A DOR ALÉM DO PARTO: SIGNIFICADOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA GESTANTES E PARTURIENTES

THE PAIN BEYOND CHILDBIRTH: MEANINGS OF
OBSTETRIC VIOLENCE IN PREGNANT AND
PARTURIENT WOMEN

DOLOR MÁS ALLÁ DEL PARTO: SIGNIFICADOS DE LA
VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES PARTURIENTAS

Lídia Brelaz da Silva

Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia/MG. Graduada em Psicologia pela
Universidade Federal de Catalão.

Tatiana Machiavelli Carmo Souza

Doutorado em Programa de Pós-graduação em Serviço Social pela Unesp/Faculdade de História, Direito
e Serviço Social, Brasil(2012) Docente da Universidade Federal de Catalão , Brasil.

Resumo

O ciclo gestacional é um período singular na vida das mulheres e de seu grupo de convivência, contudo, muitas vezes marcado por desinformação e violência. A pesquisa teve como objetivo investigar as percepções de parturientes acerca dos significados da violência obstétrica vivenciados durante o ciclo gravídico-puerperal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizada pesquisa qualitativa, com uso de entrevistas, juntamente a seis mulheres que passaram por parto no SUS em um município do sudeste goiano. A análise dos dados pautou-se nos Núcleos de Significação a partir da compreensão dos sentidos representados no discurso. Foram identificadas vivências de violências físicas e subjetivas no ciclo gravídico-puerperal que incluíram atendimento não humanizado, silenciamento frente à dor e a episiotomia sem consentimento. Essas violências estavam relacionadas às relações estabelecidas entre equipe de saúde e pacientes, a estrutura do sistema de saúde pública e modus operandi dos/as profissionais. Palavras-chave: violência obstétrica; parto; puerpério; gestação.

Abstract

The pregnancy cycle is a unique period in the lives of women and their cohabitation group, however, often marked by misinformation and violence. The research aimed to investigate the perceptions of parturients about the meanings of obstetric violence experienced during the pregnancy-puerperal cycle within the Unified Health System (SUS). Qualitative research was conducted, using interviews with six women who had given birth in the SUS in a city in the southeast of Goiás. The data analysis was based on the Nuclei of Meaning from the understanding of the meanings represented in the discourse. Experiences of physical and subjective violence were identified in the gravidic-puerperal cycle that included non-humanized care, silencing in the face of pain, and episiotomy without consent. These violences were related to the relationships established between the health team and patients, the structure of the public health system and the professionals' modus operandi.

Keywords: obstetric violence; delivery; puerperium; pregnancy.

Resumen

El ciclo gestacional es un período singular en la vida de las mujeres y de su grupo de convivencia, sin embargo, muchas veces marcado por la desinformación y la violencia. La investigación tuvo como objetivo investigar las percepciones de las parturientas sobre los significados de la violencia obstétrica vivida durante el ciclo embarazo-puerperal dentro del Sistema Único de Salud (SUS). Se realizó una investigación cualitativa, mediante entrevistas, con seis mujeres que dieron a luz en el SUS en un municipio del sudeste de Goiás. El análisis de los datos se basó en los Núcleos de Sentido a partir de la comprensión de los significados representados en el discurso. Se identificaron experiencias de violencia física y subjetiva en el ciclo gravídico-puerperal que incluían cuidados no humanizados, silenciamiento ante el dolor y episiotomía sin consentimiento. Estas violencias estaban relacionadas con las relaciones establecidas entre el equipo sanitario y los pacientes, la estructura del sistema sanitario público y el modus operandi de los profesionales.

Palabras clave: violencia obstétrica; parto; puerpério; embarazo.

Introdução

A violência obstétrica diz respeito a toda e qualquer ação contrária ao desejo das mulheres no processo gravídico-puerperal, bem como condutas que não respeitem seu protagonismo. Tangencia tanto a dimensão fisiológica quanto psicológica das mulheres e é vivenciada em práticas corriqueiras em instituições de saúde. São exemplos a execução da episiotomia, a realização de cesáreas sem que haja real imprescindibilidade e o atendimento rude às usuárias dos serviços (Souza & Valente, 2016; Silva, Souza, & Leite, 2019).

No que diz respeito aos atos de violência física, e por vivermos em uma época que ainda valoriza o protagonismo médico, muitas mulheres creem serem normais ações tais como: executar a manobra de Kristeller, técnica obstétrica que consiste em exercer pressão no útero para empurrar o bebê; obrigar a parturiente a estar em posição horizontal, de modo a facilitar o trabalho do obstetra; realizar o exame de toque vaginal de modo frequente; deixar a parturiente em longo período de jejum de comida e água no pré-parto; realizar a episiotomia, procedimento cirúrgico que consiste em um corte no períneo; e usa desnecessariamente o fórceps (Souza; Valente, 2016; Silva, Souza, & Leite, 2019).

Já no que tange às violências psicológicas, enquadra-se aqui o impedimento da presença de acompanhante (mesmo que legalmente garantido), além de violências verbais realizadas por profissionais, explicitadas por meio de piadas, ironias ou julgamento moral diante da expressão de dor da parturiente ou na realização de exames invasivos. Além disso, constitui-se violência verbal quando profissionais, por meio do seu discurso, induzem a parturiente a procedimentos frequentemente desnecessários, a exemplo de afirmação, muitas vezes não fidedigna, de que há sofrimento fetal ou que a gestante é fisicamente incapaz de parir devido à sua estrutura corporal, dilatação insuficiente, entre outros (Silva, Souza, & Leite, 2019).

