

Ligia Moreiras Sena

**“AMEAÇADA E SEM VOZ, COMO NUM CAMPO DE
CONCENTRAÇÃO.”
A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO COMO PORTA E PALCO
PARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sena, Lígia Moreiras

"Anesçada e sem voz, como num campo de concentração." A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica / Lígia Moreiras Sena ; orientador, Charles Dalcanale Tesser - Florianópolis, SC, 2016.

268 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

I. Saúde Coletiva. II. violência obstétrica. III. medicalização. IV. parto. V. direitos reprodutivos. I. Dalcanale Tesser, Charles. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Ligia Moreiras Sena

**“AMEAÇADA E SEM VOZ, COMO NUM CAMPO DE
CONCENTRAÇÃO.”
A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO COMO PORTA E PALCO
PARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutora” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Local, 26 de julho de 2016.

Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Márcia Grisotti
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés
Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Daphne Rattner
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Esse trabalho só aconteceu porque eu me tornei mãe, porque trouxe **Clara** ao mundo. Logo, passei os últimos cinco anos pensando que, obviamente, eu o dedicaria à minha menina tão amada. Menina que desde poucos meses de vida me viu às voltas com esta pesquisa, que cresceu me vendo trabalhar nela, completou 6 anos junto com a defesa e teve praticamente toda sua vida, até este momento, dividindo a mãe com uma tese e com centenas de mulheres. Essa menina tão amorosa, que soube compreender isso como nenhum adulto compreendeu, e jamais exigiu, ainda que de maneira inconsciente ou indireta, que eu preterisse as mulheres mães por ela – o que obviamente sempre fiz... Minha companheira de vida, minha maior motivação. Você tem todo meu amor, filha. Mas esta tese é dedicada às milhares de mulheres que esperam com expectativa e angústia pelo nascimento de seus bebês. Que sonham com este momento especial, passados tantos meses de espera. E que se veem arrancadas de seus sonhos por uma medicina fria, violenta, abusiva, agressiva, que as transforma em coisas e as desrespeita em seus valores, em seus corpos, em seus direitos.

Dedico esta tese e os últimos 5 anos da minha vida às milhares de mulheres que foram e são vitimizadas, caladas, feridas, magoadas, mutiladas, cortadas, amarradas. Especialmente às que ofereceram seus relatos espontaneamente para a composição desta pesquisa, estando eles aqui ou não. Especialmente a OLGA* e GIULIA*, que viveram formas diferentes porém não menos devastadoras de violência obstétrica. Olga, espero que este trabalho ajude a curar a sua dor. Giulia, eu sei que ele não trará sua visão de volta. Mas sinceramente espero que ele te ajude a ressignificar o que viveu. Os relatos de vocês me deram força pra continuar esse trabalho. Sinto muito por tudo isso, especialmente porque sei que não conseguirei mudar o que viveram. Mas, como vocês mesmas me ensinaram, quem sabe não consigamos ajudar outras mulheres, para que as histórias delas sejam diferentes.

Com amor, respeito e reverência.

Ligia

**Olga e Giulia são nomes fictícios. Como todos os nomes das mulheres que ofereceram espontaneamente seus relatos e que constam desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a ele, que partiu antes de me ver concluir essa tese. Meu amigo, meu apoio, meu confidente, escuta sempre disponível, incentivador carinhoso, abraço mais forte, mão mais quente, colo mais antigo, meu professor de rock and roll, meu pai. Sinto sua falta todos os dias da minha vida. Obrigada por sempre acreditar em mim. Obrigada por ter estado comigo a despeito de suas dificuldades e desafios. Te amo todos os dias e para sempre.

À minha menina indiazinha, Clara, por todos os ensinamentos que sua chegada trouxe à minha vida. Por ser sempre tão carinhosa, amorosa, confiante, positiva, forte, sensível, humanista, acolhedora. É uma honra ser sua mãe. Estaremos sempre juntas. Tentarei ser sempre melhor por você e para você.

Ao professor Charles Dalcanale Tesser, por ter aceito o desafio de me orientar, pela confiança que depositou em mim, por ter permitido que esse trabalho fosse feito como eu queria, pela paciência quando eu achei que era demais pra mim, pela objetividade e pelas contribuições tão pertinentes.

Às minhas irmãs, Livia e Lenita, por serem mulheres fortes, corajosas, íntegras, responsáveis, destemidas e por todos os ensinamentos que juntas fomos construindo pela vida.

À minha mãe, que permitiu que eu chegasse a esse mundo.

À minha rede de apoio matriarcal, minhas amigas-irmãs, essa gente que não me deixa desistir, nem desanimar, que me fortalecem e me fazem acreditar num mundo de valores feministas, especialmente a:

- Gabriela Zanella: que não me deixou faltar nada. Nem apoio. Nem cerveja. Nem pôr do sol. Nem ombro. Nem sorrisos. E que abriu as portas da saúde coletiva pra mim. Minha mana querida.

- Vanessa Schultz: comadre, minha substituta em caso de falta, a quem minha filha ama e admira, por tudo o que aprendi com você sobre a delicadeza e o amor.

- Nani Feuser: minha irmã encontrada na vida. Parceira, amiga, sócia, alma afim. Obrigada por estar sempre ao meu lado e por me ajudar a seguir mais forte. #vaítermãesim!

- Sheila Martins Medeiros e Fábio Hernandez: companheiros de vida, pela presença amorosa e gentil, pela criação de tanta coisa linda juntos, pelo crescimento compartilhado.

- Marcia Strapazzon, pela presença constante cheia de boa energia, alto astral e fortalecimento, por acreditar em mim e em todas as minhas ideias doidas.

- Às minhas parceiras distantes mas sempre presentes: Ana Carolina Franzon e Heloisa Salgado, pela amizade, pela inspiração na pesquisa, pelas cervejas em Ribeirão Preto, pela parceria de sempre. Salve Vanzolini!

- À amiga querida Andreia Mortensen, que me inspira todos os dias a ser uma mãe amorosa, a prezar pela educação não violenta e a cuidar das crianças como nosso maior tesouro. Foi um honra escrever um livro contigo.

- À Thainá Castro, parceira, companheira, divertida, carinhosa, pelo caminho de amizade construído em pouco tempo de maneira tão sólida. Miga sua loka, que bom ter te encontrado na vida.

À Bianca Zorzam, que idealizou o videodocumentário “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”.

Às centenas de mulheres que me enviaram seus relatos, mesmo sabendo que talvez não fosse possível incluir todos. Agradeço por terem me considerado digna de confiança a ponto de compartilharem comigo suas dores mais profundas.

Às amigas e amigos da pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, especialmente Paula Vitali Miclos, Anm Mujica, Marina Paim, Gabriella Medeiros, pela amizade e carinho, e a todos que me ajudaram a entender a disciplina de Epidemiologia. E à Bianca Claas. Não esqueço de ti, colega. Entramos juntas, era para termos terminado juntas. Mas você se foi antes...

Aos meus amigos-irmãos de sempre, de vinte anos, de outras vidas: Karin de Monteiro Moreira e João Paulo Damiano. Saber que estamos sempre ligados a despeito da distância já vale tudo.

Ao querido amigo Chico Caprario, pelo carinho, presença e estímulo de sempre.

À Virgínia, Larissa, Simone, Carol Dias, Rô Costa, Letícia, Neidinha, Vanessa, Vivian Scaggiante, Suzanne Shub, pela amizade, carinho, apoio, sustentação, risadas, tudo aquilo que torna a vida de uma pessoa mais leve.

À Fábria Lombardi, que acreditou em mim sempre, até quando eu mesma não acreditava. Obrigada pelo apoio, pela orientação, pelo fortalecimento. Obrigada.

À Thaís Teixeira, que acreditou tanto quanto eu na ideia de que informação independente fortalece e liberta pessoas e entrou no barco sem nem saber se tinha bote salva-vidas.

Ao Pedro Ambrósio, que foi meu aluno, se tornou amigo e aos 45 do segundo tempo, fez a tradução do resumo desta tese. Que bom tê-lo sempre por perto.

À Fernanda Alves, Adelir Carmen de Góes e Ana Paula Garcia, pelos RELATOS DE RENASCIMENTO que produziram para a versão final desta tese. Vocês me inspiram todos os dias. Espero tê-las ajudado ao menos um pouco do que vocês mesmas me ensinaram neste percurso compartilhado.

À Thelma de Oliveira, pela generosidade sempre presente.

À professora Maria Aparecida Moysés, não só por ter aceito meu convite para compor a banca de avaliação desta tese, mas pela confiança e amizade nestes anos de luta contra a medicalização da vida.

À professora Daphne Rattner, pelo trabalho de valor inestimável na luta pela humanização do parto no Brasil e em defesa de um nascer respeitoso e respeitado. Obrigada por ter aceito meu convite.

À professora Simone Diniz, pela presença gentil nestes anos de pesquisa, por ser inspiração sempre, por ensinar tantas moças a “ficarem amigas dela”, por ter aceito meus convites (e foi mais de um) e por compartilhar um pouco de seu vasto conhecimento com todas nós.

Aos professores Walter Ferreira de Oliveira, Douglas Kovaleski e Josimari Telino de Lacerda, por terem aceito meu convite para compor a banca de defesa desta tese e por terem me ensinado um pouco do muito que sabem, enquanto professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

À professora Marcia Grisotti, por aceitar meu convite para compor a banca de defesa desta tese.

Às professoras Marta Verdi, Kathie Njaine e Sandra Caponi, cujas palavras em sala de aula me mostraram que minha decisão pela mudança de área de pesquisa foi a mais acertada entre todas.

Ao Frank, pai da minha filha, pela frase: “*Sim, é loucura largar tudo. Mas mais loucura é passar uma vida inteira querendo estar em outro lugar, fazendo outra coisa*”.

As centenas de leitoras do site “Cientista Que Virou Mãe” (www.cientistaqueviroumae.com.br), por me ajudarem na construção de quem sou hoje, por tanto aprendizado, pela presença e fortalecimento sempre constante.

À maravilhosa rede de mulheres mães ativistas pela humanização do parto, contra a violência obstétrica e em prol da defesa dos direitos reprodutivos das mulheres, essa gente que me ensina tanto. Que bom que vocês existem.

Em especial, às ativistas da ARTEMIS, profissionais tão dedicadas e competentes, gente tão engajada, que acredita realmente que podemos mudar o cenário em que vivemos. Vocês são pura inspiração.

À Editora Papyrus, pelo incentivo à publicação dos livros “Educar sem violência – Criando filhos sem palmadas” e “Mulheres que viram mães”.

À CAPES, pela concessão da bolsa que permitiu que eu mantivesse a mim e minha filha durante 4 anos, enquanto desbravava o mundo da saúde coletiva.

“Olga*, o bebê está em sofrimento. Ele não vai conseguir nascer sozinho. Vamos fazer uma cesárea’. Relutei. Relutei demais! Não queria cesariana de maneira alguma! E vieram mais argumentos: ‘O bebê está com o cordão enrolado no pescoço em duas voltas. Se não concordar com a cirurgia, VOCÊ estará colocando a vida do seu filho em risco!’. Essa frase caiu em cima de mim como uma pedra de 500 kg. Que mãe aguenta ser responsabilizada pela morte do seu bebê? Me imaginei vivendo o resto da vida com um vazio, sem meu filho, amarga pela dor e pela culpa. Ouvindo eternos comentários do tipo ‘culpa sua que quis um parto normal’. Naquela hora perdi todas as minhas forças, só chorava e me levaram para a anestesia. Sozinha, sem acompanhante, conduzida como um ser sem alma e sem direitos. Entregue.

Chegou o anestesista, com um ar sarcástico. Já chegou reclamando que teve que sair de um churrasco pra me anestésiar. Que era sábado e ele não contava em ter que trabalhar naquele dia. Eu não falava nada, tava arrasada, acabada, destruída. Chorava silenciosamente, só as lágrimas escorriam. Quando ele encostou a agulha na minha coluna, me contrai involuntariamente, puxando as costas pra frente. Ele tentou mais algumas vezes e eu sempre fazia isso, não conseguia evitar. Ele se irritou e começaram as grosserias: ‘Dá pra você parar de fazer isso? Dá pra ficar quieta?’. Eu chorava e dizia ‘É involuntário! (...) Eu estou tentando, mas não sei o que fazer...’. Ele tentou mais umas 30 vezes, nem sei quanto tempo essa agonia durou. 40 minutos? Quanto mais ele falava comigo de forma grosseira, menos concentração eu tinha pra ficar quieta na hora das tentativas. E ele continuava: ‘Você está com pressa de ver o seu filho? Eu não estou! Já perdi o meu churrasco e posso passar o resto do dia aqui! Não tô nem aí, posso ficar tentando, tentando, e a gente ficar nisso até amanhã! A maior interessada em resolver essa situação é você!’. E repetia ‘Eu já perdi o meu churrasco’ enquanto cantarolava e dançava: ‘Segura o tchan! Amarra o tchan! Segura o tchan tchan tchan tchan’ (...). Eu chorava e pensava quantas cervejas aquele homem deveria ter tomado no tal churrasco, antes de me anestésiar...

Teve uma hora que eu disse: ‘Você nunca aprendeu nenhuma técnica pra lidar com situações como essa? Não há nada que você possa me sugerir pra me ajudar? Não há uma pomada pra anestésiar a pele? Alguma coisa qualquer?’. Ele respondeu rápido: ‘Não, não tem!!!!’, depois de um tempo em silêncio ele disse carinhosamente (até me assustei com a mudança repentina de tom): ‘Ah, lembrei! Tem uma coisa que vai te ajudar muito, te deixar mais tranquila e a gente vai resolver rapidinho essa situação. Você quer?’. Eu pensei: ‘Ufa, graças a Deus! Até que enfim!’. ‘Quero sim’, eu disse. E ele continuava carinhoso: ‘Então, é um negocinho ótimo pra ajudar nessa

hora, só que seu filho vai nascer morto. Você quer? Vamos tomar? Vou preparar então!'. E ficava repetindo: 'Vamos! Vai ser rapidinho! Você quer seu filho morto? Você quer?'

Emputecei e disse: 'Eu não estudei medicina e nem me especializei em anestesia. Foi VOCÊ que perdeu anos da sua vida estudando pra uma coisa que você não sabe fazer! E era VOCÊ quem deveria me orientar neste momento. Mas você não está fazendo isso, você está me aterrorizando!'. Eu não sei o que ele inventou depois dessa hora, só vi que quando ele ouviu isso, fechou a cara e de repente disse: 'Pronto! Já apliquei a anestesia!'. Eu não tinha sentido nada, nem a picada, nem contraído as coisas, nada! Assim, como mágica, depois de 1 hora de tentativa e terror. Fiquei perplexa, não acreditava que depois de tudo aquilo tinha sido tão rápido e fácil... Perguntei: 'O que você fez?'. E ele disse: 'Apliquei um anestésico nas suas costas antes'. Claro que eu pensei: 'Porque não fez isso antes? Tava sentindo prazer com tudo o que passamos aqui na última hora? Não queria mais brigar, porque pensava que minha vida ia ficar nas mãos daquele homem nas próximas horas e talvez não fosse sensato confrontá-lo ainda mais. Me senti vulnerável, uma formiga esmagada nas mãos de alguém. Presa em uma situação ameaçadora, da qual eu não tinha como fugir: eu já estava ali, anestesiada, indo para o centro cirúrgico na presença daquele homem.

Começou a cirurgia, eu tava como uma boneca de cera: paralisada, chocada, muda, sem forças. Só as lágrimas escorriam pelo canto dos olhos. Até que o anestesista percebeu esse choro disfarçado: 'Por que você está chorando? Para com essas frescuras!'. Eu queria PELO MENOS o direito de chorar, mesmo que fosse contidamente, veladamente, discretamente... E era assim que eu tava chorando. 'Para com essas frescuras, eu não gosto de trabalhar desse jeito'. Eu olhava pro Dr. XXXXXXX, que já tinha começado a cirurgia. Percebi que ele parou o que estava fazendo durante um segundo, pra olhar aquela cena rapidamente. Queria que ele me defendesse, me protegesse daquele homem, que fizesse ele parar de me tratar daquele jeito. Mas percebi que o Dr. XXXXXXX era um omisso e que naquele momento ele só queria fazer o que tinha planejado secretamente para o meu parto durante os últimos 9 meses: abrir a minha barriga e tirar o bebê. Arrumei forças não sei de onde e disse calmamente: "'Olha, eu nunca passei por uma situação como essa. Me dá o direito de chorar?'. 'Você está muito nervosa, está descontrolada! Eu preciso amarrar você com mais força'. E disse isso apertando as amarras dos braços, como se eu precisasse urgentemente ser contida em uma camisa de força. Como se o meu comportamento calmo, de choro contido expressado apenas pelas lágrimas que corriam discretamente, representasse um 'risco' para todos ali. 'Eu estou com medo e nervosa sim. Mas não estou descontrolada. Não precisa você me apertar desse

jeito'. 'Está nervosa? Com medo? Lembra que te falei que tem um negocinho ótimo que acalma? Você quer que eu vá buscar?'. E cochichava pra mim: 'Seu filho vai nascer morto! (pausa de alguns segundos) Vamos fazer isso? (pausa) Nós dois? (pausa) Você quer?'. Eu resolvi me recolher pra dentro da minha mente, isolar tudo o que estivesse fora, pra ver se eu conseguia suportar esperar a hora daquilo tudo terminar. Comecei a me perguntar o que eu estava fazendo ali? Como é que eu fui parar naquela situação? E comecei a dizer mentalmente: 'Olga*, você quer passar por isso de novo? Não? Então lembre-se desta frase para o RESTO DA SUA VIDA: nunca mais você vai ter filhos! Nunca mais você vai passar por isso! Entendeu? Entendeu? Então mentaliza e repete 1.500 vezes, pra não ter perigo de você esquecer disso que você passou hoje: nunca mais você vai ter filhos! Nunca mais você vai passar por isso! Nunca mais você vai estar nesta situação de novo! (...) Fiz as 1.500 mentalizações durante o resto do parto.

Não sei relatar com detalhes o que houve depois que eu entrei no meu mundinho de mentalizações, mas despertei quando vi que levaram o bebê rapidamente, não deu pra ver o bebê, pra ouvir choro, só deu tempo de pensar: 'Morreu?'. Então a cara do anestesista apareceu bem na frente do meu rosto e disse como se fosse um mantra hipnótico de uma mentira que ele queria me convencer: 'Pronto, já nasceu. Vc está muito nervosa, ainda vão limpar o útero, costurar... Você quer se acalmar agora que já nasceu?'. Refleti sobre todos esses procedimentos que viriam depois e sobre meu estado emocional diante de tudo aquilo e disse sim. Deu tempo de ver o sorriso do anestesista e ouvi-lo dizer: 'Ah, esqueci de comentar: só tem um problema deste sedativo: você não vai ver seu filho! Tchau! Só daqui a 6 horas!'. Puf!!! Apaguei!

(...)Tive depressão pós parto. Não consegui amamentar. A vida sexual virou um tormento, porque eu me lembrava das 1.500 mentalizações de "nunca mais" e combinava todos os métodos contraceptivos possíveis: anticoncepcional trimestral, camisinha, tabelinha, coito interrompido, espermicida e pílula do dia seguinte. Não menstruei durante muitos anos. Apaguei minha capacidade reprodutiva e materna. 'Isso não era pra mim', 'Nunca mais'. Demorou uns anos pra ver que não era possível esquecer simplesmente. Fiz terapia durante 11 anos, comecei a pesquisar tudo o que deveria ter pesquisado na gravidez. Quanto mais eu descobria que tudo, desde a primeira consulta pré-natal, indicava que eu não teria um parto normal e eu não fui capaz de perceber, mais eu ficava com raiva, com revolta, com ódio de mim. O tempo foi passando e o 'nunca mais' continuava na minha cabeça. Eu tentava sufocar qualquer vontade de ter outro filho e a frustração me levava a procurar trabalhos sempre voltados para crianças. Como se fosse um pensamento inconsciente de

'já que eu não posso ter mais filhos, vou ter outros filhos afetivos'. Trabalhei com crianças vítimas de abuso em um abrigo, hoje vejo que me identificava com elas porque eu tinha passado por uma forma de abuso também: abuso obstétrico. Trabalhei na pediatria do hospital do câncer: assim como aquelas crianças que sofrem intervenções médicas e vivem hospitalizadas em função de sua doença, eu também tinha sofrido intervenções que eu não queria e das quais não pude fugir. Isso me tornava sensível à dor delas. Trabalhei no Juizado da Infância e coordenava uma equipe que fiscalizava crianças que estavam sob ameaça de ter seus direitos violados. Como se eu pudesse, através desse trabalho, coordenar e fiscalizar meus próprios direitos que foram violados no parto. Devolver esses direitos roubados dessas crianças era como me devolver meus próprios direitos. Sempre desejei, além de ter outro filho, adotar uma criança. Mas o 'nunca mais' foi tão forte, que até o desejo de filho adotivo se apagou em mim depois do parto. Hoje meu filho tem 13 anos e vejo que mesmo que eu decida engravidar, o tempo que a violência obstétrica colocou entre esses possíveis irmãos é grande, 13 anos de diferença entre eles, 13 anos de luto meu... Enfim...' (Trecho do relato de OLG)

"Passei por um clínico, a minha pressão estava em 14/9 e eu fui encaminhada pro centro de obstetrícia. Assim que entrei na sala, a plantonista começou a reclamar da carência do plano. E disse pro meu marido que ele tinha que sair, que não era nem pra ele ter entrado comigo. Tudo que eu não queria, ficar sozinha. A plantonista continuou a reclamar, disse que ia ter dor de cabeça comigo e pediu pra verificarem o que poderia ser feito. Eu fiquei em observação numa maca. Pouco depois uma enfermeira veio dizer que iam me preparar pra transferir porque o meu marido não tinha dinheiro pra pagar pelo parto. A plantonista disse que não autorizava por causa do risco de convulsão na ambulância e que ela não queria assumir a responsabilidade caso algo desse errado. Ela disse pra eu continuar lá, até alguém decidir o que fazer e solicitou uns exames. Estavam tentando falar com o diretor do hospital. Eu nunca senti tanto medo, vergonha, nunca me senti tão só quanto naquele dia. Eu não sabia onde o meu marido estava, não sabia o que ia acontecer comigo e com a minha filha, tinha que ouvir a médica fazendo comentários desagradáveis e ríspidos... (...)

Minha filha nasceu, a pediatra levou pra eu ver, não pude tocá-la porque os meus braços estavam amarrados e ela foi levada. Eu falei pra médica que não estava mais enxergando do lado esquerdo, ela disse que isso era normal, que minha visão voltaria quando a minha pressão estabilizasse.

(...) A médica continuou com os comentários, ela dizia que aquilo era culpa do pessoal da recepção que me deixou entrar naquele estado, que daqui a pouco outras grávidas iam aparecer lá só pra ganhar um parto de graça, que ela queria ver quem ia pagar aquela conta e que não queria que nada fosse descontado do salário dela. Ela falou que ia reclamar na próxima reunião, que não deveriam nem fazer contrato com grávidas.

A minha pressão continuava alta (...) minha cabeça doía muito. No dia seguinte, uma obstetra veio ver as outras mulheres que já iam receber alta. Elas foram orientadas sobre os cuidados com a cirurgia, amamentação, etc. Eu pedi pra falar com ela, ela disse que iria ver outras pacientes e voltaria em seguida. Mas não voltou. No segundo dia a enfermeira disse que eu receberia alta quando a obstetra viesse me ver no fim da tarde. Pouco depois outra enfermeira disse que eu já podia ir embora porque o quarto precisava ser desocupado. Fiquei muito chateada por não poder tirar as minhas dúvidas com ninguém. E porque tive a certeza de que só fui tratada assim por causa da carência do plano e toda aquela confusão. Saí de lá sem ser avaliada por um obstetra, sem falar sobre a perda da minha visão do olho esquerdo, sem prescrição de remédio pra pressão (que continuava alta), analgésico, nada.

Fui ao oftalmologista com doze dias após a cesárea e ele disse pra eu esperar mais um pouco até o meu organismo se recuperar, que deveria voltar ao normal quando a pressão estabilizasse. O tempo passou e nada da minha visão voltar, minha pressão voltou a 10/6 e eu continuava sem enxergar do lado esquerdo. Consultei outro oftalmologista cerca de um mês depois e ele disse que eu tinha sofrido uma atrofia nos nervos ópticos, que não tinha reversão. Eu chorei tanto na volta pra casa naquele dia...

Três meses após a cesárea eu procurei outro oftalmologista que confirmou a atrofia e que era irreversível". (Trecho do relato de **GIULIA, que perdeu a visão do olho esquerdo porque os profissionais que a atenderam não prestaram o atendimento devido por motivos financeiros**)

RESUMO

Introdução – O processo de medicalização faz com que o controle médico e científico represente uma forma de controle por meio da anulação do sujeito e de sua subjetividade. A medicalização de eventos tão naturais quanto a gestação e o parto, transformando-os em eventos institucionalizados, tecnológicos, científicos e industrializados, retirou da assistência à gestante, parturiente e puérpera o caráter subjetivo do cuidado para dar lugar à sua anulação, silenciamento, opressão e violências das mais diversas formas. Atualmente, no Brasil, um quarto das brasileiras que vivem partos normais são vítimas de violência em maternidades, a violência obstétrica. **Objetivo** - Descrever e analisar a experiência de violência obstétrica em maternidades brasileiras a partir de relatos de mulheres entrevistadas via internet, bem como compreender tais experiências tendo como referência o processo de medicalização da gestação e do parto, identificando práticas consideradas como violentas, profissionais da assistência envolvidos, associação entre aspectos medicalizantes e ocorrência de violência e consequências sobre a vida das mulheres. **Métodos** – Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, por meio de questionário semi-estruturado de entrevista, via internet, com mulheres que viveram violência obstétrica, com resultados analisados por meio de análise de conteúdo por categorias temáticas. **Resultados** – Os dados mostraram que a violência obstétrica está com frequência presente no interior de maternidades, sendo promovida prioritariamente por profissionais que acompanham as mulheres em seus pré-natais, com frequente desrespeito à Lei do Acompanhante e pouco incentivo à amamentação após o parto. Médicos obstetras, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e anestesistas aparecem como os principais autores das práticas violentas, manifestas por agressão verbal, negligência, abandono, ameaças, incitação à cesariana contrária à vontade da mulher, desrespeito pela via de parto escolhida, marcação da cesariana sem consentimento, exposição do corpo nu da mulher, desconsideração do plano de parto, manifestação de crueldade, abuso anestésico, arrogância médica, tortura física e psicológica, preconceito de gênero, entre outros, com consequências devastadoras para a vida das mulheres. **Conclusões** – A violência obstétrica é promovida e favorecida pelo processo de medicalização social, especificamente a medicalização da gestação e do parto, sendo a autonomia da mulher anulada em virtude de interesses médicos e institucionais. A promoção da autonomia da gestante e da parturiente precisa ser restabelecida de maneira

multidimensional, com a modificação da estrutura e das relações do cuidado obstétrico, reposicionando profissionais da assistência e reconstruindo as redes de apoio social e técnico, além de esforços na reconstrução do sistema, de forma a privilegiar estratégias e ambientes que favoreçam a desmedicalização do parto.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Medicalização. Parto. Medicalização do parto. Assistência obstétrica.

ABSTRACT

Introduction - The process of medicalization has as a result the scientific and medical controls representing a way of control by the annulment of the subject and its subjectivity. The medicalization of such natural events as pregnancy and labour, turning them into institutionalized, technological, scientific and industrialized events, has taken the assistance away from the pregnant, parturient and puerperal to be replaced by her annulment, muting, oppression and violence in its most diverse forms. Nowadays, in Brazil, a quarter of the Brazilian women who go through natural labour are victims of violence in maternities, the obstetric violence. **Objectives** - To describe and to analyze the experience of the obstetric violence in Brazilian maternities through the stories of women interviewed over the internet, as well as trying to understand such experiences having as a reference the process of medicalization during pregnancy and labour, identifying actions considered as violence, professionals involved, association between medicalization aspects and the occurrence of violence and consequences on these women's lives. **Methods** - Exploratorial and descriptive qualitative research, through semi-structured interview survey over the internet with women who have experienced obstetric violence, with results analyzed with the content review in thematic categories. **Results** - Data have showed that obstetric violence is frequently present inside maternities, caused mostly by professionals that follow the women over their prenatal, in frequent disregard to the Federal Law n.11.108 and little motivation to breastfeeding after labour. Obstetrician doctors, nursing assistants, nurses and anesthetists appear as main authors of violent actions expressed as verbal aggression, negligence, abandonment, threats, inducing caesarean against the women's will, disrespect with the labour method chosen, booking caesarean without consent, exposure of the women's naked body, no consideration for the labour's plan, cruelty expressions, anesthetic abuse, doctor arrogance, physical and psychological torture, gender prejudice, among others with terrible consequences to women's lives. **Conclusions** - The obstetric violence is promoted and favored by the process of social medicalization, specifically, the medicalization of pregnancy and labour, having the women's autonomy abrogated due to medical and institutional interests. The promotion of the pregnant's and parturient's autonomy needs to be restored multidimensionally with the modification of the structure and the relations of obstetric care, repositioning assistance professionals and rebuilding the nets of social and technical care as well as efforts in

rebuilding the system in a way to privilege strategies and environments in favor of the desmedicalization of labour.

Keywords: Obstetric violence. Medicalization. Birth. Birth medicalization. Obstetric assistance.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribuição das entrevistadas por Estado brasileiro e outros países no momento do preenchimento do questionário de entrevista....67
- Figura 2.** Distribuição das entrevistadas por grau de escolaridade no momento do preenchimento do questionário de entrevista.....68
- Figura 3.** Distribuição das entrevistadas por sua cor de pele.....69
- Figura 4.** Distribuição das entrevistadas pelo número de gestações que tiveram até o momento da entrevista.....70
- Figura 5.** Total de partos vaginais e cirurgias cesarianas vividos pelas entrevistadas da pesquisa até o momento do preenchimento do questionário de entrevista.....71
- Figura 6.** Distribuição dos nascimentos relatados em função do Estado brasileiro em que aconteceram.....76
- Figura 7.** Distribuição dos nascimentos relatados em função do estado civil das entrevistadas no momento do nascimento.....77
- Figura 8.** Distribuição dos nascimentos relatados em função do tipo de financiamento das maternidades em que ocorreram.....78
- Figura 9.** Distribuição dos nascimentos relatados em função da via de nascimento.....80
- Figura 10.** Contato da mãe com o recém-nascido (A) e incentivo à amamentação (B) imediatamente após o nascimento.....81
- Figura 11.** Dados referentes à possibilidade de denúncia da violência vivida no interior de maternidades brasileiras, de acordo com as entrevistadas.....84

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Caracterização sociodemográfica das mulheres que ofereceram seus relatos sobre a violência obstétrica que viveram em maternidades brasileiras. Dados referentes ao momento do preenchimento do questionário de entrevista.....65
- Quadro 2** – Caracterização dos nascimentos relatados pelas entrevistadas, de acordo com as perguntas norteadoras.....73
- Quadro 3** – Possibilidade de ter acompanhante durante os nascimentos relatados pelas entrevistadas, dentro de maternidades brasileiras.....79
- Quadro 4** – Profissional que prestou assistência aos nascimentos relatados pelas entrevistadas, ocorridos no interior de maternidades brasileiras.....79
- Quadro 5** – Profissionais que manifestaram desrespeitos às gestantes/parturientes, de acordo com a percepção das mulheres entrevistadas.....82
- Quadro 6** – Momento da percepção da violência vivida no parto/nascimento relatado, entre as mulheres entrevistadas.....83
- Quadro 7** – Motivos citados pelas entrevistadas que as levaram a não denunciar a violência vivida no interior de maternidades brasileiras por ocasião do nascimento de seus filhos.....85
- Quadro 8** – Práticas consideradas, pelas entrevistadas, como formas de violência obstétrica.....124
- Quadro 9** – Momentos ou situações mencionados pelas entrevistadas como tendo sido o ponto de partida para a conscientização e/ou problematização de que viveram violência obstétrica.....128

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	21
INTRODUÇÃO.....	26
1. O processo de medicalização: pressupostos teóricos.....	26
2. Parto: de saber exclusivamente feminino ao evento totalmente medicalizado.....	32
3. A violência obstétrica no Brasil.....	41
4. Ciberativismo como ferramenta de quebra da invisibilidade e mobilização contra a violência obstétrica.....	47
• Teste da Violência Obstétrica.....	49
• Videodocumentário “Violência Obstétrica – A voz das Brasileiras”.....	52
OBJETIVOS.....	57
1. Objetivo geral.....	57
2. Objetivos específicos.....	57
PERCURSO METODOLÓGICO.....	59
1. A pesquisa.....	59
2. As entrevistadas.....	59
2.1. Convite à participação.....	59
2.2. Coleta de dados.....	60
2.3. Critérios de inclusão.....	61
3. Análise do Material.....	61
4. Aspectos Éticos.....	62
RESULTADOS.....	64
1. Caracterização sociodemográfica das entrevistadas no momento de preenchimento do questionário da entrevista.....	64
2. Caracterização das experiências de parto e nascimento relatadas pelas entrevistadas, de acordo com as perguntas norteadoras..	72
3. Identificação de situações de maus tratos, desrespeitos e violência pelas entrevistadas, de acordo com as perguntas norteadoras de caracterização das experiências de nascimento relatadas.....	82
4. Análise dos relatos de violência obstétrica por categorias temáticas.....	86
• Pré-natal.....	86
• Presença do acompanhante.....	94
• Abandono emocional.....	96

•	Violência verbal.....	100
•	Separação mãe-bebê.....	108
•	Pós-parto / Pós-cirúrgico.....	112
•	Procedimentos realizados sem consulta à mulher e/ou sem anuência.....	114
•	Procedimentos usados como violência.....	117
•	Anestesia como forma de controle, retaliação ou silenciamento.....	121
5.	Situações consideradas pelas entrevistadas como VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	124
6.	Momento/situação de conscientização sobre a violência vivida na percepção das mulheres entrevistadas.....	127
7.	Consequências da violência obstétrica de acordo com percepção das mulheres entrevistadas.....	129
	DISCUSSÃO.....	139
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
	APÊNDICE 1 – Convite à participação na pesquisa.....	181
	APÊNDICE 2 – Amostra da lanilha de tabulação dos dados das mulheres interessadas em participar da pesquisa.....	182
	APÊNDICE 3 – Questionário de entrevista.....	183
	APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	191
	APÊNDICE 5 – Artigo 1- aceito para publicação.....	194
	APÊNDICE 6 – Artigo 2 – a ser submetido à publicação.....	213
	APÊNDICE 7 – Artigo 3 – a ser submetido à publicação.....	236
	ANEXO 1 – RELATOS DE RENASCIMENTO.....	258

APRESENTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Sou bióloga, mestre em Ciências (tendo a Psicobiologia como área de concentração) e doutora em Ciências (mais especificamente, em Farmacologia). Foram muitos anos da minha vida dedicados à minha formação, quando eu ainda nutria, desde os 15 anos, o enorme (eu achava enorme) sonho de ser uma docente de universidades públicas brasileiras. Defendi minha primeira tese no dia 23 de outubro de 2009, com grande emoção e sentimento de que estava seguindo meu plano inicial, que estava caminhando para onde deveria e queria ir. Os próximos passos seriam ingressar em um pós-doutorado e iniciar o processo de concursos para o cargo que eu almejava.

Então, no dia 23 de novembro do mesmo ano, eu descobri, em meio a uma bateria de outros exames, e não porque eu desconfiasse de algo, que eu estava grávida. Grávida sem ter planejado estar, de um relacionamento que tinha pouco mais de 1 mês. Eu, uma cientista focada na construção de uma carreira científica, que não sabia nada sobre gestação, sobre amamentação, sobre crianças, sobre educação infantil, sobre bebês. Que não sabia nada sobre parto e sobre nascimento. Na verdade, que sabia apenas o que a mídia tradicional e a cultura na qual estamos imersas nos permite (e nos incentiva) a saber. Eu estava grávida, começava ali minha nova vida e eu não poderia sequer imaginar que caminhos viria a percorrer a partir de então... Foi um susto imenso, que me levou a horas e horas de choro, para, enfim, ser plenamente aceito e agradecido à beira do mar na Praia da Joaquina, em Florianópolis, na companhia do pai da minha filha.

Como cientista, tive plena certeza de que a busca por informação me ajudaria a compreender este novo mundo onde, sim, eu havia decidido morar. A busca por informação me levou longe... Me fez encontrar mulheres que também percorriam um novo caminho. Me fez aprender mais do que coisas sobre ser mãe e criar uma criança para o mundo. Me fez aprender sobre ser mulher, ser cidadã, ser um sujeito ativo no mundo, sobre questionar escolhas que talvez não te representem mais. E aí eu vivi muita dor. Não a dor do parto, tão valorizada e hipertrofiada em nossa cultura. Mas a dor de ver que minhas escolhas de vida não encontravam mais ressonância em meus valores... A busca por informação sobre como eu poderia me tornar uma mãe participativa, crítica, consciente, carinhosa, amorosa, pronta para trazer um novo ser ao mundo e orientá-lo em sua vida, foi gerando ou talvez despertando valores em mim adormecidos, ou mesmo novos. Eu não queria para minha filha um mundo em que crianças fossem rotuladas de hiperativas

apenas por serem crianças. Eu não queria para minha filha um mundo onde a angústia intrínseca da condição de ser humano fosse patologizada, onde ser diferente significava ser visto como anormal, onde a vida em todas as suas nuances fosse caracterizada em formas de controle, de rótulo, passíveis de serem vistas como problemas. Médicos. Como problemas médicos. Para minha nova vida e de minha filha eu desejava um mundo mais acolhedor, inclusivo, onde todas as pessoas pudessem ser respeitadas.

E então eu encontrei as mulheres. Eu, uma delas, nunca havia parado para nos observar, para pensar em como vivíamos, em nossas dores, nossos desafios, em como o mundo é opressor e cruel com nossas escolhas, como exige de nós além do que podemos suportar e, ainda assim, suportamos. E encontrei nos feminismos uma ferramenta de emancipação e autonomia que me fortalecia e me fazia olhar as mulheres como irmãs. Eu não queria para minha filha um mundo onde mulheres pudessem ser agredidas e violentadas que tudo bem. Não estava tudo bem. Nunca mais estaria.

E então eu encontrei as mulheres mães... E as encontrei olhando para meu passado e meu futuro. Para meu relacionamento tão difícil com a minha própria. Para mim no espelho. Para meu futuro.

E então eu descobri de uma maneira muito dolorosa que tornar-se mãe, neste mundo patriarcal, opressor, agressivo, dominado por valores de consumo, trazia embutido um sofrimento que eu jamais imaginei que pudesse existir. A violência como forma de se tornar mãe.

Quando, em 2010, como parte da minha busca por informações e já com minha bebê no colo, eu descobri que uma a cada quatro de nós, mulheres brasileiras, viviam violências durante o nascimento de seus filhos, não consegui passar imune... Quando descobri que não era exatamente isso, que o número da violência era ainda maior, pois que 25% era apenas a porcentagem entre mulheres que viviam partos normais e que, provavelmente, o número era maior e a violência ainda mais cruel, não consegui passar imune... Eu já fazia um pós-doutorado em minha área anterior. Voltei à academia para cursá-lo quando minha filha tinha apenas 3 meses de idade, tanto pela pressão interna que me movia a continuar minha carreira quanto pela necessidade de retomar a geração de renda, que a gravidez tinha interrompido. Foram exatos seis meses de tristeza pela separação da minha filha e por um sentimento de inadequação, uma imensa tristeza, acordando de 5 a 6 vezes durante a madrugada para amamentar minha bebê, acordando às 6:00 da manhã sem ter dormindo nada, indo para o laboratório, deixando minha filha

com o pai, sentindo os seios se encherem de leite sem poder dar a ela, sem lugar para tirá-lo e armazená-lo, sentindo dor física e emocional.

Eu não queria mais estar ali. Não queria mais vestir aquela roupa. Aqueles valores não me representavam mais. Eu estava me negando, naquele momento, a trabalhar de alguma maneira para a indústria farmacêutica e para este sistema que nos trata como produtos, peças de um jogo cruel onde nossas diferenças não são consideradas. Não era esse o mundo que eu queria para ela. Amo a Ciência. Ela sempre foi minha forma de estar no mundo, até aquele momento. Eu precisava utilizá-la de alguma maneira que trouxesse benefícios imediatos para a sociedade. Para as mulheres. As mulheres me ouviam... Eu escrevia, elas me liam... Eu falava, elas me davam crédito... E, especialmente, elas falavam para mim. Elas desabafavam comigo. Elas contavam suas histórias de dor e superação. Havia alguma coisa ali que precisava ser aproveitada para ajudar a melhorar vidas. Mesmo que fosse pouco. Mesmo que fosse ínfimo perto de tudo o que precisaria ser. Eu sentia que havia. E um dia, parada num semáforo em uma das inúmeras vezes em que voltei correndo do trabalho para amamentar minha filha, eu entendi: *“Pare. Não continue. Volte. Vá fazer o que pode ajudar as mulheres. Seu caminho é esse. Vá estudar as mulheres e as dores que elas vivem”*.

Cheguei em casa e disse para o pai da minha filha, hoje meu ex-companheiro, que eu queria largar tudo. Que queria largar tudo isso, todos aqueles anos de pesquisa, e queria recomeçar. E que queria estudar a violência que tantas mulheres viviam no nascimento de seus filhos, porque aquilo não era aceitável e eu não conseguia fingir que não existia. Ele perguntou de que maneira eu achava que podia fazer isso e então respondi, sem titubear: *“Largando tudo e recomeçando. Fazendo um novo doutorado”*. Ele fez aquela cara que eu veria mais umas centenas de vezes em todas as pessoas a quem contaria, dali pra frente, minha decisão. Uma cara de espanto, misturada com dúvida, misturada com uma desconfiança sobre minha saúde mental... Frente a isso, perguntei se ele estava me achando “louca” – com todo o preconceito que essa expressão traz embutida. E então ele me disse uma das frases que mais marcaram minha vida até hoje: *“Olha, é loucura sim. Deixar para trás tantos anos de estudo e dedicação é loucura sim. Mas acho que mais loucura é passar uma vida inteira querendo estar em outro lugar, fazendo outra coisa, porque se acredita de verdade que poderia ter feito a diferença e não fez”*.

