/paciente. A humanização do parto carrega componente emocional importante. Não se trata exclusivamente de evitar a dor e o desconforto da parturiente, trata-se do apoio proporcionado pela equipe de atendimento, por familiares e outros, dentro da rede de relacionamento da mulher (Tornquist, 2006).

Propõe que a parturiente deve ficar em casa para parir, sendo considerada uma forma de evitar a cirurgia cesariana eletiva e fugir de um lugar inóspito, como pode ser considerado o hospital. É sabido que nesse momento, o estado da mulher puérpera é de vulnerabilidade. Ficar em casa pode ser uma maneira de fuga planejada para a liberdade, intimidade, afetividade e prevenção de violência obstétrica. Esse movimento de resistência para escapar das pressões biomédicas pode ser considerado mesmo como um ato político (Carneiro, 2015). No parto humanizado, por outro lado, o bem-estar da parturiente e do bebê é colocado como prioridade, com inúmeros benefícios - que apresentaremos em debates posteriores neste trabalho. Nesse caso a mulher tem autonomia e liberdade para decidir como quer parir. Além disso, pode contar com o suporte de outras pessoas, como a Doula (profissional que presta o serviço de assistência à parturiente), entre outros benefícios que preferir. Nesse sentido, o trabalho dos envolvidos visa a garantir que ela esteja em ambiente acolhedor e seguro.

A medicina passou a se adequar como uma instituição masculina que advoga o monopólio do saber e do poder auxiliando a manutenção do machismo institucionalizado. Perseguindo a prática feminina do trato com ervas e atendimento ao parto. As curandeiras e

parteiras que cuidavam da saúde da população eram as principais concorrentes que contrapunham o estabelecimento da hegemonia da medicina. Assim elas começaram a desaparecer e que agora ressurgem (Alves & Pitanguy, 1981).

É uma pena que, na maioria dos partos, as mulheres atravessem essa experiência, com uma consciência precária a respeito de seus poderes e dos seus significados.

Metaforicamente, atravessar um parto é vivenciar a erupção de um vulcão interno, ou seja, requer uma preparação emocional, de amor e compreensão, por parte da própria mulher. De maneira usual, considera-se o parto um ato puramente corporal. Para a ciência médica, significa apenas um trâmite. Nessa perspectiva, a mulher recebe um atendimento massificado, despersonalizado, dominado pelo pensamento institucional/funcional com um objetivo específico: extrair um bebê relativamente saudável. Não importa o preço emocional da mulher que é invisibilizada (Gutman, 2017). Em consonância com este conceito e sob o olhar dos estudos sobre gênero pesquisados, considera-se que a violência institucional nas maternidades é determinada, de certa forma por uma violência com uma raiz nas questões de gênero, que ser mulher é desvantajoso dentro das desigualdades observadas.

Relação hierárquica essa que a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de direito com seus próprios limites e decisões sobre o que lhe acontece. Neste contexto perpetua se historicamente a ideologia de gênero naturalizada da inferioridade física e moral da mulher e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da medicina. Vale ressaltar a dominação do corpo feminino pelas instituições médicas, bem como o próprio exercício da violência institucional em maternidades, não se dá sem conflitos e resistências por parte das mulheres, como veremos adiante (Aguilar & D'Oliveira, 2011).

Método

O presente trabalho baseou-se na pesquisa qualitativa das Ciências Sociais. O conceito de pesquisa qualitativa enfoca a realidade social que não pode ou não deveria ser quantificada, por ter uma dinâmica que não comporta uma investigação rigorosamente estruturada. Significa dizer que essa produção é de caráter interativo e construtivo (Tuzzo & Braga, 2016).

A reflexão sobre a pesquisa social, diz respeito à possibilidade concreta de tratarmos de uma realidade da qual somos observadores e também agentes ativos; ou seja, construímos o conhecimento através das interações (Minayo, 2009). Porém em pesquisa científica, não é suficiente o desejo do pesquisador em realizá-la; é fundamental ter o domínio do conteúdo sobre o tema a ser pesquisado, além de recursos (Gerhardt & Silveira, 2009).

No presente estudo, propôs-se uma pesquisa, mediante adoção do método de triangulação, entendido como aquele que assume como perspectiva: o sujeito, o objeto e o fenômeno.

Nessa linguagem, o sujeito é o elemento fundamental da pesquisa, ou seja, o indivíduo que protagoniza a realidade que se pretende conhecer em sua complexidade. No caso em questão, consideram-se sujeitos as parturientes (e até mesmo as interrelações entre pesquisador e essas participantes), tendo por referência a singularidade que emerge como diferencial da história subjetiva de cada uma das pesquisadas.

O estudo, portanto, assentou-se em um universo de significados de aspirações, valores, crenças e atitudes individuais. Essa abordagem caracteriza a natureza da subjetividade humana, que integra e produz o conjunto da realidade social, mediante suas necessidades individuais e suas relações de convivência, na sociedade (Minayo, 2009).

O objeto, por sua vez, cuida da situação escolhida para ser estudada, descortinada em sua complexidade, no campo do conhecimento da psicologia. Neste estudo, é a naturalização

da violência obstétrica contra a parturiente - como ocorre; quais os acontecimentos que a caracterizam, enquanto situação definida para observação. Já o fenômeno foi definido com base no conceito adotado por Tuzzo e Braga (2016) as interfaces do sujeito, ou contexto em que ocorre sua participação na ocorrência investigada, mediante um sistema dinâmico de interação de papéis, sinergia e troca.

Mulheres participantes

As mulheres são parturientes que sofreram violência obstétrica, e que ofereçam e compartilhem seus depoimentos, como protagonistas, fundamentando empiricamente o estudo específico configurado neste texto. Foram elas localizadas mediante contatos pessoais com outras mulheres que, igualmente, tiveram experiências semelhantes. No planejamento preliminar decidimos delimitar quatro participantes. Cogitou-se colocar nomes fictícios nas participantes nas transcrições, mas foi decidido colocar somente as iniciais. Duas, das participantes tinham as mesmas iniciais então à primeira foi denominada de R1 e a segunda de R2.

Tabela 1

Dados referentes à profissão, número de partos e de violências obstétricas sofridas e local onde ocorreram os partos das participantes da presente pesquisa.

Participantes (Iniciais dos Nomes)	Profissão	Números de partos	Histórico de Violência Obstétrica	Instituição de Saúde
Y	Passou a ser Doula após sofrer a violência obstétrica.	2	2	Casa de parto/Hospital Público
R1	Advogada especialista em violência obstétrica	2	1	Parto Domiciliar/ Hospital Particular

A	Funcionária Pública	2	1	Hospital Particular
R2	Doula	1	1	Hospital Particular

Local

Para iniciar, flexibilizar e facilitar as entrevistas, as colaboradoras entrevistadas decidiram onde gostariam de realizar os encontros para as conversas.

A primeira entrevistada “Y”. Preferiu fazer em lugar público. Sua entrevista foi longa, muito rica e com muito conteúdo. O fato de ter sido em uma cafeteria, atrapalhou porque o tema era muito pessoal e ela acabou se emocionando. Se tivesse ocorrido em um lugar mais privado e acolhedor, talvez ela se permitisse lidar com as lágrimas e emoções que surgiram. Posteriormente, a impressão foi que só com o seu relato, poderia ter sido o material colhido para monografia como um estudo de caso. A entrevista foi rica e trouxe colocações profundas, de maneira que o roteiro não foi seguido como determinado. Ela falou bastante e espontaneamente.

A segunda entrevistada “R1”, preferiu que a entrevista fosse em sua casa. A conversa com ela foi mais complicada, porque sua filha estava doente e fomos interrompidas várias vezes. O que foi notado sobre o roteiro de entrevista (anexo B), é que só norteou as entrevistas, mas que todas as entrevistadas tinham necessidade de contar suas experiências. Tornou-se uma conversa. A segunda entrevista durou bastante, porém, com várias interrupções nas gravações. Ela também se emocionou a respeito de conteúdos relacionados à maternidade em si. Entretanto, não destacou propriamente a violência sofrida.

A terceira entrevistada “A”, preferiu que a entrevistadora fosse em sua casa também. A entrevista foi mais pontual, porém trouxe conteúdos relevantes. Ela também se emocionou,

em certo momento específico. Foi a única que não mudou o curso da vida profissional, em razão da experiência violenta sofrida, durante o parto.

A quarta entrevistada “R2”, escolheu ir até a casa da entrevistadora. A entrevista ficou, igualmente, entrecortada, devido à presença de sua filha pequena, que a acompanhou. Ela se emocionou e disse que, em 15 dias após o parto, resolveu fazer o curso de Doula, para melhor entender a violência ocorrida em seu parto.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa em pauta: Diário de campo com as considerações da pesquisadora e realização de entrevista semiestruturada (Anexo B), significando conversa entre a pesquisadora e as participantes, com objetivo de conhecer seus relatos a respeito das experiências vividas, durante o episódio do parto com violência obstétrica, com base em roteiro dinâmico norteador que foi alterado, no transcorrer da interlocução. Além do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Anexo A).

Procedimentos

Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (TCLE). Para a construção e formatação das informações, foi utilizada a método qualitativo de investigação, envolvendo a realização de entrevistas individuais semiestruturadas. Além de uso de Diário de campo com impressões da pesquisadora. Adotado um modo descritivo e compreensivo dos fatos sociais e seus detalhes. Trazendo a tona à dor e o sofrimento e os processos vivenciados pelo modelo de parto natural e tentativa de escolhas de partos humanizados. Após o registro das entrevistas as respostas foram analisadas, com a respectiva revisão de conteúdo. Propôs se, inicialmente, grupo de roda de conversa, ou seja, uma proposta metodológica de encontro para comunicação dinâmica de troca de experiências entre as colaboradoras e a pesquisadora. Não obstante essa técnica caracterizar-se como

valioso instrumento produtivo, que opera como espaço de diálogo e interação entre os sujeitos pesquisados, não foi viável sua realização, devido à dificuldade de tempo e disponibilidade para as reuniões, por parte das entrevistadas.