O ambiente hospitalar é, notoriamente, conhecido por ser um local de saber técnico - o que pode corroborar para relação de poder "médico/a-paciente", na qual os/as médicos/

as, detentores/as do saber biomédico são, frequentemente, considerados/as mais capacitados/as para dizerem como parir, desconsiderando o saber das mulheres e não as considerando como sujeitos de direito (Assis, 2018). Além disso, a realidade de hospitais superlotados favorece com que os partos aconteçam no formato de "linha de produção", sem atenção devida ao processo de parto, acentuando a medicalização (Oliveira & Penna, 2017). Esse contexto contribui para que a violência seja institucionalizada.

Ademais, a falta de informação corrobora para a normatização de violências e, também, para que não sejam postas em prática as já existentes políticas públicas que visam os direitos das mulheres gestantes e parturientes (Nakano, Bonan, & Teixeira, 2017). Nesse contexto, a educação perinatal torna-se ferramenta importante, dado que a informação possibilita o empoderamento das mulheres no processo de parir (Carvalho, Ferreira, & Santos, 2020). Além disso, é necessário que a educação perinatal não seja destinada somente à parturiente, mas também à/ao acompanhante no momento do parto, visto que ele/a é, também, responsável por assegurar que as escolhas feitas no plano de parto sejam respeitadas.

O assédio moral, a negligência, a violência física e o desrespeito pela escolha das mulheres são violências que podem partir de qualquer profissional ou prestador/a serviço na saúde, embora o termo violência obstétrica possa sugerir equivocadamente que apenas médicos/as praticam essa violência. Esse contexto contribui para que as mulheres ignorem as possíveis violações dos seus direitos e as tornam alienadas dos processos decisórios relacionados ao próprio corpo, levando a crer que a violência sofrida se trata de uma circunstância predeterminada a quem decide parir (Souza, & Valente, 2016).

Apenas em 2019, o Ministério da Saúde reconheceu a legitimidade do uso do termo "violência obstétrica", após recomendação do Ministério Público Federal (MPF, 2019) e orientações de outras organizações internacionais. Contudo, ainda há resistência por parte de profissionais da saúde na adoção

do termo, por entenderem que os casos não deveriam ser interpretados como violência por não serem intencionais, devendo ser tratados como imperícia ou negligência. Cabe apontar que vedar o uso do termo é, também, uma forma de violentar as mulheres ao tentar silenciá-las diante o direito de nomear as experiências de abuso, maus tratos e desrespeito vivenciadas durante o ciclo gravídico-puerperal.

É importante que políticas públicas de enfrentamento à violência obstétrica continuem sendo elaboradas, para tanto, investigar esse fenômeno é tarefa urgente. Diante do exposto, essa pesquisa tem como objetivo investigar as percepções de parturientes acerca dos significados da violência obstétrica durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Método

A pesquisa se fundamenta na epistemologia qualitativa (Rey, 2006). É parte integrante do projeto de pesquisa integrado “violência, gênero e família: implicações na psicologia e sociedade” com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade XXXXXXX (Parecer consubstanciado XXXXXXX).

Foi solicitada a participação voluntária de mulheres maiores de 18 anos e que deram à luz em hospitais públicos credenciados ao SUS no estado de Goiás entre 2018 e 2020. Participaram 6 (seis) mulheres. Os dados foram obtidos por

meio de entrevista semidirigida que investigou o perfil identitário e aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal: atendimento pré-natal, acesso a informações relativas à gestação, parto e puerpério e poder decisório no processo de parto.

Devido à pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas por meio de plataforma digital (Google Meet) e vídeo-gravadas. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todas as participantes declararam verbalmente seu consentimento em participar da pesquisa. Após finalizadas, as entrevistas foram transcritas na íntegra. As identidades foram preservadas pela utilização de pseudônimos, de modo a garantir o sigilo.

No que diz respeito ao perfil identitário das participantes, todas eram adultas jovens. Quanto ao estado civil, embora cinco se declararam solteiras, quatro viviam com parceiro afetivo. Em relação à orientação sexual, quatro se declararam heterossexuais e duas bissexuais. Quanto à etnia, duas se autodeclararam pardas e quatro brancas. No que tange à escolaridade, quatro tinham nível superior incompleto e uma o ensino superior completo. No que diz respeito ao número de partos, quatro tiveram um parto e duas dois partos. A idade de seus/uas filhos/as variou entre 3 meses e 10 anos, conforme tabelas 1 e 3. Ressaltamos que para fins dessa pesquisa, as informações foram baseadas nas experiências de parto mais recente de cada uma das participantes.

4

TABELA 1 - Perfil das participantes.

Participante	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Religião	Raça/etnia	Orientação sexual
Flora	25	ESI*	Solteira	Nenhuma	Parda	Heterossexual
Liz	22	ESI*	Solteira	Nenhuma	Branca	Bissexual
Rosa	23	ESI*	Solteira	Ateia	Branca	Heterossexual
Lótus	22	ESI*	Solteira	Católica	Parda	Heterossexual
Margarida	35	ESI*	Divorciada	Umbanda	Branca	Heterossexual
Caliandra	31	ESC**	Solteira	Nenhuma	Branca	Heterossexual

*ESI= Ensino Superior Incompleto. **ESC=Ensino Superior Completo

TABELA 2 - Número de filhos(as) e tipo de parto das participantes.