Larguei tudo no dia seguinte.

Com uma criança de 10 meses no colo. Com um aluguel alto pra pagar e sem saber como pagaria, já que o pai dela também não conseguiria sozinho. Com muitas dúvidas e angústias, todas naturais de uma mulher que decide fazer uma coisa como essa sem garantia nenhuma.

Dois meses depois, tendo completado 33 anos, eu já era uma aluna aprovada e matriculada no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Começava ali meu novo caminho, junto a mulheres que viraram mães, como eu. Mas não sem antes ler a resposta ao e-mail que enviei ao professor que gostaria que fosse meu orientador nesta empreitada, recomendado por minha amiga-irmã Gabriela Zanella, perguntando sobre seu interesse e disponibilidade em me orientar. Sua resposta foi: *“Ligia, em princípio topo sim. Meu único pé atrás vem de meu preconceito para com seu envolvimento com a farmacologia e ensaios pré-clínicos”*.

Ali, eu soube que daria tudo certo.

Este trabalho, que foi apresentado em 26 de julho de 2016, um dia antes de completar 38 anos, tendo em sua banca de defesa algumas das pessoas que mais admiro nesta nova caminhada científica, é um dos muitos frutos disso tudo. Ele não é só um trabalho de doutorado. Ele é parte indissociável da minha nova vida e de quem me tornei nestes últimos 6 anos. Ele é sobretudo a ferramenta que encontrei para ajudar a fazer com que essas mulheres fossem ouvidas e que suas dores e suas falas pudessem ser transmutadas em algo que pudesse contribuir para a transformação da assistência à saúde reprodutiva de todas nós. Nele estão contidas dores, reflexões e esperanças, que esperamos que sejam acolhidas com respeito. Sim, a violência obstétrica existe e é ainda mais cruel do que imaginávamos...

INTRODUÇÃO

1. O processo de medicalização: pressupostos teóricos

O termo “medicalização” surgiu e passou a ser extensivamente estudado a partir do final da década de 60 e, embora mais de 50 anos tenham se passado, ainda existe intensa discussão a respeito de sua definição e complexidade. Para as finalidades deste trabalho, utilizamos as definições e conceitos a respeito do processo de medicalização principalmente advindos de quatro de seus estudiosos e críticos, os quais construíram amplas discussões em diferentes áreas do conhecimento: Peter Conrad, Irving Zola, Ivan Illich e Thomas Szaz.

Para Conrad (1992), a medicalização pode ser descrita como o processo pelo qual problemas que antes não possuíam caráter médico passam a ser definidos e tratados como se assim o fossem, adquirindo status de doenças ou distúrbios. Assim, o processo de medicalização está presente no momento em que problemas inerentemente humanos que eram antes manejados pelas pessoas em suas redes de relações sociais próximas adentram a jurisdição da profissão médica: passam a ser definidos e discutidos por meio de termos médicos, utilizando-se da linguagem médica para descrevê-los, empregando-se um quadro de referência conceitual ou de saber médico para sua compreensão e utilizando intervenções médicas para “tratá-los”, ainda que não tenham sido considerados até então necessariamente patológicos e, portanto, não haja necessidade de “tratamento”, da forma como a racionalidade médica assim compreende. Embora envolva nomes, contextos e saberes de base médica e acadêmica, trata-se também e fundamentalmente de um processo sociocultural, ou seja, apresenta-se como construção social e não apenas como representação de classe profissional, embora também possa ser reflexo de uma expansão intencional da profissão médica.

É justamente sobre o seu componente sociocultural que se apoia a definição e compreensão do processo de medicalização de acordo com Irving Zola (1972). O autor a define como o processo pelo qual mais e mais eventos da vida cotidiana passam a estar sob domínio, influência e supervisão médica. A medicina passa, por meio da medicalização dos processos naturais, a se tornar uma das maiores, senão a maior, instituição de controle social, incorporando, ou até mesmo substituindo os elementos de controle presentes em instituições tradicionais como a religião e a lei, adquirindo prestígio, influência e condição de repositório da verdade, interpretada como “a palavra final” e lugar onde julgamentos definitivos são realizados por especialistas supostamente

neutros em sua objetividade e moralidade. Tais julgamentos passam a ser feitos não mais em nome “da virtude” ou “da legitimidade”, como acontece com as religiões e com os sistemas de leis, mas em nome da saúde. Conseqüentemente, a interpretação biomédica dos fatos da vida cotidiana retira de sua compreensão os elementos legais e religiosos, muitos componentes ético-sociais e culturais da relação com o próprio corpo, a vida, a natureza, o sofrimento e a morte, fazendo com que o controle médico e científico substitua a regulação sócio-cultural e/ou o controle moral e punitivo, sem deixar, entretanto, de representar uma forma de controle. Controle que passa a ser feito, com esta substituição, sob a suposta idoneidade e caráter benemérito da “terapêutica”.

Zola (1972), em busca de compreender as causas deste fenômeno, afirma que o processo de medicalização está enraizado em nossa sociedade ocidental cada vez mais imersa em um complexo sistema tecnológico e burocrático que nos levou a, primeiro, admirar os “especialistas” para, depois, idolatrá-los e levá-los ao posto de detentores da verdade absoluta, fazendo-nos dependentes tanto deles quanto da tecnologia e suposta “modernidade” que representam. Esse comportamento servil nos teria levado, assim, a adotar uma postura relutante a respeito de toda e qualquer explicação não médica que seja oferecida a condições anteriormente vistas como pertencentes ao rol natural de manifestações humanas. Mais que isso: não apenas passamos a idolatrar os diagnósticos e explicações médicas; passamos a desejá-las, enquanto sociedade de consumo. E é neste ponto que Ivan Illich se une à discussão sobre o fenômeno da medicalização não somente da sociedade, mas da vida como um todo.

Illich, no livro “A expropriação da saúde – nêmesis da medicina”, afirma:

(...) a medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em

funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado (ILLICH, 1975, p. 10).

Na concepção de Illich sobre a medicalização dos eventos naturais, a partir do que chamou de “imperialismo médico”, a medicina institucionalizada representa, na verdade, uma ameaça à saúde. Utilizou a noção de “iatrogênese” para se referir a processos patológicos produzidos pela própria medicina, com base na noção de contraproduktividade. Ou seja: o sistema médico, que deveria proteger a saúde, passa a prejudicar a mesma e produzir doença. A iatrogênese, segundo Illich, aconteceria em três níveis: iatrogênese clínica, iatrogênese social e iatrogênese estrutural ou cultural. As três dimensões, em conjunto, contribuiriam para a redução da autonomia do sujeito. De acordo com o autor, a iatrogênese clínica acontece quando os próprios cuidados com a saúde passam a produzir doenças, caso das intervenções cirúrgicas desnecessárias (no caso da assistência obstétrica, por exemplo, as cesarianas desnecessárias e as episiotomias de rotina), dos efeitos indesejados de drogas introduzidas no corpo (como ocitocina sintética e anestésicos), da produção de traumas emocionais (decorrentes, por exemplo, de mau acolhimento por parte da equipe de saúde), entre outros. A iatrogênese social seria aquela que cria sujeitos e sociedades passivos com relação às decisões sobre seu próprio corpo, delegando-as à medicina, e tornando-se dependentes das orientações médicas. Nesse contexto, os sujeitos passam a ser controlados por diagnósticos, rótulos e por pseudonecessidades médicas específicas para cada fase da vida. Para Illich, essa seria a dimensão mais nociva do processo de medicalização dos eventos naturais, pois que anula a autonomia do sujeito. A iatrogênese cultural ou estrutural, por fim, caracteriza-se por retirar o potencial dos sujeitos e da sociedade de lidarem autonomamente com as questões naturais da vida e boa parte das dificuldades e vicissitudes da existência, muitas das quais envolvem sofrimento, dor, adoecimentos e mesmo a morte, fazendo com que passem a se enxergar como dependentes de orientações médicas que ditam sua forma de viver, de adoecer, de tratar ou de morrer.

Assim, tanto Illich (1975) quanto Zola (1972) concordam com relação a haver uma característica básica do processo de medicalização social e da vida: ela é tanto o resultado da hipertrofia ilusória das potencialidades médicas, que seriam interpretadas como capazes de solucionar todo e qualquer problema humano, quanto representa o

desejo da própria sociedade de utilização desta hipertrofia, o que significaria dizer que a medicalização é retroalimentada, reforçada e mantida por si mesma.

A medicalização não se caracteriza por ser um evento unicamente representado apenas por conceitos médicos ou pela interpretação dos eventos naturais como patológicos. Conrad afirma que o processo medicalizante acontece em três níveis distintos: o nível conceitual, o institucional e o interacional (1992). Segundo ele, o nível conceitual da medicalização envolve o uso do vocabulário médico a fim de definir uma determinada questão e não necessariamente envolve profissionais ou tratamentos médicos. O nível institucional é representado por organizações e instituições especializadas que adotam a abordagem médica acadêmica para tratar uma determinada questão. Neste nível, profissionais médicos (e hoje podemos acrescentar, de outras profissões da saúde) funcionariam como anfitriões dos benefícios que são considerados legítimos quando acontecem apenas no interior destas instituições, as quais adotam definições e abordagens médicas para o manejo da questão. O nível interacional é representado pela interação profissional-paciente, quando o primeiro define como problema médico uma questão social, oferecendo um diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento. Esses três níveis apresentam-se articulados e orquestrados de forma a constituir um conceito linguístico que faz com que a questão, inicialmente “natural” ou inserida na dinâmica complexa da existência manejada autonomamente pelos sujeitos em suas redes de apoio social, sem recurso a especialistas profissionalizados, passe a ser destacada dela e vista como doença, e as intervenções, como tratamentos. Segundo Thomas Szaz (2007), considerando que essa classificação e intervenção médica também é uma atividade humana, a medicalização seria, assim, governada por interesses também humanos. E é sobre a governabilidade dos interesses presentes nos processos de medicalização que agregamos a contribuição de Szaz.

Szaz (2007) afirma haver dois sentidos na pressão de uso do processo medicalizante: a medicalização que vem de cima e a medicalização que vem de baixo. A que vem de cima seria representada pela regulamentação legal, por políticas públicas e pelo conhecimento científico hegemônico. Já a medicalização que vem de baixo é representada pelo uso que os próprios indivíduos fazem das noções que ela traz consigo, tais como os frequentes episódios de automedicação ou a busca por diagnósticos com o uso de ferramentas como a internet, por exemplo. Neste contexto, Szaz afirma haver uma espécie de ciclo de

reforço entre os dois sentidos da medicalização, com os indivíduos (“medicalização que vem de baixo”) incentivando ou reforçando a “medicalização que vem de cima”, como fica explícito pela ampla aceitação popular do conhecimento científico como sinônimo de progresso social, o que, segundo ele, é um dos processos responsáveis pela medicalização rampante vista em nossa sociedade, contribuindo enormemente para sua popularização.

Dos quatro teóricos do estudo da medicalização aqui considerados, talvez Szaz seja o mais feroz em termos da crítica que é feita sobre o modo de produção de subjetividades a partir de processos medicalizantes. É dele a afirmação: “Em resumo, a medicalização não é nem medicina, nem ciência; é uma estratégia semântico-social que beneficia algumas pessoas e prejudica outras” (SZAZ, 2007, p. 19).

Ao criticar duramente a abordagem medicalizante da Psiquiatria, sua área preferencial de estudo, Szaz cita o neuropatologista pioneiro Karl Wernicke, o qual afirmou que o tratamento médico dos pacientes psiquiátricos começa justamente com a violação de suas liberdades pessoais (SZAZ, 2007). E a crítica feita por Szaz ao processo de medicalização é ainda mais dura justamente neste aspecto, uma vez que ele considera que todo processo medicalizante pressupõe a violação do direito fundamental das pessoas de terem liberdade para decidirem por si.

A tendência crescente de apropriação de modos de vida e de eventos “naturais” ou pelo menos pertencentes ao rol de experiências humanas autonomamente manejadas pela medicina, característica central da medicalização, tem sido alvo de muitos estudos críticos no campo da sociologia da saúde. Segundo Gaudenzi e Ortega (2012), o processo de medicalização retira do sujeito sua condição autônoma e os coloca como objetos passivos de cuidados heterônimos, onde a medicina passa a ser considerada como grande detentora do saber sobre os processos da vida, excluindo, desta forma, o conhecimento intrinsecamente associado aos eventos naturais e retirando a subjetividade do sujeito da cena. Isso vai no sentido contrário da concepção de saúde como proposta por Canguilhem (1995), a qual seria considerada como a capacidade de lidar com os problemas naturais da vida e, assim, recriar novas formas de estar no mundo. Na perspectiva medicalizante, interessaria ao médico apenas diagnosticar e curar, fazer voltar ao normal, excluindo desta análise qualquer resquício de subjetividade, o que em última análise significaria retirar das pessoas aquilo que as torna sujeitos únicos, detentoras do direito básico da liberdade (COELHO E ALMEIDA FILHO, 1999).

O interesse sociológico pelo processo de medicalização abrange uma diversa e ampla gama de áreas do conhecimento, tais como a Psiquiatria, área pioneira a problematizar a medicalização como forma de anulação dos sujeitos; a hiperatividade e questões de atenção na infância; o abuso infantil; o alcoolismo como problema de saúde; todas as questões pertencentes à fisiologia reprodutiva feminina: menstruação, gestação, parto e menopausa; o envelhecimento, e até a morte (CONRAD, 1992). Todas essas áreas, embora diferentes, são perpassadas pelas duas mesmas linhas norteadoras do interesse sociológico: a expansão da jurisdição médica e seu uso como mecanismo de controle social, por meio da vigilância médica (ZOLA, 1972; RIESSMAN, 1983; FOUCAULT, 2005; BRUBAKER E DILLAWAY, 2009).

São inegáveis os inúmeros benefícios obtidos ao longo da história recente com o uso das tecnologias e avanços médicos. E são justamente tais benefícios, refletindo o uso apropriado do conhecimento médico para tratar condições mórbidas onde a intervenção especializada (no caso da biomedicina, profissionalizada e oficializada) para a cura/cuidado se faz necessária, que tem reforçado a dependência da sociedade em relação à medicina como estratégia de escolha para a solução de todos os seus problemas, inclusive aqueles que fazem parte do espectro “natural” da vida humana e sobre o qual não há necessidade de “cura”, posto que não significam muitas delas, patologias – embora haja cada vez mais ampliação dos limites classificatórios para que sejam enquadradas como tais. Os eventos cíclicos das funções reprodutivas femininas são um claro exemplo disso. A transformação de eventos tão naturais como a menstruação, a gestação, o parto e a menopausa em situações potencialmente arriscadas, ou até mesmo sua interpretação como patologias, têm levado a intervenções médicas mais do que desnecessárias: potencialmente perigosas, colocando em verdadeiro risco o bem estar físico e emocional das mulheres (CAHILL, 2001). Para esta autora, os dois principais exemplos contemporâneos da medicalização das funções reprodutivas das mulheres são a Síndrome Pré-Menstrual e a menopausa, as quais são exemplos do que Oakley (1980) descreveu como uso médico abusivo da interpretação hormonal de problemas psicológicos e reforço indesejável de um modelo mecânico de mulher, que se torna especialmente relevante quando se considera os processos de medicalização da gestação e do parto.

Neste ponto, lembramos de Szaz (2007) quando este afirma que os psiquiatras refutam a teoria da medicalização como uso indevido ou abusivo da racionalidade médica por afirmarem que não se trata de

medicalização quando há uma doença comprovada (e não se entra aqui, por escapar ao escopo deste trabalho, na discussão do *status* epistemológico no mínimo altamente questionável de muitas patologias ou transtornos psiquiátricos). Lança-se, por outro lado, o seguinte questionamento apoiado por esta mesma lógica médica: se os processos de gestação e parto não são, por si sós, processos patológicos e, sim, processos normais da fisiologia do sexo feminino, se sobre eles estão sendo lançadas toda sorte de intervenção médica patologizante, não seria portanto razoável afirmar que está havendo uma brutal medicalização de seu processo? A resposta, infelizmente, é afirmativa.

2. Parto: de saber exclusivamente feminino ao evento totalmente medicalizado

*“E o que diremos d’essas mulheres que,
envoltas em negras e nojentas mantilhas,
percorrem as ruas dessa populosa cidade (...),
tendo estampado na frente de suas casas o Sagrado símbolo da
nossa redenção, a cruz, fazendo capacitar a muitos do povo crédulo,
que possuem segredos transmitidos pela providência
capazes de tornar fácil o parto mais laborioso,
quantas vezes essas verdadeiras mercenárias
lhe não querem impor leis?”*
(AZEVEDO, 1847: 81, apud VIEIRA, 2002)

Conrad afirma que tão importante quanto discorrer e discutir os aspectos medicalizantes de um determinado evento é compreender a história da medicalização deste evento, ou seja, entender o que aconteceu historicamente para que ele passasse a ser interpretado do ponto de vista da racionalidade médica quando não o era. Essa compreensão passa por documentar a “descoberta” histórica da questão como “problema médico”, incluindo a investigação de elementos imprescindíveis como: como aconteceu, quando, onde, com quais objetivos e quais foram suas consequências. Como ele próprio mencionou, é necessário descobrir “*who said what, when, and with what consequences*” (CONRAD, 1992). Por este motivo, procura-se aqui entender de que forma o parto, um evento naturalmente parte da vida fisiológica do sexo feminino, transformou-se de um saber exclusivamente de mulheres em um evento completamente medicalizado nas sociedades ocidentais.

Até meados do século XVI, nas sociedades ocidentais europeias, nossa melhor referência histórica, o parto e o nascimento, bem como todos os demais eventos pertencentes ao rol de experiências fisiológicas femininas, caracterizavam-se como saber exclusivamente de mulheres, com as gestantes recorrendo a parteiras para o nascimento de suas crianças. Os nascimentos aconteciam no ambiente privado do lar e, geralmente, vetando-se a presença dos homens na cena de parto. Por volta da metade do século XVI, no entanto, as parteiras passaram a se ver obrigadas a “comprovar” suas habilidades e conhecimentos para a realização de partos por meio de exames e “provas” junto a comissões municipais e eclesiásticas (VIEIRA, 2002). Mas por qual motivo? A resposta a essa pergunta envolve a compreensão das características do período.

Com a época histórica do Iluminismo, os dogmas religiosos como explicações para eventos naturais e cotidianos da vida passaram, paulatinamente, a serem substituídos por explicações envolvendo conceitos advindos da crescente concepção científica do mundo. O desenvolvimento científico e seu uso para explicar os eventos cotidianos, constituindo-se como nova visão de mundo, foi o pilar de criação e fortalecimento da medicina como forma de controle social. Szaz (2007) afirma que a transformação das explicações religiosas com finalidade de controle do comportamento em explicações médicas com as mesmas finalidades foi, justamente, uma das principais consequências do Iluminismo. Isso se refletiu em uma relativa diminuição do poder da religião e da Igreja e no crescente poder da Ciência e do Estado, os quais passaram a ser manifestos, entre outras coisas, pelo controle político da prática médica, além da criação de leis que passaram a proibir o acesso das pessoas consideradas “leigas” a possíveis medicamentos e práticas de cura (SZAZ, 2007).

Até então, o evento do parto era tradicional e secularmente assistido apenas por mulheres – curandeiras, parteiras, comadres – consideradas únicas conhecedoras das manobras necessárias à facilitação do trabalho de parto, bem como da própria gestação e puerpério. Essas mulheres não eram reconhecidas apenas pelo conhecimento técnico de que dispunham, mas porque sua atuação junto a gestantes e parturientes envolvia o elemento subjetivo do cuidado e da afetividade, sendo encarregadas de confortar a parturiente, alimentá-las e incentivá-las durante o trabalho de parto. O parto e o nascimento eram, assim, considerados eventos familiares íntimos, prioritariamente femininos, atendidos principalmente na casa familiar (FIGUEIREDO ET AL., 2002; RATTNER, 2009; LUZ E GICO, 2015).

Com a “cientificação” dos eventos da vida, o conhecimento médico-científico passou a reivindicar para si a exclusividade do manejo e cura de situações antes delegadas a curandeiros, boticários, erveiros e, de maneira especial, a parteiras. Assim, antes reconhecidas como únicas detentoras do saber necessário ao parto e nascimento, os médicos passaram a desqualificar ativamente o trabalho das parteiras. O declínio da parteria como arte e saber exclusivamente femininos durante os séculos XVII e XVIII e sua dominação pela medicina pode ser considerado, assim, como “instrumental”, necessário à profissionalização do conhecimento médico acerca dos eventos que circundam a gestação e o parto (CAHILL, 2001). A mesma autora afirma que para que os médicos pudessem aprender e treinar as técnicas necessárias ao manejo do trabalho de parto, restringir ou até mesmo proibir a atuação das parteiras no ambiente domiciliar se fazia necessário e, assim, o parto passaria, nas palavras da autora, “das mãos das mulheres para o controle dos homens”.

Concomitante à necessidade de apropriação do saber relacionado ao parto e nascimento como estratégia para a instrumentalização da medicina, Estado e Igreja também se viam beneficiados, àquela época histórica, com a retirada do parto das mãos das parteiras. O objetivo e interesse de ambas as instituições em regulamentar e controlar a prática e o conhecimento sobre parto estão relacionados ao crescimento e fortalecimento da sociedade capitalista e da necessidade de ampliação da força de trabalho e da força de defesa. Nascer tornava-se, assim, necessário para a renovação e ampliação populacional. As parteiras não detinham apenas os conhecimentos necessários ao parir e nascer, mas a todo o rol de experiências ditas femininas. Da mesma forma que auxiliavam em trabalhos de parto, parteiras também detinham conhecimentos sobre processos de abortamento e auxiliavam mulheres que as procuravam para esta finalidade. Ou seja: tirar as parteiras da cena de parto também se prestaria ao fim de controlar o aborto e o acesso a práticas de abortamento. Assim, desconstrói-se a ideia de controle do abortamento apenas por doutrinação moral ou regulamentação de cunho espiritual e escancara-se sua clara finalidade utilitarista: controle populacional. Eis o primeiro eixo de cruzamento entre a exclusão das mulheres do conhecimento e prática de nascer, o parto declarado como ato médico, a expansão e fortalecimento do capitalismo ocidental e a medicina, representando a supremacia do saber científico, como prática integrada aos hábitos fetichistas de consumo. Não se trata de coincidência o fato da Igreja Católica ter “confirmado” a existência da alma dos fetos no

ano de 1869, período pós Revolução Francesa. Naquele contexto e época histórica, o feto passava a ser um valioso “commodity”, representando a futura mão de obra necessária e valorizada em uma sociedade onde práticas capitalistas se faziam cada vez mais prementes. Não coincidentemente, é também neste período que se passa a privilegiar o feto em detrimento da mãe, justamente em função do primeiro se tornar um futuro trabalhador e soldado. Até então, o feto era considerado somente um apêndice materno, sendo o aborto, portanto, questão exclusivamente das mulheres, sobre a qual nem Estado nem Igreja tinham interesse em interferir. Mas a partir do momento que abortar representaria conflito de interesse, a intervenção passaria a ser necessária. Assim, Estado e Igreja uniram-se à medicina para o controle das atividades das parteiras e sua total substituição pelo conhecimento médico. À luz destas informações, torna-se mais fácil compreender o motivo das legislações punitivas contra o aborto terem se originado concomitantemente à apropriação do parto pelos homens e à exclusão das parteiras de um evento antes caracterizado como exclusivamente de mulheres (CAHILL, 2001; REBOUÇAS E DUTRA, 2011).

O desenvolvimento da tecnologia científica tornou possível a criação e utilização do fórceps obstétrico e, a partir de então, também no século XVIII, a atuação da parteira ficaria ainda mais comprometida, posto que o uso do fórceps era exclusivamente um saber masculino, médico e científico. Luz e Gico (2015) afirmam que:

Sem condições econômicas de adquirir o equipamento e vistas como intelectualmente inferiores aos homens e incapazes de adquirir novas técnicas, as parteiras passaram a rejeitar o fórceps. O uso do equipamento permitiu, assim, a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem, instaurando o conceito de que parir era perigoso, sendo, por isso, imprescindível a presença de um médico (LUZ E GICO, 2015, p. 477).

A exclusão das parteiras da cena de parto, por necessidade instrumental médica e interesse do Estado e da Igreja, trouxe consequências tão ou mais importantes que a própria medicalização do parto: não apenas a criação de uma hierarquia do conhecimento, no qual a academia se assume como superior à experiência, como também cria e fortalece a posição de que o conhecimento científico é inerentemente

“masculino”, deixando para as mulheres o que consideram como secundário: a intuição, a empatia e o cuidado (CAHILL, 2001).

Brubaker e Dillaway (2009) afirmam que a própria natureza e a concepção do que é “natural” passam, também nesta época e com esta lógica, a serem conceitos secundariamente delegados ao feminino, criando-se a dicotomia natureza-feminino-a serem domadas *versus* cultura-masculino-dominadores. Mulheres como mães e parteiras representadas como irracionais e irresponsáveis, com seu conhecimento baseado em tradição e não em experiência, necessitando da orientação decisiva de homens os quais possuem conhecimento científico (LUPTO, 2006, apud BRUBAKER E DILLAWAY, 2009), estabelecendo-se, assim, também um claro contexto de exclusão e violência de gênero.

No entanto, uma tradição secular de assistência feminina ao parto não conseguiria ser substituída rapidamente e de maneira efetiva, especialmente para as gestantes. De nada adiantaria à medicina se apropriar do conhecimento da parteria enquanto gestantes e parturientes continuassem a recorrer às parteiras para terem seus filhos em casa, a despeito da tecnologia que vinha sendo desenvolvida. Era necessário desacreditar o evento da gestação e do parto como processos “naturais”. E isso foi feito mediante inserção do discurso medicalizante do risco. Foi justamente o discurso do risco e a reconceitualização do normal como anormal que atuou como pivô para o sucesso do parto como ato médico (OAKLEY, 1980; VIEIRA, 2002; CAHILL, 2001). Não foi tão difícil conseguir isso. Com a inserção dos homens e seus aparatos na cena de parto, especialmente o fórceps, houve um aumento considerável de transmissão de febre e outras condições patológicas associadas justamente ao uso da tecnologia da época, que levaram milhares de mulheres à morte. Eis, então, o motivo que a medicina buscava para levar o parto da cena domiciliar para a cena institucional e para desacreditar a arte das parteiras: o caráter supostamente arriscado e perigoso do parto, criado, paradoxalmente, pela inserção dos homens e de seu fórceps em uma cena antes exclusivamente de mulheres (OAKLEY, 1980; CAHILL, 2001). Ficava o parto transformado em uma crise clínica e delegado de maneira supostamente “legítima” a uma área passível e necessária de intervenção médica. Estava retirado das mãos das parteiras, controlado pelos homens, institucionalizado, marcado pelo discurso do risco, a serviço dos interesses do Estado e da instrumentalização da medicina.

De acordo com Vieira (2002), a história da transformação do parto como saber exclusivamente de mulheres para o parto como apropriação da prática médica masculina e cientificista, aqui no Brasil,

percorreu caminho semelhante ao que aconteceu na Europa, embora em outra época histórica.

Até o século XIX, as parteiras, as aparadeiras e as comadres eram as únicas responsáveis pelo ofício de trazer crianças ao mundo e auxiliar gestantes e puérperas em suas demandas. As parteiras estrangeiras, vindas após a chegada da Corte, já precisavam prestar exames e provas ao Cirurgião-Mor do Reino. Com a criação dos cursos médicos no Brasil a partir de 1808 e com as “artes obstétricas” sendo ensinadas pela primeira vez a partir de 1809, na Escola do Rio de Janeiro, a tradição do parto domiciliar atendido por parteiras passou a ser vista como empecilho à instrumentalização, uma vez que, com mulheres sendo atendidas por outras mulheres em seus lares, poucas restavam disponíveis para serem atendidas em ambientes médicos e hospitalares, o que em outras palavras significa dizer que poucas restavam para que os médicos treinassem o manejo do trabalho de parto e do parto propriamente dito. Assim, o discurso médico da metade do século XIX no Brasil passou a ser marcado pela defesa da hospitalização do parto e criação de maternidades. E isso foi reforçado tanto pelo discurso do risco do parto quanto pela tarefa difamatória contra as parteiras (VIEIRA, 2002).

Assim, o grande esforço dedicado, no Brasil do século XIX, para que os partos domiciliares fossem suprimidos e transformados em hospitalares não foi movido pelo objetivo de reduzir as mortes maternas, como muitos acreditam. Inclusive porque, em decorrência da febre puerperal, associada à aglomeração de pacientes em uma mesma enfermaria, mas ainda não associada à teoria microbiana, as mulheres morriam mais no hospital do que em seus domicílios. Segundo a tese de Joaquim Pedro Soares, de 1862, intitulada “Da febre puerperal” e mencionada por Vieira (2002), a total transferência do parto para o ambiente hospitalar no Brasil se fez pelo tão aclamado “bem da ciência”, uma vez que, como mencionado pelo próprio pesquisador, a ocorrência domiciliar dos partos representaria um inconveniente científico, posto que impediria ou reduziria em muito a instrução médica. Aos hospitais eram destinadas as mulheres pobres – uma vez que, àquela época, hospitais eram vistos como abrigos de pobres – ou às mulheres negras feitas escravas durante o período da escravatura, uma vez que a preocupação não era com a saúde dessas mulheres mas, sim, com o capital que elas representavam, bem como seus filhos.

De acordo com Vieira (2002), a exclusão das parteiras da cena de parto no Brasil precisou ser feita de maneira ainda mais acentuada, uma vez que a moralidade aumentava a resistência das mulheres em

procurar hospitais, com seus médicos homens, para serem atendidas em seus partos. A autora cita Luis Álvares dos Santos, memorialista da Faculdade de Medicina da Bahia, que afirma que, àquela época, as mulheres preferiam morrer de moléstias do útero a serem atendidas pelos médicos.

Mas de que maneira a mudança de olhar para o evento do parto, de um parto inserido na rotina de vida das mulheres e atendido por mulheres, para um parto institucionalizado e medicalizado, refletia as mudanças do saber médico que a sociedade vivenciou a partir do final do século XVIII e início do XIX? De que maneira a exclusão do saber das mulheres a respeito do ofício de atender gestantes e parturientes e a completa medicalização transformou a vida das mulheres e de toda a sociedade?

A medicina da maneira como a conhecemos hoje passou a ser constituída e fortalecida no final do século XVIII quando aconteceram as principais mudanças do saber médico. Esse saber passa a estar centrado e a ser norteado por um olhar fragmentador sobre o corpo, onde cada fragmento passa a ser compreendido de maneira independente e separada, substituindo o caráter de integralidade característico de outros saberes de cura. É o que se configura como o surgimento de uma “racionalidade médica”, predominantemente “científica”. A partir de então, as instituições hospitalares passaram a incorporar características diferentes daquelas que, até então, tornavam estas instituições locais de abrigo de pobres, doentes e desvalidos, elevando-se à categoria de reduto de saber-poder cientificizado. A partir do final do século XIX, a medicina passa a se configurar como constructo científico, ou seja, baseada em intervenções cientificamente fundamentadas e não em diferentes cosmologias que se propunham à arte da cura (FOUCAULT, 1980).

Por dificuldade ou incapacidade dos médicos – agora detentores de um saber-poder anteriormente restrito a mulheres – de compreendê-los ou defini-los, os fenômenos do parto e nascimento passaram a ser reduzidos a eventos exclusivamente biológicos ou fisiológicos, com o corpo da mulher sendo agora visto e entendido como máquina. O controle masculino da prática médica científica, o desenvolvimento tecnológico e a consolidação da medicina moderna transformaram processos antes compreendidos como saudáveis, normais e naturais em processos socialmente construídos como patológicos, anormais e não naturais, necessitando, no mínimo, de monitorização contínua (RIESSMAN, 1983; BRUBAKER E DILLAWAY, 2009). Desta maneira, se um processo biológico natural – o parto – pode ser

compreendido como “doença”, então seu controle ganha legitimidade. E esse controle acontece por meio da medicalização (BRUBAKER E DILLAWAY, 2009). Cahill (2001) cita Witz (1992) ao interpretar esta estratégia como um modelo de “fechamento ocupacional”: a medicina, como um grupo dominante, operado por estratégias de exclusão – das parteiras – e de demarcação – do corpo da mulher – subordina, assim, ambos os grupos – parteiras e gestantes – através do exercício da redução de seus poderes sobre si mesmas. O que em outras palavras significa dizer que a intervenção médica sobre a saúde da mulher, especialmente os eventos parto e nascimento, acabaram por determinar a apropriação deste corpo às regras e lógicas medicalizantes, a apropriação médica deste corpo como objeto de saber. E, de acordo com Foucault (1980), determinou a apropriação deste corpo, o corpo grávido da mulher, pela sociedade capitalista, como estratégia de controle social que começa no corpo, com o corpo.

A institucionalização do evento parto/nascimento, bem como a completa inserção de componentes biomédicos, técnicos e tecnológicos, acarretou a perda do caráter íntimo, familiar e feminino do parir e nascer, o qual foi substituído por um padrão industrial – e masculino – de parto e nascimento. A atenção ao parto passou a ser vista como um evento médico, carregado de riscos potenciais, sendo a gestante, antes mulher vivendo uma profunda experiência emocional e biológica, vista agora como paciente, com partos ocorrendo em ambiente hospitalar e com assistência centrada na figura do médico, o qual passa a ter total autonomia para lançar mão de diferentes tipos de intervenções obstétricas (DOMINGUES ET AL, 2004).

Assim, os processos de gestação e parto representariam, na concepção medicalizante, alterações corporais anormais ou de alto risco, e não eventos naturais da fisiologia feminina, necessitando, portanto, de intervenções que a fizessem retornar ao estado não gravídico, considerado, nessas circunstâncias, uma condição de normalidade.

Para Rattner (2009), a partir da concepção industrial iniciada principalmente nas décadas de 40 e 50, o evento parto/nascimento incorporou a assistência médica hospitalar no Brasil, que passou a ser organizada tal e qual uma linha de produção. E, como linha de produção, passou a excluir de seu processo o componente interpessoal, excluindo, assim, o elemento humanístico do cuidado. Aquilo que era visto como evento biopsicossocial passou, então, a ser encarado e tratado do ponto de vista estritamente mercadológico, biológico, sendo o corpo da mulher reduzido a uma “máquina de parir”.

Nesse modelo, agora chamado de modelo médico ou tecnológico de assistência ao parto, a gravidez e o nascimento são abstraídos de todas as demais experiências de vida da mulher, passando a ser interpretados apenas como episódio médico. Sua segurança e a de seu bebê, alicerçadas sobre o discurso do risco, passam a se sobrepor aos sentimentos subjetivos da mulher e à sua satisfação com o cuidado recebido (DOMINGUES ET AL., 2004).

Diniz e Duarte (2004) consideram as mudanças que ocorreram no contexto do parto e nascimento a partir de sua institucionalização hospitalar como uma “mudança estética”, uma vez que teria sido transformado em algo arriscado, desagradável, repugnante, assustador e humilhante, além de representar um assalto cirúrgico às partes íntimas, ao qual as mulheres passariam a se referir como um sentimento de ser “um pedaço de carne em um açougue”, ou como um pesadelo a ser evitado. As autoras afirmam ainda que, a partir de então, o parto passou a ser tratado não mais como um evento natural e fisiológico, mas como uma patologia a ser remediada por meio de uma sequência de intervenções – ou a ser prevenida por meio de uma cesárea.

Porém, é necessário pontuar que a tendência observada a partir da metade do século XX a hospitalizar praticamente 100% dos partos, embora tenha contribuído para a instrumentalização da medicina, especialmente da obstetrícia, com a compra e utilização de uma grande variedade de tecnologias obstétricas, de maneira muito curiosa e questionável não foi acompanhada por uma avaliação sistemática da eficiência e eficácia de tais tecnologias. Ou seja, muito do que ia sendo inserido na prática obstétrica pelo saber médico cientificista e tecnológico não acontecia em função de cuidadosa avaliação e, sim, muitas vezes, apenas pela perpetuação do hábito (CAHILL, 2001). Essa característica temerária não só aumentou em muito a descaracterização do parto como evento pertencente ao rol de experiências naturais da vida das mulheres, como contribuiu para o crescente aumento das iatrogêneses associadas ao parto medicalizado, como proposto por Ivan Illich (1975) e discutido no tópico anterior. Além disso, a institucionalização do parto ocorreu na ausência de evidências sobre vantagens perinatais ou neonatais ou aumento da satisfação materna (CAHILL, 2001).

Nos dias atuais, as mulheres aderem prontamente ao modelo médico de parto e nascimento e, em termos gerais, muitas sequer questionam o uso de procedimentos e intervenções médicas e institucionais. Isso porque já introjetaram, mediante a cultura hegemônica do parto medicalizado amplamente inserida na sociedade

atual, que essas tecnologias e intervenções fazem “parte” do evento de parir e nascer, aceitando-as como “naturais”. De fato, o parto medicalizado é tão “lugar comum” para as mulheres nos dias atuais que é encarado como “natural” por elas (BRUBAKER E DILLAWAY, 2009), numa completa inversão promovida pela concepção medicalizante que substituiu a visão do parto como evento integral, parte do repertório das mulheres que o decidem viver.

Davis-Floyd (2001) afirma que o modelo hegemônico atual de assistência ao parto reflete os principais valores das sociedades ocidentais contemporâneas. Assim, regidas pelo capital e pelo neoliberalismo, a assistência ao parto hoje visa a obtenção do lucro e o estímulo ao consumo, o endeusamento da racionalidade científica e a cada vez maior tecnocratização do parir e nascer. Assim, a aceitação irrestrita da tecnologia no evento do parto, bem como a idolatria à ciência e à medicina, que leva a sociedade a agir em prol do interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, além de marcar definitivamente a assistência obstétrica atual, faz com que a autonomia das mulheres e o livre direito de decidir sobre si e sobre seu corpo sejam substituídos pelo interesse da medicina e do capital (DAVIS-FLOYD, 2001; LUZ E GICO, 2015).

Das mulheres parteiras, curandeiras e comadres, antes detentoras universais do saber referente à gestação, ao parto e ao puerpério, tendo sido difamadas como sujas e maltrapilhas figuras que perambulam pelas cidades de posse de sua credence, o parto passou a ser objeto de posse e valor dos homens médicos da ciência. E a mulher gestante? Esta passou a ser elemento quase figurativo na cena de parto, vista como receptáculo e tratada como mercadoria, sendo o bebê saudável o produto a ser vendido pela indústria do nascimento, fruto do processo de medicalização do parto.

3. A violência obstétrica no Brasil

Desde as décadas de 80 e 90, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promover a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 90, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país (TORNQUIST, 2004; AGUIAR, 2010; AGUIAR E D’OLIVEIRA, 2011; VENTURI ET AL., 2011).

O movimento contra a violência obstétrica no Brasil é derivado das críticas crescentes que os diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, sendo considerado como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, que envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; DOMINGUES ET AL., 2004; RATTNER, 2009). Tal movimento se baseia no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos (DOMINGUES ET AL., 2004; DINIZ, 2005).

O movimento pela humanização do parto no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher (DINIZ ET AL., 2015). Neste contexto, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque, especialmente em função de sua carta de fundação, a “Carta de Campinas” (TORNQUIST, 2004; DINIZ ET AL., 2015). Este documento representou uma forma de denúncia das circunstâncias violentas da assistência ao parto, caracterizando-as como pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes (TORNQUIST, 2004; DINIZ ET AL., 2015). A atuação da Rehuna na década de 90 promoveu debate relevante a respeito da qualidade da assistência ao parto no Brasil, bem como evidenciou, tanto entre as diferentes categorias profissionais envolvidas quanto dentro da gestão, a existência de condições degradantes e violentas na assistência. A maioria dos integrantes da Rehuna era, reconhecidamente, formada por profissionais da saúde, atuando na implementação de serviços ou na pesquisa acadêmica, especialmente enfermeiras e médicos das áreas da obstetrícia e saúde pública (DINIZ ET AL., 2005). Assim, embora também estivessem presentes outros atores sociais, o fato de serem os profissionais da saúde os principais envolvidos neste debate fez com que apenas uma pequena parcela da informação a respeito das violentas condições da assistência ao parto chegasse, de fato, às mulheres usuárias dos sistemas de saúde, as quais representam o principal grupo de interessadas, uma vez que são ou poderiam/deveriam ser as protagonistas do evento do nascimento.

A atuação da Rehuna aconteceu simultaneamente à chegada e fortalecimento da rede mundial de computadores ao Brasil, bem como

das diferentes ferramentas de comunicação virtual que facilitaram a troca de informação entre as pessoas que a ela tinham acesso. Assim, alguns aspectos da discussão a respeito da violência na assistência ao parto promovida no interior da Rehuna passaram a ser levados e discutidos, também, pelas usuárias dos sistemas de saúde, especialmente por mulheres mães. Desta forma, a problematização da violência institucional no parto foi impulsionada dentro do movimento de mulheres por meio de listas eletrônicas tais como Amigas do Parto, a lista da própria Rehuna, Parto Nosso, entre outras (TORNQUIST, 2004). Sobre isso, Diniz (2005) afirma que, uma vez que tais listas eram formadas por mulheres usuárias dos sistemas de saúde pertencentes à classe média, tal característica representou uma novidade política com enorme potencial de mudança, tendo esta interação levado a múltiplas iniciativas - iniciativas pessoais, institucionais, elaboração de políticas públicas, entre outras. No que concerne à discussão sobre a violência institucional na assistência ao parto, essa possibilidade de troca que as novas tecnologias de comunicação favoreceram e impulsionaram, mostraram na prática a possibilidade de fortalecimento das lutas através do ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configuraria como um espaço de continuidade da reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso de enfrentamento à violência obstétrica.