Além disso, é importante ressaltar que no diário de campo. Trata-se do registro de informações, observações e reflexões que surgem durante a investigação ou no tempo do processo da pesquisa. É uma descrição pessoal do investigador a respeito das pessoas ou situações investigadas, quaisquer que sejam as técnicas adotadas. O conteúdo de uma ou duas entrevistas ofereceria fundamento para desenvolver a discussão sobre a violência obstétrica. Outro ponto que me chamou atenção foi como, ainda agora, as violências revividas nos relatos emocionam tão profundamente essas mulheres. Algumas expressam revolta, questionamentos, enquanto, outras, só querem esquecer tais episódios.

Análises das Informações Construídas

Os registros das entrevistas e o do diário de campo permitiram a elaboração de um relatório, que fundamentou as conclusões da pesquisa, através da análise de conteúdo temática a respeito do objeto de pesquisa que consubstanciou o presente Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de monografia.

Entende-se a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Abrange uma variedade de ferramentas, caracterizada por uma grande disparidade de formas e adaptável a um vasto campo de aplicação. Trata-se de técnicas de análise que visa a obter a descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção de conteúdo (Bardin, 1977).

É de se destacar que a análise de conteúdo mediante métodos estruturados permite ao pesquisador o distanciamento em relação aos conteúdos e ao domínio que pretende explorar. Nota-se que o campo de aplicação é vasto e inferencial. Em suma, a comunicação, ou seja,

qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não, por este, deveria poder ser decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo (Bardin, 1977).

Enfim, a análise de conteúdo, pode ser uma análise dos significados, embora possa ser também uma análise dos procedimentos (Bardin, 1977). Ainda segundo Bardin, a utilização da análise de conteúdo prevê três fases: pré-análise; exploração do material coletado e, análise propriamente dita dos resultados, ou seja, a inferência e a interpretação.

No caso em questão propôs-se três etapas: 1) seleção e organização do material coletado/ registrado; 2) exploração do material selecionado (categorização) e, 3) a interpretação (decodificação) (Bauer, 2002).

Procedimento de análise

A análise das informações realizou-se a partir da construção de categorias analíticas, tendo como focos principais: a pesquisa qualitativa; a indagação das opiniões e os conceitos e vivências das entrevistadas sobre o tema investigado de forma orgânica, entende-se aqui como espontâneo, com os conteúdos trazidos alinhados como os objetivos específicos.

As entrevistas efetuadas foram gravadas em áudio, mediante o consentimento das quatro participantes. Após as gravações, houve as transcrições, de forma literal, destacando-se trechos selecionados, organizados conforme as quatro categorias de caráter analítico, construídas com o propósito de conferir-lhes organização e coerência, conforme seguem.

1. Feminismo e a maternidade.
2. Violência de fato e percepções individuais dos acontecimentos violentos.
3. A violência causando impactos emocionais e suas consequências nas mulheres.
4. Parto humanizado e novas alternativas profissionais.

Desse modo, o procedimento ocorreu de diversas abordagens concomitantes e complementares, mediante instrumentos aplicados de maneira que a introdução do tema foi feita por uma entrevista semiestruturada (anexo B), simultaneamente com anotações que

basearam o diário de campo, com anotações de trechos de relatos das participantes.

Considerações éticas

A pesquisa de campo objetivou sistematizar as condições para investigação do tema proposto, para fundamentação de trabalho de conclusão de curso, em forma de monografia de Psicologia da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, do UNICEUB, qual seja – A naturalização da violência obstétrica contra a parturiente, durante toda sua experiência no parto.

O trabalho valeu-se de uma pesquisa qualitativa, com um número de quatro parturientes, baseada na análise de conteúdo, adotado nas Ciências Sociais.

Acima registrado não foram efetivadas as rodas de conversas com as entrevistadas, previstas inicialmente para troca de experiências, em função de a dificuldade operacionalizar tais encontros.

Em síntese, consideramos que este trabalho pode contribuir para a recomendação de reforço às novas modalidades de parto humanizado que surgem na atualidade, resgatando procedimentos que se mostram historicamente tão valiosos para a mulher e, por decorrência, para a família e a sociedade em geral

Entretanto, considerando a sensibilidade do tema em questão, pode ocorrer, no relato da análise dos dados, eventual desconforto em face de alguma emoção manifestada por alguma das participantes, diante de algum aspecto da entrevista. Nesse caso, buscou-se esclarecer e oferecer suporte, para o enfrentamento de tais situações, com a Clínica Escola do CENFOR, bem como a atuação do professor na função de orientador da atuação da aluna nessas situações. A pesquisa de campo do estudo apresentou riscos “considerados mínimos”, inerentes aos procedimentos. Foi esclarecido às participantes que poderiam recusar a participação a qualquer momento, pois sua contribuição estudo foi voluntária. Observe-se que

não houve qualquer desistência no decorrer do trabalho. As informações construídas foram manuseadas somente pela pesquisadora sendo considerados confidenciais.

Resultados/Discussão

Nesta sessão, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos e configurados, a partir das categorias analíticas acima mencionadas. Além do que só os relatos já são formas de denúncias auto descritivas. Importante deixar expresso o quanto foram esclarecedores os relatos que eles por si só já são autoexplicativos no que tange a denúncia de violência institucional contra mulheres.

Feminismo e a maternidade

De acordo com as entrevistas realizadas, ao serem questionadas sobre questões de gênero e sua condição de mulher, foi possível observar opiniões semelhantes. Com vários exemplos, como da participante com inicial do nome Y.

Não tem como falar violência obstétrica sem falar do feminismo. Assim, eu entrei para esse mundo, mas eu fiquei mais alerta em relação ao feminismo quando eu engravidei da primeira vez, porque até então eu me achava super desconstruída, mas eu tinha meus limites. Só que, aí, eu percebi: gente eu vou ter uma filha, né, uma filha, nesse mundo aqui. E aí, me lembrei de várias situações, assim, que eu não queria para ela. Assim: já fui seguida por pessoas na rua; o taxista já passou a mão na minha perna; um cara já se masturbou do meu lado no ônibus. Assédios, né ... de todas as formas... (Entrevistada Y).

Sua fala identifica que, para ela, as mulheres são expostas a diferentes tipos de violência de gênero e o feminismo é um recurso, é uma forma de lutar contra isso. Outra participante corrobora, com sua resposta, a manifestação da primeira, abordando o temor que sente, por sua filha mais velha ser mulher.

A N. já tem 19 anos talvez passe já... (por violência de gênero). De ser mãe e de relacionamento abusivos e de coisas que acontecem com nós, mulheres, que são tão sutis, e que às vezes, as pessoas nem enxergam. Às vezes, nem a gente enxerga que está sofrendo uma violência né, porque é tão natural... (Entrevistada A) falando sobre a filha mais velha.

Pode-se inferir que, a partir da percepção de tais participantes, apesar de caracterizar uma visão relacionada às mulheres como mais vulneráveis à violência de gênero. Elas expressaram, claramente, uma consciência a respeito de diferenças entre os gêneros, marcadas no cotidiano da sociedade. Em qualquer lugar será possível notar uma sociedade marcada por diferenças discriminatórias, em qualquer instância da sociedade que, nesse caso, a mulher terá incumbência de cuidadora em papel mais submisso, mesmo sabendo que homens também podem exercer essa função (Madureira, 2007).

Considerando a citação acima, em sua obra, Judith Butler, autora feminista, discute a possibilidade de o movimento feminista vislumbrar e lutar por uma concepção de igualdade de gênero. No espaço social, que é assimétrico, em que os sujeitos são produzidos, não há lugar para qualquer concepção de igualdade normativa, não se justifica critérios que legitimem as desigualdades, que vierem a ser contestadas pelo feminismo (Butler, 1990, citada por Cyfer, 2015).

Entende-se feminismo como movimento social de cunho ideológico que proporciona a ampliação legal dos direitos civis e políticos da mulher (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2018). O feminismo tem seus primórdios no final do século XIX, e percorre uma trajetória, em conformidade com as mudanças mais significativas nas sociedades. Simone de Beauvoir, escritora e filósofa existencialista francesa, publica em 1949, sua principal obra: “O Segundo Sexo” (Beauvoir, 2009), na qual enfoca os condicionamentos históricos, culturais e políticos da submissão feminina. Seu texto expõe a tese que o homem tomou para

si a definição do ser humano, relegando à mulher posição secundária, meramente coadjuvante e subalterna, no processo histórico.

Betty Friedan, psicóloga e estudiosa americana sobre o feminismo, lançou seu livro “Mística Feminina” (Friedan, 1963, citada por, Duarte, 2006) Baseado em entrevistas com mulheres que se queixavam de suas vidas. Cada uma expôs sua insatisfação, desconforto e tristeza com o papel que lhe era imposto, no cuidado com a casa, o marido, os filhos, sentindo-se aborrecida, vazia e triste. Quase todas se culpavam pelo desajustamento, incapazes de corresponder às expectativas sobre seu desempenho. A autora expôs em seu texto as razões desse “mal sem nome” que ocorria porque a mulher sofria por ser confinada em seu lar, cercada por equipamentos cada vez mais avançados, mas sem realização pessoal. A autora redescobre o feminismo e cria, com outras pessoas – inclusive homens.