Participante	Nº de filho(s)/a(s) e partos	Tipo de parto
Flora	1	Normal
Liz	1	Normal
Rosa	1	Normal
Lótus	2	1º Normal; 2º Cesárea
Margarida	2	1º Normal; 2º Cesárea
Caliandra	1	Normal

A análise dos dados pautou-se nos Núcleos de Significação, a partir da compreensão dos sentidos representados no discurso (Aguiar & Ozella, 2006). Foram identificados três núcleos de significação: As vivências no processo de parir; As violências sofridas pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal; e Possibilidades de enfrentamento e proteção frente às violências obstétricas.

Resultados e discussão

As vivência no processo de parir

Parir é um processo atravessado por idealizações, expectativas e angústias. Não é um evento insignificante na vida das mulheres, considerando que envolve, em diferentes níveis, os sentimentos de medo, ansiedade e excitação, trazendo implicações às demais vivências (Carvalho, Ferreira, & Santos, 2020). Embora seja um processo pessoal, alguns aspectos sinalizam questões comuns vividas pelas entrevistadas, a exemplo do desejo pelo parto normal, insegurança frente aos estereótipos, mitos e tabus da gestação e do parto, além do sentimento de vulnerabilidade frente à falta de políticas públicas.

Eu não queria cesárea. (...) eu sempre tive isso comigo que eu não queria, não sei se pela marca. (Flora)

Eu sabia que eu queria o parto normal. [...] E, no meu parto, eu sabia que eu ia passar pelo SUS, e eu estava com muito medo de violência obstétrica, muito medo

mesmo, assim, então, eu estava, nossa, com muito pavor de 'Meu deus, daí eles vão fazer episiotomia e episiotomia é violência obstétrica e não pode acontecer', e aí eu fui pesquisar o que eu podia fazer para me resguardar, para me proteger. (Rosa)

As ansiedades das participantes perpassaram não somente a experiência do parto, mas o trabalho da equipe. Com vistas ao atendimento humanizado, é fundamental o papel da equipe hospitalar, bem como que as mulheres sejam ouvidas, respeitadas, amparadas e acolhidas. Uma equipe e um hospital que promovem melhores relações de receptividade, consideração e respeito asseguram um cuidado integral.

Aí tá, e o meu pique, o meu, os meus pontos foram, acho que, o trágico mesmo do pós-parto foi os pontos porque acabou inflamando no hospital mesmo, até quem teve cesárea de risco no dia seguinte já levantava, já andava, que é o que eles incentivam, mas eu não conseguia levantar da cama nem pra pegar minha comida de tanta dor que eu sentia (...) aí toda hora eu reclamando, vinham com bolsa de gelo, colocava, não adiantava. Eu acho que, o descaso mesmo, foi só nessa parte porque aí chegou a inflamar, aí eu falei se me levassem de volta lá pra dentro, retirasse esses ponto, olhasse novamente, e fizesse novamente os ponto, poderia ter sido mais fácil [...] com os 15 dias que eu voltei pra poder olhar esses pontos ainda tava doendo muito, eu não conseguia vestir roupa a não ser vestido e eu fiquei praticamente um

mês em casa só deitada, eu não levantava dentro de casa pra nada, conseguia dar uns passinhos mas era bem pouco, com a perna levantada, tanto é que na questão de amamentar houve diferença porque eu deitava só desse lado (mostrando o lado esquerdo) e o bebê de cá, eu não conseguia deitar do lado de cá. (Flora)

É indispensável que quem acompanha, quem fica ao lado das mulheres nesse momento, sejam pessoas que deem suporte emocional e técnico diante do processo fisiológico. O suporte pode vir tanto dos profissionais quanto de uma rede de apoio formada por amigas/os, familiares e/ou pessoas que passaram por experiência parecida (Nakano, Bonan, & Teixeira, 2017). Com relação às experiências das participantes, apenas uma teve o pai da criança como acompanhante na hora do parto, sendo que as demais tiveram apoio de alguma outra mulher, seja mãe, amiga ou doula. Tal vivência reflete a ausência paterna e a presença da figura feminina - ligada ao amparo e à reprodução dos cuidados. Embora tenha havido conquistas sociais quanto ao papel da mulher na sociedade, ainda hoje é demandado às mulheres o exercício do papel de cuidado.

É primordial que as mulheres exerçam seu poder de escolha nas vivências no ciclo gravídico-puerperal e estejam cientes da viabilidade dos processos livres de estereótipos, mitos e tabus. Nesse aspecto, dentre as vivências gestacionais, ainda é comum que o porte físico das mulheres seja associado à capacidade de parir (Albuquerque, Mendonça, Guerra, Silva, & Lins, 2019). Assim, mulheres esguias e/ou pequenas, por serem consideradas menos potentes na hora do parto, estando sujeitas a serem sugestionadas a passar por procedimentos para acelerar o processo do nascimento do bebê ou expulsão espontânea da placenta - como a manobra de Kristeller, tração ou massagem.

Comigo foi bem estranho porque quando ele nasceu, a placenta não desceu. Tiveram que faz... ficar fazendo força na minha barriga para placenta descer (...) aperta na barriga! aí e as enfermeiras falando

“Não, ela já fez muita força. ela não tá aguentando mais e a...” porque eu sou bem pequenininha e bem magrinha, né? (Flora)

As minhas amigas, as minhas amigas falam assim, falavam que eu não ia conseguir ter um parto normal ‘você não vai conseguir!’ (...) Depois, tipo assim, ‘Nossa, você é muito forte’, na verdade, uma enfermeira falou ‘nossa, você é muito forte! Você é tão pequenininha e magrinha’. (Liz)

No município em que a pesquisa foi realizada, no âmbito do SUS, os atendimentos às participantes foram centralizados em um hospital da cidade e realizados por equipes que rodiziavam, ou seja, por meio de escala semanal. O referido modelo de atendimento tem como proposta que a equipe dialogue sobre os casos de modo a propor um melhor atendimento para a gestante, porém, a centralização dos atendimentos não parece ser uma alternativa eficaz por gerar o sentimento de vulnerabilidade ao comprometer o vínculo entre equipe de saúde e paciente.