Em 2010, uma pesquisa nacional realizada pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI ET AL., 2011) mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. Mostraram que a violência institucional está frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil (VENTURI ET AL., 2011).

No mesmo ano, foi defendida a tese “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero” (AGUIAR, 2010), em que puérperas entrevistadas identificaram as práticas consideradas por elas como violentas e relataram a percepção que tiveram sobre suas experiências de parto e nascimento. Embora estudos prévios sobre violência em instituições de saúde já existissem, os resultados dessas duas pesquisas contribuíram para que o tema passasse a ser mais discutido academicamente. Mas as práticas violentas na assistência ao parto permaneciam ainda muito invisíveis à maioria das gestantes, profissionais de saúde e gestores.

Por outro lado, de maneira complementar e decisiva, a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento passou a ser melhor investigada, no Brasil, por pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto. Mencionar o movimento social é de crucial importância para a compreensão do tema. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos resultados acima mencionados, o movimento social de mulheres, e especificamente o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional atual (DINIZ ET AL., 2015).

Previamente a isso, a Venezuela foi o primeiro país latinoamericano a adotar, em lei de 2007, a expressão ‘violência obstétrica’, como fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público (D’GREGÓRIO, 2010; DINIZ ET AL., 2015). Após isso, o termo “obstetric violence” foi empregado em editorial especial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (VENTURI ET AL., 2011). Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa por tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com conseqüente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher”.¹

De acordo com D’Gregorio (2010), a violência obstétrica estaria presente nas seguintes práticas:

- proibir a mulher de ser acompanhada por seu parceiro ou outra pessoa de sua família ou círculo social;
- realizar qualquer procedimento sem prévia explicação do que é ou do motivo de estar sendo realizado;
- realizar qualquer procedimento sem anuência prévia da mulher;

¹ http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

- realizar procedimentos dolorosos ou constrangedores sem real necessidade, tais como enema, tricotomia, permanência na posição litotômica, impedimento de movimentação, ausência de privacidade;
- tratar a mulher em trabalho de parto de maneira agressiva, rude, sem empatia, ou como alvo de piadas;
- separar o bebê saudável de sua mãe após o nascimento sem qualquer necessidade clínica justificável.

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, podem ser considerados como práticas violentas (D'OLIVEIRA ET AL., 2002).

Segundo Diniz e D'Oliveira (1998), muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como cachorros”, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos (D'OLIVEIRA ET AL., 2002).

Domingues e colaboradores (2004) sugerem, por meio de relatos de mulheres, que uma experiência positiva de nascimento dos filhos pode significar mudança positiva na história de vida daquela mulher. À luz do que uma boa experiência de parto/nascimento pode produzir, também se pode vislumbrar as possíveis consequências (algumas traumáticas) da violência em um momento de tamanha fragilidade e relevância emocional, como é o nascimento de um filho. Considerando que em 25% dos partos normais em maternidades há violência obstétrica, é possível estimar o grande impacto à saúde feminina, física e emocional, que as práticas de assistência obstétrica brasileiras vêm criando.

Embora relatos de percepção negativa da experiência de parto, relacionada à presença de maus tratos ou tratamentos desrespeitosos, já estejam presentes em estudos há alguns anos (D'OLIVEIRA ET AL., 2002; HOGA ET AL., 2002; GOMES ET AL., 2008), acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, muitas vezes

inviabilizado pela invisibilidade da violência institucional (TORNUST, 2004; AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2011; VENTURI ET AL., 2011). A invisibilidade desta forma de violência ocorre em função de diferentes fatores, como a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como “uma brincadeira” pelos sujeitos envolvidos e até esperadas pela paciente (AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2011); a aceitação e banalização, por parte dos profissionais, de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias; e a dificuldade que os usuários têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que os atenderam, principalmente no caso da assistência perinatal, onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência (DOMINGUES ET AL., 2004).

Nos últimos 5 anos, alguns eventos tornaram possível em escala inédita no Brasil uma maior discussão, problematização e participação política das mulheres na agenda de saúde sobre seus direitos reprodutivos: as manifestações e ações coletivas organizadas e mediadas pela internet, especialmente via redes sociais. A ampla divulgação, pela mídia tradicional, dos resultados sobre violência obstétrica produzidos pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo (VENTURI ET AL., 2011) promoveu nos grupos de mulheres, especialmente de mulheres mães, conectadas e organizadas via redes sociais, a motivação necessária para falar sobre o assunto, discuti-lo e incentivar a inserção do tema na agenda nacional de saúde. Mas, embora pauta de produções científicas incipientes, a temática ainda se mostrava quase completamente desconhecida da população e mídia em geral, invisibilizada pela legitimação do conhecimento médico hegemônico, onde práticas violentas e agressivas continuavam presentes na assistência obstétrica, eram perpetuadas como “praxe” e justificadas também pela impunidade relativa do saber/prática médico hospitalar. Para levar a questão à agenda política de maneira mais contundente do que vinha acontecendo, era preciso, antes, promover a discussão sobre o significado da expressão “violência obstétrica” entre as próprias mulheres usuárias dos sistemas de saúde, problematizá-la, tirá-la do véu invisibilizador que a tornava presença silenciosa, mas nem por isso menos negativamente atuante, pelas próprias gestantes, puérperas e mães que, apesar de serem ou terem sido vítimas, muitas vezes não as reconheciam como violência.

4. Ciberativismo como ferramenta de quebra da invisibilidade e mobilização contra a violência obstétrica

Há poucos anos, a comunicação mediada pela internet ainda era considerada um fenômeno muito recente para contemplar estudos acadêmicos profundos. Hoje, esse panorama mudou. Guedes (2010) afirma que o assunto ganhou corpo na comunidade acadêmica e percebeu-se que as proporções são grandes demais para serem tratadas como futuros objetos de investigação. Um grande número de trabalhos acadêmicos tem surgido com o intuito de investigar as relações existentes e mediadas pelo uso da internet, nas diversas áreas do conhecimento. Esses estudos tratam tanto da questão do uso da internet como um fim em si mesmo, quanto como fonte de informações ou meio de acesso a dados que, de outra maneira, não poderiam ser acessados, ou tornaria o acesso praticamente inviável. Ou seja, a internet aparece agora como método, estratégia e ferramenta de ação (GUEDES, 2010).

A internet possui papel de destaque entre as demais mídias, tanto em função das inúmeras possibilidades que permite quanto por tornar possível que o usuário não seja apenas um receptor passivo da informação e, sim, interaja ativamente com ela, muitas vezes a produzindo. Segundo Castells (2006), a internet vem impactando e impactará ainda mais a vida global, alterando a vida de todos e determinando uma nova forma de organização social.

No contexto latinoamericano, duas características tornam o uso da internet como ferramenta de ação ainda mais estratégico: o fato de ser uma das regiões mais conectadas digitalmente no mundo e, simultaneamente, ser das mais violentas. Para Muggah e Diniz (2014), tais características têm levado os governos e a própria sociedade ao desenvolvimento e aplicação de abordagens inovadoras para combater as diferentes formas de violência, utilizando justamente a expansão da conectividade. Tais autores afirmam que as chamadas novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) têm sido, inclusive, utilizadas para dar e fortalecer a voz dos cidadãos. Isso se torna ainda mais relevante quando tais cidadãos compõem grupos historicamente oprimidos e cujos direitos vêm sendo sistematicamente negligenciados, e que, hoje, também mediados pela conectividade, vêm ganhando maior representatividade e fortalecimento de suas demandas, como é o caso das mulheres, especialmente das mulheres mães.

Muggah e Diniz (2014) afirmam que o uso mais dinâmico e inovador das TICs na promoção da redução e prevenção da violência não vêm sendo desenvolvido nem pelas autoridades públicas, como seria

de se esperar, nem por atores envolvidos com segurança, mas, sim, a partir de indivíduos socialmente engajados, institutos de pesquisas, universidades e ONGs:

Parece haver mais e mais exemplos de mídias sociais trazendo à tona histórias que previamente não eram contadas, incluindo aquelas que revelam o quanto populações vulneráveis e carentes de serviços sofrem com a violência. As novas mídias transmitem informação mais rapidamente do que meios tradicionais, oferecendo frequentemente o apoio de recursos visuais e de relato em tempo real, o que provoca uma revolução fundamental nas maneiras pela qual a informação é produzida, consumida e disseminada (MUGGAH E DINIZ, 2014, p. 20).

E,

Existe uma mudança notável na abordagem que cidadãos estão empregando para relatar e denunciar casos de violência. (...) Alguns defensores do uso das TICs – especialmente o que chamamos de “curadores cívicos” de mídias sociais em redes horizontais – estão adotando estratégias cada vez mais proativas para reduzir os níveis de violência. Mais do que serem meros “tuiteiros” passivos, eles são em muitos casos cidadãos engajados em denunciar injustiças (MUGGAH E DINIZ, 2014, p. 23).

A área da saúde é uma das poucas, no que diz respeito ao ciberespaço, em que o número de usuários do sexo feminino é dominante (SOARES, 2011). São as mulheres, também, quem, de maneira geral, mais destacam a importância da internet como ferramenta para comunicação (SCHNEIDER, 2005). Nesse contexto, Gallagher (1981) afirma que a questão do acesso das mulheres ao meio digital tem sido uma das prioridades de atores políticos globais, que consideram que se trata de uma ferramenta crucial para o empoderamento feminino. Tal empoderamento é questão central na promoção da saúde. Para Garbin e colaboradores (2012), a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais pode e deve contribuir para o desenvolvimento de habilidades pessoais a serem empregadas na promoção da saúde, e o uso de diferentes tecnologias informativas poderia estar, também, a serviço deste fim. Reforçam a noção de que o

empoderamento que se busca como estratégia para a promoção da saúde está definitivamente relacionado ao aumento das possibilidades que os indivíduos e as comunidades têm de exercer controle sobre sua própria saúde, de acordo com o que recomenda a Carta de Ottawa. Nessa perspectiva, os cidadãos não podem realizar seu potencial de saúde se não forem capazes de influenciar significativamente os fatores que nela interferem. E o acesso à informação sobre os diferentes elementos que interferem em sua saúde é estratégia fundamental para que os indivíduos adquiram maior controle e poder de decisão sobre tais fatores. Uma vez que as novas tecnologias de informação favorecem, justamente, o maior acesso à informação em saúde, fica fácil perceber a relação que se estabelece entre o potencial da conectividade e a promoção da saúde, em suas mais diferentes áreas.

Como exemplo deste potencial, duas iniciativas brasileiras ocorridas entre 2012 e 2013 são relatadas a seguir, idealizadas e desenvolvidas totalmente em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramentas para ação e promoção da saúde, especificamente da saúde da mulher e tendo a atenção obstétrica como foco: o Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”.

- ***Teste da Violência Obstétrica***

Embora as práticas violentas da assistência ao parto já estivessem em discussão no Brasil desde as décadas de 80 e 90, especialmente promovidas pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, foi apenas entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado no país, com seus conteúdos e circunstâncias associadas ainda permanecendo em grande invisibilidade e/ou sendo naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral. Tal invisibilidade dificultava a discussão e o planejamento de ações de enfrentamento, uma vez que a coletividade não compreendia exatamente no que consistia esta forma de violência. Até então, tanto a mídia tradicional quanto a própria sociedade, especialmente as usuárias dos serviços de saúde, questionavam ativistas, profissionais da saúde e pesquisadores sobre o que, de fato, vinha a ser a expressão “violência obstétrica”. A compreensão do conceito ainda estava muito circunscrita aos grupos de alguma forma envolvidos no movimento em prol da humanização do parto – profissionais da obstetrícia e da saúde pública em sua maioria, como discutido anteriormente. De maneira geral, a coletividade ainda

não compreendia o conceito, não reconhecia as práticas compreendidas nele e tais desconhecimentos contribuíam para certa desconfiança ou descrença em sua real existência.

Motivadas por essas questões e com o objetivo de estimular mulheres a avaliar a qualidade da assistência ao parto recebida, ativistas e pesquisadoras pela humanização do parto no Brasil² idealizaram e promoveram, em 2012, um levantamento informal para o qual deram o nome de “Teste da Violência Obstétrica”. À época, uma era co-autora do blog Parto no Brasil³ ativo de dez/2009 a mar/2014, e outra era autora do blog Cientista Que Virou Mãe⁴, ainda ativo, a qual é também a autora da presente tese de doutorado. Juntos, os blogs alcançavam milhares de gestantes, além de mães, profissionais da saúde e demais leitores, e, assim, utilizaram a conectividade para realizar a intervenção por meio de relativamente amplo acesso a um público que já havia passado pela experiência de parto/nascimento.

Em 08 de março de 2012, Dia Internacional da Mulher, o teste foi disponibilizado *online* simultaneamente em mais de 70 blogs, num esforço conhecido por Blogagem Coletiva, quando diferentes blogs e sites participam de uma ação coordenada a fim de ampliar seu poder de alcance. O teste consistiu na avaliação pelas mulheres dos cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento em maternidades brasileiras. O questionário compreendeu 15 questões de múltipla escolha, contendo questões de caracterização sociodemográfica e questões relacionadas ao atendimento recebido durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Os resultados do teste foram tornados públicos em diversos veículos da mídia tradicional e alternativa, atingindo grande divulgação especialmente via Agência Pública de Reportagem e Jornalismo Investigativo⁵. Em apenas três dias foram recebidas mais de 1.000 respostas, cada uma avaliando um parto/nascimento. O teste permaneceu aberto durante 38 dias e, neste curto prazo, foram avaliados um total de 1.966 nascimentos, resultado considerado excelente para ações

² Ana Carolina Arruda Franzon e Ligia Moreiras Sena, com o apoio da jornalista/blogueira e ativista pela humanização do parto Fernanda Andrade Café.

³ www.partonobrasil.com.br

⁴ www.cientistaqueviroumae.com.br

⁵ Resultados tornados públicos podem ser vistos em

http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-_Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf

utilizando a internet como ferramenta. Embora realizado de maneira informal, o teste foi utilizado para estimular a discussão sobre a violência obstétrica junto às mulheres e a diferentes setores da promoção e atenção à saúde da mulher, e revelou resultados muito semelhantes aos que as pesquisas vêm mostrando sobre a qualidade da assistência ao parto no Brasil: 52% dos partos/nascimentos avaliados foram cesarianas; mais de 40% das mulheres se consideraram desrespeitadas pela equipe de saúde; 25% delas declararam terem sofrido episiotomia; 75% não puderam se movimentar durante o trabalho de parto ou precisaram se manter deitadas durante o nascimento do filho; quase 50% das mulheres não puderam ter acompanhante, ainda que tal direito seja garantido pela lei federal número 11.108; apenas 18% das mulheres puderam e foram incentivadas a amamentar na primeira hora de vida dos bebês; 47% das mulheres sentiram-se felizes pela chegada do filho, sentimento que foi diminuído em função das violências que sofreram; e, por fim, para metade das mulheres da amostra, as dificuldades que viveram no pós parto e puerpério estiveram relacionadas à forma como seus partos aconteceram.

Organizados e compilados os dados, os resultados foram tornados públicos em 21 de maio do mesmo ano, também nos mais de 70 blogs e sites inicialmente envolvidos. Os resultados desta ação informal, chocantes pelo que revelavam, chamaram a atenção da mídia tradicional que, por meio de matérias em rádios, revistas e televisão^{6 7 8}, sensibilizou a opinião pública para algo que o movimento pela humanização do parto e alguns setores acadêmicos já vinham discutindo intensamente: a violência obstétrica.

⁶ <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2012/03/um-quarto-das-mulheres-brasileiras-sofre-algum-tipo-de-violencia-na-hora-do-parto>

⁷ <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-06-04/pesquisa-mostra-violencia-contra-mulher-durante-o-parto.html>

⁸ <http://saudenacomunidade.org/2014/10/01/resc2014-e39/>

- ***Videodocumentário “Violência Obstétrica – A voz das brasileiras”***

Ainda em 2012, as mesmas ativistas e pesquisadoras promoveram uma segunda intervenção utilizando a conectividade e as TICs, visando novamente contribuir para a desnaturalização e para a quebra da invisibilidade da violência obstétrica. Em um movimento via redes sociais e blogs, mulheres que passaram por situação de violência em seus partos foram convidadas a gravarem um pequeno vídeo, de no máximo 5 minutos, falando sobre as violências que viveram no nascimento de seus filhos, em maternidades brasileiras.

Mais de 20 mulheres que se reconheceram como vítimas de violência obstétrica enviaram voluntariamente vídeos e/ou fotos sobre o parto/nascimento de seus filhos. O material recebido foi decupado e, a partir disso, foi produzido um videodocumentário popular intitulado “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”, hospedado para livre acesso na plataforma de vídeos Youtube, podendo ser assistido por qualquer pessoa com acesso à internet⁹.

O documentário foi submetido e aceito para a sessão de comunicações orais do X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre, em novembro de 2012. Em função da sensibilização que promoveu na sessão de comunicações orais, foi concedido à equipe organizadora um horário de apresentação pública na Tenda Paulo Freire, espaço central de apresentação de vídeos relacionados à saúde coletiva no mesmo congresso. Tal apresentação reuniu mais de 50 pessoas, as quais foram impactadas pelas imagens e relatos presentes no documentário. Logo após o congresso, o documentário foi amplamente divulgado via mídias sociais e blogs, o que novamente chamou a atenção da opinião pública via mídia tradicional. Em poucos dias, foi considerado um dos vídeos mais vistos daquela semana na plataforma Youtube, categoria “sem fins lucrativos/ativismo”, alcançando grande repercussão em todo o país, contribuindo para a quebra da invisibilidade do tema, à medida que se tornou objeto de diversas matérias jornalísticas por todo o Brasil^{10 11 12 13}. Em 2013, foi considerado, pelo júri popular,

⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>

¹⁰ <http://www.viomundo.com.br/blog-da-saude/saude/violencia-obstetrica-em-video-brasileirasdenunciam-abusos-maus-tratos-e-sofrimento-nas-maos-de-profissionais-de-saude.html>

como o melhor documentário apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero, contribuindo para a ampliação da discussão do tema sob uma perspectiva feminista e de gênero, e continua a ser frequentemente assistido e debatido, tendo sido acessado mais de 190.000 vezes até abril de 2016. Após sua apresentação em diferentes congressos e seminários, o documentário passou a ser apresentado em cursos de graduação da área médica, audiências públicas e outras reuniões com o objetivo de discutir e dar voz às mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil.

Como afirmado por Castells (2006), a comunicação global mediada pelo novo sistema eletrônico, que permite a integração dos meios de comunicação e a interatividade entre grande parte dos segmentos sociais, está mudando e mudará para sempre nossa cultura. O novo espaço de mídia criado, o qual passa a ser visto como mídia não tradicional, interfere de maneira decisiva no exercício do poder e nas oportunidades de participação que os cidadãos passam a ter na vida política de seu país.

O intenso envolvimento e participação das mulheres em ambas as ações descritas, tanto das que atuaram como divulgadoras/apoiadoras quanto das que ofereceram seus relatos de violência na assistência ao parto no Brasil, mostrou exatamente isso: que acessar a internet como meio de comunicação tem sido válido para evidenciar violências antes não problematizadas e, assim, contribuir para mudanças políticas importantes e urgentes, especificamente no campo da saúde.

As ações relatadas contribuíram para fortalecer a reivindicação dos direitos que as mulheres têm de serem bem atendidas e assistidas durante o parto e nascimento de seus filhos, como proposto inicialmente nas décadas de 80 e 90 pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, e que vai na mesma direção dos movimentos atuais de reivindicação do direito de escolher e controlar seus corpos e suas vidas,

11

<http://www.ebc.com.br/noticias/colaborativo/galeria/videos/2013/03/violencia-obstetrica-a-voz-dasbrasileiras>

12 <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2013/05/unicamp-exibe-documentario-sobreviolencia-obstetrica-nesta-quinta.html>

13 <http://www.redehumanizaus.net/66801-violencia-obstetrica-a-voz-das-brasileiras>

vivididos com ainda maior intensidade no Brasil no ano de 2015, no movimento que ganhou o nome de “Primavera das Mulheres”.

As redes de conectividade têm contribuído para o fortalecimento e a promoção de ações políticas femininas no sentido de exigir mudanças legislativas que promovam a erradicação da violência. Gonçalves (2014) afirma que, ao fortalecer as redes, fortalecemos diretamente a participação política das mulheres e que, com a expansão do acesso à rede mundial de computadores, as informações e as trocas de experiências podem estar ao alcance de um maior número delas, as quais, mais informadas e mais conscientes sobre seus corpos e sua saúde, podem exigir mudanças no sistema. Assim, o empoderamento feminino promovido por ações coletivas como as descritas neste tópico podem auxiliar as mulheres a exigirem mudanças fundamentais e urgentes na assistência ao parto no Brasil.

O Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência Obstétrica – A voz das Brasileiras” contribuíram para que um maior número de mulheres pudessem refletir sobre a qualidade da atenção que receberam em seus partos e manifestassem o desejo de compartilhar tais reflexões. Mais do que isso: mostraram que mulheres estão criando estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, denunciando os maus tratos recebidos e exigindo a elaboração e cumprimento de políticas públicas que visam coibir e combater as práticas violentas de atenção ao parto/nascimento no Brasil, evidenciados há mais de 30 anos. No entanto, para que políticas públicas efetivas possam ser propostas e mudanças possam ser realizadas, é preciso conhecer, de fato, a realidade da assistência ao parto e esmiuçar ainda mais o contexto da violência obstétrica no Brasil. Para isso, acessar as experiências das mulheres sobre o que elas mesmas viveram no nascimento de seus filhos torna-se uma ferramenta de fundamental importância no contexto da desmedicalização e humanização do parto e nascimento.

Utilizar a internet como ferramenta para promover a conscientização, discussão e quebra da invisibilidade da violência obstétrica também se faz estratégico em função dos benefícios que a participação em ações via internet pode trazer às mulheres que a viveram. Beck (2004), em estudo sobre o parto traumático, apontou os benefícios, para a mulher, de participar de ações mediadas pela internet, tais como: ser ouvida e reconhecida em sua dor; diminuir o sentimento de solidão; utilizar a rememoração dos eventos traumáticos que viveu como elaboração mental e emocional do vivido; empoderamento, por

sentir que alguém “lhe deu voz”; além de se sentir contribuindo para que outras mulheres não vivam o que ela mesma viveu.

OBJETIVOS

1. Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho foi descrever e analisar a experiência de violência obstétrica em maternidades brasileiras a partir de relatos de mulheres entrevistadas via internet, bem como compreender tais experiências tomando como referência o processo de medicalização social, em específico a medicalização da assistência à gestação e ao parto.

2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, este trabalho pretendeu responder aos seguintes questionamentos:

- Quais as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres que se reconheceram como vítimas da violência obstétrica?
- Quais foram as práticas consideradas, pelas entrevistadas, como violentas/desrespeitosas?
- Quais profissionais da assistência obstétrica foram considerados, pelas entrevistadas, como autores das práticas violentas?
- Há alguma relação entre aspectos medicalizantes do processo de gestação e parto e a ocorrência de violência?
- Qual foi o momento/situação em que as mulheres entrevistadas se conscientizaram e/ou passaram a problematizar tais práticas como sendo formas de violência?
- Quais as possíveis consequências da violência vivida sobre a vida futura das mulheres entrevistadas, segundo a percepção delas?

PERCURSO METODOLÓGICO

1. A pesquisa

Esta foi uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa, que utilizou a internet para alcançar mulheres que viveram experiências violentas na assistência ao parto no Brasil. Mulheres que demonstraram, espontaneamente, interesse em participar desta pesquisa foram entrevistadas com o auxílio de um questionário composto por perguntas fechadas, para sua caracterização sociodemográfica, e questões semi-estruturadas, para acessar sua percepção a respeito de possíveis eventos de violência que viveram durante a assistência ao parto em maternidades brasileiras.

2. As entrevistadas

2.1. Convite à participação

A autora do presente trabalho criou, no ano de 2010, um site intitulado “Cientista Que Virou Mãe” a fim de produzir e/ou compartilhar informações a respeito de aspectos relacionados à gestação, ao parto, ao nascimento e a angústias, expectativas e experiências de mulheres que se descobrem grávidas e/ou que já são mães. Sem que planejasse, o site acabou se tornando uma espécie de referência na busca de informações não hegemônicas e fora da mídia tradicional a respeito de tais temas. Atualmente, ele conta com uma média de 8.000 visitas diárias, uma página na rede social Facebook com cerca de 90.000 pessoas participantes e um total de mais de 5 milhões e 300 mil acessos em 6 anos de atividade. Isso permitiu e ainda permite um contato diário com centenas de mulheres de diferentes locais do Brasil e também de outros países interessadas na temática parto/nascimento, que acompanham o site e confiam nas informações ali disponíveis.

Em 25 de novembro de 2011, Dia Internacional do Combate a Todas as Formas de Violência Contra a Mulher, a autora do presente trabalho, com o apoio de dezenas de sites, blogs e páginas no Twitter, disseminou um convite à participação na pesquisa. O convite foi elaborado com o auxílio da ferramenta Formulários do Google, contendo uma breve apresentação da autora, da pesquisa e de seu vínculo com a Universidade Federal de Santa Catarina, além de um campo para preenchimento do nome da mulher que manifestava seu

desejo de ser entrevistada e um campo para preenchimento de seu e-mail, o qual seria posteriormente utilizado como forma de contato (Apêndice 1). O formulário foi anexado ao site, de forma que as visitantes pudessem facilmente acessá-lo ou buscá-lo em seus navegadores. O preenchimento do formulário originou, como de praxe, uma tabela no formato de Excel, contendo a data e o horário de preenchimento cada interessada em participar da pesquisa, além de seu nome e seu e-mail de contato (Apêndice 2). O formulário de interesse contendo o convite à participação permaneceu aberto para novas inscrições de sua data de lançamento até junho de 2014, portanto durante 2 anos e 7 meses, tendo sido fechado para novas inscrições por recomendação da banca do exame de qualificação de tese, em função do grande número de mulheres que já haviam manifestado seu interesse em participar.

2.2. Coleta de dados

Foram, no total, 1.043 inscrições individuais de mulheres que desejavam ser entrevistadas em função da violência que viveram no nascimento de seus filhos.

O questionário de entrevista (Apêndice 3) somente foi enviado às interessadas em participar após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, o que demorou um total de 2 anos para aprovação, em função tanto de uma greve de servidores públicos que aconteceu neste período quanto de exigências feitas pelo próprio Comitê como condição para aprová-la.

Tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética, a autora passou, então, à fase de coleta de dados, enviando a cada inscrita um e-mail contendo uma pequena apresentação e agradecimento pelo interesse, orientações para o preenchimento, seus contatos pessoais e, em anexo, dois arquivos: um contendo o questionário de entrevista e um contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4). A autora enviou todos os e-mails pelo endereço “pesquisaviolenciaobstetrica@yahoo.com.br”, criado exclusivamente para esta finalidade.

Dentre as 1.043 manifestações de interesse em participar da pesquisa, 831 endereços de e-mail foram considerados válidos, com uma perda de 212 interessadas. Isso ocorreu tanto devido ao preenchimento errado do endereço pela própria interessada quanto ao abandono do uso

do e-mail inscrito pelas usuárias, ou também pela possibilidade do e-mail enviado ter sido interpretado pelo servidor como lixo eletrônico, impedindo seu recebimento. Dentre os 831 e-mails enviados, apenas 234 respostas foram recebidas. Foi, então, realizada a triagem do material recebido, de acordo com os critérios de inclusão.

2.3. Critérios de inclusão

Das 234 respostas recebidas, foram considerados para análise somente os questionários cujas entrevistas e/ou evento de parto e nascimento cumprissem os seguintes requisitos:

- ser maior de 18 anos
- parto/nascimento acontecido nos últimos 15 anos
- parto/nascimento ocorrido no interior de instituições hospitalares (maternidades) brasileiras
- preenchimento de, no mínimo, 80% do questionário
- envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preenchido e assinado
- teste de existência real de entrevistada (por meio de busca pelo perfil pessoal na internet ou informações públicas disponíveis)
- identificação pessoal

Das 234 respostas recebidas ao e-mail de contato, não foram incluídas as seguintes, em função dos motivos descritos abaixo:

- 11 respostas de menores de 18 anos;
- 48 relatos de parto/nascimento ocorridos há mais de 15 anos;
- 19 relatos de parto/nascimento ocorridos em instituições fora do país;
- 35 questionários preenchidos parcialmente e/ou sem relato de parto/nascimento;
- 41 questionários enviados sem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 36 questionários enviados sem identificação pessoal;
- 14 questionários cuja identidade pessoal não pode ser verificada.

Assim, levando em conta tais fatores de inclusão, foram considerados para análise 30 questionários de entrevista.

3. Análise do material

Os dados sociodemográficos e de caracterização do parto/nascimento, obtidos com o auxílio do questionário de entrevista, foram tratados por meio de estatística descritiva.

Para a análise dos relatos de parto e das respostas às questões, foi utilizada a análise de conteúdo qualitativa, de acordo com o proposto por Bardin (1977), a fim de evidenciar os eventos de violência obstétrica vividos pelas entrevistadas e as demais questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa. Bardin define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das falas e comunicados com o objetivo de captar, identificar e descrever o conteúdo que emerge das mensagens.

Para a análise de conteúdo, optou-se pela utilização da análise temática, por ser considerada por Minayo (2007) como bastante adequada para estudos qualitativos na área da saúde. Para tanto, a análise compreendeu três etapas:

- 1) Pré-análise: realizada para verificação dos critérios de inclusão;
- 2) Etapa exploratória: consistindo na leitura flutuante de cada entrevista e de todo o material, a fim de identificar categorias temáticas de análise afins aos objetivos propostos;
- 3) Etapa de tratamento dos resultados e interpretação: evidenciação de trechos das entrevistas que podem ser classificadas dentro das categorias temáticas e compreensão do todo dos dados obtidos, permitindo a realização de inferências e interpretações de acordo com o referencial teórico escolhido, qual seja a medicalização do parto como porta para a ocorrência de violência obstétrica.

4. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (No. 33005114.6.0000.0121). Os princípios éticos de anonimato foram utilizados, tendo cada entrevistada recebido um nome fictício para representar seus relatos. Somente foram considerados os questionários de entrevista enviados por entrevistadas que preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as formas de contato da pesquisadora (e-mail, telefone residencial e telefone celular) foram fornecidos a todas as entrevistadas. A pesquisadora se manteve à disposição para dirimir possíveis dúvidas. Todas as entrevistadas serão novamente contatadas para envio da versão final deste trabalho. Nomes de profissionais ou de instituições de saúde mencionados nas respostas, bem como locais de ocorrência dos relatos, não foram mencionados como forma de proteger a identidade de todas as entrevistadas.

RESULTADOS

1. Caracterização sociodemográfica das entrevistadas no momento de preenchimento do questionário da entrevista

As características sociodemográficas das mulheres que participaram desta pesquisa encontram-se organizadas no Quadro 1. Nele, encontramos seus nomes fictícios, sua idade, o local onde moravam no momento do preenchimento do questionário de entrevista, sua idade, escolaridade, cor da pele, número de gestações, número de partos normais e número de cesarianas.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das mulheres que ofereceram seus relatos sobre a violência obstétrica que viveram em maternidades brasileiras. Dados referentes ao momento do preenchimento do questionário de entrevista.

NOME FICTÍCIO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	IDADE	ESCOLARIDADE	COR DA PELE	NÚMERO DE GESTAÇÕES	NÚMERO DE PARTOS NORMAIS	NÚMERO DE CESARIANAS
Ana	SC	37	Pós incompleta	branca	2	2	0
Bruna	SP	35	Pós incompleta	branca	3	2	1
Bianca	PE	42	Superior completo	branca	1	0	1
Clarice	SP	34	Pós incompleta	parda	1	0	1
Cora	ES	36	Pós incompleta	branca	1	1	0
Cássia	MG	31	Superior completo	branca	1	1	0
Carmem	RJ	35	Pós incompleta	branca	2	1	1
Daniela	SP	26	Superior completo	branca	2	2	0
Dulce	SP	26	Superior completo	branca	2	2	0
Diana	EUA	37	Pós incompleta	asiática	1	0	1
Eva	SP	36	Pós incompleta	branca	2	0	2
Elisa	SP	36	Pós incompleta	branca	2	0	2
Felice	MG	32	Pós incompleta	branca	2	1	0
Giulia	AM	23	Superior incompleto	parda	3	0	1
Janaína	SE	25	Pós incompleta	negra	2	1	0
Jussara	SP	34	Superior completo	branca	2	1	1
Jordana	PB	32	Superior completo	branca	2	2	0

Kate	SC	32	Pós incompleta	negra	2	0	2
Loris	SP	36	Superior completo	branca	3	3	0
Louise	SP	40	Pós incompleta	branca	1	0	1
Marta	DF	35	Pós incompleta	branca	1	0	1
Monalisa	MG	38	Pós incompleta	branca	1	1	0
Marília	SC	37	Pós incompleta	branca	3	2	0
Olga	GO	33	Pós incompleta	parda	1	0	1
Pietra	RJ	42	Pós incompleta	branca	4	1	2
Pilar	SP	49	Pós incompleta	branca	2	2	0
Rita	PE	42	Pós completa	branca	1	1	0
Rosa	Reino Unido	31	Superior completo	branca	3	1	1
Rosário	MT	42	Ensino médio completo	branca	2	1	1
Tânia	SP	27	Superior completo	branca	1	0	1

Como é possível observar pela Figura 1, a maioria das entrevistadas é residente do Estado de São Paulo, seguido por Minas Gerais e Santa Catarina, duas residentes no Rio de Janeiro e Pernambuco, duas entrevistadas residindo em outros países (Estados Unidos e Reino Unido) e uma entrevistada de cada um dos seguintes Estados: Goiás, Espírito Santo, Amazonas, Distrito Federal, Sergipe, Paraíba e Mato Grosso.

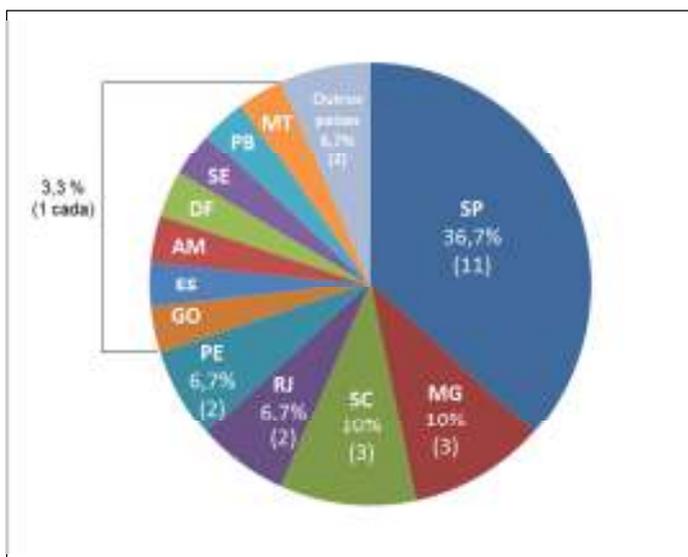


Figura 1. Distribuição das entrevistadas por Estado brasileiro e outros países no momento do preenchimento do questionário de entrevista.

A idade média das entrevistadas no momento do preenchimento do questionário, foi de 34,7 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 49 anos.

Com relação à escolaridade, 60% das entrevistadas possuem pós-graduação incompleta, seguido por ensino superior completo (30%), uma entrevistada com ensino superior incompleto, uma com ensino médio completo e uma com pós-graduação completa, como pode ser observado na Figura 2.

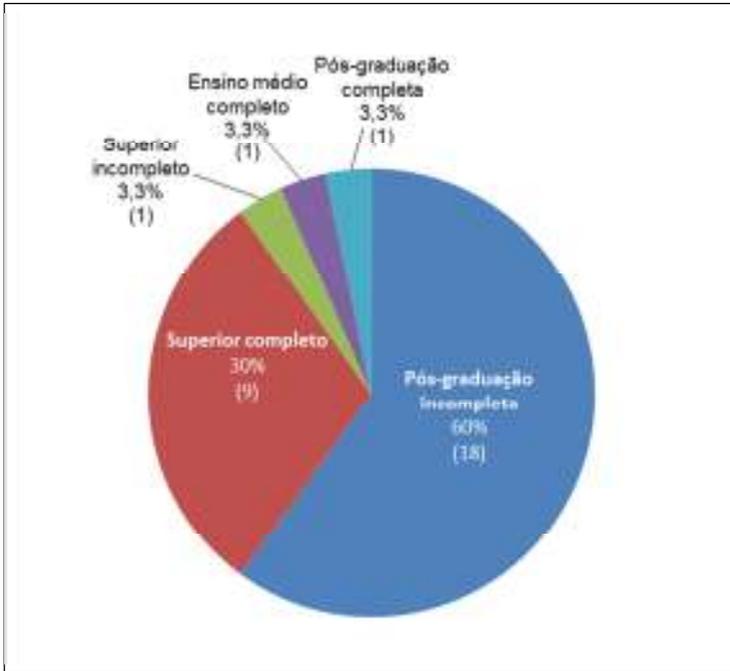


Figura 2. Distribuição das entrevistadas por grau de escolaridade no momento do preenchimento do questionário de entrevista.

Do total de entrevistadas, 80% delas se autodeclararam brancas, 10% pardas, 6,7% negras e apenas 3,3% de origem asiática, como pode ser visto na Figura 3.

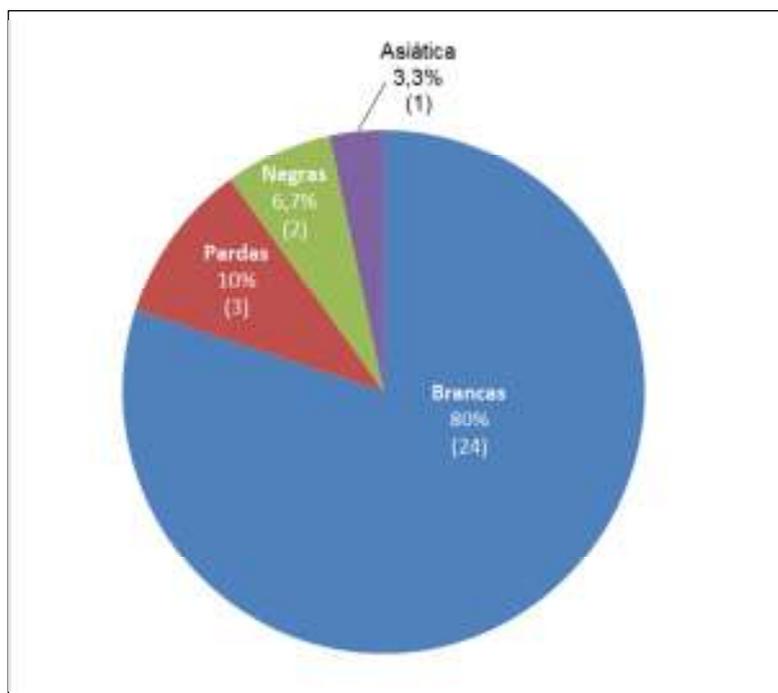


Figura 3. Distribuição das entrevistadas por sua cor de pele.

A maioria das entrevistadas vivenciou duas gestações (43,3%), seguida por uma gestação (36,7%), três gestações (16,7%) e 4 gestações (3,3%), como representado pela Figura 4.

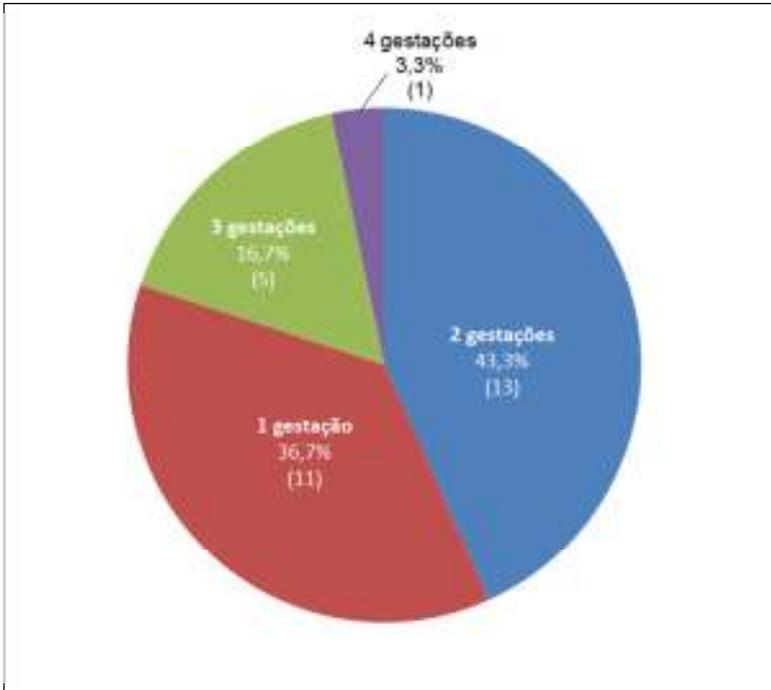


Figura 4. Distribuição das entrevistadas pelo número de gestações que tiveram até o momento da entrevista.

Dentre todas as participantes da pesquisa, 56,6% delas viveram cirurgias cesarianas em algum momento de suas vidas, e menos da metade, 43,4%, viveram a experiência de parto por via vaginal, como representado pela Figura 5.