Nesse sentido, destacamos que na fala específica da entrevistada desse trabalho, participante A, identificamos a consciência que ela tem sobre a sua realidade, quando é tratada de forma discriminatória por ser mulher, com a legitimação da cultura patriarcal:

Mas é uma coisa que me machuca muito né, o que me dói e que me deixa infeliz, é saber que eu tenho duas filhas mulheres né, e que talvez venham a passar por uma situação dessa ou relacionada com outras coisas na vida, porque a gente é mulher e a gente sabe o que que é ser mulher né, e a gente sabe que a gente passa por situações terríveis por conta desse universo machista que a gente vive e que acha que é normal a mulher ser tratada da forma que ela é. E ai eu tenho duas filhas mulheres né, e isso pra mim é o que mais dói. (Entrevistada A).

Observa-se mais adiante também, que na percepção das participantes, a maternidade é acompanhada de sentimento de culpa, devido à idealização de uma maternidade sonhada, perfeita, mas não a real. Na fala de Y isso fica explicitado:

Uma onda compulsória por culpa e eu acho que a maternidade traz isso atualmente de uma maneira bem forte, então, com essa consciência, eu tenho que me perdoar por muitas coisas, mas ao mesmo tempo eu me sinto muito frágil também porque tenho a vontade de ser uma mãe perfeita né. Eu também tenho vontade de dar o melhor para os meus filhos, eu tenho vontade de, enfim, de superar qualquer coisa, só que é impossível né... (Entrevistada Y).

É como se a sociedade tivesse escolhido as piores formas, entre todas, com que a maternidade é estruturada no mundo inteiro, e combinada para produzir o desempenho das mães. O resultado disso é perigoso não só para a saúde mental das mulheres, mas em última instância para a saúde mental da sociedade. As exigências sociais do papel de mãe que ocasiona mais trabalho emocional ainda para as mulheres (Maushart, 2006).

De acordo com o dicionário crítico do feminismo, umas das questões debatidas no feminismo que Simone de Beauvoir defendia era a situação vulnerável que a mulher ficava socialmente quando se deparava com a maternidade (Collin & Laborie, 2009).

(...) as teses de Simone de Beauvoir, para quem a maternidade era o principal obstáculo à liberdade das mulheres, as feministas viam nela o elemento central da dominação dos homens sobre as mulheres, uma forma de sujeição, e até de escravidão com auxílio de determinações biológicas (Collin & Laborie, 2009, p.137).

Com esse conceito de Beauvoir, podemos inferir que a referida dominação é associada à vulnerabilidade da mulher quando se torna mãe, pois uma coisa é se conscientizar do que acontece com outras mulheres e, outra diferente, é se tornar mãe com todas as complexidades emocionais e de ordem prática, como a dificuldade logística de ter um bebê totalmente dependente. “O isolamento das mulheres em feudos domésticos no espaço privado em período integral” (Maushart, 2006, p.159).

Mesmo as puérperas ativistas, para atravessar o puerpério e o parto, precisam distinguir a necessidade pessoal do ativismo engajado. Algumas chamam o parto de “Travessia”.

Eu não estava afim de brigar né com a equipe, eu queria um parto tranquilo e eu achei que no HMIB ia ser tranquila a travessia. Desse jeito, minha filha ia chegar num momento respeitoso, que assim eu não ia precisar ficar lutando pelos meus direitos enquanto eu só queria parir né, eu queria deixar bem separado meu ativismo do meu parto, eu queria só parir, era só isso (Entrevistada Y).

Quando Diniz defende o exercício da maternidade ela cita categoricamente a violência contra a mulher como um obstáculo no exercício desse direito a maternidade da mulher. No último relato acima fica explícita a clareza em que a entrevistada expressa: “Quero parir do meu jeito sem ter que exercitar meu ativismo político” Enfim, exercitar sua liberdade de decidir por seu corpo, por seu momento único de parir. Para Diniz, o feminismo entende que a maternidade é um direito e não uma obrigação. O feminismo condena formas de discriminação e violência contra as mulheres. Defende também o direito ao apoio social à maternidade (Diniz, 2000).

Com essa questão do significado da maternidade para mulher discutida e esclarecida nessa categoria dá-se início a próxima categoria denunciando as violências de fato sofridas.

Violência de fato e percepções individuais dos acontecimentos violentos

Inicialmente nessa categoria falaremos das violências relatadas de diversas naturezas que podem envolver um parto e suas circunstâncias, inclusive as ocorridas durante o período gravídico e o pós-parto. O conceito de violência obstétrica, por vezes não é claro e envolve negligência; discriminação; violência física, verbal ou psicológica; simbólica, sexual; uso inadequado de tecnologias; adoção de procedimentos sem o consentimento da mulher; e o não cumprimento dos seus direitos individuais (Zanardo, Uribe, Nadal & Habigzang, 2017).

Podem, inclusive, ser violência iatrogênica que é causada por ação médica. O ato iatrogênico é quando ocorre um dano material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico. Todo profissional da saúde pode vir a causar um dano iatrogênico (Tavares, 2007).

No relato a seguir fica claro que a entrevistada identifica os tipos de violência.

Então assim, a maioria dos médicos aprendem o quê? A fazer a cesárea, não aprendem a fazer um parto normal. Se aprende a fazer o normal, aprende a fazer o normal tradicional, com episiotomia, com kristeller uma manobra proibida que não pode ser feita. A lei do acompanhante diz que a pessoa não pode ficar sozinha; a mulher não pode ficar sozinha no pré-parto, no parto e no pós-parto imediato, mas não é respeitada... (Entrevistada R1).

Selecionados os trechos de relatos das participantes entrevistadas iniciamos agora a falar das violências institucionalizadas consideradas como os padrões de procedimentos em que a assistência aos partos foi dominada, hoje em dia, por um padrão de atendimento institucionalizado funcional.

A minha violência obstétrica, eu senti que aconteceu muito mais por conta que eu te contei, das enfermeiras e do ar condicionado e assim também a minha obstetra. Exatamente ela, minha obstetra, nem conversou comigo e agiu de forma técnica apenas, mas... ela não me informou né? Exatamente, ela estava fazendo o que sabia e não estava me vendo. Ela só estava tentando, tipo, fazendo os pontos (Entrevistada A).

As mulheres recebem um atendimento massificado (Gutman, 2017). Nesses atendimentos em escala, os motivos têm um objetivo específico: extrair o bebê de dentro da mãe, relativamente saudável, desconsiderando o desgaste emocional que causará na parturiente. “Eles são os detentores do conhecimento médico e não gostam de ser

questionados ... é isso. Quando você questiona, você que é louca, ainda é irresponsável e tal e não sei o quê... E tem represália” (Entrevistada R1).

Podemos analisar que diversas posturas feministas têm questionado as formas de exercício do poder médico sobre as mulheres grávidas. Outras, ainda, têm salientado as dimensões sociais e políticas da reprodução, como aborto, controle da natalidade, direitos sexuais e reprodutivos (Collin & Laborie, 2009).

No relato específico que segue abaixo, a violência foi de tamanha complexidade que lembra atos de torturas de histórias de guerra, remetendo claramente a histórias de tortura em época de ditadura, quando vítimas são torturadas, sem responsabilização dos perpetradores. Trata-se de uma prática de exercício de poder que, em uma das polaridades estão aqueles que o praticam como exercício de dominação (Diário de Campo, 03/2018).

“Torna-se central pensar no exercício do poder, que se constituem por manobras técnicas, ações com objetivo de dominação”. (Louro,2003, p. 39) Podemos aproveitar essa afirmação de Louro para entender que sim a dominação é um exercício conhecido no mecanismo do patriarcado. Abaixo está o relato mais explícito de controle e dominação que poderíamos ter (Louro, 2003). A entrevistada R2 relata:

As enfermeiras lá, não paravam não, mesmo que eu chamasse, pra ela aquilo ali, elas entravam cada uma no seu tempo. Botou a gente pra tomar banho, todo mundo, três horas da manhã, a fazer fila indiana. Você sai de uma cirurgia pra tomar banho às três horas da manhã.

“Esse relato foi considerado um dos mais violentos e impressionantes. A descrição da situação remeteu a uma cena de cárcere, de campo de concentração” (Diário de campo, 03/2018).

Algumas só tomaram consciência da violência sofrida bastante tempo depois. Um dos motivos que determinou a eliminação do critério de seleção das participantes, com tempo da violência sofrida somente até 1 ano, do prazo da entrevista, para um tempo mais estendido, foi o fato de algumas parturientes só manifestarem a dor do trauma sofrido muito além de um ano da experiência. Porém, nenhuma das participantes completou mais de 3 anos após a ocorrência. “Por que você perguntou se eu percebi que estava sofrendo violência obstétrica? Eu não percebi, só fui perceber depois; eu acho que, com a maioria das mulheres, acontece assim” (Entrevistada A).

Começaremos, em princípio, com as violências consideradas físicas, mas é importante ressaltar que as tipificações se perpassam. Participantes relatam desde cerceamento de movimento com amarrações de mãos e pés, até procedimentos cirúrgicos sem autorização da paciente, além de exames de toques com inserção de vários dedos na vagina da parturiente sem sua autorização. “Assim aí amarraram uma mão minha no soro e a outra mão no.... não sei se era pra medir pressão enfim, minhas duas mãos eu não podia mexer de jeito nenhum” (Entrevistada A). Descrevendo a imobilização.

Destaque-se que a OMS (Organização Mundial da Saúde) recomenda que a mulher tenha liberdade de movimentos e possa escolher ficar na posição mais confortável (OMS, 2015).