Que daí, como eu entrei em uma gravidez de risco, eu acabei sendo atendida sempre pela mesma médica, né? [...] No sistema de pré-natal, tem um rodízio de médicos, então a gente acaba que passa por todos os médicos ali, inclusive na hora do parto também não tem como escolher, só se acontecer no plantão de quem você mais teve afinidade e isso também é ruim que deixa a gente insegura também. (Margarida)

E no início eu fiquei meio receosa e durante o processo também com relação a essa rotação porque você não... acaba não criando vínculo com o médico, né? É... e foi isso que aconteceu, assim, na primeira consulta foi um médico. Na segunda foi outro médico. Na terceira outro médico. É... e a intenção dessa rotatividade seria que seria uma equipe e que eles se comunicassem entre si e conduzissem o paciente no melhor atendimento possível. Só que na prática não é bem isso que funciona. Então, parece que eles não comunicam entre si. É uma rotina. (Rosa)

Dado o recorte temporal realizado na pesquisa, lembramos que três entrevistadas tiveram seus partos durante a pandemia de COVID-19. Esse fato propiciou que elas pudessem escolher o hospital da cidade que o parto seria realizado, sendo que duas optaram por ter em instituição pública e uma delas por ter em instituição particular – que, naquele momento, estava vinculado à rede pública. Elas se depararam com o sentimento de medo frente a um *modus operandi* análogo a uma linha de produção, os estereótipos também relacionados a um recorte de classe e a negligência diante de realidades específicas.

Então tinha um sentimento de... às vezes meio de descaso. Como se fosse uma linha de produção. Eu estava só passando por ela. E veio essa coisa de não ter um profissional fixo, assim, que eu me identifique que eu poderia compartilhar as minhas angústias, principalmente com relação ao parto, né? (Rosa)

O momento que eu dei hemorragia eles não me explicou hora nenhuma. Teve uma negligência médica deles que eu, eles me liberaram sem fazer exame nenhum. Eu fui para casa passando mal que eu tinha perdido muito sangue [...] Eu só achei, assim, que eles num, num foram tão, é, como é que eu posso dizer? É tipo capacitados. Eles não acharam as fraturas que tiveram dentro do útero, não fizeram raio X nem nada, entendeu? Eles mandaram eu já procurar outros especialista. Eu não sei se é porque era pelo SUS e eles não tinha nada a ver com isso, porque não era um hospital, era um hospital particular, né? (Sobre não ter recebido informação a respeito de como lidar com o diagnóstico de osteogênese imperfeita do seu bebê). (Lótus)

O atendimento na rede privada e na rede pública pode apresentar algumas diferenças que implicam também na constituição de estereótipos, mitos e tabus. Notamos que

algumas dessas implicações diziam respeito à possibilidade de ser ouvida e compreendida diante de suas expectativas e diante de sua dor. Para as participantes, quem pode pagar para ter um parto em rede particular paga também por um atendimento humanizado, ao contrário de mulheres pobres, que se percebem sem a possibilidade de ter seus desejos atendidos. Apesar do desejo de se expressar, o silenciamento compôs as suas vivências.

Na sala de cirurgia, quando eu fui parir mesmo eu não gritei, fiquei com vergonha. Porque eu já ouvi relatos de enfermeiras danar. Eu já ouvi relatos de falar assim 'Nossa, a enfermeira danou com a mulher, falou para ela parar de ser escandalosa!'. Porque eu já ouvi vários relatos de que, a minha própria obstetra fala que algumas enfermeiras têm problema com isso, que, porque a mulher que paga um parto pode gritar e a mulher do SUS não, assim, escandalosa... fiquei morrendo de vergonha. Eu sou muito tímida e vergonhosa. Aí eu não gritei, eu fiz (som de grito sem abrir a boca) só isso. (Liz)

Então, eu estava arcando com os gastos sozinha, assim, então, eu fiz todo o pré-natal pelo SUS. Acho que é ótimo, maravilhoso, porém, na prática, a gente tem profissionais que não, que não são sensíveis, que não escutam, que tem uma prática muito machista e que são violentos. Mas, o SUS em si, eu acho maravilhoso. (Rosa)

As vivências relatadas pelas participantes e vividas por tantas outras mulheres contam de experiências exitosas no processo de parir. Contudo, tais vivências são entrelaçadas a relatos de falta de auxílio e oportunidade de assistência humanizada e emaranhadas às violências sofridas. Entende-se que por diferentes fatores fisiológicos e emocionais não é possível atender a todas as expectativas das mulheres em relação ao parto, mas questionamos se é necessário que tais expectativas encontrem experiências de violência.

As violências sofridas pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal

Identificamos diferentes experiências de violências obstétricas vividas pelas participantes: acesso aos direitos negados, condição de vulnerabilidade, falta de autonomia, vivência passiva ou alienação frente ao processo decisório no ciclo gravídico-puerperal é uma violência. Ainda, práticas de violências físicas e/ou psicológicas como a episiotomia (pique), a falta de comunicação médico/a-paciente, o silenciamento frente ao momento de dor e a impossibilidade de escolher uma posição mais confortável para parir.