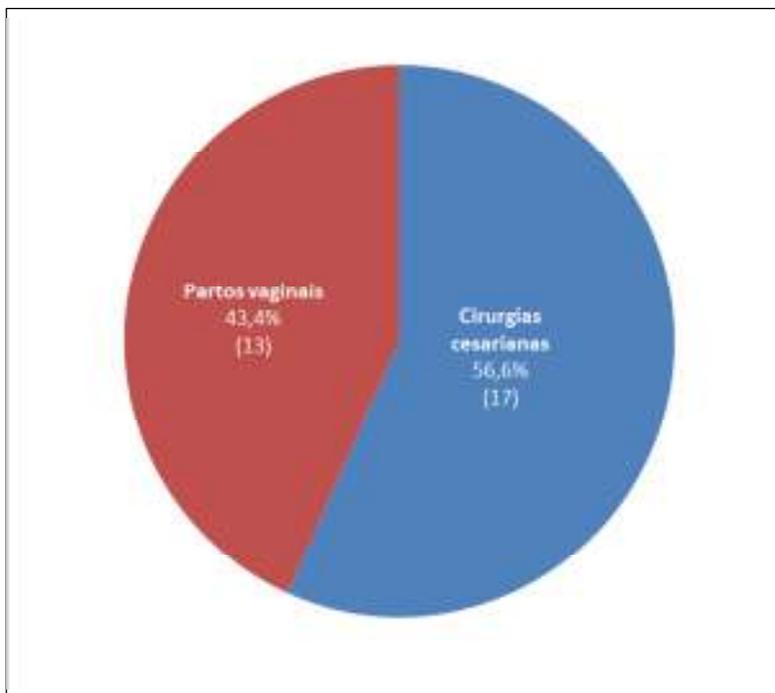


Figura 5. Total de partos vaginais e cirurgias cesarianas vividos pelas entrevistadas da pesquisa até o momento do preenchimento do questionário de entrevista.

2. Caracterização das experiências de parto e nascimento relatadas pelas entrevistadas, de acordo com as perguntas norteadoras

No Quadro 2, estão apresentadas as características gerais relacionadas aos eventos de parto e nascimento relatados pelas mulheres que participaram desta pesquisa. Nele, encontramos seus nomes fictícios, o local onde o nascimento aconteceu, sua idade no momento do nascimento, seu estado civil àquele momento, o tipo de maternidade em que ele ocorreu (se pública ou privada), se pode ter acompanhante, qual profissional que a assistiu, a via de nascimento, se teve ou não contato com o bebê imediatamente após e se foi incentivada a amamentar pela equipe de saúde.

Quadro 2 – Caracterização dos nascimentos relatados pelas entrevistadas, de acordo com as perguntas norteadoras.

Nome fictício	Local de nasc.	Idade no nascim.	Estado civil	Maternidade	Acompanhante	Profissional da assistência	Via de nascim.	Contato com bebê	Incent. à amament.
Ana	AM	31	casada	privada	sim, em alguns momentos, sem pagar	médico do pré-natal	vaginal	não	Não
Bruna	SP	31	casada	pública	sim, em alguns momentos, sem pagar	médico plantonista	cesariana	não	Não
Bianca	PE	38	união estável	privada	sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	cesariana	sim	Sim
Clarice	SP	29	casada	privada	não	médico do pré-natal	cesariana	não	Sim
Cora	ES	33	casada	privada	sim, em alguns momentos, sem pagar	médico do pré-natal	vaginal	não	Sim
Cássia	MG	26	solteira	privada	sim, em alguns momentos, pagando	médico do pré-natal	vaginal	sim	Sim
Carmem	RJ	30	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	cesariana	não	Não
Daniela	SP	23	união estável	pública	sim, em alguns momentos, sem pagar	enfermeira plantonista	vaginal	não	Não
Dulce	SP	25	união estável	pública	sim, em alguns momentos, sem pagar	méd. plantonista enf. plantonista	vaginal	não	Não

Diana	PR	29	casada	privada	sim, em alguns momentos, sem pagar	médico do pré-natal	cesariana	não	Não
Eva	SP	30	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	cesariana	não	Não
Elisa	SP	33	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	méd. plantonista enf. do pré-natal	cesariana	não	Não
Felice	MG	28	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	médico plantonista	vaginal	não	não
Giulia	AM	21	casada	privada	não	méd. plantonista enf. plantonista	cesariana	não	Não
Janaína	SE	21	casada	privada	sim, sempre, pagando	médico plantonista	vaginal	sim	Sim
Jussara	SP	20	solteira	pública	não	méd. plantonista enf. plantonista	vaginal	não	Não
Jordana	PB	27	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	vaginal	não	Não
Kate	SC	32	casada	privada	sim, sempre, pagando	médico plantonista	cesariana	não	Sim
Loris	SP	27	casada	privada	não	médico plantonista	vaginal	não	Não
Louise	SP	37	casada	privada	sim, em alguns momentos,	médico do pré-natal	cesariana	não	Não

Marta	DF	33	casada	privada	pagando sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	cesarian a	não	Sim
Monalisa	MG	36	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	vaginal	não	Sim
Marília	SC	28	casada	privada	não	médico do pré-natal	vaginal	não	Sim
Olga	GO	19	casada	privada	não	médico do pré-natal	cesarian a	não	Não
Pietra	RJ	34	casada	privada	sim, sempre, sem pagar	médico do pré-natal	cesarian a	não	Não
Pilar	SP	37	casada	privada	sim, sempre, pagando	médico do pré-natal	vaginal	não	Não
Rita	PE	38	solteira	privada	sim, sempre, pagando	doula parteira médico do pré-natal	vaginal	sim	Sim
Rosa	SP	26	casada	privada	sim, em alguns momentos, sem pagar	méd. plantonista enf. plantonista	cesarian a	não	Não
Rosário	AC	36	casada	pública	não	médico plantonista	cesarian a	não	Não
Tânia	SP	25	namorada	privada	sim, em alguns momentos, sem pagar	médico plantonista	cesarian a	não	Não

A Figura 6 mostra a distribuição dos nascimentos relatados em função do Estado brasileiro em que aconteceram. Os nascimentos aconteceram em 13 diferentes Estados brasileiros, com maior número em São Paulo (12), seguido por Minas Gerais (3), Pernambuco, Amazonas, Rio de Janeiro e Santa Catarina (2), Espírito Santo, Paraná, Sergipe, Paraíba, Distrito Federal, Goiás e Acre (1 cada).

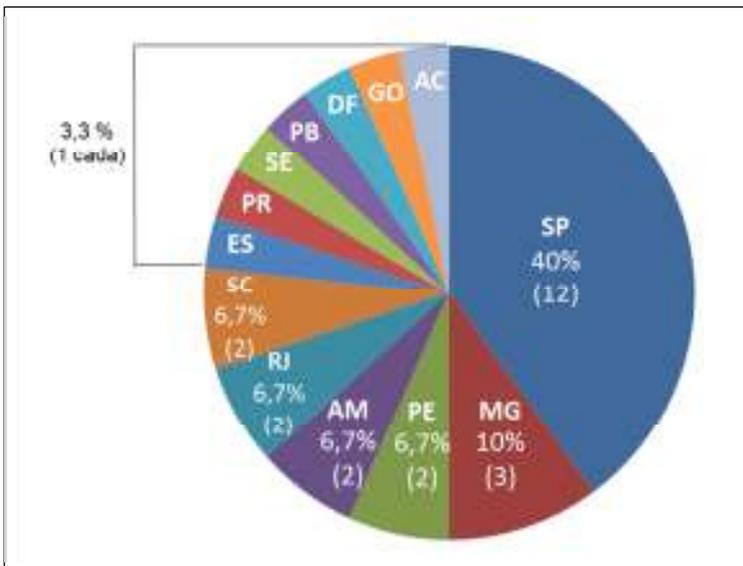


Figura 6. Distribuição dos nascimentos relatados em função do Estado brasileiro em que aconteceram.

No momento do nascimento, a idade média das entrevistadas foi de 29,4 anos, com idade mínima de 19 e máxima de 38 anos. A maioria das entrevistadas estava casada no momento do nascimento relatado (24), 3 estavam em uma união estável, 3 eram solteiras e 1 assinalou a opção “Outras”, afirmando estar namorando no momento do nascimento, distribuição apresentada na Figura 7.

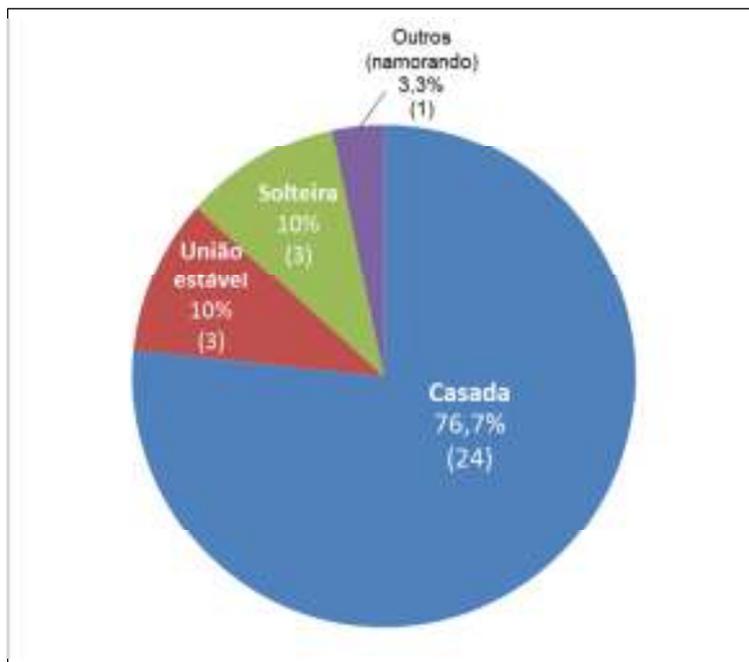


Figura 7. Distribuição dos nascimentos relatados em função do estado civil das entrevistadas no momento do nascimento

Os nascimentos relatados nesta pesquisa aconteceram, em sua maioria, dentro de maternidades brasileiras privadas (83,3%), com apenas 16,7% acontecidos no interior de maternidades públicas, como pode ser visto na Figura 8. O Quadro 3 apresenta informações a respeito da possibilidade ou não da entrevistada ter um acompanhante durante o nascimento relatado. É possível observar que 30% delas puderam ter seu acompanhante durante todo o processo de nascimento, sem necessidade de pagamento de taxa para isso. 26,7% também puderam ter seu acompanhante sem necessidade de pagamento, porém apenas em alguns momentos. 23,3% não puderam ter acompanhante durante o parto/nascimento relatado. 20% delas precisaram pagar taxa para que tivessem direito a ter acompanhante, sendo que, entre essas, 13,3% puderam ter acompanhante durante todo o nascimento, enquanto 6,7%, mesmo mediante pagamento de taxa, só puderam ter acompanhante em alguns momentos.

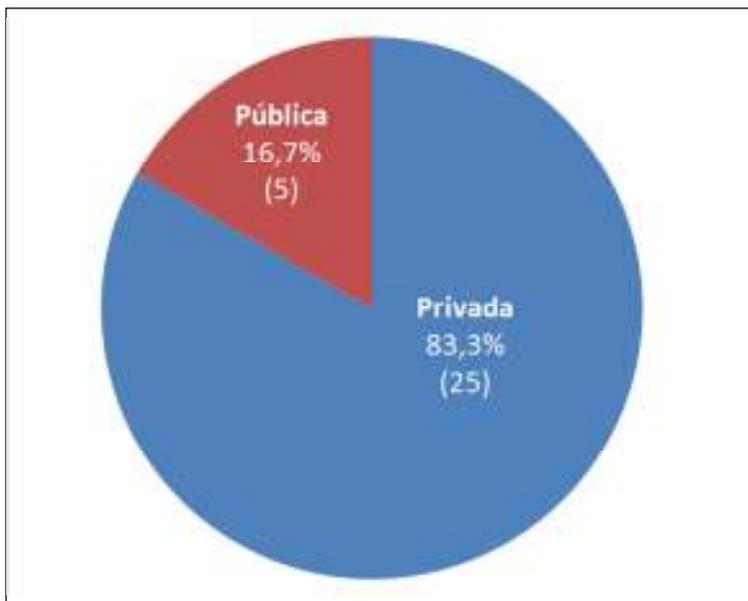


Figura 8. Distribuição dos nascimentos relatados em função do tipo de financiamento das maternidades em que ocorreram.

Quadro 3 – Possibilidade de ter acompanhante durante os nascimentos relatados pelas entrevistadas, dentro de maternidades brasileiras.

ACOMPANHANTE	NÚMERO	%
Sim, sempre, sem pagar	9	30
Sim, em alguns momentos, sem pagar	8	26,7
Não	7	23,3
Sim, sempre, pagando	4	13,3
Sim, em alguns momentos, pagando	2	6,7

Com relação ao profissional que prestou assistência à parturiente nos nascimentos relatados, pode-se observar, com o auxílio do Quadro 4, que dos 30 nascimentos considerados, 56,7% foram assistidos pelos mesmos médicos que acompanharam essas mulheres em seus pré-natais. 40% dos nascimentos foram assistidos por médicos plantonistas. 16,7% foram assistidos por enfermeiras plantonistas. Enfermeiras que acompanharam as mulheres em seus pré-natais, doulas e parteiras assistiram apenas 3,3% das mulheres (cada uma dessas categorias profissionais).

Quadro 4 – Profissional que prestou assistência aos nascimentos relatados pelas entrevistadas, ocorridos no interior de maternidades brasileiras.

PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA	NÚMERO DOS NASCIMENTOS EM QUE ESTEVE PRESENTE	%
Médico do pré-natal	17	56,7
Médico plantonista	12	40
Enfermeira plantonista	5	16,7
Enfermeira do pré-natal	1	3,3
Doula	1	3,3
Parteira	1	3,3

Com relação à via de nascimento dos relatos incluídos nesta pesquisa, 53,3% deles aconteceram por meio de cirurgias cesarianas, enquanto 46,7% aconteceram por via vaginal, como representado pela Figura 9.

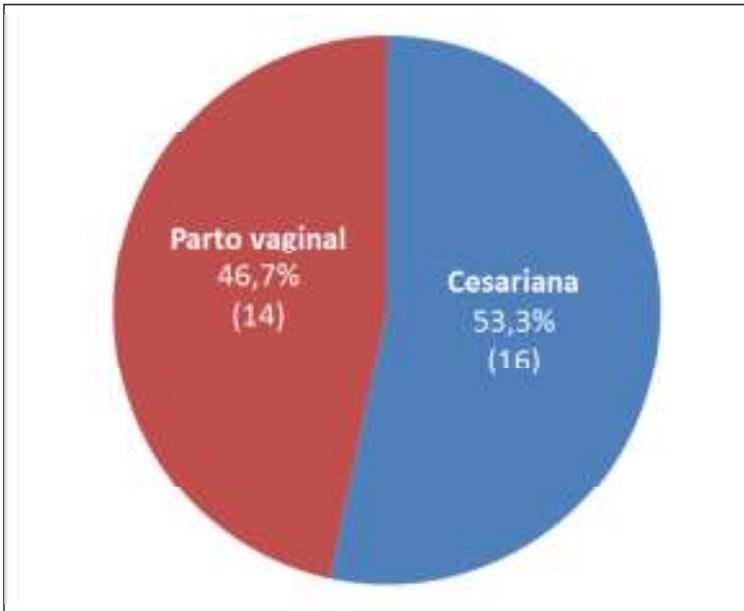


Figura 9. Distribuição dos nascimentos relatados em função da via de nascimento.

A Figura 10 apresenta dados sobre a ocorrência ou não de contato entre mãe e recém-nascido imediatamente após o nascimento (Fig. 10A), bem como se houve incentivo à amamentação pela equipe de saúde, no pós-parto imediato (Fig. 10B), a partir das respostas ao questionário de entrevista. Como é possível observar, em 86,7% dos nascimentos relatados as mães foram impedidas de terem contato com seus bebês imediatamente após o nascimento. Com relação ao incentivo à amamentação no pós-parto imediato, apenas 33,3% das mulheres foram incentivadas a amamentar seus filhos logo após o nascimento.

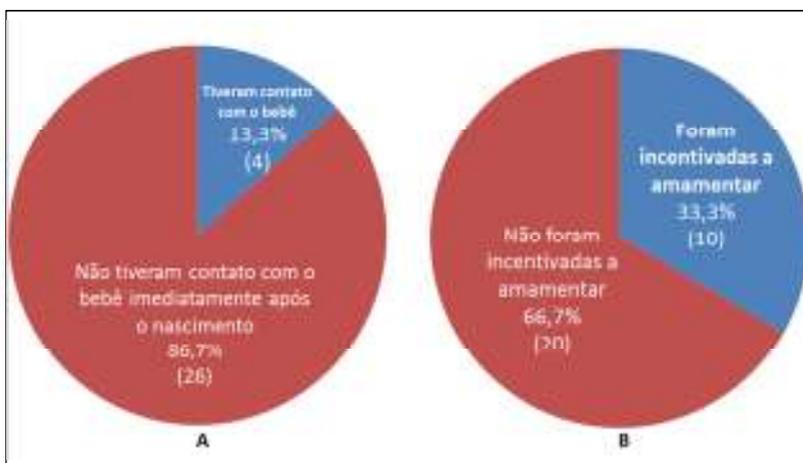


Figura 10. Contato da mãe com o recém-nascido (A) e incentivo à amamentação (B) imediatamente após o nascimento.

3. Identificação de situações de maus tratos, desrespeitos e violência pelas entrevistadas, de acordo com as perguntas norteadoras de caracterização das experiências de nascimento relatadas

O Quadro 5 apresenta a compilação das respostas à pergunta “*Você se sentiu desrespeitada por qual profissional?*”. 83,3% das entrevistadas referiram terem sido desrespeitadas pelo(a) médico(a) obstetra. 50% afirmaram que foram desrespeitadas pela(o) enfermeira(o), mesma porcentagem que afirmou terem sido desrespeitadas pela(o) auxiliar de enfermagem. 30% das entrevistadas afirmam que foram desrespeitadas pelo(a) anestesista. 13,3%, referiram desrespeitos a partir de pediatras. 10% afirmaram terem sido desrespeitadas pela consultora de amamentação. 6,7% se sentiram desrespeitadas pela recepcionista da instituição. E 3,3% afirmaram que foram desrespeitadas pela doula, mesma proporção para “Outros” (a qual referiu ter sido desrespeitada pela direção do hospital).

Quadro 5 – Profissionais que manifestaram desrespeitos às gestantes/parturientes, de acordo com a percepção das mulheres entrevistadas.

PROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA	NÚMERO DE CITAÇÕES	%
Médico obstetra	25	83,3
Enfermeira	15	50
Auxiliar de enfermagem	15	50
Anestesista	9	30
Pediatra	4	13,3
Consultora de Amamentação	3	10
Recepcionista	2	6,7
Doula	1	3,3
Outro (direção do hospital)	1	3,3

No Quadro 6, pode ser observada a compilação das respostas à pergunta “*Quando foi que você percebeu que havia sofrido violência obstétrica?*”. 36,7% das entrevistadas afirmaram que perceberam a violência vivida durante o parto/nascimento. 10% se deram conta de que haviam vivido violência poucos dias pós o parto, mesma proporção entre as que perceberam entre 1 e 6 meses após, 6 meses e 1 ano após, e entre 1 e 2 anos após o nascimento. 6,7% afirmaram que se deram conta da violência em até 1 mês após o parto, mesma proporção entre aquelas que perceberam entre 2 e 5 anos após o parto e entre 5 e 10 anos após. Apenas 3,3% das entrevistadas afirmou ter percebido a violência vivida mais de 10 anos após o nascimento.

Quadro 6 – Momento da percepção da violência vivida no parto/nascimento relatado, entre as mulheres entrevistadas.

MOMENTO DA PERCEPÇÃO	NÚMERO DE CITAÇÕES	%
Durante o parto	11	36,7
Poucos dias após	3	10
Entre 1 e 6 meses após	3	10
Entre 6 meses e 1 ano após	3	10
Entre 1 e 2 anos após	3	10
Até 1 mês após	2	6,7
Entre 2 e 5 anos após	2	6,7
Entre 5 e 10 anos após	2	6,7
Mais de 10 anos após	1	3,3

A respeito da possibilidade de denúncia da violência vivida nos nascimentos relatados, como apresentado na Figura 11, apenas 10% das entrevistadas afirmaram terem denunciado. Questionadas sobre onde a denúncia foi formalizada, 2 entrevistadas afirmaram terem denunciado ao próprio hospital e uma denunciou em três instâncias diferentes: ao Ministério Público, à Agência Nacional de Saúde Suplementar e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O Quadro 7 apresenta os motivos citados pelas entrevistadas que as levaram a não denunciar a violência vivida.

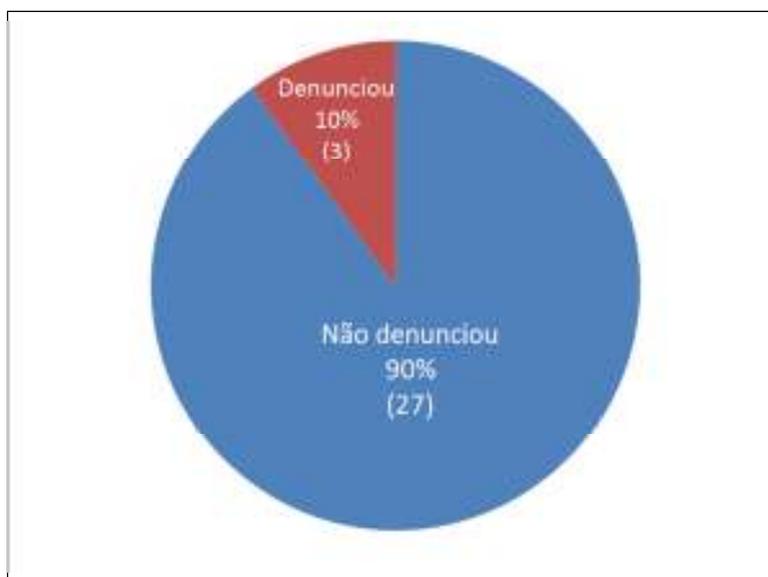


Figura 11. Dados referentes à possibilidade de denúncia da violência vivida no interior de maternidades brasileiras, de acordo com as entrevistadas.

Quadro 7 – Motivos citados pelas entrevistadas que as levaram a não denunciar a violência vivida no interior de maternidades brasileiras por ocasião do nascimento de seus filhos.

MOTIVO CITADO	NÚMERO DE MULHERES QUE O CITARAM	% DE MULHERES QUE O CITARAM
Não sabia onde denunciar, nem que podia denunciar	8	26,7
Porque essa forma de tratamento é uma prática aceita	5	16,7
Tinha medo de prejudicar o profissional que a atendeu	4	13,3
Porque naturalizou o que viveu, não sabia, na época, que não podia ser tratada assim	4	13,3
Porque só soube depois, pelo site “Cientista Que Virou Mãe”, que não era uma coisa de praxe	4	13,3
Não tinha condições emocionais de denunciar	3	10
Estava totalmente envolvida com os cuidados ao bebê e deixou para lá	3	10
Familiares ou amigos não permitiram que denunciasse	3	10
Porque já havia se passado muito tempo	3	10
Falta de provas, já que a violência foi verbal e emocional	3	10
Foi pouco sofrimento perto do que as mulheres	2	6,7

costumam sofrer		
Não conseguiu encarar ou não teve coragem	2	7
Porque conseguiu o que queria: seu bebê	2	6,7
Sentia-se culpada	1	3,3
Estava passando por dificuldades conjugais	1	3,3
Preferiu o diálogo com o profissional	1	3,3

4. Análise dos relatos de violência obstétrica por categorias temáticas

Utilizando o método de análise do conteúdo, foi possível identificar nos relatos, de acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, as seguintes categorias temáticas de análise:

- Pré-natal
- Presença do acompanhante
- Abandono emocional
- Violência verbal
- Separação mãe-bebê
- Pós-parto/Pós-operatório
- Procedimentos realizados sem consulta à mulher e/ou sem anuência
- Procedimentos usados como violência
- Anestesia como forma de controle, retaliação ou silenciamento

- ***Pré-natal***

A partir da análise dos relatos recebidos, foi possível observar que as mulheres entrevistadas perceberam atos de desrespeitos e violências desde o pré-natal, partindo do profissional que escolheram para acompanhar sua gestação. Uma maneira “fria” no tratamento interpessoal foi um elemento recorrentemente citado, que muitas vezes atuou no sentido de enfraquecer a confiança das mulheres em seu próprio corpo e no processo saudável de gestar e parir, atuando como um diminuidor de autoconfiança e de descrédito. Os tratamentos grosseiros e agressivos durante o pré-natal foram interpretados como

uma forma de violência, uma violência sutil que atuava no sentido de desanimar a mulher e colocá-la como sujeito passivo das decisões sobre o nascimento de seu filho, como pode ser percebido pelo relato de BRUNA:

Eram comentários bastante grosseiros e até mesmo violentos: ‘Não espero mais de 40 semanas porque não quero perder um bebê’, ou “Parto normal não é para qualquer uma, olhe a circunferência da cabeça do seu marido. Seu bebê pode puxar a cabeça dele e se isso acontecer, ele pode não passar”. Ou então ‘Ah, mas temos que ver qual é o seu limite de dor, a maioria das brasileiras não aguenta um parto normal, não é como as europeias que estão acostumadas a sofrer até dois dias’. Toda consulta eu saía de lá chorando, desanimada, desacreditada.

Muitas das entrevistadas mencionaram que o tratamento grosseiro, ríspido ou até mesmo “arisco”, proveniente dos profissionais que as atenderam no pré-natal, tendia a aparecer ou a aumentar de intensidade conforme elas buscavam se informar sobre os procedimentos ou questões que as angustiavam, fazendo perguntas que eram interpretadas como “invasão” ou “apropriação” do conhecimento médico. Esse comportamento agressivo de recusa em explicar quais eram os procedimentos e como tudo aconteceria, essa recusa em dedicar-se a acalmar as angústias naturais da mulher que está gestando, geralmente não se manifesta nas primeiras consultas, mas somente a partir de um estágio avançado do acompanhamento. A acolhida emocional, ainda que superficial, das primeiras consultas, tende a dar lugar a um tratamento frio e até mesmo grosseiro conforme o nascimento se aproxima, ou de acordo com os questionamentos feitos pelas gestantes. O seguinte trecho, retirado do relato de BIANCA, mostra exatamente isso:

As primeiras consultas foram muito melhores do que as que tive com a [obstetra anterior]. A coisa começou a ficar meio arisca quando eu levei umas perguntas para ela. Perguntas do tipo: ‘Como eu vou saber que entrei em

trabalho de parto? Como é o tampão? Quais são as condições que levam a uma cesárea sem chance de ser normal?’, entre outras perguntas, das quais senti muita resistência da obstetra em serem respondidas. ‘Levando em consideração sua idade, o número de semanas avançado, o cordão enlaçado, o colo do útero grosso, se você não tiver trabalho de parto esse final de semana, dia 13 (terça) a gente tira ele’. Saí do consultório com uma vontade imensa de chorar. Pois na consulta anterior, a obstetra tinha sido tão positiva, tão encorajadora e uma semana depois essa bomba. Meu chão tinha sumido! E a minha calma começou a se transformar em ansiedade

Os relatos mostram que a manifestação do desejo de ter um parto normal, por si só, já representa um fator desencadeante de comportamentos agressivos por parte dos obstetras durante a assistência pré-natal. A repulsa pelo atendimento ao parto normal, interpretado pelas mulheres como uma forma de desrespeito à sua autonomia de escolher como trazer seu filho ao mundo e do que fazer com seu próprio corpo, por vezes acontecia de maneira direta e sem rodeios.

Eu me senti desrespeitada já no pré-natal, onde os dois primeiros médicos que eu procurei me disseram que parto normal era impossível com eles. Entrei em choque, não conseguia entender como parir de forma natural e mais fisiológica era impossível! (JANAÍNA).

Este tipo de reação de repulsa à assistência ao parto normal, quando manifesta de maneira direta e sem floreios, ainda que recebida como uma forma de agressão e desrespeito por sua escolha, por vezes foi interpretada pelas mulheres como uma forma mais “honesta”, posto que não as ludibriaria e abria possibilidade para a busca de outro profissional, mais afim aos seus anseios.

[Ela era] uma obstetra super conceituada e com uma clientela de fazer a gente esperar três, quatro horas para ser atendida. Dessa corri logo, quando ao perguntar o que eu podia fazer para que o meu parto pudesse ser normal, ela respondeu: 'Olha, se você é daquelas obcecadas por parto normal, é melhor procurar outra obstetra. (BIANCA).

A própria maneira como o profissional se mostrava contrário ao parto normal, com frases interpretadas como cruéis, posto que desconsideravam a escolha da própria mulher, muitas vezes se mostrava como uma forma violenta de acolhimento, que assustava as mulheres e as deixava profundamente impactadas. A reação de CÁSSIA frente à pergunta feita à sua obstetra mostra isso:

Decidi perguntar. E fiquei estarelecida com a resposta... Entre frases absurdas, a que mais ficou na minha cabeça foi: 'Querida, cesariana é tão mais fácil, em 10 minutos o bebê está no seu braço... Parto normal dói, dói muito, e eu posso dizer, eu tive minhas duas filhas de parto normal'.

Para muitas mulheres, nem sempre a busca por outro profissional atua no sentido de minimizar sua frustração ou angústia pelo desrespeito do profissional anterior à sua decisão e autonomia. Pelo contrário. Muitas vezes, a busca incessante por profissionais que possam, ao menos, respeitar suas escolhas, se torna ainda mais frustrante e angustiante.

Achei uma nova médica, que disse ser possível com ela o parto normal, segui meu pré-natal com ela, tudo tranquilo, mas achava ela meio insegura, ela dizia que amava parto normal, mas tinha que ser com analgesia, que ela nunca tinha feito sem analgesia, que não havia porquê parto normal sem analgesia, aí eu já fiquei com receio, ela estava impondo a mim uma conduta que ela acreditava e não respeitava

meu direito de querer ou não essa alternativa.

Continuei com essa médica, quando próximo a completar 37 semanas, ela queria que eu retornasse com 1 semana para marcarmos a cesariana, pois ela fez um toque na consulta e disse que eu não tinha dilatado nada e que isso era sinal de que eu não iria parir. Sendo assim, tinha certeza que eu não queria mais voltar com ela...(JANAÍNA).

A recusa por parte do profissional, ainda no pré-natal, em prestar assistência ao parto normal nem sempre acontece de maneira explícita. O processo de inicialmente mostrar-se disponível para, somente com a proximidade do nascimento, mostrar-se contrário à decisão da mulher, foi interpretado como manipulação, enganação e subjugação pelas mulheres, que se sentiram fragilizadas e sem saber o que fazer, posto que haviam depositado confiança em alguém que, às vésperas do desfecho esperado, mostrou-se em conflito com seus próprios interesses. Neste sentido, o relato de BRUNA mostra isso:

[Ela] nunca disse que não assistiria meu desejado parto normal. Mas a cada consulta foi, sutilmente, tentando minar meus planos. [No fim] disse que apenas assistiria meu parto normal se o andamento das coisas estivesse dentro da mais absoluta 'normalidade' e que, mesmo assim, me faria episiotomia.

Muitas delas disseram terem sido “apanhadas de surpresa” quando o profissional, após meses dizendo que tudo bem prestar assistência ao parto normal, passava a mudar de discurso com a proximidade do nascimento, ou a inserir elementos medicalizantes antes inexistentes, como um súbito aumento de pressão arterial, para forçar uma decisão heterônoma, contrária à sua própria decisão. Esse comportamento foi repetidas vezes interpretado por elas como “manipulação”, ou “ser tratada como criança”, ou “ser infantilizada” pela condição de estar gestante e, supostamente, não poder decidir adequadamente.

Nunca passou pela minha cabeça que a doutora estava tentando me manipular para que o resultado final fosse mesmo uma cirurgia. Aos 7-8 meses, a conversa passou de 'vamos ver quando chegar mais perto' e 'ainda é muito cedo para se dizer alguma coisa sobre o nascimento' para 'sua pressão está muito alta, então as chances de cesárea são bem maiores' (DIANA).

Conforme o final da gestação ia se aproximando, o comportamento do obstetra de acelerar o processo até então visto como natural foi percebido e relatado por muitas das entrevistadas. Sugestões de indução do parto, processos artificiais de aceleração do início do trabalho de parto, repetição desnecessária de medição da pressão arterial, recusa a mostrar os resultados de exames feitos, comportamento de apavorar a gestante, foram algumas das estratégias mencionadas pelas entrevistadas, utilizadas pelos obstetras para acelerar o processo de nascimento de seus filhos, as quais foram consideradas desrespeitosas e violentas não apenas com elas enquanto mulheres assistidas por profissionais, mas também com todo o processo de gestação até aquele momento.

Quando eu estava com 38 semanas, o médico começou a falar em indução. Eu dizia que não queria. Com 39 semanas, ele falou novamente. (...) Ele me atendeu e fez o toque mais dolorido que eu havia recebido na minha vida inteira. Doeu muito. Sangrou. Hoje sei que ele provavelmente fez um descolamento de membranas naquela hora, sem a minha permissão (CÁSSIA).

(...) ao chegar no consultório da obstetra novamente, ela me disse que 'estava tudo normal por enquanto, mas preferia não esperar'. Ela mediu novamente minha pressão, mas não me deixou ver o resultado. Apenas disse que estava preocupada com a pressão. Eu disse 'Mas se está tudo normal, podemos esperar mais tempo, não?'. E ela

foi categórica: 'Não. Eu não sei o que pode acontecer. Prefiro não esperar'. E com a mesma frieza e tranquilidade de alguém que fala sobre fazer as unhas, ela me disse que eu teria que fazer uma cesárea naquela noite (DIANA).

O comportamento de constranger ou ironizar as mulheres em função de suas escolhas, seja pela via vaginal de parto, seja por quererem ser tratadas e a seus partos de maneiras menos hegemônicas, partia tanto de obstetras quanto de outros profissionais acessados durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com as entrevistadas.

O médico que fez ultrassom: ficou ironizando, dizendo que eu era doída por querer parto normal.

Sempre quis saber mais e mais [sobre parto na água], porém todas as médicas para quem eu pedia opinião me desanimavam, dizendo que era uma forma de regressão da medicina (CORA).

A manifestação de repulsa pela via de parto escolhida pela mulher e/ou de recusa em prestar assistência foi, muitas vezes, percebida como uma quebra de confiança na relação profissional-gestante. E isso é especialmente verdadeiro quando as mulheres decidem fazer o acompanhamento pré-natal com os médicos que as acompanhavam na condição de ginecologistas antes de estarem grávidas. Essa relação de anos trazia consigo um elemento de confiança, intimidade e credibilidade que as tranquilizava. No entanto, os relatos mostram que esse relacionamento acolhedor entre profissional e mulher é frequentemente rompido assim que a gestante manifesta seu desejo de ter um parto normal. Muitas afirmam que, depois da forma como foram tratadas ao dizerem ao ginecologista que as acompanhava por anos que queriam um parto normal, preferiam ter que procurar outro profissional a manter uma relação marcada pela quebra de confiança.

A ginecologista que me acompanhou durante as tentativas de engravidar, quem me pediu todos os exames para engravidar, indicou

urologista para meu esposo, me acompanhou até o sétimo mês de gestação. Quando manifestei minha vontade de fazer parto normal, ela não demonstrou nenhum interesse, pelo contrário. Praticamente decidi por mim pela cesariana. A confiança de 4 anos de cumplicidade acabou naquele momento. Meu coração ficou apertado. Não fui respeitada na minha vontade (CORA).

Formas de tratamento consideradas violentas e que partiam de outros profissionais que não os médicos, mas que também estão envolvidos no processo de gestação e acompanhamento pré-natal, também foram mencionadas pelas entrevistadas. A forma como foram tratadas por recepcionistas de clínicas, por exemplo, ironizando-as pela escolha da via de parto ou pelo tamanho de suas barrigas, ou ridicularizando-as por seu peso ou por outras condições, também foram mencionadas como formas de violência associadas à condição obstétrica. Um exemplo pode ser observado com o seguinte trecho, selecionado a partir do relato de BIANCA:

Uma outra violência sofrida foi no dia que fui fazer a ultra da transluminescência (aquela que detecta Síndrome de Down, não me recordo o nome dela). Perguntei às pessoas na sala de espera o que eu faria de posse dessa informação (...). Até que a atendente sugeriu que, com aquela informação, eu e meu marido poderíamos procurar um lugar para fazer um aborto. Fiquei chocada (...). Naquele momento me senti muito frágil.

Com relação à possibilidade de construir um plano de parto, entre as poucas mulheres que mostraram conhecer o instrumento e terem se dedicado a construir o seu, nenhuma mencionou comportamento de aceitação por parte do obstetra, pelo contrário. As que apresentaram seus planos de parto aos profissionais, sentiram-se muito frustradas ou por verem o descaso com que foram tratadas, ou por serem questionadas no sentido de ausência de legitimidade, já que não possuíam conhecimento médico, ou por verem os itens de seus planos sendo rebatidos um a um

para que, no fim, prevalecesse o interesse e vontade do médico, e não a sua própria. O relato de PILAR a este respeito é bastante representativo das demais neste sentido:

[Ele] está inserido até o cabelo no caldo cultural obstétrico, e foi desconstruindo meu plano de parto item por item. Episiotomia, eu não queria, mas ele disse que era melhor que rasgar e ficar parecendo que saiu um tiro de canhão da minha periquita. Que ele faria se precisasse. Eu não queria analgesia, ele disse que isso era porque eu não estava em trabalho de parto naquele momento, que as mulheres vinham com esse papo e com 2 cm de dilatação já imploram por anestesia. Pedi para parir de cócoras, ao que ele riu e disse que eu não era índia, que eu não teria tônus muscular para me sustentar nessa posição. Pedi alojamento conjunto e ele disse que dependia do protocolo do hospital. E, assim, porque eu confiava nele, fui deixando de lado minhas 'vontades', classificadas por ele como 'coisas de hippie', de radical. Ele riu de tudo aquilo, eu também – meio sem vontade de rir – e ficou por isso mesmo. Afinal, eu confiava nele.

- **Presença do Acompanhante**

A recusa ou proibição de ter um acompanhante durante seu trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato, a qual partia tanto de normas ou regras das próprias instituições quanto de decisões particulares de alguns médicos, ainda que as instituições onde estavam inseridos permitissem a presença do acompanhante, também foi interpretada por muitas das entrevistadas como formas de violência, uma vez que as vulnerabilizava, desprotegia e expunha a um tratamento desumano sem que ninguém pudesse interceder por elas, como muitas mencionaram. A proibição de terem acompanhante, a despeito da lei federal número 11.108, se dava pelos mais diferentes motivos, desde a tentativa de garantir privacidade a outras mulheres – ainda que outras mulheres não estivessem no recinto no momento –, quanto por uma suposta incapacidade da instituição de acolher o acompanhante,

passando por recusa sem qualquer tipo de justificativa ou porque “o médico não quer e não gosta de trabalhar com outras pessoas por perto”.

Aí vieram dizer que parto normal não dá direito a acompanhante pós-parto, só quem teve cesariana teria esse direito, pois ficam bem mais fragilizadas. Mais um absurdo. (...) Meu marido não pode acompanhar todas as etapas do parto, o que é ilegal (ANA).

Para muitas das mulheres, a proibição de que tivessem um acompanhante, além de representar uma violência contra elas, também as predispunha a um estado emocional mais fragilizado e a um medo muito maior do que poderia acontecer com elas, especialmente em experiências de nascimento que já estavam sendo violentas desde o início e que, portanto, poderiam ser melhoradas mediante a presença de seus acompanhantes. O relato de BRUNA é especialmente tocante neste contexto:

Me falaram que no Centro Obstétrico os maridos não entravam. Meu deus! Alguma coisa de pior poderia ainda acontecer? (...) Eu chorava tanto, mas tanto, que não conseguia falar. As lágrimas escorriam pelo meu pescoço, era muita água. Eu estava muito sozinha, eu precisava do Daniel ao meu lado. Passamos por tudo aquilo juntos, por que naquele momento queriam nos separar?

Não poder contar com a presença de seus acompanhantes as fragilizava ainda que estes acompanhantes não fossem seu companheiros. Muitas solicitaram que suas mães pudessem acompanhá-las para fortalecê-las e apoiá-las e, ainda assim, foram impedidas. Algumas, inclusive, mencionaram que não entendiam como suas mães não poderiam estar presentes no momento do nascimento de seus netos, uma vez que o parto era uma coisa de mulher, feminina e que a presença das mulheres não apenas deveria ser respeitada e resguardada como também incentivada, posto que elas representam apoio emocional à parturiente.

Por algum motivo que não sei qual, a enfermeira pediu para minha mãe se retirar.

Eu fiquei sozinha com minhas contrações aumentando. Foi a primeira vez que me senti violentada. Tiraram meu apoio emocional sem nem me perguntar se estava tudo bem (DULCE).

- **Abandono Emocional**

De todas as formas de violência mencionadas como tais pelas mulheres entrevistadas, terem sido “abandonadas” emocionalmente talvez tenha sido a mais presente. Essa violência sutil e subjetiva acontecia, de acordo com os relatos recebidos, das mais diferentes maneiras, pelos mais diversos comportamentos da equipe de saúde e em todos os momentos da assistência, desde o trabalho de parto ou entrada na instituição até sua saída. O medo intrínseco de uma situação de vulnerabilidade como é o nascimento de um filho, por si só não representou desamparo emocional a essas mulheres. O que, isso sim, representou abandono foi a falta de acolhimento, orientação, esclarecimentos, amparo ou, pelo menos, escuta proveniente da equipe de saúde. Ter se sentido ignorada, não ouvida, como se não estivesse ali ou não fosse alguém relevante foi um sentimento presente e citado por grande parte das entrevistadas. Uma forma de anulação mencionada repetidas vezes, como se não fossem dignas de receberem tal acolhimento num momento tão importante e delicado. Sentimentos de estarem presas, encarceradas, a menção repetida à expressão “como num campo de concentração” evidencia o sentimento de total abandono a que foram relegadas pelas equipes de saúde.

Na sala de pré-parto, nunca me senti tão sozinha na vida, me senti encarcerada, como num campo de concentração, sem poder sequer falar com meu marido e minha mãe, presa numa cama sem poder sair dali. Isto naquele momento tão especial, da chegada da minha primeira filha (ANA).