Eles não só se aproveitaram do fato d'eu ter feito analgesia, mas como eles, assim, tiraram todo meu protagonismo ali, porque a enfermeira subiu em cima de mim pra empurrar minha filha, eu fiquei deitada tentando ver o que estava acontecendo, um pano cobrindo as minhas pernas que estavam suspensas e amarradas, ai o médico estava lá, pegou minha filha, apresentou minha filha como se fosse uma cirurgia (Entrevistada Y) descrevendo a manobra de kristeller (em que uma pessoa sobe sobre a barriga da parturiente e empurra com força o bebê para baixo) que é proibida e

supostamente banida pela OMS. Seguiu contando: Fiquei duas horas longe dela e durante essas duas horas ele me suturou e eu perguntei: Teve laceração doutor? É, aí “Médico disse: fiz um piquezinho aqui pra ajudar.” Eu me senti tão violada com aquilo, porque eu falei pra ele assim, que eu não queria episiotomia e eu achava, nossa, se meu corpo é tão bom assim quanto ele disse, eu não vou precisar de nada, né? E assim como eu estava com analgesia, eu não sentir, eles me cortaram, não senti a dor. (Entrevistada Y). O médico, mesmo com a vontade expressa da paciente, fez a incisão sem autorização, aproveitando-se do fato de Y estar anestesiada.

No primeiro parto, eu fiquei com a sensação que eu fui estuprada, a médica enfiava a mão dentro de mim assim, a cada hora ela vinha fazer o toque e ela fazia de propósito, eu me senti estuprada por ela, por uma médica (Entrevistada R1). Exames de toques invasivos na hora das contrações.

Mais relatos sobre as represálias dos médicos quando questionados ou contrariados, porque entrevistada Y quis ter parto natural, contou:

Ela, a médica, falou: “você não queria natural? Então, me deixa fazer natural aqui, não anestesiou o local quando ela foi me suturar, ficou reclamando: “tá vendo, lacerou tudo isso aqui, isso, força!! Ai eu fiquei olhando assim pra ela, ai eu não conseguia acreditar no que eu estava ouvindo, no que eu estava sentido. Todas as vezes que ela enfiava aquela agulha, doía muito, muito mais do que qualquer contração que senti na vida e ela fazia com uma agressividade (Entrevistada Y).

No olhar do médico quando analisado da perspectiva biomédica, sendo ele o elemento hierárquico de maior poder e decisão, a parturiente não é a protagonista do parto, mas é o médico que intervém e toma as decisões. Essa realidade violenta tende a mudar com os novos modelos que vêm surgindo, como o movimento do parto humanizado já citado anteriormente. Socialmente pode-se notar uma transição entre o modelo biomédico e o modelo

biopsicossocial, no serviço de saúde, e mais especificamente no modelo do parto hospitalar para o humanizado.

No modelo biomédico relacionado ao parto, os aspectos sociais, culturais e afetivos do nascimento não são valorizados, já que o *modus operandi* é seguir protocolos hospitalares pré-determinados invasivos, para supostamente diminuir fatores de risco para a saúde física da mãe e do bebê. De outra maneira, no modelo biopsicossocial, o parto é compreendido como fenômeno complexo, tirando o foco do aspecto biológico e patológico (Bobbio, 2014).

Y emocionada continua o relato: Violento pra caramba, assim, eu me sentia tão pequena, eu me sentia tão frágil, como mãe, como mulher, como tudo, e fora que a laceração que a mulher suturou, ficou doendo muito, muito, muito, muito, muito mesmo. Assim eu não conseguia levantar, não conseguia sentar, não conseguia deitar, não conseguia fazer xixi, não conseguia tomar banho, porque a água batia e ardia e aí eu fui quinze dias depois em outro hospital pra verificar como é que estava a sutura. Tinha inflamado, ela tinha apertado demais e eu ficava lembrando disso. Gente, eu tô com o meu neném recém-nascido e eu tenho que me preocupar comigo, porque a mulher fez isso sabe (Entrevistada Y). Importante ressaltar que a violência no parto tem a ver com a violação do corpo, mas também das decisões das gestantes.

Além do que, uma participante específica relata uma prática de depilação humilhante e incomoda inteiramente desnecessária. A consequência é uma humilhação desnecessária. Outra também relatou um comentário assediado de um médico sobre o tema.

Entrou uma enfermeira pra me raspar e eu achei muito agressivo, porque depois que eu tive o parto, eu tenho uma pinta que fica perto do meu umbigo, uma pinta meio alta, ela acabou com a minha pinta, eu fiquei sangrando dias por essa pinta. Assim, era uma pinta que ela não precisava ter raspado e ela raspou com muita força né; na hora que ela passou iodo na minha barriga, passou com tanta força que eu tinha certeza que

estava machucando a neném. Ela passou assim oh, ela fazia força sabe e minha pinta sangrando (Entrevista A).

Já a outra denuncia o comentário de um médico: “Eu já tô vendo, ele vindo de vários quartos fazendo isso e entra no meu e já sai para o próximo, porque não olhava, não conversava. Já foi chegando, aí, puxa um ponto, puxa outro, e falou assim: “Oh até tô fazendo uma depilação de graça em você.” Assédio do médico tirando os pontos da entrevistada R2. A objetificação do corpo feminino citada fica clara nos trechos acima. O objeto a ser tratado e curado.

Daremos início a seguir aos relatos e discussão, sobre o fator psicológico - que são inúmeros. Os dois primeiros relatos são de duas entrevistadas que, na hora do parto, disseram se incomodar e também consideraram desrespeito dos profissionais médicos conversarem sobre assuntos aleatórios ignorando as perguntas que elas fizeram.

Me deram a peridural né, e eu já comecei a tremer e, nesse momento, a que era a assistente da minha (porque tem a obstetra e a assistente né), era filha dela, da principal. Então, assim, uma coisa que me incomodou muito foi o fato das duas ficarem conversando sobre uma coisa que não tinha nada a ver e eu, assim, super tensa, né. Em momento algum elas tentaram me acalmar (Entrevistada A). Ela descreve o ambiente hospitalar inóspito e gelado também.

A entrevistada R2 expressa: E aí os médicos conversando de futebol, dos amigos deles eu fiquei sabendo da pensão que o cara não pagou e foi tudo. E aí eu chamei umas três vezes, assim: ‘doutor, doutor, doutor...’ Querendo fazer alguma pergunta e eles não me ouviam, não me ouviam. Eles estavam tão entretidos na conversa me costurando, eram três homens que não me deram atenção nessa hora. E dá medo de ficar falando assim: ‘dá pra vocês calarem a boca que eu estou sendo costurada, eu quero silêncio?’ Porque você tá na mão dessas pessoas, né? Sem essa coisa da luta,

não vem, porque depois vem uma revolta interna, porque a gente pensa: porque que eu não dei um grito?

Gutman (2017) discute esse ponto quando analisa em seu livro “A Maternidade e o Encontro Com A Própria Sombra”.

Cada vez que uma mulher tem a coragem de relatar os maus-tratos que recebeu durante o trabalho de parto, adquirindo consciência, produz uma avalanche de recordações, constata que não se atreveu a dizer, ou não conseguiu pedir, ou até não exigiu (Gutman, 2017, p. 51).

A pressão dos profissionais para fazer uma cirurgia cesariana é presente em várias partes das entrevistas, mesmo no período do pré-natal. Várias fizeram peregrinação por consultórios, procurando um profissional que fizesse parto natural. No caso dessa participante foi em outra circunstância. Já estava em trabalho de parto com 9 centímetros de dilatação, mas não havia fechado o contrato particular com o médico pra ele ficar à disposição do parto.

Eu fico o tempo que for, mas eu não tô conseguindo nessa dor que eu tô sentindo, ficar mais dez minutos, me aplica anestesia. Aí ele me negou. Mesmo eu pedindo: eu fico, tem? "Não, disse ele, não tem como, porque não tem um médico pra ficar aqui". Aí, eu falei: então, a única forma de eu ter um alívio, porque eu não tô aguentado, eu tô no meu limite de dor, a única forma de eu ter alívio, pra eu tomar uma anestesia agora, nesse momento é se eu for lá pra cesárea? Eu tenho que ir lá pra cirurgia da cesárea pra tomar uma anestesia? Então ele respondeu: “é “. Aí, foi bem assim. Ele: “é”. Aí perguntei outra vez: a única forma que você tem de me trazer alívio é só essa? Nem apoio moral ele me deu. “Calma Rl falta tão pouco” nada. Não teve um apoio moral, apoio emocional, nada (Entrevistada R2). - Sobre ser pressionada a fazer cesariana só assim eles dariam a analgesia. E continuou: Ele só ficou em pé, ali na porta, esperando eu tomar decisão. Eu falei: “então, só existe essa forma?” "É, só

existe essa forma." Ou seja, não tinha indicação pra fazer essa cesárea, não tinha nada no meu corpo que falasse: tem que fazer uma cesárea. Nem no bebê nem no meu. "É uma forma de tortura psicológica, tipo você vai aguentar aí, eu não vou fazer nada por você a não ser que você faça o que eu quero que é a cesária, porque daí entra o dinheiro" (Entrevistada R2).

Podemos inferir que nesse caso e em outros, por trás da epidemia de cesárias sem indicações que existem nas denúncias por todo o Brasil, existe sim os interesses mercadológicos

De acordo com dados de 2009 da organização Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), quase 90 % dos partos de rede privada de saúde ocorrem mediante cesárea indicada, aceita ou solicitada. Mas, mulheres atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), o parto natural é percebido pelas mulheres como melhor por causa de uma recuperação mais rápida.

Como já mencionado anteriormente, é importante resgatar esses dados a seguir, com o propósito de colocar exemplos para os dados numéricos apontados. Quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana, sem indicação adequada, expostas a maiores riscos de mortalidade. (Nascer no Brasil, 2014). No setor privado, 88 % dos partos ocorrem por cesariana. Assim consegue se dar uma identidade ao dado estatístico.