Eu só percebi direito, direito, direito depois que tirou o neném que cortou porque ele estava costurando. Eu fiquei lá, parada um tempão... E ele costurando. A gente também não sente, e eu só senti, só percebi que ele estava mexendo, só que aí eu já tive uma noção, né? (Liz)

Eu já pensei muito sobre isso, porque na minha posição ideal seria, sei lá, cócoras. Porque, daí, é mais fácil para o bebê sair. Só que eles... eu perguntei quando eu estava entrando na sala de parto: "Olha, eu quero parir de cócoras. Eu não quero parir nessa posição. Essa posição não é boa". Aí falaram... Eles me falaram que era a única posição que eu poderia parir. Que não tinha como parir de outro modo. Não tinha equipamento. Não tinha nada. Então, nesse sentido, é, aí eu foi só acatando nesse momento. Eu não consegui falar mais nada. (Rosa)

A episiotomia é um corte cirúrgico realizado entre a vagina e o ânus com o intuito de abrir a passagem vaginal para que, supostamente, acelere e facilite a saída do bebê. O procedimento foi criado para emergências obstétricas, sendo assim, a literatura afirma que não há imprescindibilidade de que ocorra em episódios que não sejam caracterizados como geradores de risco para mãe e/ou para o bebê (Pinto et al., 2020). Por meio das vivências relatadas das participantes,

foi possível perceber que a episiotomia continua sendo realizada nas maternidades, inclusive sem autorização da parturiente.

Essa parte do corte na lateral. Eu não sei se ele estava bem grande pra ter que ter feito isso. Não sei se ele realmente, se não tivesse feito se saía rasgando, é, na verdade eu não sei essa, como seria se não tivesse feito. Mas pelo que eu senti no pós-parto eu preferia que não tivesse sido, não tivesse feito. (Flora)

Eu sabia que poderia acontecer, mas na hora assim... ninguém me falou, nem a obstetra, nem ele me falou o que poderia acontecer. Eu sabia que tinha, que tinha gente que dá, que não dá, que não sei o que, mas eu não esperava. (...) Ele falou assim: "Ó, vou dar a anestesia" e na hora que eu vi, não senti nada direito também porque eu lembro que a dor que eu estava sentindo não deixava eu sentir outra coisa... (Liz)

Fui fazendo força. Aí, por fim, ele falou assim: "Olha, eu vou dar o pique". Aí eu falei: "Eu não quero pique". Aí ele falou: "Não tem jeito, não! Tem que dar o pique se não vai nascer". Só que isso já ia tudo contra o que eu já tinha lido e me informado. Aí eu falei para ele: "Eu não quero pique!". Mesmo assim, ele falou: "Quando vier a contração você me fala". Aí eu fiz a contração, eu falei. Daí ele veio e: pá! Me deu o pique. (Caliandra)

A episiotomia não ajuda a diminuir casos mais graves de laceração e tampouco diminui o tempo de trabalho de parto (Pinto et al., 2020). Por outro lado, a realização desse procedimento cirúrgico favorece o risco de infecção, desconforto para poder sentar-se e amamentar, além de acarretar transtornos ao retorno da atividade sexual para as mulheres. Tais fatores ocasionam mais prejuízos do que ganhos tanto no aspecto físico quanto no aspecto emocional.

Dentre as violências físicas sofridas pelas participantes, podemos citar também a manobra de Kristeller para forçar a saída do bebê ou

da placenta e a amniotomia (estourar a bolsa artificialmente com o intuito de acelerar o parto). Esses procedimentos são considerados arcaicos, podendo causar danos à mãe e ao bebê (Barbosa, 2018). No que se refere às violências psicológicas, observamos as violências verbais como ofensas, silenciamento da parturiente em seu momento de expressão de dor, além de comentários relacionados ao corpo, além do desrespeito ao desejo expresso da parturiente.

Aí as médicas vinha, eu não sou de reclamar muito de dor, e no, nas contrações eu chegava a chorar e gritar de dor. Tanto é que as enfermeiras 'Para! Você não precisa tá fazendo esse escândalo. Não precisa disso. Você tá gritando muito. Tá assustando a 'outra, a outra gestante'. (Flora)

Aí ele falava para eu usar sutiã, porque, senão, meus peitos iam ficar caídos, mas eu não entendia a quem isso interessava se meus peitos estariam caídos ou não. [...] Eu também não entendia em que ponto isso passava, assim, com relação a minha gestação mesmo, a saúde e bem estar do meu filho. (Rosa)

Eu gritava e ele falava: 'Nossa, que feio!'. Eu me sentia muito infantilizada, porque, como você não grita sentindo dor? (Caliandra)

As entrevistadas relataram que não tiveram a possibilidade de escolher a posição para parir, sendo assim, todas pariram deitadas (também conhecida como posição ginecológica ou litotômica) que é a mais comum. É importante ressaltar que dar às mulheres o direito de escolher a posição para parir contribui para que elas encontrem um jeito mais confortável, além de possibilitar a melhor passagem para o bebê. Desse modo, a posição ginecológica favorece ao/a médico/a mas não favorece quem está parindo.