Não saber o que estava acontecendo, por terem seus questionamentos ignorados pelos profissionais, trouxe a grande parte das mulheres uma sensação de não serem importantes e estarem completamente anuladas. Além de não serem orientadas a respeito de procedimentos ou do processo em si, a presença de ameaças mostrou-se

como uma constante, o que causava ainda maior sensação de abandono emocional e falta de amparo. Muitas delas mencionaram terem se sentido “um nada”, uma coisa, um objeto sem valor, alguém sem importância alguma, e manifestaram estranhamento ao fato de que pessoas, antes mesmo de serem profissionais, não se importassem com o sofrimento ou angústia de alguém. O relato de BRUNA é bastante contundente neste sentido e representa o de muitas outras, que também mencionaram essa qualidade negativa de sentimento:

Eu estava bem cansada emocionalmente, cansada daquela situação, cansada de não saber o que estava acontecendo, de não saber o que ainda estava por vir, de me sentir ameaçada pela médica, (...), cansada de desconfiar de tudo e de todos (talvez essa fosse a pior sensação, penso eu hoje).

Só lembro que eu chorava demais, soluçava, um desamparo total. Ninguém me perguntava o que estava acontecendo, ninguém me falou nenhuma palavra de conforto. O que eram aquelas pessoas??? Fico pensando se uma pessoa está naquelas condições emocionais em qualquer outro lugar – até mesmo um anônimo chorando na rua – qualquer um por perto se sensibiliza, se preocupa, pergunta por que o outro está tão fragilizado; agora uma pessoa nua, prestes a ter seu ventre cortado, prestes a receber o seu primeiro filho nos braços, aos prantos em um momento tão íntimo e importante e ninguém sequer teve a preocupação de perguntar o que estava acontecendo, se eu estava me sentindo bem, se estava sentindo alguma dor, algum mal-estar, se estava sofrendo. Toda a minha carne estava exposta naquele momento.

A despersonalização que sentiram também se caracterizou como uma violência em forma de abandono, de desproteção. EVA, por exemplo, citou o fato de ser míope, de ter falado isso para a equipe e,

ainda assim, não ter podido ficar com seus óculos, o que a vulnerabilizou de maneira ainda maior:

Eu me senti exposta com a situação da maca, indefesa e desprotegida. Sou bastante míope e o fato de estar sem óculos me angustia, porque não enxergo quase nada e tudo perde detalhes. Mal vi minha filha ao nascer por causa disso.

Muitas delas creditam essa sensação de abandono emocional a um despreparo dos profissionais para lidar com pessoas, como se para eles o importante fosse seguir um plano ou um método à risca, e não lidar com seres humanos. Era como se eles estivessem ali não para atender pessoas, mulheres, mas para seguir protocolos. Muitas vezes, notavam um padrão vazio de respostas às suas demandas ou questionamentos e sentiam que era, apenas, porque os profissionais de fato não sabiam como agir perante uma mulher em trabalho de parto.

A minha experiência de 6 horas de trabalho de parto me mostrou que nem todas as enfermeiras estão preparadas para acompanhar uma mulher que está neste estado pela primeira vez na sua vida. As duas vezes que fui pedir orientação e ajuda para elas, só ouvia o seguinte: é assim mesmo, é só o começo, só vai piorar... (CORA).

A vulnerabilidade causada pelo abandono emocional de não ter seus questionamentos e angústias respaldados ou acolhidos, muitas vezes levou a um aumento da sensação de medo que, em pelo menos quatro relatos, levou as mulheres a abandonarem a ideia e o desejo de viver partos normais e a aceitar a sugestão de cesariana.

Assim que a tal médica plantou a semente da dívida dentro de mim e me negou assistência, eu medrei. Sim, eu poderia ter continuado sozinha. Mas eu tive medo. Tive medo de algo dar errado e eu me culpar pelo resto da vida. (...) Concordei com a cesárea (ELISA).

A sensação de abandono emocional também levou grande parte das mulheres a se resignar e a aceitar qualquer tipo de tratamento, por pior que fosse. Era como se uma incapacidade de reagir existisse, fruto do sentimento de não terem amparo, apoio ou qualquer forma de escuta. O sentimento de ser invisível, de solidão, de desproteção também se mostrou como uma constante e creditado ao fato de não serem bem acolhidas ou escutadas.

Eu nunca senti tanto medo, vergonha, nunca me senti tão só quanto naquele dia. Eu não sabia onde o meu marido estava, não sabia o que ia acontecer comigo e com minha filha, tinha que ouvir a médica fazendo comentários desagradáveis e ríspidos... (GIULIA).

A sensação de abandono e de anulação, de completa inexistência, mostrou-se ainda mais frequente entre aquelas que viveram experiências de cesarianas e, justamente, no momento da cirurgia. Muitas afirmam se sentirem apenas pedaços de carne sobre os quais alguma coisa era feita. Perguntavam e não recebiam resposta. Ouviam comentários sobre outros assuntos banais, como se não estivessem ali. Ouviam deboches ou ironias com seus próprios corpos.

Durante a cesárea, a médica não se dirigia a mim. Estava conversando sobre o trânsito que teve que pegar para buscar a filha na escola aquela tarde. E quando eu fazia alguma pergunta, era ignorada pela equipe (DIANA).

Fui para o centro cirúrgico como uma vaquinha vai para o matadouro, cabisbaixa, resignada com seu destino. (...) Me senti tão sem chão que não tinha voz.

Senti medo, muito medo. Agora era só comigo! Tomei a anestesia e tentava pensar em coisas boas, quando escuto os médicos conversarem sobre cortar ou não a borboleta. Tenho uma tatuagem de borboleta

perto de onde ficou a cicatriz da cesárea. Me senti uma idiota! Senti o tom pejorativo e de deboche, como se eu não estivesse ali, fosse só um pedaço de carne prestes a ser cortado”. (LOUISE)

- **Violência Verbal**

Xingamentos, ofensas, ironias, ridicularizações, ameaças: todas essas formas de violência verbal foram mencionadas em praticamente todos os relatos recebidos. Destinados às mulheres ou a seus filhos, a violência verbal aparecia especialmente em situações em que a mulher questionava procedimentos ou condutas profissionais. Em função disso, algumas das entrevistadas, inclusive, utilizaram a expressão “carcereira” para se referir ao comportamento tanto de auxiliares de enfermagem quanto de médicos, em função da forma grosseira com que foram tratadas. Nestes casos, em especial, a violência verbal aparecia como ameaça de não atendimento. A recusa por parte das mulheres a procedimentos considerados de praxe, como a raspagem de pelos, por exemplo, mostrou produzir com frequência reações de ironia por parte da equipe da assistência. É o que exemplifica o depoimento de ANA:

Perguntei se era mesmo necessário, pois raspar me enche de pelos encravados. A técnica em enfermagem que cuidava do local, uma figura que chega a ser caricata de tão absurdamente desumana, achou ridículo meu questionamento. Disse que ela, quando grávida, nunca havia dado trabalho para ninguém, já se raspava desde o terceiro mês. Então eu disse que não havia sido orientada e ela retrucou, dizendo que isto era questão de asseio, ou seja, me chamou de suja.

Ordens em tom incisivo, muitas vezes gritando, também se mostraram bastante frequentes nos relatos das entrevistadas. Geralmente, aconteciam quando as mulheres faziam algo ou diziam algo que ia no sentido contrário do que assim desejava o profissional.

Me colocaram numa cama com os pés para cima (posição de frango assado) e as contrações estavam quase insuportáveis... Dei um grito de dor e quis juntar minhas pernas numa atitude natural e ouvi isso da enfermeira: 'Não faça isso, fique com as pernas lá e sem grito!!!'. Me senti num quartel sendo reprimida por um general... (CORA).

O anestesista (não lembro se era homem ou mulher) pediu que eu ficasse quieta para ele poder me anestésias. Eu implorei para que ele esperasse a contração passar (...). O que escutei foi muito grosseiro, da forma como foi dito. Ele segurou forte o meu braço, e me fez olhar para o olho dele, e disse que 'se ele fosse esperar passar uma contração, ele não me anestésiasaria nunca'. Assim, rude e grosso (CÁSSIA).

Na hora do parto, minha irritação foi uma auxiliar que disse: 'Para de gritar, seu marido está se acabando em lágrimas lá fora preocupado!' (DANIELA).

Muitas das entrevistadas mencionaram as inúmeras reclamações que tiveram que ouvir dos profissionais. Seja porque estavam dormindo e precisaram acordar para atendê-las, ou em função de características de seus próprios corpos que acreditavam prejudicá-los em seus trabalhos, seja porque estavam aborrecidos com outras situações. As reclamações eram ditas em tom de deboche ou ironia, aumentando ainda mais a sensação de vulnerabilidade das mulheres e o medo do que poderia acontecer sendo atendidas por pessoas em grande estado de irritação. O relato de ELISA representa bem o que outras entrevistadas também relataram sobre as reclamações que tiveram que ouvir, caladas.

Se não bastasse tudo isso, o anestesista demorou muito pra vir e as enfermeiras falaram em alto e bom som que ele estava dormindo. Ele reclamou das minhas veias

difíceis e queria pegar a minha jugular (eu ainda tive cabeça de avisar da dificuldade das minhas veias e informar onde era mais fácil pegá-las, mas ele simplesmente ignorou a informação!). Depois reclamou das tatuagens nas costas porque 'dificultavam achar o ponto certo!'

Uma forma de violência verbal frequentemente mencionada pelas entrevistadas diz respeito aos inúmeros episódios de ameaça por parte de diferentes profissionais da assistência. Em especial, ameaças que partiam de médicos, que ameaçavam as mulheres de não atendê-las e abandoná-las à própria sorte caso não concordassem em fazer alguma coisa que sugeriam, ou ainda, que ameaçavam fazer algo que pudesse contê-las de maneira cruel. ANA menciona a ameaça que recebeu de ser amordaçada, caso não parasse de gritar em função da dor que sentia:

Durante o parto, a pediatra, que nada tinha pra fazer ali, ficou apavorada com meus gritos e queria me por uma mordada.

Já BRUNA foi ameaçada de não ser assistida em seu parto normal e ser submetida a uma cesárea à força, e isso porque a médica que a estava assistindo dizia não acreditar em seu trabalho de parto:

Uma médica me ameaçava a fazer uma cesárea porque não acreditava que o trabalho de parto evoluiria. (...) Ela me examinou e disse que faria uma cesárea em mim se verificasse que, ao final do segundo misoprostol, as coisas não tivessem engrenadas, porque não acreditava no meu trabalho de parto. Eu nem consigo me lembrar da minha reação, sei que fiquei muito arrasada.

ELISA, como tantas outras mulheres entrevistadas, também recebeu ameaças verbais por não querer fazer os procedimentos recomendados pelos médicos:

Nisso chegou uma funcionária do hospital com um recado da médica: ela não iria dar assistência caso eu precisasse de algo, caso houvesse intercorrência. Como assim?!?!

A recusa em fazer algo recomendado pelos profissionais, especialmente os médicos, geralmente gerava comentários agressivos no sentido de estabelecer uma hierarquia de poder e conhecimento médico. Interpretada como uma afronta ou apropriação, as respostas a essas recusas geralmente vinham no sentido de “colocar as mulheres em seus lugares” e reforçar a suposta supremacia do conhecimento técnico que o profissional acreditava ter. O trecho abaixo representa esta situação, também presente em relatos de outras entrevistadas:

Entra a médica, muito brava, e fala alto para todos ouvirem: ‘Fica calma, porque não está na hora de tomar anestesia, que sei muito bem, e se você acha que sabe mais do que eu, eu faço o toque, mesmo isso sendo um risco de infecção, mas é por sua conta, e se você estiver mesmo com 8 cm eu rasgo o meu diploma e te contrato para ficar aqui olhando cada gestante que chegar, porque você sabe mais do que eu!’ (FELICE).

Agressões verbais em tom de deboche ou comentários maldosos não se restringiram apenas ao trabalho de parto ou ao próprio momento do nascimento. Muitas vezes foram relatadas violências verbais contra os próprios bebês, após seus nascimentos, ou às próprias mulheres utilizando seus bebês como forma de atingi-las. Os relatos de BRUNA, JANAÍNA e PILAR representam os de muitas outras que também relataram terem ouvido piadas ou agressões verbais utilizando seus filhos recém-nascidos como fonte de ironia.

A técnica do berçário desdenhou de mim, pois quando vi minha filha, reconheci logo e ela me debochou, pois disse que eu só sabia que era minha filha por causa da roupa, que se não fosse a roupa eu não saberia, pois não havia ainda decorado o rosto dela... Fiquei muito chateada (JANAÍNA).

O médico assistente ficou fazendo piadas o tempo todo, meu parto não teve nada de bonito (...): 'Isto é um filhoma!', ou 'Este parto está sendo uma merda!' (PILAR).

Logo depois que tiraram meu filho, alguém comentou: 'Seu filho tem um probleminha no pé, isso não foi detectado no ultrassom?'. (...) Logo depois que disseram que meu filho tinha problema no pé, disseram que a cabeça dele era torta. Essas duas coisas disseram quando ele mal tinha saído da barriga, deviam estar cortando o cordão (BRUNA).

E não havia nada de errado com o bebê de BRUNA, como ela mesma conta depois, na continuidade de seu relato. Ou seja, foram palavras irônicas e de deboche, feitas sobre o recém-nascido para sua mãe, imediatamente após seu nascimento.

O deboche e ironia verbais também foram manifestados por meio do uso de diminutivos e interpretado pelas mulheres como forma de “infantilização”, ou como meio para estabelecer uma forma de “hierarquia” entre elas e os profissionais da assistência, como mencionado em alguns dos relatos recebidos. BIANCA sintetiza em uma frase um sentimento que se mostrou recorrente nos relatos de outras entrevistadas:

Sempre 'mamãezinha', me tratando como se eu fosse uma idiota (hoje eu percebo isso)

GIULIA relatou uma forma de violência verbal que não esteve presente em outros relatos e que esteve associada às suas condições financeiras. Em uma situação de emergência, por estar se sentindo mal, GIULIA acabou dando entrada em um hospital não coberto por seu plano de saúde. Ao ser avaliada por um clínico, foi encaminhada ao centro obstétrico em função de uma elevação em sua pressão arterial.

Assim que entrei na sala, a plantonista começou a reclamar da carência do plano. E disse pro meu marido que ele tinha que sair, que não era nem pra ele ter entrado comigo. (...) A plantonista continuou a reclamar, disse que ia ter dor de cabeça comigo e pediu

pra verificarem o que poderia ser feito [em termos financeiros]. (...) A médica continuou com os comentários, ela dizia que aquilo era culpa do pessoal da recepção que me deixou entrar naquele estado, que daqui a pouco outras grávidas iam aparecer lá só pra ganhar um parto de graça, que ela queria ver quem ia pagar aquela conta e que não queria que nada fosse descontado do salário dela. Ela falou que ia reclamar na próxima reunião, que não deveriam nem fazer contrato com grávidas.

Embora não seja possível estabelecer um grau de hierarquia em função da crueldade dos comentários ditos às mulheres e relatados em suas entrevistas, o de OLGA chama a atenção tanto pela forma detalhada com que ela relata quanto pelo caráter violento e agressivo do que foi dito a ela, em um momento de tanta fragilidade quanto a cirurgia indesejada que ela viveu. Grande parte dele se encontra descrito abaixo, como forma de ilustrar a violência verbal a que tantas parturientes são submetidas:

Chegou o anestesista, com um ar sarcástico. Já chegou reclamando que teve que sair de um churrasco pra me anestesiá. Eu não falava nada, tava arrasada, acabada, destruída. Chorava silenciosamente, só as lágrimas escorriam. Quando ele encostou a agulha na minha coluna, me contrái involuntariamente, puxando as costas pra frente. Ele tentou mais algumas vezes e eu sempre fazia isso, não conseguia evitar. Ele se irritou e começaram as grosserias: ‘Dá pra você parar de fazer isso? Dá pra ficar quieta?’. Eu chorava e dizia: ‘É involuntário! (...) Eu estou tentando, mas não sei o que fazer...’. Ele tentou mais umas 30 vezes, nem sei quanto tempo essa agonia durou. 40 min? Quanto mais ele falava comigo de forma grosseira, menos concentração eu tinha pra ficar quieta na

hora das tentativas. E ele continuava: 'Você está com pressa de ver o seu filho? Eu não estou! Já perdi o meu churrasco e posso passar o resto do dia aqui! Não tô nem aí, posso ficar tentando, tentando, e a gente ficar nisso até amanhã! A maior interessada em resolver essa situação é você!'. E repetia: 'Eu já perdi o meu churrasco', enquanto cantarolava e dançava 'Segura o tchan! Amarra o tchan! Segura o tchan tchan tchan tchan tchan'. (...) Eu chorava e pensava em quantas cervejas aquele homem deveria ter domando no tal churrasco, antes de me anestésiar. Teve uma hora que eu disse: 'Você nunca aprendeu nenhuma técnica pra lidar com situações como essa? Não há nada que você possa me sugerir pra me ajudar? Não há uma pomada pra anestésiar a pele? Alguma coisa qualquer?'. Ele respondeu rápido: 'Não, não tem!!!'. Depois de um tempo em silêncio, ele disse carinhosamente (até me assustei com a mudança repentina de tom): 'Ah, lembrei! Tem uma coisa que vai te ajudar muito, te deixar mais tranquila e a gente vai resolver rapidinho essa situação. Você quer?'. Eu pensei: 'Ufa, graças a Deus! Até que enfim!'. 'Quero sim', eu disse. E ele continuava carinhoso: 'Então, é um negocinho ótimo pra ajudar nessa hora, só que seu filho vai nascer morto. Você quer? Vamos tomar? Vou preparar então!'. E ficava repetindo: 'Vamos! Vai ser rapidinho! Você quer seu filho morto? Você quer?'. Emputeci e disse: 'Eu não estudei medicina e nem me especializei em anestesia. Foi VOCÊ que perdeu anos da sua vida estudando pra uma coisa que você não sabe fazer! E era VOCÊ quem deveria me orientar neste momento. Mas você não está fazendo isso, você está me aterrorizando!'. Eu não sei o que ele inventou depois dessa hora, só vi que

quando ele ouviu isso, fechou a cara e de repente disse: 'Pronto! Já apliquei a anestesia!'. Eu não tinha sentido nada, nem a picada, nem contraído as costas, nada! Assim, como mágica, depois de 1 hora de tentativa e terror. Fiquei perplexa, não acreditava que depois de tudo aquilo tinha sido tão rápido e fácil... Perguntei: 'O que você fez?'. E ele disse: 'Apliquei um anestésico nas suas costas antes'. Claaaro que eu pensei: '(...) Porque não fez isso antes? Tava sentindo prazer com tudo o que passamos aqui na última hora? Não queria mais brigar, porque pensava que minha vida ia ficar nas mãos daquele homem nas próximas horas e talvez não fosse sensato confrontá-lo ainda mais. Me senti vulnerável, uma formiga esmagada nas mãos de alguém. Presa em uma situação ameaçadora, da qual eu não tinha como fugir: eu já estava ali, anestesiada, indo para o CC na presença daquele homem. (...) Começou a cirurgia, eu tava como uma boneca de cera: paralisada, chocada, muda, sem forças. Só as lágrimas escorriam pelo canto dos olhos. Até que o anestesista percebeu esse choro disfarçado: 'Porque você está chorando? Pára com essas frescuras!'. Eu queria PELO MENOS o direito de chorar, mesmo que fosse contidamente, veladamente, discretamente... e era assim que eu tava chorando. 'Pára com essas frescuras, eu não gosto de trabalhar desse jeito'. Eu olhava pro Dr. [NOME DO MÉDICO], que já tinha começado a cirurgia. Percebi que ele parou o que estava fazendo durante um segundo, pra olhar aquela cena rapidamente. Queria que ele me defendesse, me protegesse daquele homem, que fizesse ele parar de me tratar daquele jeito. Mas percebi que o Dr. [NOME DO MÉDICO] era um omissos e que naquele

momento ele só queria fazer o que tinha planejado secretamente para o meu parto durante os últimos 9 meses : abrir a minha barriga e tirar o bebê. Arrumei forças não sei de onde e disse calmamente: ‘Olha, eu nunca passei por uma situação como essa. Me dá o direito de chorar?’. ‘Você está muito nervosa, está descontrolada! Eu preciso amarrar você com mais força’. E disse isso apertando as amarras dos braços, como se eu precisasse urgentemente ser contida em uma camisa de força. Como se o meu comportamento calmo, de choro contido expressado apenas pelas lágrimas que corriam discretamente, representasse um ‘risco’ para todos ali. ‘Eu estou com medo e nervosa sim. Mas não estou descontrolada. Não precisa você me apertar desse jeito’. ‘Está nervosa? Com medo? Lembra que te falei que tem um negocinho ótimo que acalma? Você quer que eu vá buscar?’. E cochichava pra mim: ‘Seu filho vai nascer morto! (pausa de alguns segundos) Vamos fazer isso? (pausa) Nós dois? (pausa) Você quer?’ (OLGA).

- **Separação mãe-bebê**

Em todos os relatos em que houve separação entre mãe e o recém-nascido, todas se referiram a isso como uma forma violenta de acolhimento, tanto para si quanto para o bebê. A separação entre mães e crianças não aconteceram, em sua maior parte, durante apenas alguns poucos momentos, necessários à verificação de peso ou outros procedimentos, mas durante muitas horas. Muitas delas só puderam ver seus filhos no dia seguinte. Quando questionavam as equipes de saúde sobre quando poderiam ver seus filhos ou segurarem-nos nos braços, recebiam respostas evasivas ou simplesmente não recebia resposta alguma.

Subi pro quarto. Minha filha ainda não estava lá. Demorou muito até trazerem ela. Pediram suas roupinhas, mas acho que se passaram umas 4 horas sem notícias. Mas eu estava cansada demais para questionar. Perguntava e a resposta sempre era 'daqui a pouco ela vem' (CÁSSIA).

Muitas das entrevistadas também mencionaram a forma agressiva com que, após muito tempo de separação de seus bebês, sem sequer que tenham podido vê-los pela primeira vez, eles eram entregues a elas. Como se não fossem bebês, fossem pacotes, eram deixados sobre elas sem qualquer tipo de acolhimento ou orientação. O relato de CLARICE a este respeito sintetiza o de muitas outras:

Depois eu lembro vagamente quando fui para o quarto e logo trouxeram a bebê, mas era como se jogassem ela. Toma sua filha. Eu mal tinha me recuperado, estava completamente grogue, não sabia o que estava acontecendo com meu corpo.

A violência de serem mantidas afastadas de seus filhos sem qualquer motivo plausível apresentava-se de maneira ainda mais contundente quando, como relatado por muitas das entrevistadas, seus filhos eram levados para alguma sala adjacente, de forma que era possível ouvi-los chorar sem que pudessem acalmá-los, o que aumentava em muito o desespero e desamparo das mães. Nas maternidades em que a prática do alojamento conjunto ainda não é uma realidade, onde bebês são separados de suas mães por grandes períodos de tempo, permanecendo em berçários, a sensação de serem violentadas por essa separação compulsória mostrou-se ainda maior.

Depois disso, fui deixada ali enquanto ouvia o choro desesperado do meu filho na sala ao lado. Meu coração secou naquele instante. (...) As enfermeiras me puseram numa maca e eu senti um peso nas pernas. Era meu filho embrulhado como um pacote de carne. Enfim, levaram o bebê novamente para o berçário, dizendo que precisavam aquecê-lo.

E que era para eu dormir e me recuperar. Fiquei sozinha no quarto com meu marido. (...) Só às 12:30 (meia noite e meia), quatro horas e meia após o nascimento, foi que eu pude pegar meu filho nos braços. A enfermeira colocou ele de qualquer jeito no peito e ele não pegou direito. Ela puxou o bebê e colocou novamente, de forma brusca (DIANA).

EVA relata não somente a separação entre si e sua filha, mas também a recusa os profissionais em mostrá-la para ela. Situação que somente pode ser revertida depois da chegada de seus familiares, que precisaram intervir junto à equipe e ao hospital para que a mãe tivesse direito de ver sua própria filha.

O procedimento padrão do hospital é nascer e ir pro berço aquecido. Lá o bebê fica, não sei por quanto tempo. A [NOME DO BEBÊ] nasceu às 21:10, só consegui ver a menina porque meu irmão chegou ao hospital umas 00h e fez um escândalo, pois queria conhecer a sobrinha. Uma enfermeira cedeu e levou-a ao quarto. Ficamos com ela uns 5 minutos e ela foi levada. Passei a noite em claro, esperando por ela. Cada enfermeira que entrava pra ver a medicação era bombardeada acerca de onde ela estava e tudo o que recebia como resposta era 'aproveita pra descansar, ela está bem, amanhã ela estará com você'. De fato, minha filha só foi ficar comigo lá pelas 6 ou 7h. (Nessa maternidade, há 5 anos atrás, não havia alojamento conjunto, então [NOME DA FILHA] vinha e ficava comigo e, de tempos em tempos, era levada de volta pro berçário. Durante os 3 dias de internação foi assim.

As entrevistadas relataram que a sensação de desamparo e vulnerabilidade que já estavam sentindo em função dos maus tratamentos recebidos e das violências das quais foram alvo, aumentava

em muito com a separação entre si e seus bebês. Muitas relataram medo do que poderia estar acontecendo aos filhos depois de tantas formas de descaso, humilhação e maus tratamentos. Pensavam que, se com elas, que podiam se expressar, que eram adultas, houve um tratamento tão desumano, o que poderia estar acontecendo com seus filhos, mantidos longe delas? Muitas, inclusive, conseguiram fazer uma separação entre a violência que sofreram partindo dos profissionais e a violência que vinha da estrutura hospitalar, como pode ser observado neste trecho do relato de JANAÍNA:

Após minha filha nascer, começou a violência da maternidade, minha filha foi pro berçário por 3 horas, eu apaguei, aí depois me impediram de ter acompanhante, acordei sozinha na enfermaria, sem minha filha, sem familiares, sem ninguém. Tomei banho sozinha, pois queria mesmo, não queria aquele povo perto de mim, pois haviam tirado minha filha de mim e 6h da manhã estava sem ela ainda, já que ela nasceu 3:22h. (...) Chegando lá a moça disse que era fome, que eu não tinha leite ainda, mesmo eu colocando no peito. Aí disse q ela precisava de leite artificial, achei ruim, mas se fiquei insegura e pedi a ela, ela disse que eu não poderia administrar, só lá dentro do berçário; mas que depois ela tinha que passar o resto da noite lá e que eu não poderia entrar. Voltei pro corredor, jamais deixaria ela lá mais uma noite sem mim. Mas ela chorava muito e eu me rendi, dei a ela. Ela jogou minha filha no berço sozinha e sumiu, eu via minha bebê chorando sozinha, sem mim, eu batia na porta e ninguém abria, absurdo. (...) Chorei muito sozinha no corredor pela madrugada, ninguém me ajudou, e eu tive que ir ro meu quarto, chorar no meu canto e me conformar com aquela atitude desumana... Foi a pior coisa eu vivi no meu puerpério todo, até hoje choro!!! No outro dia ela chegou e fiquei mais aliviada, mas o maior traço da

violência que perdura até hoje foi essa separação sem explicação, por fragilidade minha e por falta de compreensão da equipe.

- **Pós-parto / Pós-cirúrgico**

Os procedimentos médicos decorrentes do pós-parto imediato ou do pós-cirúrgico, da maneira como foram conduzidos pelas equipes de saúde, também foram interpretados pelas entrevistadas como uma forma violenta de cuidado e de interação, tendo algumas delas mencionado ter sido essa, inclusive, a “pior parte de tudo”. As violências percebidas foram desde um “bombardeio” de informações técnicas e médicas a respeito com a cirurgia ou os pontos da episiotomia, feita de maneira mecânica e sem a preocupação sobre como elas estava se sentindo naquele momento, muitas vezes ditas sem sequer que olhassem para elas, a própria maneira com que a episiotomia foi costurada e a forma como os procedimentos pós-cirúrgicos eram conduzidos sem qualquer tipo de informação, cuidado ou gentileza. Muitas delas referiram ter sido, este momento, o de maior sensação de anulação. Como se, agora que o bebê já estava ali, elas não fossem mais importantes. Suas manifestações de dor também eram, com frequência, menosprezadas ou tratadas como secundárias, como pode ser observado nos trechos seguintes:

Quando a médica que estava de plantou passou, eu disse que estava com muita dor e ela olhou, a cesárea tinha inflamado, entrou com antibiótico e anti-inflamatório, um cateter venoso na mão para facilitar a aplicação da medicação. Quando tive alta, ainda estava com este negócio, pois tinha que ir até lá 2 vezes por dia para fazer as aplicações, me arrastando. Tive que ouvir das auxiliares de enfermagem: ‘Ainda está com dor? Você é muito sensível, não pode ter outro não!’ (LOUISE).

A médica começou a costurar a episiotomia e não parava mais. Perguntei se precisava de muitos pontos e ela só disse: ‘Não tô nem

contando quantos já dei'. Tipo, maravilha ouvir isso né? Depois me disseram que o corte tinha sido grande e profundo e que perdi muito sangue, tanto que a enfermeira que me examinou no dia seguinte achou que eu estava muito bem, depois de tudo o que aconteceu (ROSA).

Também no pós-parto imediato, muitas das entrevistadas mencionaram terem sentido um tom de “retaliação” por parte de alguns profissionais da equipe de saúde que as atenderam, seja expresso pela maneira agressiva do tratamento físico, seja expresso por atitudes que as impediam de serem liberadas do hospital, ainda que nada de plausível fosse dito a este respeito que justificasse sua permanência. Como se, pelo fato de terem questionado o profissional médico, estivessem sofrendo represálias, sendo mantidas por mais tempo na instituição, ou recebendo um tratamento ainda mais grosseiro. LORIS conta que, depois de tudo o que viveu antes do nascimento de seu bebê, foi capaz de perceber o tom de agressividade e violência com que a médica a tratava e a manipulava logo após o nascimento:

Quando fiquei só com a médica, ela apertava tanto a minha barriga (dizendo que era necessário para tirar a placenta e demais restos do parto) e enfia não sei nomear o instrumento pela minha vagina, com gazes (acho eu), e rodava tanto, que doía demais. (...) A pior parte de tudo foi realmente logo após o parto (...).

Ter sido mantida por mais tempo na instituição como forma de represália ou retaliação por ter agido de maneira contrária ao que o profissional médico queria pode ser observado no seguinte trecho do relato de ELISA:

À noite, a médica chegou toda mansa pra me ver. Falei que queria ir embora. Ela falou que por ela eu poderia ir, mas que duvidava que a pediatria daria alta pro meu filho. Logo cedo no dia seguinte, ao passar pelo pediatra, expliquei todo o caos e ele liberou

meu filho! Toda empolgada, liguei pros meus pais e falei que ia sair naquele dia mesmo. Antes dos meus pais chegarem, eis que o chefe da pediatria chega no quarto. Havia recebido uma ligação da tal médica, que estava na casinha dela de folga, questionando a alta do meu filho. Ela solicitou que a alta fosse cancelada, pois ela não me daria alta. Eu revoltei! Falei em alto e bom som pro médico (que foi muito educado) que ela estava puta porque eu bati uma porta na cara dela e me neguei à cesárea numa primeira instância. Falei que aquilo era abuso de poder. Ele concordou comigo, mas cancelou a alta do meu bebê. Fiquei mais uma noite no inferno...

- **Procedimentos realizados sem consulta à mulher e/ou sem anuência**

Os procedimentos ou comportamentos feitos sem qualquer consulta às mulheres, ou sem que, após consultadas, tivessem anuência para agir desta maneira, foram interpretados como violências por estas mulheres, e atribuídos a um suposto caráter de “superioridade” que os profissionais acreditam ter. Como se o processo de medicalização da gestação e do parto fosse, por si só, autorização para agirem da maneira como achavam que deveriam agir, sem se importar com a opinião das mulheres a respeito das decisões que diziam respeito a elas mesmas. De acordo com os relatos fornecidos pelas entrevistadas, é um equívoco achar que a violência promovida pelo processo de medicalização do nascimento é algo, exclusivamente, dos domínios da formação médica, uma vez que enfermeiros e auxiliares de enfermagem, m imersos na cultura medicalizante do gestar, parir e nascer, também demonstram comportamentos que desconsideram a autonomia das mulheres e seu direito de decidir por si.

Quando terminei o exame, as enfermeiras já me disseram que tinham ligado para minha médica e que eu não poderia ir embora, já que estava com pouco líquido amniótico.

Elas ligaram para a médica sem me consultar. Ninguém explicou nada (CLARICE).

A falta de diálogo entre profissionais e parturientes, refletida na ausência de qualquer pergunta sobre os desejos e anseios destas mulheres, sobre o que elas gostariam de fazer ou pretendiam fazer com relação a seus corpos e seus partos, é algo bastante marcante, presente na maioria dos relatos recebidos. Neste sentido, o relato de BRUNA mostra a mesma sensação de impotência também apresentada por outras entrevistadas:

Nenhum momento me perguntou mais alguma coisa, se eu estava de acordo com aquela situação, se eu tinha algum outro médico, se eu queria aquele hospital, se eu tinha algum plano, nada.

Os procedimentos médicos feitos sem qualquer permissão, tais como descolamento de membranas, episiotomia, uso de ocitocina sintética (o “sorinho”), repetidos exames de toque, feitos muitas vezes com violência, eram todos realizados mediante uma suposta superioridade conferida aos profissionais por um saber-poder que os transformava em conhecedores sobre todos os aspectos do corpo dessas mulheres e do momento que elas estavam vivendo. Abaixo, segue uma compilação de trechos que mostram isso de maneira muito explícita, a partir dos relatos destas mulheres.

Veio uma forte contração e sentia que a [NOME DA FILHA] estava vindo. Foi então que começou meu terror, sem perguntar, sem avisar, sem me anestésias a enfermeira fez um pique. Eu não sei descrever o que eu senti. Eu dei um grito de dor tão alto que não sei da onde saiu. Não achei que aquilo pudesse acontecer. Eu estava tão onipotente, achando que tudo dependia de mim que aquilo aconteceu comigo. Eu não conseguia falar nada. Eu não queria aquilo de novo, eu sabia que não precisava daquilo e eu estava dentro de um filme de terror. A enfermeira

então me anestesiou e eu comecei a gritar 'Não me corta! Não me corta!'. Eu não gritei como quem ordenava, eu gritei como quem suplicava para não ser mutilada. (...) O infeliz aplicou ocitocina do soro que eu estava tomando, justo no final, quando a [NOME DA FILHA] estava no canal. Quando vi fiquei louca, sabia que ela estava saindo em duas ou três contrações e jamais precisaríamos daquilo. Não fui consultada e nem informada (DULCE).

Certamente não interessava para ela o que eu queria, ela era a médica e sabia o que era melhor para mim, ela que mandava no meu parto, no meu destino... (BRUNA).

Soma-se tudo isso o ter que vivenciar a doentização da gestação. Não sei se essa palavra existe, mas por muitas vezes durante a gravidez, tinha que repetir para as pessoas que eu não estava doente, estava gestante e não era gestação de risco. Então eu podia dançar, brincar, correr, comer bem. Muita gente tem dificuldade em entender isso! (BIANCA).

Fui tratada como coisa, como sujeito sem vontade (CLARICE).

Se achava no direito, no seu papel de conhecedora, e que estava prestando um favor ao atender meu parto normal. (...) Eu não queria, não aguentava deitar, mas ela disse que precisava ligar o soro, que a médica havia mandado. Mais uma vez meu desespero, para que soro???? E mais uma vez a médica veio, gritar e mandar que tinha que ser, que ela era a médica ali (...). Eu me deitei, foi ligado o soro com ocitocina e a dor ficou nauseante (FELICE).

Toda vez que a médica aparecia (não me lembro se era a cada uma hora) ela fazia o exame de toque, eu estava me sentindo tão acuada que não consegui pedir pra ela não fazer. Se ela aparecia e me encontrava sentada ou deitada mandava eu caminhar. Toda vez que ela vinha fazer o exame de toque falava pra mim que eu não iria dilatar mais, que nos 15 anos de obstetrícia dela ela poderia afirmar que eu não conseguiria ter meu filho de parto normal (KATE).

Começaram os procedimentos todos: raspagem, lavagem, toques. Ninguém me informava ou conversava comigo. Me senti abandonada naquele quarto (MARÍLIA).

- **Procedimentos usados como violência**

Em muitos relatos, as entrevistadas manifestaram seu sentimento de terem sido violentadas em função, justamente, de terem dito que não queriam passar pelos procedimentos que, no fim, passaram. Nestes casos, não se tratava de falta de consulta e, portanto, o profissional não estava fazendo porque não sabia que ela não queria; estava fazendo a despeito da mulher manifestar a vontade de que aquilo não fosse feito nela. Nestes momentos, em específico, muitas relatavam o tom irônico com que eram tratadas ou referidas pelos profissionais. Episiotomias, tricotomias e uso de ocitocina tiveram papel de destaque neste contexto, em função da grande frequência com que foram utilizados, a despeito das mulheres terem dito explicitamente aos profissionais que as atenderam que não queriam. O seguinte trecho, extraído do relato de DULCE, exemplifica isso. DULCE pediu para que não fizessem episiotomia nela. Mas além de ter sido ignorada em sua solicitação, a episiotomia foi feita e com o uso de uma tesoura sem condições de ser usada para tal, situação que foi utilizada pela profissional para ridicularizá-la:

(...) enquanto me costuravam, eu ouvi quando a desgraçada (desculpa o termo) que

me mutilou disse para outra mulher “precisa jogar essa tesoura fora, já está cega”. Aquilo me soou como conversa de comadre que costura galinha para assar. Perguntei se eram muitos pontos e ela disse somente: “Alguns...”.

Terem passado por procedimentos médicos sobre os quais ela manifestaram, explicitamente, o desejo de não passar, trazia a essas mulheres um sentimento de desrespeito que, em muitos casos, determinava todo o mal atendimento posterior, ou todo o sentimento ruim que passariam a ter com relação à experiência de parto a partir daquele momento. Muitas afirmam que foi a partir do momento que se viram como anuladas e sem voz, que passaram a desejar a cesariana. O seguinte trecho, presente no relato de ROSA, demonstra isso:

A nova médica chegou e já foi fazer o toque e descolou minha bolsa. Doeu pra caramba e eu falei isso pra ela. Falei numa boa, sem grosseria nenhuma. Sem nem olhar pra minha cara, ela respondeu: "doeu? você ainda não viu nada". Nesse momento passei a odiar aquela mulher. E a enfermeira era quase do mesmo naipe de gentileza. Eu percebi nesse momento que as coisas não seriam fáceis, mas se eu tivesse a menor noção de que o contato com essas mulheres estúpidas, num momento tão delicado, teria a influência negativa que teve, eu teria pedido uma cesárea na mesma hora. Uma pena que eu não consegui imaginar o que viria pela frente e continuei com o processo de indução do parto.

O uso de procedimentos que não queriam foi visto por essas mulheres como uma forma de “horror”, de anulação, de terror. Procedimentos feitos com o caráter de “ordem médica” acabavam por tirar destas mulheres qualquer possibilidade de uma boa experiência de parto. Muitas delas eram apenas comunicadas sobre o que passariam, sem serem consultadas sobre ou sem que os profissionais perguntassem se estava preparadas para aquilo.

Começou a sessão de horrores, uma técnica veio fazer a tricotomia, que já fui contra. (...) Não conseguia nem falar direito, estava sozinha, e ela dizia que era ordem médica, e assim foi feito, e em seguida feito o enema para lavagem intestinal, já estava tão aterrorizada, que aquilo até que foi menos pior do que esperarava. A esta hora já haviam me colocado as camisolinhas, e em levaram ao quarto. (...) E aí mexeu no meu perineo, eu senti dor, ela anestesiou, eu pedi para não cortar, mas ela disse que não tinha jeito, tinha que cortar, e cortou (FELICE).

Mas ela fez episiotomia, mesmo sabendo que eu não queria (...). Quando falei em episiotomia, ela disse que não se usam mais episiotomias grandes, mas deixou claro que ela quem decidiria isso, não eu. Eu não tinha opção, não tinha perspectiva (JANAÍNA).

Depois disso, veio uma enfermeira dizendo que precisava fazer tricotomia. Não concordei e ela saiu. Voltou dizendo 'Ah, o Dr. Disse que se você não fizer a depilação ele não vai fazer seu parto não. Que é pra eu te convencer de qualquer jeito!'. Já foi brutalmente levantando o lençol, abrindo minhas pernas e passando a gilete como se eu fosse um ser inanimado, um caranguejo morto que a gente depila antes de jogar na panela (OLGA).

Neste sentido, o relato de TÂNIA é especialmente chocante. Ao dar entrada no hospital, TÂNIA foi simplesmente comunicada de que tipo de parto ela teria.

Chegando lá, fui avisada que teria um parto normal. Fiquei muito assustada, pois não estava preparada.

TÂNIA foi colocada em um quarto escuro, sozinha, a despeito de seu estado emocional. Ela ainda tentou conversar com as enfermeiras para saber como seria o parto, mas não recebeu nenhum acolhimento. Simplesmente colocaram “um remédio” dentro de sua vagina e a colocaram no soro. TÂNIA afirma que, na mesma hora, começou a sentir muita dor e as contrações vieram com força total. Neste momento, TÂNIA relata um evento que se assemelha em muito a relatos de abuso sexual contra mulheres:

Eu comecei a sentir muita dor imediatamente, as contrações vieram com força total. O enfermeiro obstetra veio fazer exame de toque de novo. E como eu sentia muita dor, eu não abria as pernas. Ele enfiou o dedo com tudo e disse: ‘Você não está me ajudando’.

Este relato demonstra não apenas o uso da força contra uma parturiente, mas o sentimento de que as mulheres estão ali, em uma situação de vulnerabilidade em função do nascimento de seus filhos, a fim de “ajudar” os profissionais a fazerem seus trabalhos. E que qualquer comportamento que não seja voltado para este fim, é reprimido com violência, muitas vezes utilizando o próprio procedimento – no caso, um exame de toque – como forma de controle e retaliação.