Uma das entrevistadas também relata a indiferença da médica, mas em outra circunstância

Tive síndrome de pânico, comecei a vomitar e eu achei que eu fosse morrer. Nessa hora, a minha médica não falava comigo. Eu falava: Eu vou morrer, eu tô passando muito mal, eu vou morrer, eu vou morrer e vomitando e sem poder movimentar os braços, sem poder levantar e deitada e sendo costurada. E a médica: "não!" Sobre a médica em relação ao procedimento obstétrico (Entrevistada A).

Sobre o ambiente inóspito do hospital, alguns ainda seguem protocolos rígidos que tendem ao isolamento da gestante. A equipe profissional nem sempre parece estar familiarizada com os protocolos mais recentes.

Eu fiquei lá sozinha numa situação bem complicada né, porque o que aconteceu foi o seguinte: a gente entrou na sala de parto né, o Pedro não pôde entrar comigo. No começo, na hora da anestesia, eu tive que entrar sozinha, entrei né, nua né, só com aquele aventalzinho, em uma situação que acho que toda mulher passa né, que é uma situação que você meio que se entrega. E aí a minha médica já estava de máscara, então eu só tinha acesso aos olhos dela né, um cumprimento frio né (Entrevistada A).

E pode-se notar que muitas parturientes desconhecem seus direitos e pouco sabem a respeito das novas políticas a respeito da assistência ao parto. O modelo biomédico com rotinas institucionais é perceptível dentro dos relatos de violência obstétrica (Dodou, Rodrigues, Guerreiro, Guedes, Lago & Mesquita, 2014). Ressalte-se o conceito do modelo *hospitalocêntrico*² como fundamento para as ações dos profissionais de saúde no trato com a parturiente. O modelo hegemônico de parto medicalizado.

Nos dois próximos relatos, a paciente relata as represálias e julgamentos que ouviu de diferentes médicos por quererem parto natural humanizado. Existe uma clara resistência dos profissionais em sua zona de conforto institucional para abrir mão de seus privilégios hierárquicos.

O médico viu a cartinha da casa de parto me transferindo né, aí ele já começou: “E queria ter um parto num lugar que não tem médico. Nossa, que absurdo, que loucura.

Hoje em dia tem cada coisa, né!! Aí eu fiquei pensando na minha cabeça: no mundo

² O conceito do modelo *hospitalocêntrico* baseia-se na ideia que as decisões tomadas para o desenvolvimento no parto estão sob o comando da instituição hospital e de seus profissionais. Dessa maneira que a violência é perpetrada e legitimada pela própria instituição. Entende-se como uma tipificação de violência institucionalizada.

inteiro os partos são feitos por obstetizes, enfermeiras obstétricas, parteiras tradicionais. Ninguém sabe, não precisa ter esse discursinho.” E continua: Aí, esse primeiro médico foi falar com a nova médica, não sei se eles sabiam que a gente estava ouvindo. Aí ele me chamou de louca, disse: “Ah essa é uma daquelas loucas que quer um parto sem nada... é daquelas que não quer parto com nada, não quer... É uma daquelas que ficam romantizando o parto. Aí eles riram e continuaram rindo. Então eu comecei a chorar, e a partir dali, daquele momento, que eu vi que a troca de plantão não seria a meu favor né” (Entrevistada Y).

Outra entrevistada também relatou fato similar de seu obstetra:

Ele escolheu a anestesia pra eu poder ficar acordada. Aí ele falou: “como é que foi esse parto aí mesmo dona R? Pela ducentésima vez, eu contei a mesma história. E ele: “pois é, essas mulheres ficam inventando de ter parto em casa.” (Entrevistada R1)

Esse discurso de desaprovação e julgamento dos médicos obstetras e outros profissionais da saúde dentro do ambiente hospitalar para as mulheres no momento em que elas estão mais vulneráveis, no momento do parto são particularmente impactantes. E duas das entrevistadas se emocionaram quando descreviam o ocorrido. São relatos de desencorajamento e humilhação.

O trecho mais significativo e que ilustra perfeitamente a falha no exercício da profissão em se tratando de ética médica, foi da participante Y, que contribuiu com relatos ricos em detalhes e com olhar crítico sobre a violência que sofreu.

E aí cada vez que esse médico vinha, ele falava alguma coisa pra me desencorajar: “Aí, tá demorando né; “ai... nossa, você não vai comer, porque se não vai atrapalhar, caso precise ir para uma cirurgia”; “você não vai tomar água, porque vai me atrapalhar”; “ah porque isso, porque aquilo”. E eu ficava cada vez com mais raiva né. Eu estava querendo concentrar ali, no meu momento, e ele estava lá desencorajando,

falando de cirurgia, falando que eu não podia comer, e eu sabia que assim todos os estudos que falam sobre isso não têm nada a ver com manter dieta zero. Assim, a mulher tem que comer pra ter energia, pra ter força” (Entrevistada Y).

Médico também, em certo momento, mandou a participante calar a boca com clara falta de empatia e respeito.

“Estava doendo eu comecei a gritar, vocalizar e aí, os médicos: “Cala a sua boca, que você está assustando as outras; você não pode falar assim; você não pode gritar; você não pode vocalizar aqui, não!” Eu comecei a ficar com raiva, porque eu estava sentido meu corpo funcionar perfeitamente e eles ficavam atrapalhando o meu momento. Eu falei: não, vou voltar pra maca, então, urrando de dor!” (Entrevistada Y).

Ofensas verbais; contato com filho negado após o nascimento; abalo psicológico como é natural na experiência do parto em si; privação do direito de acompanhante, entre outros, são formas de violência e vão contra as recomendações da OMS, que determina a prevenção e eliminação de abusos e maus-tratos durante o parto, em instituição de saúde. No Brasil, já existe jurisprudência para a responsabilização civil para Dano Moral quando o direito à assistência digna e respeitosa não é observado. Além de que, a atenção com qualidade, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e respeito aos protocolos éticos, em relação a direitos humanos, são diretrizes já defendidas pela OMS (OMS, 2015)

Sobre a ironia da violência institucionalizada, do discurso sobre a parte contraditória da prática (Diário de campo, 03/2018):

Eu quero me virar; ficar de quatro apoios, assim, pra minha filha descer. Aí a médica me disse: “Para de me atrapalhar!” Isso, na frente de um *poster* que tinha na parede do hospital falando: “movimente-se, escolha sua posição.” Ela estava na frente desse *poster* falando esse tipo de coisa (Entrevistada Y).

No caso dessa profissional específica, ou dos profissionais de saúde – que estão no topo da cadeia hierárquica, o poder exercido baseia-se na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade, um status. Essa autoridade está pautada não só em determinados conhecimentos científicos e em tecnologias, como, também, em certas crenças culturais que são espalhadas como verdadeiras, além de exercerem determinado domínio e controle sobre a conduta moral dos sujeitos. Por isso, a autoridade médica tem, como bases, a legitimidade científica, mesmo que não a tenha. (Aguiar & D’Oliveira, 2011).

“Em vários momentos as participantes relatam a irritação dos médicos em ser questionados sobre algum procedimento. Demonstrando claramente uma inabilidade em interagir e aceitar a dúvida da paciente” (Diário de campo, 2018).

Esta crise, pela qual passa a medicina moderna, caracteriza-se ainda pela dificuldade ou ruptura na interação e na comunicação livre e eficaz (ou efetiva) entre pacientes e profissionais, uma vez que os meios de uso de tecnologia são transformados em fim (Aguiar & D’Oliveira, 2011).

Um próximo relato da participante Y sobre o afastamento de seu bebê sem motivo aparente para finalizar essa categoria de discussão:

Se minha filha nasceu tão bem assim com o APGAR³, por que, então, ela não ficou comigo? Por que que eu fiquei tantas horas longe dela? Não sei até hoje se ela tomou leite artificial nas primeiras horas, eu não sei por que eu fiquei longe e ninguém me informava (Entrevistada Y).

Podemos finalizar afirmando que o discurso médico quando se trata em perseguição das mulheres lembra o movimento inquisitório. A profissão médica baseada na medicina convencional, estruturada sobre interesses de empresas, vivendo de metas e lucros, com atuação imediatistas, corrompe de certa maneira a ética do profissional dentro das instituições

³ APGAR – A Escala ou Índice de Apgar é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar (1909 – 1974), médica norte-americana, que consiste na avaliação por um pediatra, a respeito dos sinais objetivos do recém-nascido, do primeiro ao quinto minuto de vida

de saúde. Não se pode esperar que a ética se mantenha preservada em um contexto destes explicitado por essas mulheres (Botsaris, 2001).

“Curar a medicina significa recuperar sua humanidade e sua ética. O sentido de humanidade nasceu com a medicina” (Botsaris, 2001, p. 239).

A violência causando impactos emocionais e suas consequências nas mulheres

Essa categoria iniciará com uma definição já usada anteriormente “Depois da erupção do vulcão, quando o nascimento acontece, as mulheres se veem com um filho nos braços, com pedacinhos emocionais esparramados. Simplesmente, as emoções desarmadas. Como um vulcão, uma vez que expelimos fogo” (Gutman, 2017, p.44), é um momento extremo e visceral. Todas as ordens de emoções podem surgir, brotar e ser vivenciadas por essa mulher. Por isso foi importante selecionar esse tema para uma categoria específica. Gutman se refere a esses pedacinhos de emoções, aos bebês que nascem, mas estende-se uma compreensão mais estendida, para as mães que nascem junto com os bebês também.