Ah, eu acho que a única violência que eu poderia dizer seria essa de não escolher a posição que eu fosse parir, que é a única posição possível seria essa de barriga para

cima e não poder falar muito, porque quando eu pedi para mudar a posição ela falou: "já tá nascendo. Fica nessa posição. (Rosa)

Quando eu deitei foi péssimo, a dor intensificava mais, eu não conseguia respirar direito, aí foi ruim. [...] Nossa, sentar e deitar para mim foi um dos piores momentos desse processo e é assim que eles trabalham, a gente não tem, eu não tive autonomia para parir do jeito que eu, da posição que eu quisesse, né? (Margarida)

Talvez eu teria escolhido diferente. Talvez eu teria escolhido a posição de, com as pernas agachadas. Tipo os índios. Deve ser mais fácil. Mas, né? Me puseram na posição deitada, normal. (Caliandra)

Dentre os relatos, uma das participantes sentiu-se assediada sexualmente por um dos médicos que a atendeu. Essa experiência não se repetiu nos demais relatos, sendo também atípico na literatura sobre o tema. Porém, é necessário problematizar tal questão, pois, tangencia a relação de poder médico/a-paciente, e a vulnerabilidade provocada pela gestação e historicamente vinculada à vida das mulheres.

E em alguns pontos eu me senti um pouco assediada por ele, assim. É, na primeira consulta, ele ficou perguntando muito sobre o pai do meu filho. É, como é que, se eu, se eu... Perguntando muito sobre a minha vida sexual durante a gravidez, se eu transava, com que frequência eu transava. Daí eu falava que não estava transando. Mas porque você não estava transando? Daí eu falava porque eu não tô namorando ninguém. Por que não me relaciono com ninguém? Porque eu não quero. Aí ele ficava questionando sobre essas coisas, daí eu me senti um pouco, sei lá, pressionada. E daí, na hora de fazer a consulta, ele também ficava, passou algumas vezes a mão na minha perna, assim, que eu me senti um pouco violada e constrangida. E daí toda vez que ele ia fazer algum toque no meu

corpo, eu virava a cara assim. Eu sentia vergonha, mas esse é o sentimento que fica, porque parece que você não pode fazer muita coisa com relação a isso. (Rosa)

Percebemos nos relatos das participantes que, embora o momento do parto tenha realizado expectativas, houve também sentimentos negativos em relação a esse momento, tendo sido uma experiência sofrida e com emoções negativas em relação à assistência médica. As memórias relativas a esse momento acarretaram impactos que repercutem durante a vida das participantes. Notamos, portanto, sofrimento psíquico ao rememorar algumas experiências.

Ai... dói só de lembrar. Nossa! Horrível. (...) Na semana seguinte, quando eu fui levar ele na pediatra, na pediatra dele, ela perguntou, “Nossa! Como foi seu parto?” eu só sabia chorar pra ela. Só sabia chorar. Falei “Ah! Não quero nem lembrar! (Liz)

Tipo assim, eu não consigo acreditar que um médico, ele seja capaz de te dar um corte e.... E eu fazendo força para por meu filho para fora e ele falando de Lula e Bolsonaro comigo, sabe? (Caliandra)

O ambiente hospitalar tende a ser um espaço onde há hierarquização de saberes, o que culmina em uma relação de poder entre médico/a e paciente (Assis, 2018). Isso posto, a figura do/a médico se localiza como detentor/a de um saber mais efetivo e capacitado, ignorando o saber das parturientes. Tal aspecto sinaliza para um atendimento que não faz das mulheres protagonistas no momento do parto, tornando a figura médica como a principal responsável e de atuação imprescindível para a realização do procedimento.

Em casos de violência obstétrica na relação paciente-profissional as mulheres tendem a ser cerceadas e impedidas de se expressarem, pois, o saber médico se coloca como sendo maior, anulando a experiência delas. O atendimento médico-centrado contribui para que a violência obstétrica ocorra de maneira institucionalizada,

dado o aspecto do protagonismo ser de quem realiza o procedimento e não de quem está parindo. São violências simbólicas que partem desde o silenciamento das mulheres a posicionamentos fundamentalmente machistas em relação à estética do corpo, apontando para a desapropriação do corpo feminino. Em determinados casos, a consciência dessa experiência de violência só acontece após o parto, como vivenciado pelas participantes.

Aí, é, quando eu senti que ele saiu, ou foi antes, eu não me recordo, eu ficava gemendo bastante, mas era que eu tava sentindo uma dor interna, era aquela agonia de quando a gente tá num frio muito, com muito frio, algo do tipo. E ele pegou e falou assim pra mim que, é, eu tava gemendo bastante e que isso tava atrapalhando ele. (Flora)

Eu fiquei quase umas dez horas sem comer. Então, assim, o centro cirúrgico é gelado. Eu tinha passado por uma adrenalina de parto. Então, assim, meu corpo estava todo trêmulo. Tremendo, tremendo, tremendo. Então, assim, eu não conseguia parar quieta na mesa. Aí ele começou a chamar minha atenção como se eu fosse uma criança. Mas eu falava: “É involuntário. Eu não estou tremendo porque eu quero”. Eu estava com fome. Eu estava com sede. Aí ele começou a me costurar e falar: “Nossa, mas isso está ficando horrível. Isso tá ficando horrível. (Caliandra)

A falta de protagonismo das mulheres no momento do parto pode ser identificada como forma de violência, ademais, expressa a objetificação do corpo feminino e a mercantilização no processo de parir. Grande parte das vivências relatadas pelas participantes apontam para uma conjuntura na qual elas são pouco acolhidas e escutadas, acarretando o silenciamento de seus desejos, configurando, assim, a violência obstétrica.

O ciclo gravídico-puerperal é um momento complexo e ecoa em aspectos psíquicos, sociais e culturais (Carvalho, Ferreira, & Santos, 2020).