São poucas as mulheres que afirmam terem condições emocionais, no momento do parto, de enfrentar a equipe de saúde e recusar ativamente os procedimentos médicos e medicalizantes que são impostos a elas. O caso de BIANCA foi um dos poucos presentes nos relatos:

Fui colocada num quarto de espera. Chegou um enfermeiro, vamos preparar a colocação da entrada do soro. ‘Não!’. Tive que assinar que me recusava a colocar o troço do soro. Fui levada ao quarto. Chega a enfermeira, ‘Vamos fazer a raspagem?!’, ‘Não’, ‘Mas não é aqui que vai ter uma cesárea de urgência?!’, (que vontade que eu tive de chorar!), ‘Não, minha obstetra vai chegar e vai avaliar’”.

• **Anestesia como forma de controle, retaliação ou silenciamento**

O uso da anestesia como forma de barganha, para conseguir o que a equipe médica quer que a parturiente faça, foi observado com grande frequência nos relatos recebidos. São profissionais que dizem “saber se e quando devem usar a anestesia”, desconsiderando por completo a solicitação das mulheres para o uso de medicação que diminua a dor que sentem. Muitas vezes, os profissionais dizem explicitamente que, se a mulher não agir de determinada maneira, ficarão sentindo dor até o fim, como se o uso do procedimento anestésico fosse um “prêmio” por seu bom comportamento. Quando a mulher pede claramente a anestesia, é frequente ouvir como resposta algo como o que está presente no relato de JORDANA ou FELICE:

Pedi uma peridural e ela me respondeu: ‘Jordana, EU sei qual anestesia e quando você vai tomar (JORDANA).

Entra a médica, muito brava, e fala alto para todos ouvirem: ‘Fica calma, porque não está na hora de tomar anestesia, que sei muito bem, e se você acha que sabe mais (...), eu rasgo meu diploma e te contrato para ficar aqui olhando cada gestante, porque você sabe mais do que eu! (FELICE).

Para muitas mulheres, a questão da possibilidade de receber anestesia é determinante para que tenham maior tranquilidade e afirmam terem pensando nisso em grande parte do tempo durante a gestação. Assim, chegar ao hospital e ter essa alternativa negada, ou ficar na dependência de quando o profissional julga melhor utilizá-la, desconsiderando seus pedidos, representa um momento de grande impotência e vulnerabilidade. O trecho a seguir, extraído do relato de ROSA, mostra isso:

Eu perguntava da anestesia. Acho que, junto com a inesperada cavaliço da equipe médica, isso foi determinante para o que passou a

seguir. Eu passei a gravidez inteira certa de que seria incapaz de parir sem anestesia. Estava tranquila porque o tempo todo me foi garantido o direito a ela se eu assim desejasse. Durante o trabalho de parto, me disseram que aos 7 cm de dilatação eu poderia tomar. Só eu sei o quanto esperei pra chegar nesse número. Só que o número chegou, fomos pra 8, 9 cm e eu pedia a anestesia... E tudo o que eu ouvia era 'Você está indo bem, continue fazendo força'.

A anestesia, de acordo com o que mostram os relatos recebidos, também é utilizada ou como forma de controle e silenciamento ou, em outro extremo, quando ela deixa de ser adequadamente empregada, como “retaliação” ou “vingança” da equipe médica. Para as mulheres que, de alguma forma, questionavam os procedimentos médicos ou enfrentavam as arbitrariedades da equipe, ou ainda, que se mostravam alteradas ou nervosas em função da percepção das violências e desrespeitos que estavam vivendo, a anestesia foi utilizada como forma de controle e, em muitos casos, de silenciamento. E isso fica bastante explícito em muitos relatos, como mostram os seguintes trechos:

Acho que me deram uma dose cavaluar de anestesia, porque o efeito foi muito rápido. Além de parar de sentir todo o meu trabalho de parto, eu parei de falar. A anestesia teve o poder de me calar. Eu chorava silenciosamente (ELISA).

E então, chega o anestesista com aquela conversinha fiada: 'Oi mãezinha, qual é o seu nome: '. Como já estava tomada pela dor e pela raiva, respondi que não sabia. Alguém disse para que ele esperasse a contração passar para me perguntar novamente. 'Vamos lá, de novo: mãezinha, qual é o seu nome?'. Aí meu festival de impropérios começou (fui me lembrar disso apenas quando meu marido me contou, tamanho o estado de inconsciência em que me

encontrava): 'Já disse que não sei o meu nome!'. 'Mãezinha, senta pra gente fazer a anestesia'. 'Não consigo sentar! Se quiser, você que me levante!'. 'Mãezinha, agora curva um pouco pra frente e fica quietinha'. 'Como é que eu vou curvar para frente com essa barriga desse tamanho?'. Como eu estava bastante alterada, me apagaram (MARTA).

No caso de OLGA, o uso da anestesia como forma de violência acompanhou todo o processo cirúrgico, como já mencionado na subcategoria “Violência verbal”, quando o anestesista, enquanto aplicava a anestesia, a ameaçava dizendo que seu bebê nasceria morto. Após o processo cirúrgico e o nascimento do bebê, OLGA tinha esperanças de, ainda que tivesse passado por tamanha agressão emocional, pudesse ter contato com seu filho, vivo, a fim de se tranquilizar de toda a violência emocional a que foi submetida pelo anestesista. Mas então, o silenciamento aconteceu de outra forma, como mostra o seguinte trecho de seu relato:

Então a cara do anestesista apareceu bem na frente do meu rosto e disse como se fosse um mantra hipnótico de uma mentira que ele queria me convencer: 'Pronto, já nasceu. Você está muito nervosa, ainda vão limpar o útero, costurar... você quer se acalmar agora que já nasceu?'. Refleti sobre todos esses procedimentos que viriam depois e sobre meu estado emocional diante de tudo aquilo e disse sim. Deu tempo de ver o sorriso do anestesista e ouvi-lo dizer: 'Ah, esqueci de comentar: só tem um problema deste sedativo: você não vai ver seu filho! Tchau! Só daqui a 6 horas!'. Puf!!! Apaguei!.

No outro extremo, aparece a anestesia utilizada como forma de retaliação ao enfrentamento feito pela gestante às arbitrariedades da equipe quando, ao invés de ofertada, ela não é oferecida e, ainda assim, o procedimento cirúrgico acontece. É o que pode ser observado no trecho a seguir, extraído do relato de PIETRA.

Antes de operar, a médica ao perceber que eu ainda sentia um lado da barriga, pediu mais anestesia e o anestesista deu mas não mudou nada. Então ela pedi pressa. E de repente ela me disse assim: 'Aguenta Pietra que é pela [NOME DA FILHA]'. E me cortou assim mesmo como uma cirurgia da idade média. Eu gritava de dor.

5. Situações consideradas pelas entrevistadas como VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Além do reconhecimento espontâneo de situações consideradas como violências, presentes na assistência que receberam durante o nascimento de seus filhos e descritas em seus relatos, as entrevistadas também puderam pontuar, objetivamente, todas as situações que consideraram como tais na questão “*Quais situações que você viveu nessa experiência de parto/nascimento que considera uma ‘violência obstétrica’? O que o profissional ou os profissionais fizeram que você interpretou como uma forma de violência?*”. Na verdade, as questões que se seguiram à solicitação do relato de parto tinham como propósito apenas o de lembrá-las de eventos específicos caso estes não tivessem sido contemplados em sua narrativa anterior. No entanto, a questão se mostrou como um bom momento para identificar, de maneira pontual e objetiva, aspectos da assistência obstétrica considerados pelas mulheres como violentos. O Quadro 8 apresenta, de maneira sintética, todas as situações consideradas pelas entrevistadas como violências obstétricas.

Quadro 8 – Práticas consideradas, pelas entrevistadas, como formas de violência obstétrica.

PRÁTICAS OU SITUAÇÕES CONSIDERADAS COMO FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, NO PRÉ-NATAL, DURANTE O PARTO E NO PÓS-PARTO IMEDIATO
Incitação à cesariana (tanto por parte do profissional quanto por parte da instituição).
Insistência para a cesariana quando a mulher já manifestou sua vontade por um parto normal.

Afirmar que se trata de uma cirurgia de emergência e demorar horas para fazê-la, ou agendar para outro dia.
Tratar como cesariana inevitável, quando a mulher está buscando um parto normal.
Desrespeitar ou ironizar a mulher pela via de parto escolhida.
Marcação da cirurgia cesariana sem o consentimento da mulher.
Forjar resultados de exames para induzir a cesárea.
Impedimento de ter acompanhante em todo e qualquer momento do parto.
Cobrança de taxa para permanência do acompanhante.
Impedir a mãe da gestante de ser acompanhante.
Retirar da mulher objetos que contribuam para a manutenção de sua integridade (tais como óculos de grau).
Negar-se a prestar atendimento.
Discriminação por condição financeira.
Não permitir a livre movimentação da mulher durante o trabalho de parto.
Obrigar a mulher a se manter em posição litotômica (chamada pelas entrevistadas de “posição de frango assado”).
Submeter a parturiente a procedimentos contra a sua vontade, especialmente tricotomia, episiotomia e enema.
Uso de ocitocina sem consentimento.
Ser deixada sozinha no ambiente hospitalar.
Expor o corpo nu da mulher a estranhos.
Receber respostas mentirosas ou irônicas a seus questionamentos.
Adentrar as instalações onde está a parturiente ou a puérpera sem avisar, ou de maneira brusca.
Desconsideração do plano de parto.
Amedrontar a mulher com relação à dor do parto, ao invés de apoiá-la, dizendo “vai piorar”.
Não respeitar a manifestação dolorosa da mulher, dizendo ser “escândalo”, ou “desnecessário”, ou “reclamação à toa”.
Dar ordens à parturiente.
Mandar calar a boca.
Agir de maneira cruel.
Recusa da oferta de apoio emocional.
Violências verbais, sutis ou explícitas (ofensas pessoais, xingamentos, ironias, deboches).
Comportamento da equipe de instaurar um “clima de terror”.

Ameaça de contenção física.
Contenção física.
Ameaça de não atendimento caso não se faça o que foi orientado.
Reclamar da demora do trabalho de parto.
Descolamento de membranas sem consentimento.
Dilatação manual do colo do útero.
Exames de toques repetidos e/ou agressivos e/ou durante contrações e na ausência de outra pessoa.
Não permitir a alimentação.
Quando o profissional sobe na barriga para empurrar o bebê (manobra de Kristeller).
Abuso de anestésico.
Recusa de anestésico.
Anestesia geral antes do nascimento, de forma a impedir a mulher de ver o filho imediatamente após seu nascimento.
Qualquer procedimento de corte de tecidos sem anestesia (cesariana ou episiotomia) ou com anestesia insuficiente.
Retirada manual e agressiva da placenta.
Mencionar desnecessariamente detalhes do corpo da mulher.
Não permitir o contato com o bebê imediatamente após o nascimento.
Não permitir a amamentação do bebê imediatamente após o nascimento.
Comentários ridicularizantes a respeito do bebê após seu nascimento.
Retirar o bebê dos braços da mãe contrariamente à sua vontade e por nenhum motivo plausível.
Sugerir a presença de malformações no bebê sem a devida comprovação.
Ser deixada sozinha no pós-parto imediato.
Recusa em dar informações detalhadas sobre o bebê quando este é afastado por algum motivo plausível.
Conduta abusiva de consultoras de amamentação (por exemplo, já ir tirando a blusa da mulher ou apalpando os seios sem pedir ou receber consentimento).
Impedir o contato pele a pele com o neonato.
Manter a mulher amarrada após a cesariana.
Ausência de alojamento conjunto.
Uso da alta médica (da mulher e do neonato) como barganha.
Falta de orientação sobre amamentação.
Usar o status médico para impor procedimentos.
Arrogância médica.

Tratamento ríspido ou irritadiço.
Descaso por pedido de ajuda.
Tortura física e psicológica.
Preconceito de gênero, machismo e misoginia.
Culpabilização da mulher pelo ato sexual.
Omissão profissional.
Premeditação de ação que leva a prejuízo físico e emocional à mulher.
Silenciamento de testemunho.
Culpabilização da vítima.
Sequelas da violência vivida.
Culpabilização da mulher por condições relacionadas ao neonato.
Infantilização da mulher por sua condição gestante e parturiente.
Negação da violência praticada.
Atribuir à mulher condição de insanidade mental (“gaslighting”).

6. Momento/situação de conscientização sobre a violência vivida na percepção das mulheres entrevistadas

Para os objetivos desta pesquisa, interessava saber em qual momento e situação as entrevistadas passaram a perceber as intervenções ou situações vividas no nascimento de seus filhos como uma violência, a violência obstétrica. Para tanto, o questionário de entrevista contou com a seguinte pergunta: “*E como foi que percebeu? (Eu gostaria de saber o que te ajudou a perceber/entender que o que viveu foi uma violência obstétrica)*”. O Quadro 9 apresenta as formas mencionadas como tendo sido o primeiro momento de conscientização e o número de mulheres que referiram tais meios. Como pode ser observado, a informação via ferramentas da internet foi o principal meio de informação para a conscientização sobre a violência que viveram no nascimento de seus filhos. Listas e grupos virtuais de discussão sobre parto humanizado, bem como a leitura de relatos de parto escritos por mulheres que passaram por situação de violência obstétrica fizeram com que as mulheres entrevistadas percebessem, por analogia de situações, que também haviam vivenciado situações de violência no nascimento de seus filhos. O site “Cientista Que Virou Mãe”, da autora desta pesquisa, também aparece como fonte de informação recorrente entre as mulheres entrevistadas, juntamente com outros sites e blogs sobre assuntos de maternidade e parto humanizado e também por intermédio do documentário “Violência Obstétrica – A voz das Brasileiras”. A

participação em grupos presenciais de parto humanizado também aparece de maneira recorrente entre as respostas das entrevistadas.

No entanto, nem todas as mulheres perceberam que vivenciaram situações de violência por intermédio da internet. Algumas delas, em função do caráter explícito e contundente da violência a quem foram submetidas no nascimento dos filhos, perceberam no mesmo momento que estava sendo violentadas.

Quadro 9 – Momentos ou situações mencionados pelas entrevistadas como tendo sido o ponto de partida para a conscientização e/ou problematização de que viveram violência obstétrica.

MOMENTO CITADO	NÚMERO DE MULHERES QUE O CITOU	%
Participação em grupos virtuais e listas de discussão	7	23,3
Leitura de relatos de parto na internet	6	20
Diversos sites e blogs	6	20
Leituras no site Cientista Que Virou Mãe	5	16,7
Reuniões de grupo de parto humanizado	3	10
Pesquisando e estudando por si sobre parto natural	3	10
Blogagem coletiva de 25 de novembro de 2011	3	10
Documentário “Violência obstétrica – A voz das brasileiras”	3	10
Percepção da violência no momento que ela estava acontecendo	3	10
Contato com doulas	2	6,7
Pela percepção de sequelas	2	6,7
Preparo prévio	2	6,7
Pela comparação com meu segundo parto	1	3,3
Conversas com amigas	1	3,3

Acompanhamento com psicoterapeuta	1	3,3
Leitura de livro sobre violência	1	3,3
Coletivo feminista	1	3,3

7. Consequências da violência obstétrica de acordo com percepção das mulheres entrevistadas

De todas as mulheres entrevistadas, apenas uma afirmou que ter passado por situação de violência obstétrica não trouxe nenhuma consequência para sua vida. Todas as demais mencionaram diferentes tipos de consequências.

ANA afirmou que ter vivido violência obstétrica no nascimento de sua filha a levou a buscar uma forma mais respeitosa de nascimento para seu segundo filho. O mesmo foi dito por BRUNA que, ao ir em busca de outra forma de nascimento, encontrou o parto domiciliar, tendo seu segundo filho em casa. Situação semelhante também viveu LORIS que, por ter ido em busca de outras formas de nascimento, conseguiu viver outras duas experiências de parto as quais considera lindas. Para CARMEM, a consequência da violência que viveu foi olhar a vida de outra forma:

Conscientizei-me de que não poderia jamais entregar minha vida, meu corpo, na mão de outra pessoa como eu infantilmente fiz. Esse processo de conscientização me fez buscar um parto digno para o nascimento da minha filha. Na gravidez do meu filho me bastava um parto vaginal; na gravidez da minha filha isso não bastava, eu queria mais, eu queria respeito. Por isso, busquei um parto domiciliar.

Ter se tornado uma “ativista” ou “militante” em prol da humanização do parto e contra a violência obstétrica também foi uma das principais consequências citadas por algumas das entrevistadas. BRUNA, por exemplo, acredita que, por não querer que outras mulheres passem pela mesma situação, a ajuda que ela tem prestado no sentido de

levar informação a essas mulheres já fez com que a história de muitas delas pudesse ter um final mais feliz que o seu próprio. Isso, no entanto, não faz com que, de tempos em tempos, ela deixe de se sentir mal pela lembrança do vivido e seja perseguida por sentimento de culpa por não ter feito de maneira diferente. CORA afirma que o empoderamento que ela adquiriu após ter passado por violência obstétrica fez com que se sentisse mais forte para buscar informações e não deixar que acontecesse de novo, com ela ou com outras pessoas. DIANA credita o fato de ter abraçado outros aspectos do que ela chama de “maternidade ativa” ao conhecimento que adquiriu ao saber que a cesariana que ela viveu não era necessária. Para ela, a violência obstétrica que viveu foi um “*passo necessário para querer sempre mais informação*”. Ela afirma que essa experiência a ajudou a ser “porta voz” para o parto natural. KATE também diz que não quer que outras mulheres passem pelo que ela mesma passou e, por isso, alerta pessoas próximas. Ter vivido violência obstétrica também fez com que buscasse, em sua nova gestação, um parto melhor. Situação semelhante foi descrita por EVA, a qual afirma categoricamente: “*Me vi militando*”. Ela diz que depois da “barbárie” que foi o nascimento de um de seus filhos, “*saiu do armário e abraçou a causa*”, tornando-se coordenadora de grupos de apoio a mães e realizando rodas de conversa sobre gestação, parto e maternidade. ELISA menciona algo muito parecido:

Respiro o assunto 24 horas por dia, mudei o rumo da minha vida profissional (ou talvez tenha voltado pros eixos). (...) O fato de respirar o assunto tem incomodado, principalmente minha família. Sei lá, talvez eu tenha ficado monotemática e isso é chato, mas foi a forma que encontrei de lidar com minha própria história e, ao mesmo tempo, ajudar a mudar o mundo. Tenho esperanças de uma realidade diferente pros meus filhos (caso eles queiram ter filhos).

No entanto, isso não faz com que ELISA tenha menos medo de passar novamente por isso. Ela diz querer muito mais um filho, mas entra em pânico quando pensa no parto, porque, segundo ela, “*a linha que separa o céu do inferno é muito tênue*”.

Assim como ELISA, outras mulheres manifestaram seu medo ou recusa em ter outro filho por conta das experiências de violência

obstétrica que viveram. LOUISE afirma que não quer mais ter filho por conta disso. FELICE diz que tem um medo muito grande de passar por tudo de novo e que ainda não teve coragem de engravidar. Para outras mulheres, que viveram violência obstétrica em seus partos normais, o medo não as impediu de ter outros filhos. Porém, fez com que tenham preferido passar por cesarianas. ROSA afirma que a maior consequência da violência obstétrica que viveu foi ter um medo imenso de parto normal:

Acho que a maior consequência foi ter um medo imenso de parto normal e por isso dei graças a deus quando meu segundo filho nasceu de cesárea, por estar pélvico e a médica não fazer parto normal dessa maneira. Nem questioneei, porque sabia que seria incapaz de encarar um parto normal 'arriscado' com a bagagem que eu tinha. Mas no fundo me sinto frustrada. Por não ter tido uma experiência de parto normal 'normal', por não ter uma história feliz para contar à minha filha sobre seu nascimento, por ter descoberto tanta informação que poderia ter me ajudado só depois que meu segundo filho já tinha nascido.

O caso de PIETRA, que também passou por uma cesariana depois do primeiro parto, onde viveu uma experiência violenta, foi um pouco diferente. Em função da violência obstétrica, ela optou por uma cesariana eletiva para o nascimento de seu segundo filho, por medo de viver um trabalho de parto traumático novamente.

Muitas consequências negativas foram mencionadas pelas entrevistadas. BIANCA afirma que, durante muito tempo, reviveu em sonhos e em pensamentos os difíceis momentos que viveu na maternidade, “*como se fosse uma sombra que a atrapalhava*”. CLARICE diz que ter vivido violência obstétrica fez com que ela sentisse que não finalizou sua gestação. Ela não se sente à vontade quando conversa com mães que tiveram parto normal. E associa os recorrentes episódios de pneumonia de sua filha nos dois primeiros anos de vida ao fato dela ter nascido por meio de uma cirurgia desnecessária, uma vez que afirma que “*o risco do desenvolvimento de doenças respiratórias é comprovadamente menor quando o parto é normal*”.

JORDANA conta que sua vida mudou muito. Ela passou a sofrer de transtorno de estresse pós-traumático e não dormiu por muitas noites até o quinto mês após o parto, quando entendeu que precisava de ajuda profissional. Seu casamento entrou em crise, segundo ela, porque não conseguia pensar em outra coisa além da violência pela qual tinha passado:

Não conseguia retomar minha vida sexual e não queria mais engravidar, nunca mais.

MARTA também diz ter sofrido com inúmeros episódios de tristeza e de choro. Porém, encontrou uma forma de lutar contra esses sentimentos: passou a atuar junto ao tema no Ministério da Saúde. Já para DULCE, a recuperação emocional foi mais difícil. Ela disse que nos primeiros dias, com o bebê em casa, se sentia muito triste e angustiada pelas lembranças da violência que sofreu. E que escrever o relato para esta pesquisa foi a primeira vez que conseguiu olhar para o que viveu de uma forma mais madura, procurando amadurecer suas conclusões. JANAÍNA afirma que a violência obstétrica trouxe más consequências para sua relação com sua filha, porque ela se culpa muito por pouca coisa, sente-se culpada pela separação entre ela e a bebê logo após o nascimento. Isso fez com que, até hoje, ela não se sinta bem com situações que impliquem em ter que se separar da filha. Além disso, a episiotomia que viveu fez com que tivesse demorado a retomar sua vida sexual, além de sofrer com dores por muito tempo. A episiotomia sem consentimento também causou consequência semelhante para DANIELA, que se sentiu atormentada por esta intervenção durante certo tempo.

Eu chorava com meu marido e demorei a me sentir bem comigo mesma por conta do corte.

O impacto da violência obstétrica, para JUSSARA, foi posteriormente percebido na relação com seu bebê. Ela não se sentia próxima a ele, não conseguiu amamentar e diz que, a princípio, ambos não criaram um vínculo afetivo pois, para ela, tudo aquilo não era uma experiência agradável; ela não estava feliz com a maternidade.

Para PILAR, tudo o que ela viveu no nascimento de seu filho acabou transformando sua relação com seu marido.

Acabou com a confiança que eu tinha de que meu marido seria continente, meu amigo e que cuidaria de mim. Talvez já fosse um relacionamento com problemas, mas houve uma divisão, uma cisão entre nós no parto e na forma como cada um de nós sentiu ou vivenciou isso. Fui muito afetada e saí do 'evento' muito insegura e deprimida. Em minha história pessoal, como mãe, teve de início um efeito ruim, pois fui uma mãe muito preocupada, exclusivista, neurótica mesmo. Talvez isso dissesse respeito também à forma como fui criada, mas sei que, se eu não tivesse me sentido tão pequenina, se tivesse podido ser protagonista do meu parto, as coisas teriam sido diferentes e eu teria podido confiar mais no meu instinto.

Mas a despeito dessas más consequências, PILAR também menciona uma transformação positiva em sua vida, a partir o momento de sua conscientização a respeito da violência obstétrica que vive:

Com o passar do tempo e meu crescente interesse nas informações da Internet e dos grupos (...), eu, que não curtia ser advogada tributarista, fui mudando minha vida. Fiz diversos cursos de formação e trabalhei na área (doula, consultora em aleitamento, shantala, yoga), largando o direito por alguns anos (...). Essa vivência pessoal me fez "fazer as pazes" com o direito e poder exercer a advocacia em uma área que amo. Minha luta e meu ativismo, minhas amigas e - o que é bastante recente - até minhas escolhas políticas são fruto de toda essa vivência violenta no nascimento do meu primeiro filho.

Embora todas as consequências da violência obstétrica vivida tenham sido impactantes para todas as mulheres entrevistadas, em maior ou menor grau, sem dúvida foi a vida de GIULIA que foi mais

transformada pelo atendimento desrespeitoso, violento e negligente que viveu, pelo menos no que diz respeito às limitações físicas que passou a viver. GIULIA se sentiu mal quando estava com 37 semanas de gestação e procurou o pronto atendimento do plano de saúde que havia contratado. Passou por um clínico, verificou que sua pressão estava em 14/9 e foi encaminhada para o centro obstétrico. O trecho a seguir, extraído a partir do relato que ofereceu a esta pesquisa, mostra, em suas próprias palavras, qual foi a consequência que viveu a partir da violência obstétrica que sofreu, representada por um tratamento negligente e cruel, baseado em questões financeiras:

Assim que entrei na sala, a plantonista começou a reclamar da carência do plano. E disse pro meu marido que ele tinha que sair, que não era nem pra ele ter entrado comigo. Tudo que eu não queria, ficar sozinha. A plantonista continuou a reclamar, disse que ia ter dor de cabeça comigo e pediu pra verificarem o que poderia ser feito. Eu fiquei em observação numa maca. Pouco depois uma enfermeira veio dizer que iam me preparar pra transferir porque o meu marido não tinha dinheiro pra pagar pelo parto. A plantonista disse que não autorizava por causa do risco de convulsão na ambulância e que ela não queria assumir a responsabilidade caso algo desse errado. Ela disse pra eu continuar lá, até alguém decidir o que fazer e solicitou uns exames. Estavam tentando falar com o diretor do hospital. (...) Eu nunca senti tanto medo, vergonha, nunca me senti tão só quanto naquele dia. Eu não sabia onde o meu marido estava, não sabia o que ia acontecer comigo e com a minha filha, tinha que ouvir a médica fazendo comentários desagradáveis e rispidos... Minha filha nasceu, a pediatra levou pra eu ver, não pude tocá-la porque os meus braços estavam amarrados e ela foi levada. Eu falei pra médica que não estava mais enxergando do lado esquerdo, ela disse que isso era

normal, que minha visão voltaria quando a minha pressão estabilizasse.

(...) A médica continuou com os comentários, ela dizia que aquilo era culpa do pessoal da recepção que me deixou entrar naquele estado, que daqui a pouco outras grávidas iam aparecer lá só pra ganhar um parto de graça, que ela queria ver quem ia pagar aquela conta e que não queria que nada fosse descontado do salário dela. Ela falou que ia reclamar na próxima reunião, que não deveriam nem fazer contrato com grávidas.

A minha pressão continuava alta (...) minha cabeça doía muito. No dia seguinte, uma obstetra veio ver as outras mulheres que já iam receber alta. Elas foram orientadas sobre os cuidados com a cirurgia, amamentação, etc. Eu pedi pra falar com ela, ela disse que iria ver outras pacientes e voltaria em seguida. Mas não voltou. No segundo dia a enfermeira disse que eu receberia alta quando a obstetra viesse me ver no fim da tarde. Pouco depois outra enfermeira disse que eu já podia ir embora porque o quarto precisava ser desocupado. Fiquei muito chateada por não poder tirar as minhas dúvidas com ninguém. E porque tive a certeza de que só fui tratada assim por causa da carência do plano e toda aquela confusão. Saí de lá sem ser avaliada por um obstetra, sem falar sobre a perda da minha visão do olho esquerdo, sem prescrição de remédio pra pressão (que continuava alta), analgésico, nada.

Fui ao oftalmologista com doze dias após a cesárea e ele disse pra eu esperar mais um pouco até o meu organismo se recuperar, que deveria voltar ao normal quando a pressão estabilizasse. O tempo passou e nada da minha visão voltar, minha pressão voltou a 10/6 e eu continuava sem enxergar

do lado esquerdo. Consultei outro oftalmologista cerca de um mês depois e ele disse que eu tinha sofrido uma atrofia nos nervos ópticos, que não tinha reversão. Eu chorei tanto na volta pra casa naquele dia... Três meses após a cesárea eu procurei outro oftalmologista que confirmou a atrofia e que era irreversível”.

No relato de GIULIA, é possível vislumbrar, ao mínimo que seja, as consequências da violência que viveu. Quando questionada diretamente sobre isso, sua resposta foi a seguinte, na íntegra:

Os primeiros meses foram horríveis. E como eu não tinha falado nada pro meu marido, eu acabei me distanciando dele, mandei ele embora de casa (mas ele não foi, ainda bem), me isolei de todo mundo. Tinha vergonha de me sentir mal pelo dia em que minha filha nasceu, não consegui amamentar... A perda da visão do olho esquerdo também me afetou muito, levei um bom tempo até me acostumar a andar sem esbarrar nas coisas por aí. Eu estou grávida novamente e tem horas em que eu entro em desespero, principalmente à noite antes de dormir, tenho muito medo de sofrer novamente. Essa gestação não foi planejada, eu tive um aborto espontâneo em fevereiro, resolvi colocar o DIU por indicação do GO e em julho descobri a gravidez. Foi muito bem recebida por mim e pelo meu marido, nós estamos felizes e empenhados em ter uma experiência diferente da primeira, mas veio num momento em que eu não estava bem psicologicamente e por isso não tenho conseguido lidar muito bem com as críticas. Eu perdi uma prima que era como uma irmã pra mim pouco depois de descobrir que estava grávida. Ela tinha lúpus, te ama gestação de alto risco, passou os dois últimos

meses de vida internada, perdeu o bebê e sofreu violência obstétrica numa maternidade 'referência em alto risco e atendimento humanizado' daqui. Aqui em [NOME DA CIDADE] nós temos hospitais públicos que fazem propaganda de atendimento humanizado, mas na prática os nascimentos são cheios de violência obstétrica. Isso me marcou muito, eu estive do lado dela durante boa parte da internação e vi muita coisa errada, ela foi muito maltratada e negligenciada até o último dia. Quando descobri a gestação, não contei pra ninguém porque já imaginava que seria criticada. Só fui contar quando estava com 16 semanas e tenho ouvido todo tipo de comentário desagradável, que eu fui irresponsável por engravidar de novo, que eu quero morrer, que não aprendi com o exemplo da minha prima, que eu não pensei na minha filha que pode ficar só e ser criada por outra mulher... E isso tudo machuca muito, as pessoas são muito cruéis. Eu e meu marido não temos condições de pagar uma equipe particular, mas estou correndo atrás desse dinheiro, fazendo rifa, vaquinha, revendendo roupas, tudo pra não ser desrespeitada outra vez. Da mesma maneira em que encontrei apoio nos grupos de parto pra denunciar o que sofri, tenho recebido apoio e carinho de quem conhece a minha história e entende a minha luta. E esse apoio virtual faz uma diferença enorme e me dá muita força para ir em frente”.

DISCUSSÃO

O interesse em realizar a presente pesquisa se deu em função do fato de identificarmos a necessidade das mulheres que se veem como vítimas da violência obstétrica de falar sobre o que viveram. De compreender o fenômeno diretamente a partir de quem o viveu. Grande parte das pesquisas anteriores sobre violência no parto, extensivamente citadas na introdução deste trabalho, e em cuja excelência esta pesquisa também se apoia, foram realizadas em um período em que o grosso da discussão ficava praticamente restrito a grupos de profissionais da assistência ou pesquisadores da área da saúde da mulher, restando às mulheres usuárias dos sistemas público e privado de saúde relativamente pouca informação a respeito de uma situação que era vivida especificamente por elas.

Este trabalho se insere num contexto histórico de pouco mais de 30 anos de pesquisa e ativismo, no Brasil, de um movimento que se autointitula em prol da humanização do parto e que muito tem feito para desnaturalizar as práticas nocivas relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres. No entanto, o uso da própria nomenclatura “violência obstétrica” é relativamente recente. Até há cerca de 6 anos, no Brasil, utilizava-se a expressão “violência institucional no parto” para representar as violências vividas por mulheres em maternidades. Essa diferença não representa, apenas, uma diferença de nomenclatura, mas, sim, uma diferença conceitual. Os relatos das mulheres entrevistadas nesta pesquisa mostraram inclusive isso: que a violência institucional no parto pode ser diferenciada da violência obstétrica. Embora não seja objetivo deste trabalho debruçar-se sobre esta questão, é importante essa diferenciação teórica proposta aqui e validada pelos relatos obtidos a partir das entrevistas feitas, para fins de posicionar a autora e este trabalho no contexto das produções científicas sobre o tema. Do ponto de vista do referencial teórico escolhido e a partir dos relatos das mulheres, tornou-se possível perceber que a violência obstétrica não é a mesma coisa que a “violência institucional no parto”; ela se posiciona como uma forma de violência institucional no parto. Uma forma de violência praticada por profissionais da assistência, quer estejam dentro ou fora de uma estrutura maior considerada “instituição”. Isso implica a decisão e atuação individual do profissional da assistência em agir daquela maneira, para além dos elementos estruturais a que está submetido e subordinado – inclusive podendo não estar. Alguns trechos dos relatos das mulheres mostraram isso, especialmente quando elas consideram, por exemplo, o impedimento de ter um acompanhante ou a

separação mãe-neonato como formas de violência institucional, que aconteceria independentemente da ação do profissional da assistência, posto que ele também se insere em regras de conduta e protocolos de atuação. Mas que consideram as violências não estruturais, como a crueldade, a violência verbal, as ameaças, que são formas de violência que envolvem decisão ativa do sujeito que as pratica de praticá-las, como violência obstétrica. Assim, a violência obstétrica poderia acontecer dentro ou fora de maternidades, ao contrário da “violência institucional no parto” e implica em decisão ativa do profissional da assistência de praticá-la. Como dito anteriormente, não é objetivo deste trabalho esgotar este assunto, mas é relevante mencionar esta diferença conceitual utilizada para fins de discussão dos resultados e demais inferências.

Se o uso da expressão “violência obstétrica” já se mostra como relativamente recente, é ainda mais recente o conceito e definição do que de fato vem a ser, assunto ainda muito desconhecido, invisibilizado, naturalizado e pouco reconhecido, e isso inclusive entre as próprias mulheres gestantes, parturientes e mães.

Portanto, um dos maiores interesses desta pesquisa foi, justamente, abordar a violência obstétrica a partir do próprio olhar e vivência das mulheres que a viveram. Aliás, não somente que a viveram. Mas que a reconheceram como tal, sem que pesquisadores externos à sua realidade nomeassem aquilo que viveram como forma de violência. As falas das mulheres não foram interpretadas no sentido de dizer que aquilo que elas viveram foram formas de violência. Nós partimos do pressuposto de que também é exercício de autonomia poder nomear aquilo que se viveu como uma forma de violência.

Este trabalho está inserido, historicamente, num momento pós advento do uso das redes sociais como meios de produção e divulgação de informação, as quais têm sido muito utilizadas justamente para desnaturalizar e tirar a violência obstétrica da invisibilidade.

Nosso recorte, no entanto, é extremamente restrito. Ter a internet como ferramenta de pesquisa traz muitas limitações e impede extrapolações, especialmente num país com tantas desigualdades e iniquidades como o Brasil. Onde a acessibilidade a ferramentas da internet ainda se mostra como um desafio a ser vencido. Embora, por estarmos inseridos no contexto da América Latina, sejamos um dos povos mais conectados digitalmente no mundo (MUGGAH E DINIZ, 2014), esta conexão digital não possui um padrão equânime de distribuição. Ainda é muito desigual o acesso às redes digitais de comunicação por parte das diferentes camadas sociais brasileiras.

Assim, por reconhecer a limitação em termos de extrapolações que a pesquisa por meio da internet traz implícita, nosso objetivo não foi produzir generalizações a respeito do panorama da violência obstétrica no Brasil. Mas, sim, conhecer, a partir da fala de um grupo específico de mulheres, algumas das práticas consideradas por elas como formas de violência obstétrica, a forma como as perceberam como tais e quais possíveis consequências essa vivência trouxe às suas vidas. Não foi nosso objetivo estimar frequência de ocorrência ou mostrar que a violência obstétrica realmente existe e não se trata de uma categoria genérica de violência. Partimos do ponto de que isso já foi mostrado em pesquisas anteriores e que, portanto, já se trata de uma categoria de violência reconhecida como tal. Nosso principal objetivo, além de tornar possível a fala das mulheres a respeito da violência obstétrica num contexto histórico de ações que estão promovendo a quebra de sua invisibilidade, foi o de mostrar como a violência obstétrica, para além da evidente e indiscutível violência de gênero que representa, e sobre a qual pesquisas anteriores já se debruçaram, também é promovida por uma apropriação dos modos de viver, de produzir subjetividades e de se apropriar dos corpos grávidos e parturientes das mulheres: o processo de medicalização do parto.

Ainda que conte com limitações implícitas, o recorte de entrevistar mulheres acessadas pela internet se justifica em função tanto do facilitado acesso da autora da pesquisa a mulheres mães que passaram por experiência de parto e nascimento em maternidades, quanto pelo fato de que esse acesso se dá justamente em função da questão da problematização do parto e nascimento. Para acessar as experiências violentas de parto e nascimento, era necessário que as mulheres entrevistadas já tivessem algum grau de percepção da violência vivida. Não nos interessava abordar mulheres para afirmar “você viveu violência no parto”. Interessava-nos uma abordagem no sentido de “você, que sente ter vivido violência obstétrica, pode nos falar sobre ela?”. Para isso, a percepção prévia da condição de violência mostrava-se como requisito fundamental. E, pela questão da violência obstétrica ter tido grande visibilidade justamente por meio da internet e redes sociais, justifica-se assim a escolha deste recorte para os fins a que nos propusemos.

As desigualdades no acesso à internet como meio de acesso e produção de informação, mencionadas pouco acima, foram confirmadas neste trabalho, como nos mostram os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas, as quais são predominantemente mulheres brancas, de classe média, com alto grau de escolaridade e acesso ao

sistema suplementar de saúde. Embora tenham sido colhidos relatos de 13 diferentes Estados brasileiros, mostrando uma relativa boa inserção nacional em sua divulgação, o padrão de desigualdade se mantém. Esta característica dos relatos é negativa pelo lado de que, mais uma vez, as falas das mulheres negras não são majoritárias, quando precisariam ser, uma vez que elas representam um dos grupos sobre os quais mais recaem práticas violentas de assistência ao parto. Mulheres negras ou pardas, que nesta pesquisa correspondem a apenas menos de 20% dos relatos recebidos, são as que sofrem maior desigualdade social na atenção obstétrica, marcada por duplo nível de discriminação, a racial e a educacional (LEAL ET AL., 2005; D'ORSI ET AL., 2014). Isto mostra a necessidade urgente de desenvolver estratégias de acesso às experiências violentas de parto vividas por mulheres negras. Não apenas para sistematizar o conhecimento e conhecer tais práticas mas, principalmente, por uma questão de justiça social, que torne possível que essas mulheres, repetidas vezes silenciadas, possam ter suas falas ouvidas e suas vivências expostas e visibilizadas. A mesma discussão precisa ser feita com relação às mulheres pobres e de regiões periféricas brasileiras, grande parte delas também mulheres negras.

No entanto, a caracterização das mulheres entrevistadas nesta pesquisa como pertencentes, em sua maioria, à classe média não representa apenas uma limitação. Representa, por outro lado, uma potencialidade de ação. Como discutido por Diniz (2005), essa é uma característica que precisa ser aproveitada do ponto de vista da novidade política que representa. Mulheres pertencentes à camada média de uma sociedade como a brasileira, assim como têm um facilitado acesso às redes de comunicação, precisam passar a ter facilitado acesso aos meios políticos de enfrentamento, inclusive para que possam representar aquelas que não o tem. E é o que, ainda de maneira tímida porém progressiva, está sendo observado atualmente no Brasil, no contexto das estratégias de enfrentamento político à violência obstétrica. É o caso, por exemplo, da Aceleradora Social Artemis, fundada em 27 de outubro de 2013 por mulheres ativistas organizadas e que, além de ter foco no fomento, difusão, apoio e incentivo ao exercício da autonomia da mulher em cada etapa de sua vida, trabalha pela prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, por meio da implantação de políticas e serviços, e com uma atenção especial para o fenômeno da violência obstétrica no Brasil. É da Artemis a autoria política de diversas articulações nacionais nesta esfera, que têm trazido maior problematização a respeito da violência obstétrica em

maternidades brasileiras e de demais desrespeitos aos direitos humanos das mulheres, especialmente dos direitos reprodutivos.

Continuando a exploração da caracterização das mulheres entrevistadas e dos relatos de parto e nascimento recebidos, é possível perceber que a maioria das violências relatadas aconteceram em maternidades privadas. Esse dado não nos permite fazer inferências a respeito de uma maior ou menor frequência de ocorrência de violência obstétrica entre maternidades públicas ou privadas, mas permite dizer que, ao contrário do que outras pesquisas sugerem, maternidades privadas não se mostram como ambientes mais seguros ou onde a violência deixa de ocorrer em virtude de uma suposta facilidade de controle (AGUIAR, 2010; VENTURI ET AL., 2011). Aguiar (2010) pressupõe que haja uma diferença entre a relação profissional/gestante que se estabelece entre os serviços públicos e privados, pressupondo que no privado a gestante tenha a possibilidade de realizar seu parto com um profissional com o qual já desenvolveu um vínculo e que, portanto, a possibilidade de ocorrer práticas violentas deveria ser menor, além do fato de que, no ambiente privado, esperar-se-ia que houvesse maior vigilância e controle da instituição sobre a conduta de seus profissionais, ou um maior poder de negociação da mulher em função de seu poder aquisitivo. No entanto, isto não foi visto na presente pesquisa, em que práticas violentas aconteceram predominantemente no interior de maternidades privadas. Aliado a isso está o dado de que, nesta pesquisa, a maioria das mulheres que relataram terem sofrido violência obstétrica não foram atendidas por plantonistas e, sim, pelos mesmos médicos que as acompanharam em seu pré-natal. Portanto, pelo menos no contexto deste trabalho, a questão da fonte de financiamento da maternidade ou do grau de interação e intimidade entre profissional e gestante não parecem ser fatores protetivos com relação à ocorrência da violência. Outro fenômeno parece estar atuando na relação entre profissionais e gestantes/parturientes para que se estabeleça uma relação de desigualdade que abre portas para a violência, que não a questão do financiamento. Exceto, especificamente, no caso de GIULIA, a qual foi agredida moral e verbalmente, tendo recebido assistência de baixa qualidade em função de questões financeiras.