Esse momento, acima citado, da “travessia” assim chamado por uma participante. Foi entendido como uma jornada. A participante fala sobre o médico:

Falando sobre o médico, ele nem vai lembrar-se de mim; mal sabe ele que eu já tive tanto pesadelo com ele, já acordei à noite chorando; lembrando do rosto dele e das outras pessoas. Não sabem que marcam a nossa vida. Nem sabem que eles destroem, em um momento, a nossa travessia, tão importante pra gente. Eles não têm aquela empatia (Entrevistada Y, chorando).

Esta análise, com uma abordagem mais humanizada sobre o parto, é completamente dicotômica em relação ao modelo hospitalocêntrico. O parto para o modelo biomédico é um trâmite, ato puramente corporal e médico, para se extrair o bebê, de maneira mais eficiente e higienista possível.

O que as mulheres no movimento do parto humanizado defendem é que o olhar das pessoas envolvidas em todo o processo do processo puerpéro se volte para a mulher, respeitando suas emoções, suas escolhas. Que o momento íntimo, nas profundezas de sua animalidade, o parto, seja uma verdadeira passagem que deve ser respeitada (Gutman, 2017).

Podemos começar questionando os termos médicos usados que causam desconforto às mulheres e envolvidos na gravidez. No relato abaixo, podemos verificar isso:

Por que a gente fazia ecografia duas vezes por semana para acompanhar com o doppler, né? Para estar com maior fluxo do cordão umbilical, pra saber se ela estava em sofrimento. E a médica que fazia a ecografia (eu tinha ódio dela), porque ela usava um termo tão violento e que, pra ela era normal, ela falava assim: “Tá na hora de interromper a gravidez”. Interromper a gravidez parece que você tá desistindo, não é? E o P. (companheiro) falava: “Não, A.”. É fazer o parto, não interromper a gravidez. É trazer essa criança para o mundo. Então, assim, enfim tem um sistema (Entrevistada A).

A violência é institucionalizada inclusive nas terminologias adotadas. Aparentemente até a terminologia pode ser ofensiva e causar impacto emocional, de desgosto. Todo o contexto precisa ser revisto, não só as práticas médicas.

Várias emoções são citadas nos relatos: medo, arrependimento, impotência, estarrecimento, raiva, fraqueza, frustração. Abaixo segue relatos de todas as emoções nomeadas.

O arrependimento de A logo após ter se dado conta da violência que havia sofrido 15 dias após o parto:

Depois que a ficha foi caindo, né? Então, assim, um dia eu estava passeando de carrinho e começou a vir tudo e eu comecei a perceber. Eu despertei, assim, eu falei: “gente, o que eu passei não precisava ter sido daquela forma. Eu me arrependo, por

exemplo: foi não ter tido duas coisas, de ter buscado uma boa doula pra estar tá comigo nesse momento e também de não ter buscado um bom pediatra pra estar comigo na hora que a Maia nascesse, porque esse pediatra de confiança poderia ter falado: “essa criança pode ficar com você, ela está ótima, ela está mamando” (Entrevistada A).

A participante Y também fala sobre arrependimento: Eu me arrependo muito de ter pedido, porque eu vi que eu pedi na hora da covardia que quase toda mulher tem. Eu vi que estava mais possível. Então, poucos segundos depois, a minha filha já estaria lá, não precisaria tomar uma analgesia. E por causa da analgesia fizeram várias coisas totalmente desnecessárias ali e foi tão rápido que eu não conseguia nem reagir (Entrevistada Y).

Também fala da impotência, sem conseguir se defender. Em outro momento, ela diz que se sentiu impotente diante de uma violação: “Eu me senti tão violada com aquilo, porque eu falei pra ele (o médico) que eu não queria aquilo” (Entrevistada Y).

Quando as mulheres precisam estar atentas para se defender dos maus-tratos e da desumanização é retirada delas a capacidade de examinar e vivenciar a jornada até a profundidade do seu ser (Gutman, 2017).

Outra participante relata pânico durante toda a gravidez:

E aí, houve aquela agressividade da enfermeira, que eu achei desnecessária. Mas, na hora, você, eu ... estava em pânico, né? Na minha gravidez inteira eu fiquei em pânico, né? No final e na hora, você meio que se entrega né, então, na hora você fica meio assim “É normal” (Entrevistada A).

Também foram descritos estaremecimento e revolta, com todo o ocorrido:

Não acredito que isso está acontecendo, a minha filha está chegando em meio a gritos, sabe. Era tudo que eu não queria pra ela; eu queria que ela nascesse tranquilamente;

que eu não pedi pétalas e incenso, não pedi música, não pedi nada demais, eu só pedi para que respeitassem o meu tempo né, não ela tava lá gritando, gritando e gritando ... e minha filha nasceu. Ela botou no meu colo, jogou assim, né (Entrevistada Y).

Observa-se também dificuldade de se sentir feliz: “Eu ficava tão assim, pasma, com tudo aquilo, e não consegui nem ficar feliz em encontrar com a minha filha” (Entrevistada Y).

A mesma entrevistada falou em impotência raiva e de ter sido vilipendiada, em três momentos diferentes da entrevista, demonstrando uma mistura de emoções impactantes:

Eu não conseguia abrir os olhos, de tanto que eu chorava. Eu chorava muito, de dor, de raiva, de impotência ... e eu me sentia gente. Hoje eu acordei tão feliz sabe, eu acordei tão feliz eu pensei: gente, é hoje! Eu estou sentindo meu corpo agir, eu sei que é hoje [chorando]. Ela (a médica) foi embora e eu nunca nem vi o rosto dela, pois estava com a máscara o tempo inteiro. Então, veio a segunda obstetra e falou: “Você viu que roubaram o meu parto? A doutora tal que fez”. Aí eu olhei pra ela e eu fiquei pensando na minha cabeça: “Gente... parto de quem né? Parto, parto dela? Como ela se atreve a falar um negócio desses? (...) Eu me sentia muito fraca, eu me sentia muito culpada por não ter reagido, porque eu sei que há mulheres que, diante dessas situações, conseguem se impor, tipo, conseguem verbalizar e falar: eu vou fazer do jeito que eu quero e pronto, e botam os médicos no lugar deles... Eu me sentia fraca pra caramba (Entrevistada Y).

Quase todas as rotinas obrigatórias a partir da entrada de uma parturiente em uma instituição médica têm o efeito de desumanizar o evento. Como se a mulher perdesse sua identidade e seu protagonismo. Sendo impedida de exercer seus direitos (Gutman, 2017).

A participante A fala em abandono:

É esse abandono, pois você tá com a cabeça lá no neném, só no bebê. Me dá meu neném; façam o que quiserem comigo, mas me dá meu neném. E aí, foi isso; foi tudo muito rápido, né, entre limpar minha barriga, me raspar e, ai eles fecharam o campo né, como eles falam (Entrevistada A).

Ressalte-se que a parturiente precisa e merece muita proteção, para que se sinta incentivada a se deixe levar pelo trabalho de parto.

Y fala também em *ressignificação do parto*, uma maneira de entender a superação do trauma: “Porque a médica estava com raiva que meu corpo estava funcionando, isso é tão surreal, eu fiquei muito, muito magoada assim né, demorou muito tempo pra eu ressignificar o meu parto” (Entrevistada Y).

Também fala em falha e fracasso:

Eu acho que não existem palavras suficientes pra falar o quanto foi intenso né, eu me sentia muito... eu sentia que tinha falhado, porque eu estava tão confiante; eu passei a gestação inteira falando: eu vou conseguir um parto natural (Entrevistada Y).

E, por fim, o impacto final mencionado:

Aí, o impacto disso foi o que? Como eu saí do hospital sabendo que essa violência toda que eu sofri realmente era uma violência obstétrica, eu já sabia disso! Eu me senti muito assim, eu não sei nem se a palavra foi frustração; é, um pouco de frustração, porque assim, até a parteira falou: “ Nossa, a gente se sente frustrada né, porque você planejou o parto domiciliar e você vai ter que ir para o hospital” (Entrevista R1).

“Esse impacto emocional, que às vezes a gente não consegue definir muito, mas... interferiu no sentido de não querer um parto normal pela segunda vez” (Entrevistada R2), com diversos tipos de repercussões, inclusive de ocorrer, em uma das participantes, o diagnóstico de *stress* pós-traumático. A mulher pode ter um impacto emocional e enxergar-se como vítima de um acontecimento incontrolável e injusto, especialmente se não existe

confiança no profissional. Nesse caso, há uma desconexão com o que ocorre e uma perda da capacidade de significação do que ocorreu com o objetivo de superação (Fukumitsu, 2014).

Esse impacto emocional não tem com mensurar, mas as consequências podem ser devastadoras. Algumas das mulheres participantes não quiseram mais ter filhos. O que demonstra como uma violência sofrida pode determinar rumos de vida como uma onda de efeito cascata que repercutirá no tamanho de uma família, de quantos filhos netos e irmãos as pessoas envolvidas emocionalmente com aquela mulher terão. A influência é em toda a família (Diário de campo, 03/2018).

Na próxima categoria apresentam-se, as questões que surgiram sobre a mudança de vida das participantes que foram ocasionadas pelo acontecimento violento sofrido. Três das participantes mudaram seus objetivos profissionais e passaram a exercer atividades em prol da causa feminista e de direitos das mulheres.

Parto humanizado e novas alternativas profissionais.

Compreendemos que a reação à violência presente no parto tradicional, foi à causa maior do surgimento do movimento do parto humanizado. Sendo esse um mecanismo de empoderamento da parturiente e uma estratégia para fugir do parto tradicional hospitalar, independentemente de ser o natural ou o de cesariana. E também o surgimento, ou ressurgimento, de um profissional que se denomina Doula.