As participantes que relataram suas experiências têm voz e é urgente oportunizar para que seus relatos e o de tantas outras mulheres sejam ouvidos. As violências obstétricas são passíveis de serem evitadas e, para tanto, é necessário termos espaço de discussão a respeito de possibilidades de enfrentamento e proteção frente às violências obstétricas.

Possibilidades de proteção e enfrentamento frente às violências obstétricas

A problematização das violências obstétricas passa pela construção de possibilidades de enfrentamento e proteção das mulheres frente a essa questão. É sabido que a experiência do parto é atravessada por uma série de fatores, como, tais como a busca por conhecimento no pré-natal sobre as formas de parir, as experiências obstétricas anteriores, e procedimentos obstétricos realizados (Carvalho, Ferreira, & Santos, 2020). As vivências das entrevistadas revelam a existência de dúvidas no que diz respeito às formas de violência. Apesar de terem experimentado algum tipo de violência, seja física, psicológica ou moral, nem sempre consideraram tê-las sofrido. Tal fato pode estar relacionado à precariedade de informações ofertadas e à falta de acesso à educação perinatal.

Eu acho que naquele momento é o que eu escolhi as coisa que estavam acontecendo, eu acho que não foram violência, mas, ao mesmo tempo, eu me pergunto se esse procedimento foi mesmo necessário ou não. Então, eu acho que é uma dúvida que eu tenho até hoje. (Rosa)

Só que eu não sabia que, até então eu não sabia que o pique pode ser opção que é de que se, que a gente pode escolher se vai ter ou não. (Flora)

Nesse ínterim, pensamos a primordialidade do acesso à informação e à educação perinatal como dispositivos que colaboram para o protagonismo das mulheres no momento do parto, além de contribuir para que haja espaço de diálogo e construção de saberes (Albuquerque

et al., 2019). A disponibilização de espaços de acolhimento, conversa e fomento à educação perinatal pode propiciar às parturientes maior segurança diante de temáticas como planejamento familiar, fisiologia do corpo feminino, possibilidades de parto e no parto e amamentação, tendo em vista que são fatores que impactam, diretamente, no bem-estar, além de contribuírem, significativamente, para o vínculo entre gestante e bebê.

A educação perinatal é basilar para conhecer as fases do parto. Não se trata, no entanto, de uma educação, necessariamente, formal, mas, falamos do conhecimento transmitido de geração em geração, das trocas de experiência entre gestantes e da oferta de informação fisiológica dada pela equipe, como, por exemplo, a respeito de contrações, fases do parto e até mesmo amamentação. É necessário destacar que a possibilidade de estudar, pesquisar, buscar na internet o apoio de outras mulheres, ou até mesmo ter uma doula, não é uma possibilidade universal. Tal oportunidade é um privilégio que pertence a uma classe que tem acesso a determinados recursos, como computador, celular e internet. É essa oportunidade que viabiliza o acesso a uma gama de conhecimentos e possibilita uma escolha mais consciente.

Ressalta-se, ainda, a importância de as/os trabalhadoras/es que compõem a rede entendam as questões que permeiam o ciclo gravídico-puerperal. É por meio dessa rede que se espera que as mulheres sejam providas de informações e recebam suporte em suas decisões. Dessa maneira, entendemos que a rede de apoio pode ser formada por familiares, amigos, grupos de apoio na internet, colegas que compartilham quarto na enfermaria e por profissionais de saúde.

Eu meio que tive que criar uma rede de apoio para conseguir passar por isso e manter a minha decisão de ter um parto normal. (Rosa)

Inclusive até tinha vontade de fazer um acompanhamento psicológico no todo processo da gestação... daí também eu não pude contar com essa parte tão importante, né, desse processo, também, né, que é o

apoio, né, de um profissional da Psicologia, e tal, da importância de ter também. Aí, então, eu me apoiei nessas mulheres da internet que daí contavam um pouco das suas experiências. (Margarida)

Tudo o que eu sei, que eu soube, foi porque eu fui atrás. Porque eu fui pesquisando em grupos de internet, né? Fui procurando parto humanizado, parto normal, parto cesárea e me informando. Fui me nutrindo de informação. (Caliandra)

Quando se fala em rede de apoio, tem-se o imaginário de pessoas que ofereçam auxílio no pós-parto e, especificamente, em cuidados práticos, como suporte na recuperação física da mãe e cuidados de saúde e higiene do recém-nascido. Essa rede, no entanto, deve coadjuvar o momento com a parturiente na integralidade de suas necessidades, com apoio em questões práticas e subjetivas. Seja presencialmente ou de forma online, é fundamental que a rede de apoio seja formada por quem dê suporte às decisões da parturiente e conheça seus desejos relativos ao momento de parir. Os relatos das participantes evidenciam essa questão.

Nessa perspectiva, mais uma vez o acesso à informação se mostra como ferramenta necessária para informar as mulheres a respeito dos aspectos fisiológicos e dos direitos no ciclo gravídico-puerperal. O acesso à informação é fator preponderante para a autonomia e, por sua vez, o protagonismo na hora do parto, superando uma perspectiva de procedimentos operacionais obsoletos.

Eu estava, realmente, com muito medo de fazerem episiotomia. [...] Falei o que eu queria, o que eu não queria, a gente sentou e fez um plano de parto por escrito. Daí eu assinei, ela assinou. Eu autentiquei em cartório, inclusive, o plano de parto, mas na hora, ninguém viu o plano de parto. Não deu tempo. (Rosa)

Dentre as participantes, apenas uma construiu um plano de parto. É certo que a rotatividade que ocorre durante o pré-natal

impossibilita o acompanhamento mais pessoal dos anseios da gestante, visto que, pelo fato de não ser o/a mesmo/a profissional durante todo o ciclo, o vínculo e as negociações das possibilidades referentes aos aspectos relativos ao parto são prejudicados. Assim, é importante lembrar que as singularidades da vida das mulheres têm rebatimento no campo público.