Os resultados desta pesquisa também chamaram a atenção pelo desrespeito evidente à lei federal n. 11.108, a “Lei do Acompanhante”, a qual determina que os serviços de saúde sejam obrigados a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todas as fases da assistência ao parto. A pesquisa mostrou que apenas 30% das mulheres entrevistadas tiveram acesso facilitado à presença do

acompanhante. O impedimento à presença de seu acompanhante foi visto, pela maioria das entrevistadas, como uma forma importante de violência. E isso reforça a relevância dada aos benefícios promovidos pela presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, quais sejam: facilitação dos partos vaginais espontâneos, redução da necessidade de analgesia, aumento da percepção positiva sobre a experiência de parto e nascimento, redução da duração do trabalho de parto, diminuição da probabilidade de ocorrência de cesarianas, entre outros benefícios (BRÜGGEMANN ET AL., 2013). A limitação ou impedimento no acesso ao direito de ter um acompanhante, observada nesta pesquisa, vai no mesmo sentido observado por pesquisas anteriores, como a que ocorreu no inquérito Nascer no Brasil. Nele, cerca de um quarto das mulheres não teve qualquer acompanhante, menos de uma em cada cinco teve acompanhamento contínuo e mais da metade teve acompanhante parcialmente (DINIZ ET AL., 2014). As autoras deste artigo discutem a ausência do acompanhante, inclusive, do ponto de vista da facilitação da ocorrência de violência, uma vez que afirmam que, pelo menos entre o grupo que estudaram, a presença do acompanhante tornou a mulher menos vulnerável à violência.

A presente pesquisa também mostrou que a grande maioria das mulheres entrevistadas, mais de 85% delas, não pode ter contato com o recém-nascido imediatamente após o nascimento. Resultado esse que está diretamente associado ao fato de cerca de 70% delas não terem sido incentivadas à amamentação. Salgado (2012), também em pesquisa entrevistando mulheres por meio da internet, observou o mesmo padrão de afastamento do neonato, a qual atribuiu ao fato de terem sido nascimentos ocorridos por meio de cesarianas. Sem dúvida, considerando que, em nossa amostra, mais de 50% dos nascimentos relatados aconteceram por via cirúrgica, este parece ser um dos fatores que favoreceram a separação entre mãe e bebê. No entanto, considerando que o número de mulheres que foi impedida de estabelecer contato com seus filhos imediatamente após o parto foi ainda maior que os 50%, aparentemente outras questões estruturais relacionadas à prática obstétrica parecem interferir neste resultado. Monteiro e colaboradoras (2006) afirmam que algumas rotinas hospitalares se constituem em obstáculo para a amamentação. Entre elas a administração de sedativos e analgésicos, o aumento indiscriminado das cirurgias cesarianas e, também, a separação frequente entre mãe e filho. Assim, é possível perceber que o fato de grande parte dessas mulheres terem sido afastadas de seus filhos também se relaciona com o fato de não terem sido orientadas ou incentivadas, pela equipe de saúde, a amamentar. E

ambas as práticas foram consideradas, por elas, como formas de violência.

Com relação à possibilidade de denúncia da violência vivida, os resultados mostraram que, entre as mulheres entrevistadas nesta pesquisa, apenas 10% delas formalizaram, de alguma maneira, denúncias sobre o que viveram. O principal motivo que as levou a não denunciar foi não saber onde denunciar nem que podiam denunciar. Mesmo resultado foi observado por Aguiar (2010) em sua pesquisa sobre violência institucional em maternidades como uma questão de gênero. A inexistência, até o presente momento, de um caminho sólido, consistente e seguro de denúncia à violência obstétrica no Brasil é, de fato, uma realidade. Embora algumas autoras, como Diniz e colaboradoras (2015), considerem o envolvimento da Central de Atendimento à Mulher – o Disque 180 –, da Ouvidoria do SUS e do Ministério Público como uma das estratégias necessárias para combater e mitigar a violência obstétrica, capacitando-os para receber denúncias de casos de violação dos direitos das mulheres na assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e abortamento, ainda estamos longe de conseguir este feito. E isso porque a violência obstétrica ainda se encontra bastante invisibilizada e naturalizada na sociedade, vista como pertencente ao rol de práticas aceitas. E é justamente esta naturalização que representa o segundo motivo pelo qual as mulheres desta pesquisa preferiram não denunciar o que viveram. Portanto, anterior à capacitação dos canais de denúncia e ouvidoria, é urgente que sejam desenvolvidas instâncias formativas e de atualização de todos os profissionais que, de alguma maneira, trabalham com acolhimento de denúncias relacionadas à violação dos direitos das mulheres, especificamente para a questão do que é a violência obstétrica.

Os resultados desta pesquisa também mostraram que, entre o grupo de mulheres entrevistadas, os médicos obstetras são os profissionais da assistência que mais praticaram atos de violência contra as mulheres durante o processo de nascimento de seus filhos. Mas não apenas estes profissionais. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e anestesistas também aparecem entre os quatro profissionais com mais citações de práticas violentas contra as gestantes, parturientes e puérperas. Isso nos mostra que o processo de violência obstétrica não se restringe à prática de uma categoria profissional em específico, mas a todo um conjunto de profissionais que compõem a assistência obstétrica. Ter os médicos obstetras liderando este “ranking” pode ser interpretado como relacionado justamente à hierarquia profissional médica presente atualmente em nossa sociedade, como será discutido adiante e como

também já discutido em outras pesquisas (AGUIAR, 2010; AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2011).

Com relação às práticas que foram consideradas, pelas entrevistadas, como violentas, verificamos a presença de categorias de violência já mencionadas em estudos anteriores, tais como D'Gregório (2010) – proibição da mulher de ter um acompanhante, realização de procedimentos sem prévia explicação, realizar procedimentos sem anuência da mulher (especialmente tricotomia, episiotomia, toques e enema), tratamento rude, agressivo, não empático, separar a mãe do recém-nascido de forma a impedir o contato imediatamente após o parto. As formas de violência obstétrica mencionadas por D'Oliveira e colaboradoras (2002) e Diniz e D'Oliveira (1998) também foram observadas nesta pesquisa, quais sejam: violência verbal expressa por tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional, violência física, não utilização adequada de analgesia e uso inadequado de tecnologias e intervenções. Adicionalmente a essas categorias, as entrevistadas por esta pesquisa também apontaram como formas de violência as listadas abaixo. Essa complementação às práticas consideradas como violências obstétricas representa uma contribuição importante deste trabalho, uma vez que parte do próprio reconhecimento da usuária do sistema de saúde a respeito de formas de violência praticadas pela assistência.

- Incitação à cesariana quando a mulher já manifestou vontade por um parto normal, manifesta de diversas formas, tal como afirmar que se trata de uma emergência ou que é inevitável, quando seu próprio comportamento de demora no atendimento ou agendamento posterior mostra que não é, ou forjar resultados de exames.

- Desrespeitar ou ironizar a mulher pela via de parto escolhida, qualquer que seja ela.

- Marcação da cirurgia cesariana sem o consentimento da mulher.

- Retirar da mulher objetos que contribuam para a manutenção de sua integridade.

- Discriminação por condição financeira.

- Exposição do corpo nu da mulher a estranhos.

- Receber respostas irônicas ou mentirosas aos seus questionamentos.

- Adentrar as instalações onde está a parturiente ou a puérpera sem avisar, ou de maneira brusca.

- Desconsideração do plano de parto.

- Manifestação de crueldade.

- Abuso anestésico.
- Anestesia geral sem necessidade clínica justificável.
- Corte de tecidos sem anestesia.
- Retirada agressiva da placenta.
- Mencionar desnecessariamente detalhes do corpo da mulher.
- Não permitir a amamentação imediatamente após o parto.
- Retirar o bebê dos braços da mãe contrariamente à sua vontade e sem justificativa clínica plausível.
- Sugerir a presença de malformações no bebê sem a devida comprovação.
- Recusa em dar informações detalhadas sobre o bebê quando este é afastado por algum motivo plausível.
- Conduta abusiva de consultoras de amamentação.
- Manter a mulher amarrada após a cesariana.
- Uso da alta média (da mulher e do neonato) como barganha.
- Uso do status médico para impor procedimentos.
- Arrogância médica.
- Tortura física e psicológica.
- Preconceito de gênero, machismo e misoginia.
- Culpabilização da mulher pelo ato sexual.
- Omissão profissional.
- Premeditação de ação que leva a prejuízo físico e emocional à mulher.
- Silenciamento de testemunho.
- Culpabilização da vítima.
- Culpabilização da mulher por condições relacionadas ao neonato.
- Infantilização da mulher por sua condição gestante e parturiente.
- Negação da violência praticada.
- Atribuir à mulher condição de insanidade mental (“gaslighting”).

Essas categorias de violência obstétrica, identificadas pelas mulheres como tais, vêm somar às outras formas de violência já identificadas anteriormente. Embora de caráter semelhante, consideramos de fundamental importância sua menção explícita, a fim de que os contornos da violência obstétrica possam ficar cada vez mais definidos e menos obscuros. Se se pretende que ações de enfrentamento sejam cada vez mais incorporadas aos processos de formação de recursos humanos, às ações de divulgação, conscientização e desnaturalização da violência obstétrica, à criação de caminhos seguros

e consistentes de denúncia, é imperioso que todas as formas de violência obstétrica consideradas como tais pelas usuárias possam ser expostas e visibilizadas.

Um dos objetivos desta pesquisa também foi o de conhecer o caminho que levou a mulher a identificar que a experiência que viveu representava uma forma de violência. Conhecer esse percurso nos dá pistas de quais estratégias de ação precisam ser reforçadas e mantidas e quais precisam ser criadas no sentido de tornar o assunto cada vez mais evidente e acessível. Os dados obtidos nos mostraram a grande relevância das ferramentas da internet neste sentido, representadas por grupos virtuais de apoio à maternidade, grupos de discussão sobre aspectos referentes ao parto e nascimento e relatos de parto publicados em sites e blogs. Neste sentido, reforça-se mais uma vez a importância do ambiente de conectividade às questões relativas ao acesso de informação sobre boas condições de parto e nascimento, tornando ainda mais importante promover o acesso de diferentes grupos sociais a essas ferramentas. Ou, ainda, de levar o debate do ambiente privado dos grupos ao ambiente formal da formação da área médica, uma vez que as próprias dúvidas, angústias e debates promovidos por mulheres conectadas, especialmente as mulheres mães, podem representar pistas relativas a melhorias e aperfeiçoamentos das condições da assistência à gestação, parto e nascimento.

Isso precisa ser feito, inclusive, como forma de evitar que nossas históricas desigualdades sociais e nossa segmentação territorial se reflitam em exclusão do acesso à informação e, de modo inverso, que essa exclusão do acesso à informação reforce nossas desigualdades sociais, especialmente as desigualdades observadas na assistência obstétrica brasileira. Ribeiro e colaboradores (2013) afirmam que ter acesso e saber utilizar a internet pode levar ao aproveitamento de diversas oportunidades com efeitos significativos sobre a trajetória dos indivíduos e suas condições de mobilidade e acesso a recursos materiais e imateriais. No entanto, se esse acesso à internet, ou se o saber ou não saber utilizá-la para o fim de busca de informação, continuar a ser utilizado de maneira quase que “monopolizada” pelas camadas dominantes da população, um efeito inverso poderá ser produzido: a disseminação da internet e de suas formas de uso, ou invés de combater as desigualdades sociais, na verdade encorajará a sua reprodução (RIBEIRO ET AL., 2013). Em outras palavras, favorecer que as mulheres gestantes tenham acesso à internet não basta, é preciso orientá-las num processo ativo e eficiente de busca de informação, a fim de que

possam utilizar essa informação como ferramenta protetiva contra a violência obstétrica.

Esta pesquisa também se propôs a conhecer, a partir dos relatos das mulheres, as possíveis consequências da violência obstétrica sobre suas vidas posteriormente ao nascimento de seus filhos. Domingues e colaboradores (2004) sugerem, também por meio de relatos de mulheres, que uma experiência positiva de nascimento dos filhos pode significar mudança positiva na história de vida daquela mulher. À luz do que uma boa experiência de parto/nascimento pode produzir, também se pode vislumbrar as possíveis consequências (algumas traumáticas) da violência em um momento de tamanha fragilidade e relevância emocional, como é o nascimento de um filho. E foi o que a presente pesquisa mostrou: um efeito avassalador da violência obstétrica sobre a vida das mulheres. Embora, para algumas, ter sofrido violência tenha servido como força motriz para uma mudança de olhar sobre o mundo e a vida, ou para se tornar ativista pelos direitos das mulheres, ou pelo menos divulgadora de informações visando proteger outras mulheres, muitas vezes o que pode ser observado foi que ter vivido violência alterou profundamente, de maneira negativa, a vida de muitas das entrevistadas. Os relatos de OLGA e GIULIA são representativos disso. É possível inferir, inclusive, uma associação positiva entre grau de crueldade a que foram expostas pela assistência obstétrica e grau de prejuízo para suas vidas posteriores, uma vez que aquelas mulheres que mencionaram terem tido suas vidas negativamente impactadas foram as mesmas que viveram formas cruéis de violência obstétrica. Neste sentido, é necessário recuperar, da década de 1950, o conceito de crueldade em maternidades brasileiras, como detalhado por Diniz e colaboradoras (2015). As autoras citam o caso da revista *Ladies Home Journal*, uma revista voltada para donas de casa norte-americanas da década de 50, a qual publicou narrativas de violência no parto em uma matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades”. Nesta matéria, o tratamento recebido pelas parturientes era descrito como forma de tortura:

O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (twilight sleep, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos

pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas. Ela teve grande repercussão, com uma inundação de cartas à revista e a outros meios, com depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetria”. (DINIZ ET AL., 2015, p. 02)

A mesma discussão pode ser facilmente transposta para os relatos de muitas das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, quando o tratamento que receberam de profissionais da assistência obstétrica mostraram traços evidentes de crueldade. Levando em consideração que há violência obstétrica em 25% dos nascimentos por via vaginal em maternidades, e que esse número deve ser ainda maior quando considerados os nascimentos por via cesariana, como é o caso da maior parte das entrevistadas nesta pesquisa, torna-se fácil perceber que estamos diante de um problema de saúde coletiva que é mais do que grave: representa o retorno à barbárie e a completa anulação dos direitos humanos das mulheres. A presente pesquisa mostrou o efeito devastador que a violência obstétrica vem produzindo na vida das mulheres que a vivem, o qual passa por traumas sexuais temporários ou permanentes, mudança de planos reprodutivos, percepção negativa do próprio exercício de maternidade, entre outras consequências que impactam negativamente a vida dessas mulheres.

Com relação à análise dos relatos recebidos por categorias temáticas, percebemos que nossa hipótese de pesquisa pode ser confirmada pelos relatos recebidos. Nossa hipótese se baseava no fato de que o processo de medicalização social, à medida que legitima práticas hegemônicas e transfere a gestão e manejo dos eventos da vida cotidiana para o domínio médico, transforma-se em forma ativa de controle social. Neste caso, em específico, de controle das mulheres gestantes, parturientes e puéperas. Um controle de seus modos de viver e de produzir subjetividades, legitimado por um saber-poder científico, refletido perfeitamente nos relatos das mulheres, especialmente nos que reafirmam uma suposta superioridade do conhecimento médico. O relato de FELICE, assim como de outras mulheres, mostra exatamente isso:

“(...) e se você acha que sabe mais do que eu, eu faço o toque, mesmo isso sendo um risco de infecção, mas é por sua conta, e se você estiver mesmo com 8 cm eu rasgo o meu diploma e te contrato para ficar aqui olhando cada gestante que chegar, porque você sabe mais do que eu!”.

Se, como visto anteriormente, o comportamento e modo de vida das mulheres eram controlados por questões relacionadas à moralidade e exercido pela religião, agora a medicina, fortalecida pela ciência, é quem exerce tal controle. O que, em outras palavras, significa dizer que a medicina, e não a mulher, passa a ter a palavra final sobre sua própria vida. Deixa de haver poder decisório da mulher sobre seu próprio corpo, que passa para as mãos do discurso médico, da instituição médica e do profissional médico – mas também de outros profissionais da assistência obstétrica, como mostraram os resultados desta pesquisa. Em nome da saúde – frequentemente a do bebê – o discurso do risco é utilizado para tornar mulheres gestantes submetidas às orientações médicas.

O processo de medicalização faz com que as pessoas, primeiro, idolatrem especialistas para, depois, tornarem-se dependentes deles (SZAZ, 1972). E foi o que aconteceu às mulheres gestantes e parturientes com a transferência do saber relacionado ao manejo da gestação e parto das mãos das parteiras para o controle dos homens (CAHILL, 2001). Este comportamento involuntário de subserviência, promovido pela forte campanha difamatória contra as parteiras dos séculos XVI ao XVIII, e pela inserção de instrumentos e tecnologia no evento do parto, fez com que gestantes e parturientes passassem a desejar as intervenções enquanto produtos, comportamento incentivado pela ampliação cada vez maior da sociedade capitalista do consumo. Assim, a medicalização do parto, numa aproximação com as proposições de Illich (1975) e Zola (1972), representa uma hipertrofia ilusória das potencialidades obstétricas, que foram tornadas, pelo conhecimento médico hegemônico, como sendo capazes de solucionar todo e qualquer problema relacionado ao evento do parto. Mais que isso: é uma hipertrofia ilusória desejada pelas próprias mulheres, que serão feitas vítimas exatamente pelo que desejam, sem que se apropriem de tal reflexão e, portanto, sem que possam ser responsabilizadas ou culpabilizadas por seu desejo. Assim, percebe-se que a medicalização do

parto, bem como as iatrogenias associadas a ela, é retroalimentada, mantida e reforçada por si mesma.

Numa aproximação com as proposições feitas por Conrad (1992), de que haveria um nível conceitual de medicalização, este seria representado, na assistência ao parto, pelo uso banalizado do vocabulário médico obstétrico, inclusive pelas próprias gestantes e parturientes, tais como: placenta prévia, prolapso de cordão, descolamento de placenta, insuficiência de corpo lúteo, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, líquido amniótico, entre outros conceitos biomédicos que passam a fazer parte do vocabulário cotidiano destas mulheres. No nível institucional, a medicalização do parto faz com que gestantes e parturientes passem a considerar as instituições médicas, como maternidades e clínicas pré-natais, como as únicas instituições legítimas para o manejo da gestação e do parto, sendo os obstetras considerados como anfitriões dos benefícios considerados legítimos apenas quando atuantes dentro de tais instituições. No nível interacional, a medicalização do parto faz com que a interação obstetra-gestante, ou obstetra-parturiente, ou qualquer outro profissional da assistência, seja enfermeira, auxiliar de enfermagem, anestesista, pediatra ou consultora de amamentação, como visto nos resultados apresentados aqui, se dê no sentido de definir a gestação e/ou o parto, por parte desses profissionais, como um “problema” médico ou uma condição patológica ou, no mínimo, arriscada e que precisa, portanto, de constante monitoramento médico e intervenção. Esses três níveis apresentam-se articulados de tal maneira que passam a constituir um conceito linguístico que torna a gestação e o parto, inicialmente eventos “naturais” ou manejados de maneira autônoma pelas mulheres, eventos vistos como doenças que, portanto, necessitam de tratamento.

De acordo com Illich (1975), a retirada do poder do sujeito sobre si mesmo passa a conferir ao sistema biomédico autoridade para controlar o próprio sujeito. Assim, com o processo de medicalização do parto, a mulher que gesta e dá à luz, desprovida de poder sobre si e com sua autonomia para decidir sobre seu corpo substituída pela heteronomia, passa a ser vista como produto não humano, receptáculo ou instrumento para um fim: a garantia do nascimento de um bebê saudável. E a proposição de Illich é vista, mais uma vez, no parto medicalizado: as próprias gestantes e parturientes passam a solicitar o consumo da obstetrícia, o que, de certa maneira, faz com que continuem a ser exploradas. As três formas de iatrogenia propostas por Ivan Illich – iatrogenia clínica, social e estrutural –, quando observadas e analisadas no contexto do parto medicalizado, constituem-se como forças que

suprimem a autonomia das mulheres e, portanto, representam, por si só, formas de violência. A produção de traumas emocionais e a utilização de intervenções que são realizadas à revelia da decisão autônoma das mulheres, características da iatrogênese clínica, representam formas de violência. A iatrogenia social produzida pela prática obstétrica após a completa medicalização do parir e nascer, representada pela produção de mulheres passivas com relação às decisões sobre seu próprio corpo – e neste contexto específico, sobre o corpo grávido – delegando à medicina, às orientações médicas e aos diagnósticos as suas próprias decisões, também pode ser interpretada como forma de violência. A transformação das mulheres grávidas e em trabalho de parto em sujeitos dependentes simboliza, de acordo com Illich, a dimensão mais nociva da medicalização, posto que anula a capacidade das mulheres de acreditar que podem tomar decisões sobre seus corpos e, portanto, também representam formas de violência. E essas afirmações poderão ser compreendidas mais adiante, ao discutirmos, enfim, o conceito de violência.

Tesser (2006) afirma que a partir do momento em que a produção heterônoma se expande, a contraprodutividade começa a crescer e a se expandir, uma vez que a autonomia do sujeito passa a ser preterida pela decisão do profissional médico. A noção de contraprodutividade, proposta por Illich (1975), se estabelece quando o sistema médico, que deveria proteger a saúde, passa a prejudicar a mesma e a produzir danos. Assim, cria-se um círculo vicioso envolvendo aumento da contraprodutividade, aumento da ação heterônoma, perda da autonomia, que aumenta a contraprodutividade, que leva a ainda mais ação heterônoma (TESSER, 2006). Este processo, posto que destrói e anula a autonomia do sujeito, também representa uma forma de violência. E é visto com frequência no manejo medicalizado do parto, em que a autonomia das gestantes é anulada para o controle médico obstétrico, gerando heteronomia e produzindo uma cascata de intervenções não solicitadas e/ou não consentidas.

A citação que Thomas Szaz (2007) faz do neuropatologista Karl Wernicke, que diz que o tratamento psiquiátrico começa com uma violência, posto que representa a completa anulação da liberdade do paciente, pode ser transposta para a realidade atual da assistência obstétrica, como mostrado por esta pesquisa: o atendimento a gestantes e parturientes começa justamente com a violação de suas liberdades pessoais, uma vez que sua subjetividade e autonomia são anuladas pelos três níveis da medicalização como proposto por Conrad. Assim, também em aproximação à proposição de Szaz (2007) sobre o processo de

anulação de subjetividades promovido pela medicalização, o parto medicalizado pressupõe a violação do direito fundamental das gestantes e parturientes de terem liberdade para decidirem por si. As mulheres gestantes, numa analogia ao conceito proposto por Gaudenzi e Ortega (2012), teriam retiradas de si sua condição autônoma, sendo colocadas como objetos passivos de cuidados heterônomos, onde a obstetrícia passa a ser considerada como a grande conhecedora e apropriadora de seus corpos, excluindo-as de si mesmas enquanto seres detentores de subjetividades, crenças, direito de decisão e escolha.

Assim, neste momento, privadas de si mesmas pelo domínio médico obstétrico, elas não disporiam mais de “saúde” como proposto por Canguilhem (1995), posto que não seriam consideradas capazes de lidar com seus próprios eventos de gestação e parturição. Passa a ser retirado destas mulheres aquilo que as torna pessoas únicas, detentoras de seu direito básico de liberdade: o exercício pleno da autonomia.

A autonomia representa o poder que todo indivíduo tem de apropriar-se de si e decidir por si e, juntamente com a liberdade, são condições fundamentais para que existam enquanto sujeitos de direitos (LALANDE, 1999). A autonomia das mulheres é definida, pela Organização das Nações Unidas (2005), como o grau de liberdade que toda mulher tem para agir de acordo com suas próprias escolhas, e não em função das escolhas que terceiros fazem por elas. Guedes e colaboradores (2011) afirmam que a noção de autonomia se opõe à de heteronomia especialmente porque esta última compreende o indivíduo em situação de alienação, da sociedade ou de si próprio. As mesmas autoras afirmam que situações de opressão, como a opressão de gênero, representam situações de heteronomia, e que a violência, definida como privação e negação da liberdade, é gerada também pela interdição da autonomia das mulheres enquanto indivíduos sujeitos de sua própria existência. Para elas, a violência perfeita seria aquela em que a vontade e a ação das pessoas são ignoradas ou anuladas em função da vontade e da ação de dominadores, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja sequer reconhecida pelos dominados. Essa é a situação em que se encontram gestantes e parturientes submersas na cultura iatrogênica da medicalização do parto, muitas das quais sequer conseguem ainda apropriar-se do conhecimento e da percepção de que estão sendo sujeitos heterônomos.

Mas de que forma é possível alinhar de maneira consistente a perda de autonomia das mulheres que gestam e dão à luz, promovida pela medicalização do parto, à ocorrência de um processo de violência, como afirmado anteriormente?

De acordo com Minayo (2006), eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, lutas pelo poder, vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. As manifestações da violência seriam, segundo a autora, aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, toleradas ou condenadas pela sociedade segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Nessa lógica, torna-se possível que costumes e práticas amplamente aceitos, legitimados e, como visto anteriormente, desejados pelas próprias mulheres, possam representar formas de violência, caso da assistência medicalizada ao parto que vemos hoje.

O aparente desconforto que existe ao associar a assistência obstétrica a práticas violentas é compreensível, posto que a instituição médica foi criada e construída como instituição respeitável, confiável, legitimada e fortalecida pela hegemonia e saber-poder científico. No entanto, é necessário lembrar do conceito proposto por Domenach (1981, apud MINAYO, 2006), que afirma que as formas mais atrozes e mais condenáveis da violência geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, que existem há bastante tempo sem que tenham sido problematizadas de maneira objetiva e que são protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável. Assim, evidenciar o processo violento decorrente da substituição da autonomia pela heteronomia, promovido pelo parto medicalizado, significa também tirar da ocultação práticas condenáveis que foram invisibilizadas por ocorrerem sob o manto de instituições legitimadas e consideradas pela sociedade como idôneas e respeitáveis.

Alijada de seu papel social, a mulher passa a ser vista apenas como paciente e, assim, é objetificada, sendo seu corpo controlado comportamental e tecnicamente por uma equipe treinada, e visto apenas como meio para um fim: a chegada de um bebê. A dimensão humanística do cuidado dá lugar, portanto, à anulação da subjetividade feminina, transformando a mulher em receptáculo ou objeto de intervenção (AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2011). O reconhecimento de que a substituição da autonomia feminina no parto e nascimento pela heteronomia abre portas para o tratamento que reduz a mulher a um sistema fisiológico cujo objetivo é gerar um bebê, legitimando práticas que a despersonalizam e a desconsideram enquanto indivíduo, foi um dos propulsores para a organização de o movimento pela humanização do parto no Brasil.

A assistência medicalizada ao parto no Brasil é prática hegemônica não somente legitimada como desejada e solicitada pelas mulheres, que são estimuladas culturalmente desde muito tempo para

que assim seja, e representa, como mencionado, a hipertrofia ilusória da eficiência obstétrica, a qual é considerada como capaz de resolver qualquer problema referente à gestação e ao parto, como discutido por Illich (1975) e Zola (1972). A ocorrência de práticas violentas na assistência medicalizada ao parto tem início ainda na gestação, quando, em função do nível interacional da medicalização como proposto por Conrad (1992), a relação entre obstetra e gestante passa a ser construída mediante apropriação das decisões da mulher sobre seu próprio corpo, a qual é levada a cabo em função da visão da gestação como sendo um problema médico ou uma situação arriscada que precisa de monitoramento constante e que, portanto, torna o médico o conhecedor legítimo da condição. A partir de então, a mulher é tratada como sujeito heterônomo, incapaz de decidir por si, fragilizada emocionalmente pela sensação de que desconhece seu corpo e que um terceiro tem sobre ela total controle e poder. A possibilidade de tomar decisões sobre os rumos de sua gestação e de seu parto passa a ser substituída pelas decisões que a equipe médica tomará sobre seu corpo, o que representa anulação de sua autonomia e liberdade individual. Assim, privada de sua autonomia e de sua liberdade, a assistência medicalizada à gestação e ao parto passa a retirar da mulher as condições fundamentais para que exista enquanto sujeito de direitos (LALANDE, 1999). A gênese da violência obstétrica, portanto, além de baseada na questão de gênero, também estaria fundada na substituição da autonomia da mulher pela heteronomia promovida pela medicalização do parto, quando esta seria alienada de si própria e de sua condição de sujeito livre para tomar suas próprias decisões.

Sendo a violência definida também como a privação e a negação da liberdade, compreende-se de que forma a interdição da autonomia das mulheres enquanto sujeitos de sua própria existência, ainda na gestação, contribui para a existência de práticas violentas. Seria, inclusive, uma forma “perfeita” de violência, de acordo com o proposto por Guedes e colaboradores (2011), uma vez que a vontade e a ação das gestantes são anuladas em função da vontade e da ação de profissionais da assistência, considerados aqui como dominadores. É uma forma de violência considerada sutil e subjetiva, uma vez que pode sequer ser reconhecida pelas gestantes e parturientes – consideradas como dominadas – e, assim invisibilizada e naturalizada, com condição de atuar de maneira ainda mais contundente. A substituição da autonomia da mulher pela decisão do profissional médico acaba por se caracterizar como um conflito de autoridade, uma luta pelo poder e uma vontade de domínio, exatamente como Minayo (2006) define os eventos

violentos, e que está manifesto explicitamente em frases frequentemente ditas por profissionais da obstetria, tais como “*Cala a boca senão não te atendo mais*”, mas também implicitamente presente em uso frequente de argumentos de autoridade via manejo de atemorização frente a riscos e patologias, alimentando a projeção de decisão nos obstetras, como observado nos relatos das mulheres entrevistadas nesta pesquisa.

Embora tão frequente, acontecendo com 25% das mulheres brasileiras que passam por experiência de parto vaginal, a violência obstétrica ainda se encontra oculta pela própria invisibilidade da violência institucional, aquela que é vista no interior de instituições onde uma relação de saber-poder é estabelecida, como acontece com hospitais, estabelecimentos de ensino, estabelecimentos carcerários, entre outros, e acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, o que dificulta ainda mais o reconhecimento da heteronomia por parte das gestantes e puérperas (TORNQUIST, 2004; AGUIAR E D’OLIVEIRA, 2011; VENTURI ET AL., 2011). A invisibilidade da violência obstétrica acontece em função de diferentes fatores, como a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, a aceitação e banalização de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias e a dificuldade que as gestantes, parturientes e puérperas têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que as atenderam, uma vez que tendem a se sentir agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que compensaria, para elas, qualquer mau tratamento recebido durante a assistência (DOMINGUES ET AL., 2004; AGUIAR E D’OLIVEIRA, 2011). Além disso, o processo de medicalização, reforçado pela hegemonia biomédica e legitimado pela ciência, invisibiliza as iatrogêneses clínicas, sociais e culturais, o que contribui para a invisibilização da violência obstétrica e, portanto, fomenta sua manutenção e perpetuação.

É o processo de medicalização da gestação e do parto que fundamenta e fortalece a industrialização do nascimento. Atualmente, o agendamento de cesarianas, que por si só representa um forte processo de iatrogênese clínica, acontece como uma linha de produção de nascimentos, com instituições ostentando taxas entre 70 e 100% de nascimentos cirúrgicos (RATTNER, 1996; 2009). Inicialmente utilizada também para reduzir as taxas de mortalidade materna, o nascimento cirúrgico no Brasil já ultrapassou em muito, e há muito, a taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que é de até 15%. A despeito do aumento das taxas de cesariana, que ultrapassam os 50%, a mortalidade materna no Brasil não vem sendo alterada, tendo se mantido

constante nos últimos vinte anos e muito superior à de países desenvolvidos (RATTNER, 2009; LEÃO ET AL., 2013), sendo necessária, portanto, a reflexão sobre os possíveis motivos de sua estabilização.

A medicalização do parto e do nascimento retira da mulher que vai dar à luz a possibilidade de exercício de sua livre autonomia. E a ausência do cuidado com a parturiente enquanto sujeito abre espaço, segundo Aguiar e D'Oliveira (2011), para condutas violentas, de anulação ou impedimento da fala e ação do outro. Diferentes estudos, acessando a percepção de mulheres sobre suas experiências de parto, afirmam que a avaliação negativa da experiência está comumente associada a fatores como o sofrimento relacionado à dor do parto, a má atenção da equipe, parto demorado e/ou difícil, complicações do bebê, baixa qualidade da relação entre parturiente e a equipe, ausência de envolvimento nas tomadas de decisões, ausência de acompanhante, grande número de intervenções médicas, entre outros fatores (DINIZ E D'OLIVEIRA, 1998; FIGUEIREDO ET AL, 2002; DOMINGUES ET AL, 2004; WALDENSTRÖM ET AL, 2004; AGUIAR, 2010; AGUIAR E D'OLIVEIRA, 2011; BRÜGGEMANN ET AL, 2013). Entre as puérperas que tiveram bebês na maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, e que foram entrevistadas por Domingues e colaboradoras (2004), 16,7% relataram terem tido uma experiência “ruim” ou “muito ruim” de parto. Para essas mulheres, o relacionamento estabelecido com a equipe de profissionais da saúde foi um dos principais fatores que afetaram negativamente sua memória em relação à experiência. As autoras afirmam que, muitas vezes, embora a assistência esteja sendo prestada dentro dos limites do que se considera uma boa prática, a negligência é percebida pela falta de informação, suporte e compaixão, elementos considerados fundamentais para que as mulheres se sintam bem cuidadas. Para Figueiredo e colaboradores (2002), as mães que relataram terem tido um parto mais “difícil”, ou terem sentido mais dor, ou mais ansiedade, ou perda maior do controle, ou que exibem uma reação emocional mais negativa com a experiência, são aquelas que tiveram menos suporte subjetivo por parte dos profissionais da saúde, tornando-se mais vulneráveis a apresentar maiores dificuldades emocionais a partir do quinto dia do puerpério. Em um estudo realizado com puérperas suecas, Waldenström e colaboradores (2004) concluíram que os fatores identificados como relacionados a más experiências de parto podem ser classificados em quatro categorias: associados a problemas médicos inesperados (como indução hormonal do parto, partos cirúrgicos emergenciais, demora do trabalho de parto ou

transferência do neonato para uma unidade de tratamento intensivo); os relacionados à vida social da mulher, tais como gravidez inesperada e falta de apoio por parte de seu companheiro; os relacionados aos seus próprios sentimentos durante o trabalho de parto, como a dor do parto e a perda do controle; e aqueles focados na qualidade do atendimento profissional recebido, tais como pouco tempo destinado pelos profissionais a sanar suas dúvidas e angústias, falta de apoio durante o trabalho de parto e administração de analgesia.

A medicalização do parto legitima que muitos procedimentos conhecidos por serem prejudiciais, ineficazes e os quais deveriam ser eliminados da assistência obstétrica rotineira contribuam para que as mulheres tenham piores experiências de parto. É o caso da realização do enema, da tricotomia, de infusões intravenosas, da posição horizontal durante o trabalho de parto e o parto, da administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, da realização da manobra de Kristeller, entre outras práticas que continuam a ser realizadas como rotina no interior das maternidades, embora não façam parte das boas recomendações à atenção obstétrica (DINIZ E D'OLIVEIRA, 1998). O emprego destas práticas, de reconhecida ineficácia, não suportadas pelas mais recentes evidências científicas, são bastante difundidas dentro da cultura medicalizada de assistência ao parto. São percebidas como parte da racionalidade médica obstétrica e reproduzem a cultura de depreciação do corpo, autonomia e autodeterminação femininos (D'OLIVEIRA, DINIZ E SCHRAIBER, 2002; USAID, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exclusão histórica do saber e prática das mulheres detentoras do conhecimento referente ao manejo da gestação, do trabalho de parto, do parto e do puerpério, representada pela apropriação do corpo grávido da mulher pela medicina e legitimada pela ciência, pressupõe a tutela masculina sobre as vivências, subjetividades e valores das mulheres, o que se mostra como uma violência de gênero. Esta contradição impede o enfoque dialético nas relações estabelecidas, subordinando as mulheres gestantes e parturientes e imprimindo assimetria e enfoque paternalista a uma relação onde as mulheres, que são privadas de sua liberdade de decisão e autonomia, passam a ser vulnerabilizadas e sujeitas a mecanismos de repressão, controle e violência (GUEDES ET AL., 2011).

Com o estabelecimento do processo de medicalização social, as populações foram culturalmente transformadas, tendo sua capacidade de enfrentamento autônomo de condições relacionadas à saúde diminuída (TESSER, 2006). E isto pode ser especialmente observado na redução da autonomia das mulheres pelo processo de medicalização do parto, com um consumo contraprodutivo de serviços obstétricos que gerou dependência excessiva das próprias mulheres. O conhecimento científico, as intervenções tecnológicas e as respostas médicas sobre os eventos da gestação e do parto passaram a ser vistos como inquestionáveis, melhores, mais eficientes e como soluções legítimas, desconsiderando que a história da ciência, da medicina e da tecnologia também é uma história de controle das populações, neste caso, de controle especificamente das mulheres (BRUBAKER E DILLAWAY, 2009).

As legislações atualmente em vigor consideram que é o tratamento desumanizado e a cascata de intervenções que promovem a perda de autonomia da mulher que gesta e pari (D’GREGÓRIO, 2010; VENTURI ET AL., 2011). No entanto, analisando do ponto de vista da história da apropriação do parto pela medicina e do processo de medicalização do corpo da mulher, especialmente sua gestação e parto, é possível considerar que a perda da autonomia é anterior. É o processo de medicalização, aliada à questão de gênero, anteriores ao evento de gestar e parir, que colocam a mulher no papel de um sujeito dependente de cuidados heterônomos e, portanto, incapaz de exercer sua autonomia e decidir por si. Daí para a ocorrência de tratamento desumanizado e intervenções em cascata é consequência.

A discussão proposta por parte do movimento feminista atual, especialmente o movimento que contempla os direitos maternos e reprodutivos, se une ao debate sobre a medicalização do parto como promotora de práticas violentas contras as mulheres, uma vez que compreende que a autoridade médica e biomédica acaba por usurpar a autoridade, a escolha e o controle da própria mulher sobre seu corpo e sua reprodução, fazendo com que precise recorrer a especialistas médicos para manejar aquilo que era de domínio das mulheres (DAVIS-FLOYD, 1992; KITZINGER, 2006; BRUBAKER E DILLAWAY, 2009) e, assim, retire ou diminua profundamente a sua autonomia. Adicionalmente, as mulheres se veem submissas à autoridade biomédica também a fim de contemplar uma ideologia que privilegia as necessidades do bebê em detrimento das necessidades da mulher, agora mãe (BRUBAKER E DILLAWAY, 2009). Neste contexto, para uma parte do movimento pela humanização do parto, a devolução do controle e da autoridade das mulheres sobre seus próprios partos só poderia ser obtida por meio de um parto considerado como “holístico” (BRUBAKER E DILLAWAY, 2009). No entanto, neste ponto, são necessárias duas ponderações fundamentais.

O primeiro ponto diz respeito à necessidade de um recorte de classe e de raça. Num país como o Brasil, com reconhecida desigualdade socioeconômica, postular que a devolução da autonomia das mulheres sobre seus partos somente poderia acontecer em um contexto “holístico” significaria dizer que a autonomia só seria devolvida a uma pequena parte de mulheres, especialmente as das classes média e alta. Uma experiência “holística” de parto não pode ser obtida no contexto hospitalar brasileiro, onde maternidades se enquadram no modelo tecnocrático de assistência. Assim, ela somente poderia ser vivenciada na assistência obstétrica não hospitalar, ou ainda em casas de parto. No entanto, tal modelo de assistência não se apresenta como economicamente viável e é inacessível para a grande maioria das mulheres brasileiras, tanto em função de seu custo relativamente alto, quando se considera a renda da maioria das mulheres, quanto da dificuldade de acesso à informação sobre tal modelo de assistência. E isso atinge prioritariamente as mulheres de cor de pele preta ou parda, que já sofrem intensa desigualdade social na atenção obstétrica. São mulheres que têm o acesso a condições adequadas de assistência bastante dificultado, sendo prioritariamente atendidas sem acolhimento devido e quase exclusivamente em instituições onde prevalece o modelo tecnocrático e altamente medicalizado de parto, marcado por partos vaginais intervencionistas e

traumáticos. Portanto, acreditar que a recuperação da autonomia só seria possível em um modelo “holístico” de parto significa excluir do processo as mulheres de classes economicamente menos favorecidas, as mulheres negras e pardas, e as mulheres com escolaridade mais baixa, o que feriria o princípio da equidade em saúde (LEAL ET AL., 2005; D’ORSI ET AL., 2014).

O segundo ponto diz respeito ao que se considera como modelo “holístico” de parto, contraposto à noção de parto medicalizado. Este modelo não é observado na realidade da assistência obstétrica institucional no Brasil, como já mencionado, o que obriga as mulheres que o desejam – geralmente mulheres de classe média – a buscar uma assistência não institucionalizada representada por profissionais tais como parteiras urbanas, obstetrias, enfermeiras obstetras e doulas, que prestarão assistência especializada de amparo e apoio. Essas mulheres, por disporem de acesso a informação, reconhecem a dificuldade de ser atendida com dignidade, respeito e protocolos não abusivos em maternidades e, ao terem acesso ao atendimento geralmente humanista, acolhedor e individualizado destas profissionais, tendem a desenvolver com elas estreitos laços de afeto, gratidão e respeito, chegando a uma espécie de idolatria e, depois, de dependência.