Algumas das participantes passaram a frequentar um curso de Doulas. Três delas tornaram-se Doulas. Essa categoria surgiu do relato da mudança de vida profissional, a partir da violência vivida, no sentido de se informarem e compreenderem todo o processo que tinham experienciado. Foi uma forma de se instruir e de superação, que deu novos rumos na formação das três participantes. Essa formação baseia-se em procedimentos com diversos recursos, buscando a ressignificação do parto, buscando

evitar as práticas que causaram os traumas vividos por elas. (Diário de Campo, 03/2018)

Os relatos sobre histórico que conheciam abaixo:

A minha mãe teve uma cesárea desnecessária, minha avó teve quatro partos normais, supertranquilos e, aí eu ficava me espelhando na experiência de vida da minha avó. Eu me questionava: como a gente perdeu aquilo ali no meio do caminho, né? Como é que quatro partos super fáceis de acontecer viraram um monte de cirurgia à toa, né? E aí eu falei: “Eu vou conseguir um parto normal. Aí, eu fui ao obstetra, na primeira consulta que eu tive com cinco semanas. Eu fui ao obstetra da minha sogra e ele era, assim, tão cesarista (Entrevistada Y).

Outra entrevistada também cita partos de tempos passados, de pessoas conhecidas:

“Gente, realmente não é tão complicado; minha avó tinha parto em casa. A dona Julia, que é essa vizinha minha aqui, teve 10 em casa” (Entrevistada R1).

E o interesse por cursos e ativismo surgiu a partir da experiência violenta:

No mesmo dia, eu tive a minha filha e eu comecei a pesquisar por cursos, e então, eu fiz o primeiro curso de Doulas, no IFB, primeiro e único até agora. E a minha filha, recém-nascida, indo às aulas comigo. A gente ficou vários meses indo. Assim que me formei eu acompanhei umas mulheres que mudaram a minha vida (Entrevistada Y). - Sobre o curso de Doula e parto humanizado: Eu fui participando e vi um parto de uma mãe, pela primeira vez. A outra, era mãe pela segunda vez, e a outra, pela terceira. E todas elas tiveram experiências que foram muito empoderadoras. Todas as informações, novas ou antigas que elas precisavam relembrar ou aprender, foram usadas no trabalho de parto, no parto, na maternidade, na maternagem. Eu vi que dá pra mudar o cenário sim. “A gente só precisa espalhar mais essa informação que as mulheres têm e botar mais uma pessoa ali, naquela cena, muda muita coisa, muda

muita coisa.” (Entrevistada Y). - Na tentativa de mudar o cenário instalado atualmente tanto em instituições privadas quanto públicas.

No processo do curso de formação, que eu entrei, foi com quinze dias de vida dela.

Então, já no terceiro mês que eu procurei a Ruth, fiquei sabendo, por meio das postagens que ela colocava no Facebook, sobre sua atuação no campo da violência obstétrica. Aí, eu a procurei no terceiro mês, mas com aquela indignação

(Entrevistada R2). - Algumas disseram procurar sobre cursos no mesmo dia, outra, 15 dias depois.

Uma participante conta que as violências são tantas, que o tempo de consciência é subjetivo no que tange o sofrimento, e os recursos que usaram:

Tá fresco! A violência que aconteceu, eu vivi a violência e sofri, mas, sabe, assim quando você chora a sua dor? Eu só chorei a minha dor, dois anos depois quando eu fiz o curso de especialização. Até então eu deixei ... eu lia sobre o tema. Pesquisei, estudei e tal, e aí quando apareceu o curso de especialização eu falei: vou fazer. Lá no curso foi a primeira vez que narrei o meu parto e chorei (Entrevistada R1).

Duas falam sobre as mudanças que já percebem: “Das mulheres quererem ter filho em casa ou na casa de parto. Eu acho que é um movimento social mesmo, que é pra fugir dessa violência obstétrica hospitalar aí.” (Entrevistada R2).

O movimento de humanização, eu tô mais otimista do que eu estava, enquanto grávida, eu tô bem otimista como Doula, porque eu sei que, além das diretrizes, das normas dos novos protocolos chegando, é a humanização que tem os três pilares que a Melânia⁴ sempre fala. A doutora né. Ela inclusive vai pra a OMS pra abordar novas diretrizes, novas evidências, que é sempre isso. São os três pilares básicos de evidências: de equipe multidisciplinar e de protagonismo feminino na hora do

⁴ Dra. Melânia Maria Ramos de Amorim MD, PHD. Ela é uma médica obstétrica defensora do parto humanizado.

nascimento. Então, quando os médicos dizem: eu não vou seguir a humanização, eles estão admitindo que eles não vão seguir evidências naturais e isso pega muito mal pra eles. Então, não é nem por uma causa nobre daquela coisa (Entrevistada Y).

Ter voz, nisso. Não só nos direitos, mas a gente saber a fisiologia do nosso corpo, saber de tudo né, que a gente não tem isso, a gente não toma a propriedade. Como foi importante eu só falo que não tive depressão, porque eu entrei no curso de Doula logo que ela nasceu. E aí eu falo: Olha, vocês foram essenciais no meu pós-parto, porque não sei o que seria de mim sem ter vivido isso, nos primeiros meses dela. Foi tudo diferente né, o mundo deu aquela virada de cabeça pra baixo, mas elas foram me ajudando assim com apoio, com as rodas (Entrevistada R2, sobre o curso de Doula).

Chama atenção o fato de que essas mulheres transmutaram a dor e outros sentimentos que surgiram da experiência violenta para novas possibilidades produtivas. Como a própria militância ou uma nova profissão. Uma delas se especializou na área jurídica, outras duas se tornaram Doulas sendo que uma delas é fundadora da Rede Ocitocina que é um grupo de profissionais que divulga informação sobre o parto humanizado e também fazendo denúncias.

Os recursos que surgiram das ressignificações dos sofrimentos das mulheres foram diversos. A própria militância, as mudanças de paradigmas profissionais e denúncias são de certa forma maneiras de explicitar o que acontece, e auxiliar na mudança do que é estabelecido como padrão de atendimento e tratamento de mulheres grávidas. A seguir considerações mais relevante na discussão do tema.

Considerações finais

As considerações finais sobre esse trabalho são de duas ordens: a primeira de objetivo psicossocial e investigativo. A segunda ordem surgiu em sua essência durante o processo de entrevista, que é o de denúncia de violências obstétricas sofridas de todas as ordens. Em vários momentos os próprios relatos eram autoexplicativos no conteúdo explicitado. A

maioria das participantes de posição políticas definidas como militantes da causa feminista e defensoras da causa do parto humanizado.

A partir das entrevistas realizadas com as mulheres que foram parturientes, foi possível identificar algumas formas de funcionamento do sistema de saúde tanto público quanto privado que favorecem e possibilitam a violência que resultam na oposição às formas de humanização. Inclusive de resistência dos profissionais de saúde obstétrica em aderir a uma antiga nova forma de assistência ao parto que valorize a mulher como protagonista do seu parto.

Reconhecer as violências de toda forma contra a mulher nesse momento é de fundamental importância no que diz respeito ao papel atual que as mulheres ocupam na sociedade, podemos analisar essas agressões injustificadas como instrumentos em um processo discriminatório que vai contra os princípios de garantia de direitos das mulheres.

Dentro do silêncio do serviço, em relação à violência contra a mulher destaca-se problemas de violência institucional, como o descumprimento de leis que, por exemplo, garantem direito de acompanhante a parturiente, que resulta no abandono da mulher, tornando esse momento solitário, entre outros. Além disso, essa omissão demonstra o descompromisso desses profissionais e da própria instituição com as parturientes seus bebês e suas famílias. Em contraste com esse quadro de violência banalizada, existe um movimento de parto humanizado que vem se fortalecendo em que profissionais atualizados militam e atuam de maneira a tentar evitar que mais violências aconteçam. Devolvendo dessa maneira o protagonismo histórico das mulheres nesse acontecimento.

Desse modo, a prática de cuidado com a mulher não fica confinada ao olhar biomédico e asséptico do hospital somente. Ademais, a institucionalização não de toda desnecessária, mas com demanda que devam se restringir a casos específicos e excepcionais

de práticas intervencionistas que seriam minimizadas diminuindo assim riscos de exposição a violências, negligências e erros médicos para a mulher e seu bebê.

No demais a mulher sim devia ter seus desejos respeitados. O papel da psicologia social em tais situações é de investigar como se dá esses processos, quais são seus impactos na vida da mulher, quais alternativas podem surgir para o combate e solução desses acontecimentos de violências e conflitos. Assim podemos dizer que a psicologia social tem uma função de certa forma denunciar a violência que gera dor e sofrimento. Não só pesquisando para entender o fenômeno com um olhar científico, mas também com a função de denunciar as injustiças que indivíduos são submetidos.

Em vários momentos os relatos apresentam descrições explícitas de atos que podem-se considerar até de tortura. Existe a necessidade urgente desse tema ser questionado debatido exposto e denunciado. Duas das participantes aproveitaram suas entrevistas transcritas e anexaram aos seus processos na justiça contra médicos e hospitais como prova documental do que sofreram.

Com base no que foi exposto, pode-se considerar que, a partir da perspectiva das entrevistadas que contribuíram para a pesquisa, foi possível se constatar também que o impacto emocional foi um fator que de alguma forma desencadeou o andamento de decisões profissionais e planejamento familiar posterior.

Foi possível inferir também, através dos aspectos observados sobre os papéis exercidos pelos profissionais de saúde, pelas instituições e pelas mulheres na sociedade, que as questões de gênero permeiam todos esses acontecimentos. Ficou evidenciado o reconhecimento da diferença de papéis e valores entre homens e mulheres. Restou clara a percepção das participantes a respeito do modo como o patriarcado domina, de forma significativa, as instituições médicas, e da liberdade feminina de exercer a sexualidade e o

direito de reprodução, perceptível nos comportamentos daqueles profissionais de saúde, como das gestantes, que implicitamente fundamentam seus relacionamentos sociais.