Dessa maneira, entendemos que as políticas públicas também são dispositivos que possibilitam a proteção das mulheres e o enfrentamento frente às violências obstétricas. Contudo, não há no Brasil uma lei federal que assegure e proteja as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, tampouco há lei estadual no estado onde foi realizada essa pesquisa.

Nessa questão assim da violência obstétrica ela me preocupou muito porque aqui no município a gente não tem políticas públicas voltadas para o parto humanizado, né? (Margarida)

A vulnerabilidade das mulheres frente à precariedade de políticas públicas aponta para a necessidade de que esse tema seja amplamente discutido. Tanto as redes de apoio quanto a educação perinatal são dispositivos que podem ser associados às políticas públicas de proteção à gestante e parturiente.

Considerações finais

É necessário que o período de gestação, parto e pós-parto receba atenção à luz da ciência, não somente no que concerne aos aspectos fisiológico, em si, mas, de igual modo, aos aspectos emocionais e sociais. No presente trabalho, os relatos das entrevistadas lançaram luz a questões ligadas não apenas à fisiologia da gravidez, mas aos meandros das relações entre equipe de saúde e pacientes, estrutura do sistema de saúde pública e modus operandi dos/as profissionais.

Identificamos carências na rede de saúde que atende a gestação, parto e fases subsequentes. Não se trata apenas de falhas na estrutura física que (im)viabilizam condições humanizadas para o parto, mas, com especial destaque, demandas que tangenciam as relações

humanas entre equipe de saúde e paciente, com exposição de vivências de falta de informações, falta de espaço de fala e escuta e falta de autonomia nos processos de escolha.

É primordial que sejam revistos os paradigmas nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, com estímulo e condições para o fornecimento de informações atualizadas e fundamentadas na ciência, bem como maior respeito aos saberes e anseios das mulheres em seu processo de gestação, parto e pós-parto. Os sistemas de saúde pública e privada, por sua vez, também carecem de reestruturação que possibilite às pacientes e profissionais condições favoráveis a um acompanhamento integral.

No que tange aos aspectos individuais, a rede de apoio às mulheres, quando bem estabelecida, exerce influência bastante positiva, podendo ser composta por pessoas próximas de sua confiança ou mesmo grupos de apoio presenciais ou virtuais. Já no que diz respeito à dimensão coletiva, as políticas públicas figuram como fator preponderante para o estabelecimento de uma estrutura de saúde que possibilite a implementação de uma assistência consistente, integral e humanizada.

Não menos importante, tendo em vista que o trabalho foi desenvolvido durante a pandemia de COVID-19, e em função da necessidade de distanciamento social, apenas puderam se voluntariar para as entrevistas mulheres com acesso à internet. Desse modo, sabe-se que tal característica, por si só, implicou em um recorte social, possivelmente excluindo mulheres sem acesso aos meios de comunicação digital. Essa realidade deixa uma lacuna na escuta das mulheres que, provavelmente, estão em maior vulnerabilidade social e, também por esse motivo, possivelmente sujeitas a condições menos viáveis ao uso de seus direitos enquanto usuárias do sistema público de saúde.

Os aspectos ligados ao processo de gestação, parto e pós-parto são diversos, envolvem esferas individuais e coletivas. Fomentar políticas públicas eficazes no cuidado às mulheres e propiciar uma abordagem mais acolhedora são caminhos para o desenvolvimento de uma conjuntura mais acolhedora e respeitosa que beneficie a sociedade de modo indiscriminado e democrático.

Referências

- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>
- Albuquerque, N. L. A., Mendonça, E. F., Guerra, M. C. G. C., Silva, J. C. B., & Lins, H. N. S. (2019). Representações sociais de enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal. *Revista Ciência Plural*, 5(1), 34-51. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17944>
- Assis, J. F. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, (133), 547-565. Doi: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>
- Barbosa, M. S. (2018). Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Revista Atualiza Saúde*, 8(8), 72-80. Recuperado de: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/posicoes-de-parto-vaginal-e-prevencao-de-traumas-perineais-v-8-n-8.pdf>. Acesso em: 15 jun 2023.
- Carvalho, T. B., Ferreira, H. C., & Santos, L. R. O. (2020). Education for childbirth in primary health care: an integrative review. *Research, Society and Development*, 9(4), e19942945. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2945>
- Ministério Público Federal. *Recomendação nº 29/2019*. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf. Acesso em: 21 mai. 2022
- Nakano, A. R., Bonan, C., & Teixeira, L. A. (2017). O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 415-432. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>
- Oliveira, V. J., & Penna, C. M. M. (2017). O discurso da Violência Obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
- Pinto, K. R. T. F. et al. (2020). Fatores associados a intervenções obstétricas em maternidades públicas. *Rev. Bras. Saude Mater*, 20(4), 1081-1090. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000400009>
- Rey, F. G. (2006). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- Silva, F. L., Souza, A. L. S., & Leite, C. D. B. (2019). Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa. *Revista Uningá*, 56(S1), 159-171. Recuperado de <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2060/1869>. Acesso em: 25 mai. 2023
- Souza, A. C. A., & Valente, M. B. B. (2016). Violência Obstétrica: um desafio para psicologia. *Revista Hum@nae*, 10(1), 1-11. Recuperado de <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/521>. Acesso em: 20 jun. 2023