Em relação ao machismo, todas as entrevistadas, em algum momento, citam posições críticas, quanto à hegemonia masculina nas relações de controle e poder da sociedade. Algumas criticaram, de alguma forma, o uso da sexualidade e do corpo da mulher como objeto, que coloca a figura feminina como um recurso para facilitar o lucro.

A partir do presente estudo, propomos estabelecer algumas sugestões, tais como, a continuação de pesquisas sobre o tema, sob outros enfoques, com o intuito de confirmar nossas impressões e constatações. Finalmente, espera-se que este trabalho, somado a trabalhos de outros alunos, contribua para o entendimento sobre formas de exercer a liberdade da mulher, sobre suas decisões e seu corpo, de modo que sejam respeitados seus direitos mais básicos. Assim também, como refletem nas questões filosóficas e constitutivas de gênero associados à valorização do papel e da identidade feminina no conjunto da sociedade. Ressalta-se, ainda, a importância da qualidade ética das interações profissionais versus parturiente, em uma perspectiva ampla de cuidado, em que tanto as intervenções técnicas como as ações de suporte sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher como sujeito de direito na relação profissional/paciente.

Referências bibliográficas

- Aguiar, J. M. & D'Oliveira, A. P. L. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunicação saúde educação*, 15 (36), 79-91.
- Alves, B. M. & Pitanguy, J. (1981). *O que é o feminismo?* Brasília: Abril Cultural/Brasiliense.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. Em: Bauer, M.W, & Gaskell, G. (Orgs.) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (189-217). Rio de Janeiro: Vozes;
- Beauvoir, S. (2009). *O Segundo Sexo*. São Paulo: Nova Fronteira.
- BEMFAM, (2008). Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil.
<http://www.grupobemfam.org.br/bemfam/>
- Berger, J. (1980). *Modos de ver*. São Paulo: Martins Fontes
- Bobbio, M. (2014). *O doente imaginado*. São Paulo: Bamboo.
- Botsaris, A. (2001). *Sem anestesia: O desabafo de um médico*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Bourdieu, P. (2016) *A dominação masculina. A condição feminina e a violência simbólica*. (M. H. Kuhner, Trads.). Rio de Janeiro: BestBolso.
- Carneiro, R. M. G. (2015) *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Chauvet, E. (Diretor), & Paula, E. (Produtor). (2013). *O Renascimento do Parto* [Filme-Documentário]. Brasil: Chauvet Filmes.
- Collin, F. & Laborie, F. (2009). Maternidade. Em Hirata, H., Laborie, F., Le Doaré, H. & Senotier, D. (Orgs.) *Dicionário crítico do feminismo*. (133-138). São Paulo: UNESP.

- Cyfer, I. (2015). Afinal, o que é uma mulher? Simone de Beauvoir e "a questão do sujeito" na teoria crítica feminista. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (94), 41-77. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-64452015009400003>
- Dicionário priberam da língua portuguesa. (2018). Recuperado de: www.priberam.pt/dlpo
- Diniz, C. S. G. (2000). *Violência de gênero: O trabalho com violência de gênero como questão de saúde*. Retirado de http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/violencia_de_genero.pdf
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 627-637. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_abstract&tlng=ES
- Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V. C., Lago, P. N. & Mesquita, N. S. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery*, 18 (2), 262-269.
- Duarte, A. R. F. (2006). Betty Friedan: morre a feminista que estremeceu a América. *Revista Estudos Feministas*, 14(1), 287-293. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2006000100015>
- Fukumitsu, K. O. (2014). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus.
- Fundação Perseu Abramo (2010) *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Retirado de <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>
- Gerhardt, T. E. & Silveira D. T. (Orgs.) (2009). *Métodos de pesquisa*. Retirado de <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
- Guimarães, M. C. & Pedroza, R. L. S. (2015). Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, 27 (2), 256-266.

Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000200256&script=sci_abstract&tlng=es

- Gutman, L. (2017). *A Maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos*. Rio de Janeiro: Bestseller.
- Louro, G. L. (1997/2003). *Gênero sexualidade e educação: Uma perspectiva pós estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Madureira, A, F. A.(2007). Identidades sexuais não-hegemônicas: processos identitários e estratégias para lidar com o preconceito. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Mar 2007, vol.23, no.1, p.81-90.
- Maushart, S. (2006). *A Máscara da Maternidade*. São Paulo: Melhoramentos.
- Minayo, M. C. S. (2009). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Nascer no Brasil - Inquérito nacional sobre parto e nascimento. (2014). Retirado de <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>
- Organização Mundial da Saúde (2015). Declaração sobre da OMS sobre as taxas de cesáreas. Retirado de iris.who.int/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1
- Ortega, F. T. (2016). *Feminicídio*. Jusbrasil. Retirado de <https://draflaviaortega.jusbrasil.com.br/artigos/337322133/feminicidio-art-121-2-vi-do-cp>
- Quem espera, espera. (2017). Unicef Brasil. Retirado de <http://www.quemesperaespera.org.br>
- Rattner, D. & Trench, B. (Orgs.) (2005). *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100018

- Rocha, P. (2009). *Mulheres sob todas as luzes: A emancipação feminina e os últimos dias do patriarcado*. Belo Horizonte: Leitura.
- Saffioti, H. I.B. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, (16), 115-136. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>
- Tavares, F. M. (2007). Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. *Revista brasileira de educação médica*, 31 (2), 180-185.
- Tornquist, C. S. (2006). Humanizando nascimentos e partos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10 (19), 255-258. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100018
- Tuzzo, S. A. & Braga, C. F. (2016). O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. Em: *Revista Pesquisa Qualitativa*. (pp.140-158). São Paulo. Futura.
- Zanardo, G. L. P. , Uribe, M. C. , Nadal, A. H. R. & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & sociedade*, (29). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

Anexos

Anexo A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**A naturalização da violência obstétrica contra a parturiente
durante toda sua experiência no parto.**

Instituição dos(as) pesquisadores(as): UniCeub, Brasília.

Pesquisador(a) responsável: Leonardo Mello

Pesquisador(a) assistente: Lavínia M. Del Gaudio Campbell

Olá! Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “A naturalização da violência obstétrica.”, realizada pelo curso de Psicologia do Uniceub. Sua participação é importante para ajudar a compreender melhor o funcionamento desse tipo de violência, e, com isso, contribuir para análise como se dá o ciclo de violência e com isso poderá contribuir para a prevenção dessa naturalização do fenômeno.

Sua participação é voluntária. A pesquisa será feita a partir de conversas entre você e o pesquisador, e também, a partir de rodas de conversa entre o pesquisador, você e outros participantes da pesquisa. Os únicos riscos existentes se referem à possibilidade de você entrar em contato com alguma emoção. Caso isso aconteça, a pesquisadora está preparada pra te acolher e fornecer a melhor ajuda possível. Os benefícios podem ser vários, além dos já ditos acima: você poderá conhecer melhor alguns aspectos do fenômeno, além de poder entrar em contato com afetos e emoções suas que podem te ajudar. Não se preocupe, pois tudo que você disser será mantido em sigilo. As únicas pessoas que entrarão em contato com o que você disse será a equipe pesquisadora e outros participantes (na roda de conversa). E qualquer dúvida pode ser esclarecida à qualquer momento durante toda a pesquisa. Você aceita participar?

Eu, _____ RG _____, após

receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____

Participante

Leonardo Mello, celular 98270-7822 /telefone institucional 3966-1200

Lavinia Del Gaudio celular 999953554/ email: laviniaedelgaudio@gmail.com

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:

Instituição: UniCeub.

Bloco: /Nº: /Complemento: SEPN 707/709 – Campos UniCeub – Asa Norte – Brasília – DF – 70790-075

Telefones p/contato: 3966 - 1200

Contato de urgência: Sr(a): Lavinia Del Gaudio

Domicílio: SQN 215 bloco.

Bloco: /Nº: /Complemento: A, apto 401.

Bairro: /CEP/Cidade: Asa norte , Brasília.

Telefone: 999953554.

Anexo B

Roteiro de entrevista

1. Gostaria que você falasse um pouco sobre a sua vida, em termos gerais.
2. Você acha relevante a discussão sobre violência de gênero no contexto atual, ou não?
3. Você percebe a discriminação na maneira como mulheres são tratadas socialmente?
4. Você já passou por alguma experiência em que se percebeu em uma situação
5. Desconfortável por estar sendo julgada pela sua condição de mulher? Se sim, como foi?
6. Como você se sentiu?
7. Na sua opinião, as formas discriminatórias pelas quais as mulheres são tratadas tem alguma repercussão na vida delas? Por quê? Você consegue identificar alguma forma de violência de gênero que tenha sofrido?
8. Você tinha vontade de ser mãe? Como é sua relação com a maternidade?
9. Você vê a violência obstétrica como uma forma de violência de contra mulher?
10. O que é, para você, violência obstétrica? Você vê uma naturalização da violência obstétrica contra a parturiente durante sua experiência no parto?
11. Os profissionais da saúde ajudam a esclarecer e informar as mulheres sobre seus direitos, quanto ao parto?
12. Você poderia me contar como foi sua experiência com a descoberta da gravidez e o período gestacional? Como descobriu a gravidez? Como se sentiu?
13. Você poderia me contar como foi sua experiência de parto? Você identificou a violência sofrida no mesmo momento em que sofreu?
14. Como você tem experienciado o pós-parto?
15. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre suas reflexões sobre o tema?