Neste ponto, é importante lembrar que a ruptura com o modelo institucionalizado e hospitalar de parto não representa, por si só, a ruptura com o processo de medicalização e, portanto, com o processo de anulação da autonomia da mulher e de negação de sua subjetividade. E isso porque, como proposto por Szaz (1972), o processo de medicalização social é um processo que faz com que as pessoas, primeiro, idolatrem especialistas para, depois, tornarem-se dependentes deles. Assim, é preciso parcimônia na defesa do parto “holístico” como sendo um substituto ao parto medicalizado, pois muitas vezes o que se observa é a transferência de tutela e, novamente, anulação da autonomia e sua substituição pela heteronomia.

Aqui, é possível fazer uma analogia com a análise feita por Szaz (2007) a respeito da psicanálise. Para ele, a psicanálise seria medicalização ao quadrado. E isso porque profissionais não médicos buscam chamar a si mesmos como especialistas no acesso àquele conhecimento. E isso não é outra coisa senão medicalização. Quando se exige para si o reconhecimento de uma supremacia em um saber até então médico, de uma certa forma também se reforça a medicalização, o “pensar em termos médicos”. O que mostra que a recuperação da autonomia ainda não aconteceu. Ainda se está operando na lógica da heteronomia. Ainda não se está respeitando liberdades e direitos sobre

os próprios corpos. Se a gestação e o parto não se configuram como doenças, se não são, *a priori*, condições naturalmente arriscadas ou que demandam atenção médica, seja qual for o processo de medicalização, há uma porta aberta à perda da autonomia. Há uma porta aberta à sujeição das mulheres e de seus corpos. Há uma porta aberta à violência obstétrica. Mulheres ainda terão seus corpos e autonomias apropriados por terceiros. Assim, é necessária não apenas uma simplória substituição de profissionais ou redução de tecnologias e intervenções. Mas o rompimento com a lógica medicalizante que nos domina e nos faz solicitar, como consumidores, a compra e venda de serviços medicalizantes. É necessário um processo de desmedicalização social, desmedicalização do parto e, especialmente, de recuperação da autonomia feminina no manejo do gestar, parir e nascer, perdido há mais de seis séculos. É mais que uma mudança estrutural. É uma mudança estética e de valores.

Szaz (2007), ainda, discute de que forma o trabalho de Sigmund Freud, ao invés de supostamente “desmedicalizar” a saúde mental, a reforçou. Ao publicar seu livro intitulado “The Psychopathology of Everyday Life”, ele não só reforça os princípios medicalizantes como a torna incendiadora para a área da saúde mental. Seria possível uma analogia com as formas de trabalho de alguns profissionais não médicos da assistência ao parto? Que, embora se utilizem de um discurso que rejeita e ataca a medicalização, acabam por reproduzi-la em seus princípios, uma vez que também transformam o corpo da mulher em cenário de intervenção e a gestação e o parto em eventos não naturais ou necessitando de acompanhamento especializado? Eis uma reflexão que não pode ser deixada de lado quando discutimos perda e recuperação da autonomia das mulheres.

O enfrentamento a uma assistência que anula autonomias e subjetividades e que, assim, abre portas para a ocorrência de práticas violentas deve envolver as dimensões culturais e conceituais da medicalização, representada pela rejeição ao uso banalizado do vocabulário médico obstétrico, pela não adoção de práticas obsoletas e, especialmente, pela problematização do fetiche do consumo de tal assistência enquanto produto, posto que tal comportamento não seria mais do que a transferência do controle, e não a promoção real de autonomia. O desenvolvimento desta relação de dependência e desejo apenas reforçaria a cultura medicalizante do parto, de acordo com Illich (1975) e Zola (1972), representando a mesma hipertrofia ilusória das potencialidades obstétricas, que seria capaz de solucionar todo e qualquer problema relacionado ao parto.

Esta discussão nos leva a refletir que, se o que se busca é a recuperação da autonomia das mulheres no parto como forma de enfrentamento à violência obstétrica, é ingenuidade pensar que isso seria conseguido a partir, apenas, da desinstitucionalização do nascimento, enquanto a sociedade permanece imersa numa cultura medicalizante, misógina e opressora que transfere para as mãos de terceiros as decisões das mulheres sobre seus próprios corpos. Mais coerente seria a busca, preconizada por parte do movimento em prol da humanização do parto, pela efetivação de medidas consideradas humanizadoras que visam desestimular o parto medicalizado – tal como incentivar práticas e intervenções no trabalho de parto consideradas mais adequadas à fisiologia do parto e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002), sem que se incorra novamente no endeusamento de profissionais, sejam autodenominados “tradicionalistas” ou “urbanos”. Afinal, como discutido anteriormente, o endeusamento de profissionais considerados “especialistas” em condições vistas como “arriscadas” ou “patológicas”, quando não o são de maneira geral, é uma característica fundamental da dimensão cultural e interacional da medicalização social e que, em última análise, acarretaria situação de heteronomia e vulnerabilidade do sujeito – no caso, das gestantes e parturientes.

Ainda estabelecendo um paralelo com as críticas à medicalização psiquiátrica promovidas por Szaz (2007): o autor afirma que foi e ainda é necessário grande esforço para conscientizar as pessoas de que o alcoolismo e a depressão, por exemplo, são doenças. E que esse é um esforço de conscientização que não é necessário fazer no caso da malária e do melanoma, por exemplo, porque nestes dois últimos casos, a população não tem qualquer dúvida de que, sim, são doenças. São necessários esforços nos dois primeiros casos porque as pessoas têm em si um conhecimento intrínseco de que as doenças mentais não são “como outras doenças” e que os hospitais psiquiátricos “não são como outros hospitais”. Esta lógica e discussão podem ser apropriadamente transpostas para o cuidado e a assistência obstétrica, à gestação e ao parto. A indústria do parto, seus profissionais e a mídia tradicional esforçam-se cotidianamente para inculcar na sociedade o conceito de que gestação e parto são “como doenças”, necessitando, assim, de “cuidados e assistência que são ofertados em casos de doenças”. Os esforços para que toda a sociedade assim compreenda processos tão naturais quanto gestar e parir faz com que as próprias mulheres desejem ser vistas como sujeitos de intervenção, como pressupõe Illich (1972). No entanto, em sua discussão sobre a desmedicalização da saúde mental, Szaz afirma que o negócio da Psiquiatria não é cuidar ou curar e, sim,

controlar e coagir. Que no interior de hospitais psiquiátricos, os conceitos implícitos seriam o de controle e de coação, e não cura e cuidado. Se tal analogia a respeito do processo de medicalização pode ser transposta para a assistência obstétrica, seria pertinente e necessário o questionamento: não seriam também esses os conceitos subjacentes à assistência biomédica do interior das maternidades? Não estariam as mulheres gestantes sujeitas ao controle de seus corpos e à coação de seus comportamentos? Onde estaria o elemento de cuidado quando a medicalização do corpo grávido, do parto e da própria mulher pressupõe quase que exclusivamente o controle e a anulação de sua autonomia? Szaz (2007) afirma ainda que, nesta lógica, portanto, os “medicalizadores” estão constantemente engajados na tarefa infundável de “educar” pessoas para que coisas que não são doenças passem a ser aceitas como doenças. E não é isso o que tem acontecido com a gestação, o parto e a assistência obstétrica desde que o parto deixou de ser um saber exclusivamente feminino para ser declarado, domado e moldado como ato médico? E qual seria, então, o resultado deste processo de transferência de saber? A substituição do cuidado por coação e controle. Em outras palavras: por violência obstétrica.

Tornquist (2002) afirma que para mudar a assistência ao parto é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica. Porém, é necessário enfatizar a necessidade premente de uma mudança que priorize a recuperação da autonomia da mulher a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo e do acesso à informação, a fim de oferecer um contraponto à cultura medicalizante, que conta com o desejo por parte da própria mulher daquilo que irá anular a sua autonomia. É necessária uma recuperação de autonomia que passe pela inclusão da garantia de seus direitos na agenda de políticas públicas e no fortalecimento de movimentos sociais, e não apenas baseado num suposto empoderamento que passaria pelo resgate de “saberes e poderes femininos”, como reivindica parte do movimento pela humanização do parto, posto que tais conceitos se baseiam numa compreensão biologizante de mulher (TORNQUIST, 2002), desconsiderando seu papel enquanto sujeito político. A busca por um parto respeitoso e, portanto, o enfrentamento da violência obstétrica, tem sido associada, especialmente pelas classes médias intelectualizadas brasileiras, à dimensão “instintiva”, “natural”, do evento do parto, reduzindo a experiência do nascer e parir ao seu elemento biológico e atribuindo a ele um caráter determinista, e isso como contraposição ao modelo medicalizado de parto.

Essa corrente de enfrentamento da violência obstétrica é inspirada por autores como Michel Odent (2000), autor da frase muito bem conhecida, entre os membros do movimento pela humanização do parto no Brasil: “*Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer*”. No entanto, como sugere Tornquist (2002), esta não deixa de ser uma visão determinista que associa a forma de nascer ao comportamento ulterior das pessoas, o que exclui de sua análise a dimensão social e de gênero e confere normatividade a um modelo ideal de parir e seus desdobramentos sociais. Esta abordagem vitimizaria duplamente as classes menos favorecidas economicamente, e especialmente as mulheres negras, condenando-as não somente ao parto violento, posto que o parto “holístico” estaria fora de seu alcance financeiro, quanto a um futuro qualitativamente inferior. O enfrentamento da violência obstétrica não pode considerar, apenas, a transformação de um modelo em outro. Mas a transformação radical de um modo de lidar com o evento do nascer e do parir que não considere apenas uma mudança “a vir a ser”, no futuro, como decorrência de um modo respeitoso de nascer no agora. Mas a uma mudança no presente, uma mudança ativa e conquistada pela recuperação da autonomia das mulheres e pela redução da heteronomia. A apropriação do direito sobre seu próprio corpo, a possibilidade concreta de diálogo entre profissional da assistência obstétrica e gestante/parturiente, as mudanças culturais que tirarão profissionais médicos, biomédicos e especialistas do caráter de endeusamento com que são considerados podem promover uma mudança mais efetiva, concreta, atual e duradora, posto que atua na dimensão da emancipação e da autonomia do sujeito.

Guedes e colaboradores (2011) afirmam que a conquista de maior autonomia pressupõe a libertação das mulheres das amarras determinadas pelo gênero, que incluem a violência de gênero, e pressupõe o exercício de seus direitos reprodutivos e a adoção de medidas necessárias para que participem em igualdade de condições da tomada de decisões. Estimular a capacidade das mulheres de fazer suas escolhas traz como pressuposto fundamental a garantia de sua autonomia, necessária para uma profunda transformação da estrutura social vigente, e coloca em discussão tanto o modo como se medicaliza e se institucionaliza a vida dos indivíduos quanto a forma como os serviços desconsideram esta dimensão (GUEDES ET AL., 2011).

É necessária, também, uma ponderação a respeito da noção de autonomia absoluta e relativa. Para Guedes e colaboradoras (2011), seria impossível falar de autonomia absoluta, uma vez que não se pode anular forças determinantes e o fato de que espaços realmente livres são

privilégios. Mas reforçam a necessidade de se resgatar e restaurar uma certa autonomia, a fim de se evitar processos destrutivos também determinados pela alienação do sujeito. Leão e colaboradoras (2013) também afirmam que, considerando a realidade da vida em sociedade, o exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas e outras. Reforçam que as relações de autonomia/dependência estão presentes durante toda a vida, seja de maneira individual ou coletiva. Assim, para elas, a ideia de autonomia dependente ou relativa seria mais apropriada que a de autonomia absoluta. Isto faz com que seja ainda mais necessária a aproximação dos profissionais de saúde com as redes de autonomia/dependência das pessoas e a superação da relação autoritária entre profissional e usuária. Ou seja, defender a autonomia seria reconhecer que a voz ativa é a própria usuária e que ela tem necessidades, valores, expectativas e desejos, que precisam ser considerados. E afirmam: *“Afirmá-la como valor implica na democratização de saberes e das relações entre profissionais e usuários, na participação dos cidadãos, no respeito à multiplicidade, diversidade e singularidades e na valorização da subjetividade; implica, acima de tudo, em uma ética de solidariedade e responsabilidade”* (LEÃO ET AL., 2013).

Neste sentido, de que forma se pode estabelecer um diálogo entre o modo medicalizado de manejar e administrar as questões referentes à gestação e ao parto e a promoção e resguardo da autonomia da mulher, posto que um contexto de parto completamente desmedicalizado, hoje, se mostra com uma situação utópica? De que maneira é possível contextualizar uma posição mais concreta e passível de operacionalização de forma a promover a modificação da assistência que reconheça a autonomia relativa no cuidado ao parto e ao nascimento? A resposta a essas questões é multidimensional; envolve a reconstrução das relações de cuidado obstétrico; a modificação de uma assistência centralizada na figura do médico obstetra para uma assistência distribuída de tal forma que obstetrites e enfermeiras obstétricas, cuja formação se aproxima mais dos elementos subjetivos do cuidado, possam ser inseridas no cuidado às gestações e partos de baixo risco, que representam a maioria das condições; a inserção formal das parteiras na assistência obstétrica, mediante devidos ajustes e adaptações necessárias para que isso seja viável; maiores esforços na desconstrução e reconstrução do sistema obstétrico de forma que ele passe a estar focado em formas de assistência que possibilitem o exercício de um parto relativamente desmedicalizado, ainda que dentro de uma estrutura institucional, caso das casas de parto e da assistência

ao parto domiciliar inserido no sistema formal de saúde, como já acontece, por exemplo, no Hospital e Maternidade Sophia Feldman, em Belo Horizonte, MG, que dispõe de equipes de assistência ao parto domiciliar para gestações de baixo risco e via Sistema Único de Saúde; com a transformação da formação e prática obstétricas mediante atualização de profissionais com base na medicina baseada em evidências, de forma a promover a humanização do cuidado ainda que de maneira institucional, como também já acontece, caso do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, em Campina Grande, PB na figura da obstetra Melania de Amorim e de sua equipe, assistência também viabilizada via Sistema Único de Saúde. A modificação da assistência obstétrica, de forma que ela passe a respeitar ainda que de maneira relativa a autonomia da mulher, passa também pela reconstrução das relações de apoio entre mulheres leigas e parteiras e obstetras, de maneira que haja uma modificação do olhar que se dedica ao fenômeno do parto e nascimento, onde as especialistas atuem reforçando e incentivando a autonomia da mulher gestante. Isto transforma a heteronomia absoluta em cuidado heterônomo parcial, uma vez que a autonomia passa a ser incentivada e não anulada, ainda que permaneça relativa. Dessa maneira, substitui-se a completa anulação da autonomia da mulher pela reconstrução de uma rede de apoio social e técnico que começa com a própria mulher, passa pela ressignificação de suas redes de relação (seus acompanhantes, seus familiares, seus amigos próximos), vai em direção às especialistas do cuidado de baixo risco (obstetras, enfermeiras obstétricas, parteiras, doulas) e, por fim, chegaria aos médicos cirurgiões obstétricos, de fato necessários em condições de alto risco, atendendo a nascimentos cirúrgicos dentro de centros cirúrgicos de modo a salvar vidas, com assistência humanista e reforçando a autonomia de todos os indivíduos. Esta parece ser uma solução menos utópica, e de fato possível, do que a completa e absoluta autonomia, que excluiria outras dimensões do cuidado, além da própria possibilidade de heteronomia.

É importante reforçar que cuidado heterônomo não é e não deve ser sinônimo de cuidado violento. Cuidados heterônomos sempre foram e ainda serão a principal estratégia de cuidado ao parto. O que se pretende é transformá-lo da heteronomia medicalizada que temos hoje como predominante, a qual se mostra como favorecedora de diferentes formas de violência, como vimos neste trabalho, para uma autonomia apoiada na heteronomia não medicalizada e que seja baseada em cuidados humanistas, que tenha também à sua disposição as habilidades profissionais e clínicas necessárias em situações em que se mostrem de

fato indispensáveis. Uma estratégia relativamente simples, que não subentende grandes modificações estruturais embora comporte grandes modificações simbólicas, seria a capacitação de estudantes e profissionais para que atuem na elaboração conjunta, com as gestantes, de seus planos de parto, uma vez que tais instrumentos pressupõem aspectos medicalizantes e/ou institucionais da assistência sem, no entanto, anular ou desconsiderar a vontade da mulher. No entanto, o que temos visto hoje, e que esta pesquisa também mostra, é o completo desconhecimento do plano de parto como ferramenta e, talvez também por isso, a quase completa recusa do sistema obstétrico em aceita-lo como apoio. Por fim, reforçamos que tornar possível a operacionalização da promoção da autonomia relativa das mulheres na assistência obstétrica não significa, apenas, desfocar o médico obstetra dos partos de risco habitual ou apenas inserir obstetras e enfermeiras obstétricas. Mas, sim, estimular políticas públicas que criem e permitam o bom funcionamento das casas de parto e de partos domiciliares atendidos por equipes não obrigatoriamente financiadas de maneira privada, que é o que vemos hoje. Além de uma grande reformulação da formação de recursos humanos, hoje ainda tão baseada numa medicina flexneriada, pobre em recursos humanos e esvaziada do elemento subjetivo do cuidado.

Isto posto, discutir a questão da medicalização da gestação e do parto e de sua conseqüente anulação da autonomia da mulher como sendo a porta e o palco para a violência obstétrica significa agregar uma outra dimensão à tão clamada frase “*Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer*”. De forma que possa ser feita uma releitura no sentido de que para mudar o mundo é preciso, antes, recuperar a autonomia das mulheres, para que elas, então, mudem a forma de nascer. O que, em uma leitura superficial, poderia ser interpretado apenas como uma mudança semântica representa, na verdade, uma mudança estética, posto que na primeira frase está embutida uma noção determinista e taxativa a respeito do futuro dos que nascem em condições de violência. Enquanto a segunda busca transformar uma condição de violência por meio da transformação da vida atual dos sujeitos envolvidos: as mulheres que gestam e dão à luz.

Para finalizar, é importante mencionar que, embora o chocante dado que mostra que 25% das brasileiras que viveram partos vaginais são vítimas de violência obstétrica (VENTURI ET AL., 2011) represente um indicador da grave iatrogenia produzida pela medicalização do parto e venha promovendo uma comoção coletiva que tem impulsionado os movimentos de mulheres a exigirem o

cumprimento e a criação de novas regulamentações que possam garantir seus direitos reprodutivos, há uma evidente mudança em curso. Uma mudança positiva. Minayo (2006) cita Domenach (1981) e Chesnais (1981) ao afirmar que é um passo muito positivo para a humanidade reconhecer como negativas as várias formas de violência. Segundo a autora, é um status muito superior da consciência social a respeito dos direitos dos indivíduos e de coletividade, que acompanha o progresso do espírito democrático, e diz:

É a era dos movimentos de mulheres, de homossexuais, de indígenas, de negros, de deficientes físicos ou de doentes mentais, de idosos, de descendentes de vítimas de genocídio, da cidadania das crianças e adolescentes, dentre outros. Esses personagens que foram crescendo como atores políticos no decorrer do século XX e, principalmente, no mundo depois da Segunda Guerra Mundial, ao se constituírem, passaram a influir na cena pública, transformando sua opressão e seu sofrimento em causas sociais. Eles chamam atenção para as consequências da violência para a integridade física, emocional e moral dos sujeitos e ressaltam seus efeitos para as gerações futuras” (MINAYO, 2006, p.22)

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** 2010. 204f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v.15, n.36, pp.79-91, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições, 1977.
- BECK, C.T. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res.*, v.53, n.1, pp.28-35, 2004.
- BRUBAKER, S.J.; DILLAWAY, H.E. A Medicalization, natural childbirth and birthing. **Sociology Compass**, v.3, n.1, pp.31-48, 2009.
- BRÜGGEMANN, O.M.; OLIVEIRA, M.E.; MARTINS, H.E.L.; ALVES, M.C.; GAYESKI, M.E. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery [online]**, v.17, n.3, pp.432-438, 2013.
- CAHILL, H.A. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. **J. Adv. Nursing**, v.33, n.3, pp. 334-342, 2001.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CASTELLS, M. **A era da informação: economia, sociedade e cultura.** V.1: A sociedade em rede. 9a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
- COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, pp. 13-36, 1999.
- CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Ann. Rev. Sociology**, v. 18, pp. 209-232, 1992.

D'GREGORIO, R.P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.111, pp.201-202, 2010.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v.359, n.9318, pp.1681-1685, 2002.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v.359, n.9318, pp.1681-1685, 2002.

D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O.M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A.; ANGULO-TESTA, A.; RATTNER, D.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v.30, s.1, pp.S-154-S-168, 2014.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v.75, n.1, pp.S5-S23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R.E. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, pp.627-637, 2005.

DINIZ, C.S.G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; TORRES, J.; DIAS, M.A.; SCHNECK, C.A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; RANCE, S.; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, pp.S140-S153, 2014.

DINIZ, S.G.; D'OLIVEIRA, A.F. Gender violence and reproductive health. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.63, s.1, pp.S33-S42, 1998.

DINIZ, S.G.; E DUARTE, A.C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

DINIZ, C.S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.; NIY, D.Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, pp.377-376, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v.20, s.1, pp. S52-S62, 2004.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, v.2, n.XX, pp. 203-217, 2002.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GALLAGHER, M. Unequal opportunities: the case of women and the media. Paris: UNESCO, 1981.

GARBIN, H.B.R.; GUILAM, M.C.R.; PEREIRA NETO, A.F. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.1, pp.347-363, 2012.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, pp. 21-34, 2012.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, pp.61-72, 2008.

GONÇALVES, A.O. **Da internet às ruas: a marcha do parto em casa**. Dissertação. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.45, n.2, pp.1731-1735, 2011.

GUEDES, R.P. **A internet, as redes sociais e as relações pessoais**. 2010. 42f. Trabalho de conclusão de curso. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

HOGA, A.K.; FÉLIX, C.C.P.; BALDINI, P.; GONÇALVES, R.C.; SILVA, T.R.A. Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. **An. . Simp. Comum. Enferm.**, v.8, 2002.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.

KITZINGER, S. Birth as rape: there must be an end to 'just in case' obstetrics. **British Journal of Midwifery**, v.14, n.9, pp. 544, 2006.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, pp.100-107, 2005.

LEÃO, M.R.C.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, pp.2395-2400, 2013.
LUZ, L.H.; GICO, V.V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.23, n.3, pp.475-484, 2015.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, cap.11, p.303-360, 2007.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2001.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.4, pp:427-432, 2006.

MUGGAH, R, DINIZ, G. **Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias**. Instituto Igarapé. 2014; 6. [acesso em 01 dez 2015] Disponível em: http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindo-violencia.pdf

OAKLEY, A. **Women confined: Towards a Sociology of Childbirth**. Oxford: Martin Robertson, 1980.

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

RATTNER, D. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M.S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicologia em Estudo**, v.16, n.3, pp.419-428, 2011.

RIBEIRO, L.C.Q.; SALATA, A.; COSTA, L.; RIBEIRO, M.G. Desigualdades digitais: Acesso e uso da internet, posição socioeconômica e segmentação espacial nas metrópoles brasileiras. **Análise Social**, v.207, n.xlviii, pp.288-320, 2013.

RIESSMAN, C.K. Women and medicalization: a new perspective. **Soc. Policy**, v.14 (summer), pp.3-18, 1983.

SALGADO, H.O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. 2012. 157 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCHNEIDER, H. **Diferenças entre homens e mulheres no uso e na percepção de valor da internet**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOARES, MC. **Internet e saúde: possibilidades e limitações** [Internet], 2011 [acesso em 23 abr 2011]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/nehte/artigos/blogs.pdf>

SZASZ, T. **The Medicalization of Everyday. Selected Essays**. Syracuse NY: Syracuse University Press, 2007.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.18, n.18, pp.61-76, 2006.

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estudos Feministas**, v.2, pp.483-492 2002.

TORNQUIST, C.S. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 412 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

USAID. **Promoting Evidence and Action for Respectful Care at Birth**. United States Agency International Development, Washington. Disponível em: <https://www.usaid.gov/cgi-bin/goodbye?http://www.hrcdproject.org/PDFs/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>. Acesso em 27 agosto 2012.

VENTURI JR., G.; AGUIAR, J.M.; HOTIMSKY. S.N. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010**. Em: VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Belo Horizonte, 2011.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WALDENSTRÖM, U.; HILDINGSSON, I.; RUBERTSSON, C.;
RADESTAD, I. A negative birth experience: prevalence and risk factors
in a national sample. **Birth**, v.31, pp.17-27, 2004.
ZOLA, I.K. Medicine as an institutional of social control. **The
Sociological Review**. v. 20, n. 4, pp. 487-504, 1972.

APÊNDICE 1 - Convite à participação na pesquisa



CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: "Violência obstétrica: experiências de mulheres que viveram violência na assistência ao parto em maternidades brasileiras"

UMA

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Violência obstétrica: experiências de mulheres que viveram violência na assistência ao parto em maternidades brasileiras".

Esta pesquisa faz parte do plano de doutorado de Luiza Mariane Lima, Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação do prof. Dr. Carlos Mauricio Tavares dos Santos, doutor em e na área de saúde da mulher. Também faz parte do DTA com Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para participar da pesquisa, você deverá ter pelo menos 18 anos de idade e estar com o parto e a lactação concluídos.

Por favor, certifique-se de que o e-mail foi escrito do mesmo e-mail, seja o seu e forneça como alternativa de contato com você.

Em todos os momentos todas as informações sobre como participar, sempre que possível, estarão disponíveis e com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de nossa universidade.

Esta pesquisa será realizada exclusivamente via internet.

Você não precisará se deslocar e receberá local para participar.

Seu tempo estimado sendo membro do grupo de estudo é de 30 minutos.

Muito obrigada!

Luiza Mariane Lima
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFSC

Obrigada

Nome *

E-mail de contato *

APÊNDICE 2 – Amostra da planilha de tabulação dos dados das mulheres interessadas em participar da pesquisa

The image shows a Google Sheets spreadsheet with the following columns: Timestamp, Nome, E-mail de contato, and Envio do e-mail informativo. The data is partially obscured by grey boxes, but the following table represents the visible information:

	Timestamp	Nome	E-mail de contato	Envio do e-mail informativo
1	11/06/2011 8:43:00			
2	11/06/2011 8:22:58			
3	11/06/2011 7:32:43			
4	11/06/2011 6:16:44			
5	11/06/2011 5:24:11			
6	11/06/2011 4:36:17			
7	11/06/2011 3:54:40			
8	11/06/2011 3:05:26			
9	11/06/2011 2:21:44			
10	11/06/2011 1:42:54			
11	11/06/2011 1:17:01			
12	11/06/2011 12:26:13			
13	11/06/2011 12:50:31			
14	11/06/2011 11:52:38			
15	11/06/2011 11:23:29			
16	11/06/2011 10:03:26			
17	11/06/2011 9:28:52			
18	11/06/2011 8:26:28			
19	11/06/2011 7:30:09			
20	11/06/2011 6:48:00			
21	11/06/2011 6:18:48			
22	11/06/2011 6:49:55			
23	11/06/2011 6:16:12			

APÊNDICE 3 – Questionário de entrevista.**QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA
Pesquisa de doutorado: “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM MATERNIDADES
BRASILEIRAS”**

**Pesquisadora: Ligia Moreiras Sena
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina**

Por favor, preencha um questionário por parto/nascimento avaliado. Por exemplo: se você viveu violência em dois partos diferentes, preencha dois questionários diferentes e nos envie os dois anexados no e-mail. Obrigada.

PRIMEIRO BLOCO - CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

- 1) Nome completo:
- 2) Cidade e Estado atuais:
- 3) Idade atual:
- 4) Escolaridade:
 - Ensino fundamental incompleto ()
 - Ensino fundamental completo ()
 - Ensino médio incompleto ()
 - Ensino médio completo ()
 - Superior incompleto ()
 - Superior completo ()
 - Pós-graduação incompleta (até especialização ou mestrado) ()
 - Pós-graduação completa (doutorado concluído) ()
- 5) Cor da pele:
 - Branca ()
 - Parda ()
 - Negra ()
 - Asiática ()
 - Indígena ()
- 6) Estado civil no nascimento relatado:
 - Solteira ()
 - União estável ()
 - Casada ()

- Separada/divorciada ()
Outro. Qual _____
- 7) Estado civil atual:
Solteira ()
União estável ()
Casada ()
Separada/Divorciada ()
Outro. Qual _____
- 8) Quantas vezes ficou grávida?
1 ()
2 ()
3 ()
4 ()
5 ()
Mais de 5 ()
- 9) Quantos filhos tem?
1 ()
2 ()
3 ()
4 ()
5 ()
Mais de 5 ()
- 10) Quantos partos normais?
1 ()
2 ()
3 ()
4 ()
5 ()
Mais de 5 ()
- 11) Quantas cesarianas?
1 ()
2 ()
3 ()
4 ()
5 ()
Mais de 5 ()
- 12) Viveu algum parto natural após cesariana?
Sim ()
Não, pois não tive outro(a) filho(a) ()
Não, mesmo tendo outro(a) filho(a) ()

SEGUNDO BLOCO - CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE PARTO/NASCIMENTO

- 1) Quantos anos você tinha quando viveu esse parto/nascimento?
- 2) Onde aconteceu o nascimento?
 - Maternidade pública ()
 - Maternidade particular ()
 - Casa de parto ()
 - Outro () Qual?
- 3) Em que cidade o parto/nascimento aconteceu?
- 4) Você viveu o tipo de parto/nascimento que planejou nesta experiência?
 - Sim ()
 - Não ()
 - Parcialmente ()
- 5) Que tipo de parto/nascimento você planejava nesta experiência?
 - Parto normal sem intervenção (sem anestesia, e/ou sem corte no períneo, e/ou sem ocitocina sintética – “sorinho” -, e/ou sem outro tipo de intervenção) ()
 - Parto normal com intervenção (com anestesia, e/ou com corte no períneo, e/ou com ocitocina sintética – “sorinho” -, e/ou com outro tipo de intervenção) ()
 - Cesariana agendada ()
 - Cesariana após entrar em trabalho de parto ()
 - Outro. Qual: _____
- 6) Quem te assistiu em seu parto?
 - O/A médico/a que te acompanhou ao longo da gestação ()

O/A enfermeiro/a que te acompanhou ao longo da gestação ()

O/A médico/a plantonista ()

O/A enfermeiro/a plantonista ()

Outro profissional. Quem? _____

7) Você pôde ter um acompanhante?

Sim, durante todo o tempo, mediante pagamento de taxa ()

Sim, durante todo o tempo, sem necessidade de pagamento de taxa ()

Sim, mas somente em alguns momentos, e mediante pagamento de taxa ()

Sim, mas somente em alguns momentos, e sem necessidade de pagamento de taxa ()

Não pude ter acompanhante ()

8) Se teve acompanhante, pode escolher quem seria?

Sim ()

Não ()

9) Se não teve acompanhante, por que não teve?

10) Imediatamente depois do nascimento, você pode ficar com o bebê no colo?

Sim ()

Não ()

11) Se não pode ficar com o bebê no colo, quanto tempo levou para vê-lo?

(resposta em número de horas ou dias)

12) Você foi incentivada pela equipe a amamentar logo após o nascimento?

Sim ()

Não ()

13) Você amamentou após o nascimento?

- Sim ()
- Não, não quis ()
- Não, não tive leite ()
- Não, não sabia como amamentar ()
- Não, por outro motivo. Qual? _____

14) Você fez um plano de parto?

- Sim ()
- Não ()
- Não, eu não sei/sabia o que é um plano de parto ()

15) Se fez um plano de parto, ele foi aceito pela equipe que te atendeu?

- Totalmente ()
- Bastante ()
- Mais ou menos ()
- Pouca coisa ()
- Não foi aceito pela equipe ()

16) Você se sentiu desrespeitada por qual profissional?

- Recepcionista ()
- Médico/a Obstetra ()
- Enfermeiro/enfermeira ()
- Auxiliar de enfermagem ()
- Estudante de medicina ()
- Estudante de enfermagem ()
- Faxineiro(a) ()
- Anestesista ()
- Pediatra ()
- Assistente Social ()
- Médicos/as Residentes ()
- Capelão ()
- Doula ()
- Psicólogo/Psicóloga ()
- Consultora de Amamentação ()
- Porteiro ()
- Segurança ()
- Outro. Quem? _____

17) Quando foi que você percebeu que havia sofrido violência obstétrica?

- Durante o parto/nascimento ()
- Poucos dias após o parto/nascimento ()
- Até 1 mês após o parto/nascimento ()
- Entre 1 e 6 meses após o parto/nascimento ()
- Entre 6 meses e 1 ano após o parto/nascimento ()
- Entre 1 e 2 anos após o parto/nascimento ()
- Entre 2 e 5 anos após o parto/nascimento ()
- Entre 5 e 10 anos após o parto/nascimento ()
- Acima de 10 anos após o parto/nascimento ()

18) Quando você percebeu que havia sofrido violência obstétrica, você denunciou?

- Sim ()
- Não ()

19) Se você denunciou, onde denunciou?

- Delegacia ()
- Delegacia da mulher ()
- Hospital ()
- Secretaria de Saúde ()
- Conselho Regional de Medicina ()
- Conselho Regional de Enfermagem ()
- Outro. Onde? _____

20) Se você não denunciou, por que não denunciou?

21) Você viveu alguma experiência de nascimento depois dessa?

- Sim ()
- Não ()
- Não, mas estou gestante ()

22) Se sim, como você considerou essa nova experiência?

- Indiferente ()
- Razoável ()
- Boa ()
- Excelente ()
- Ruim ()
- Péssima ()

TERCEIRO BLOCO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

- 1) Agora, eu gostaria que você contasse como foi a experiência de parto/nascimento que você quer relatar. Conte tudo o que vier à sua cabeça referente ao nascimento do seu filho ou sua filha. Você tem todo o espaço do qual precisar para contar tudo o que aconteceu com você. Após essa questão, há algumas outras, para o caso de você não ter contemplado o assunto em seu relato.
- 2) Quais situações que você viveu nessa experiência de parto/nascimento que considera uma “violência obstétrica”? O que o profissional ou os profissionais fizeram que você interpretou como uma forma de violência?
- 3) Você acha que os profissionais sabiam que estavam agindo de maneira violenta?
- 4) Quando você percebeu que era violência o que viveu? Foi na hora? Foi depois? Se depois, quanto tempo depois?
- 5) E como foi que percebeu? (Eu gostaria de saber o que te ajudou a perceber/entender que o que viveu foi uma violência obstétrica).
- 6) O que você fez depois de descobrir que sofreu violência obstétrica? Como lidou com essa informação?
- 7) Ter vivido violência obstétrica trouxe consequências à sua vida pessoal, à sua história de vida? Quais consequências? E para a vida de outras pessoas, como o/a parceiro/a, seu bebê, etc.? Trouxe consequências?
- 8) O que você acha que os profissionais de saúde que te atenderam poderiam ter feito para que você não sofresse violência obstétrica? O que eles poderiam mudar, na sua opinião, na forma como te trataram?
- 9) Por que você acha que eles te trataram de maneira violenta?

- 10) No momento em que sofreu a violência, você reagiu? Se sim, de que maneira?
- 11) Como você acha que essa realidade pode mudar?

APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto:

"Violência Obstétrica: experiência de mulheres em maternidades brasileiras"

Pesquisadora responsável: doutoranda Ligia Moreiras Sena
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a percepção das mulheres usuárias dos sistemas de saúde a respeito dos maus tratos e da violência que viveram durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em maternidades brasileiras.

Serão coletados depoimentos por meio do preenchimento, via internet, de um questionário composto por questões fechadas e abertas, ou por aplicação dos mesmos questionários em entrevistas via internet com o auxílio de uma webcam.

Somente serão entrevistadas nesta pesquisa mulheres maiores de idade ou emancipadas.

Você está sendo convidada, neste momento, a participar dessa pesquisa e a oferecer seu depoimento.

Seu depoimento será coletado por meio do preenchimento de um questionário, que está sendo enviado por e-mail, juntamente com este termo, e que precisará ser preenchido e devolvido após preenchimento. Posteriormente, caso haja necessidade, você poderá ser consultada sobre seu interesse, ou não, de oferecer seu relato por meio de uma entrevista com o auxílio de uma webcam.

Durante a participação nesta pesquisa, ao lembrar dos momentos delicados que você viveu no nascimento de seus filhos, pode ser que você se sinta triste ou chateada, pela lembrança ou reflexão a respeito. Nesse caso, podemos disponibilizar um atendimento especializado, online, para aquelas que queiram falar mais sobre o assunto e receber

algum tipo de suporte emocional. Basta entrar em contato após a entrevista.

Por meio deste termo, você está consentindo participar desta pesquisa e autorizando que utilizemos seu depoimento como fonte de informação. **Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, antes ou após a entrevista/preenchimento do questionário, bastando para isso apenas entrar em contato com a pesquisadora responsável por qualquer uma das formas citadas ao final deste termo.**

Sua identidade será mantida em sigilo durante todas as fases da pesquisa, como recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Você tem total liberdade para manter em sigilo o nome da instituição e/ou dos membros da equipe que a atenderam, se assim você desejar.

O oferecimento do seu depoimento não constituirá uma forma legal de denúncia.

Você tem o direito de receber resposta a qualquer tipo de dúvida sobre os métodos utilizados na pesquisa, os riscos, os benefícios e outras.

Os contatos da pesquisadora responsável para solucionar qualquer tipo de dúvida, e/ou declinar da participação em qualquer fase da pesquisa, e/ou para solicitar apoio psicológico especializado são os seguintes:

- e-mail: pesquisaviolenciaobstetrica@yahoo.com.br
- telefone: (48) 9162-4514

A presente pesquisa é autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculada à Pró-Reitoria de Pesquisa e localizada na Biblioteca Universitária – UFSC, no endereço Campus Universitário, Acesso Trindade, Setor D, Florianópolis, SC – CEP 88040-900.

Assim, de posse dessas informações, você declara agora conhecer seus direitos, ser maior de idade ou emancipada, e desejar participar, livremente, desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 20____.
(sua cidade)

Seu nome: _____

Data de nascimento: _____

Número do documento (RG ou CPF): _____

Assinatura: _____

Eu, Lígia Moreiras Sena, declaro que ofereci todas as informações necessárias à entrevistada ou seu responsável legal.

_____ - Data: ____/____/20____

APÊNDICE 5 – Artigo 1 – Aceito para publicação em “Interface – Comunicação, Saúde, Educação”

Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências

Violencia obstétrica en Brasil y el ciberactivismo de mujeres madres: historia de dos experiencias

Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences.

Resumo: Um quarto das brasileiras que vivem partos normais referem terem sido vítimas de violência e/ou maus tratos nas maternidades, a chamada violência obstétrica. Nos últimos anos, ações mediadas pela internet, via redes sociais, e impulsionadas pelo movimento social de mulheres, especialmente mulheres mães, tornaram possível uma maior discussão e participação política na agenda de saúde sobre direitos reprodutivos. Este artigo relata duas iniciativas desenvolvidas em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramenta: o Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”. As ações contribuíram para dar voz ativa às mulheres no combate à violência obstétrica; mostraram que as novas tecnologias de informação constituem importantes ferramentas de promoção da saúde da mulher e atestaram o grande potencial da internet para evidenciar violências antes pouco problematizadas, incentivando a realização de novas pesquisas na área.

Palavras chave: Violência obstétrica, ciberativismo, violência no parto, assistência ao parto, saúde da mulher.

Resumen: En Brasil, 25% de las brasileñas que viven partos normales son víctimas de la violencia obstétrica. En los últimos años, acciones realizadas por internet y conducido por el movimiento social de las mujeres hicieron posible una mayor discusión y participación política en el tema de la salud y sobre sus derechos reproductivos. Este artículo narra dos iniciativas en el entorno de conectividad, ocupando los nuevos medios como una herramienta: la prueba de la Violencia Obstétrica y el video documental “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”. Las acciones contribuyeron para la sustitución del silencio

por voz activa en la reivindicación por sus derechos reproductivos, mostró que las nuevas tecnologías de la información y comunicación constituyen importantes herramientas de promoción de la salud de mujer y atestiguan el gran potencial de internet para poner en evidencia la violencia antes no problematizada.

Palabras clave: violência obstétrica, ciberactivismo, salud de las mujeres, atención del parto

Abstract: In Brazil, a quarter of the women who experience vaginal delivery reported having been victims of violence and/or abuse in hospitals: the obstetric violence. In recent years, actions mediated by the internet and conducted by women's social movement, mothers especially, promoted a better discussion and political participation on health and reproductive rights. This article reports two initiatives that use connectivity environment and new media as tools: the Obstetric Violence Test and the video documentary "Obstetric Violence – The Voice of Brazilian Women". These actions have contributed to replacing the silence by active voice against obstetric violence; showed that new information technologies are very important tools in women's health promotion and attested the great potential of the internet to highlight violence that was not problematized before, encouraging new research in the area.

Keywords: obstetric violence, birth, cyberactivism, women's health, violence

Introdução

Este artigo tem como objetivo relacionar o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres, em especial de mulheres mães. Violência obstétrica é uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional. Para além de constituir um terreno mal definido sujeito a polêmicas, valores e subjetividades diversas, a expressão designa um conjunto de atos, práticas e situações com sólido respaldo em um arcabouço de pesquisas acadêmicas que reconhecem objetividade, relevância e especificidade à mesma¹⁻³.

Para isso, primeiramente se introduz o tema da violência obstétrica brasileira e as principais pesquisas acadêmicas sobre o tema. Em seguida, a questão do ciberativismo é abordada como nova estratégia e proposta de mobilização social contemporânea. Na

sequência, são relatadas duas experiências pioneiras de ciberativismo para o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil, exemplificando tal relação. No último tópico, discute-se a necessidade de novas pesquisas sobre o tema e a relevância do uso da internet e das novas tecnologias de comunicação e informação como ferramentas metodológicas para pesquisa, ativismo e participação política, estratégias para a promoção da saúde da mulher.

A violência obstétrica

Desde as décadas de 80 e 90, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promover a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 90, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país⁴⁻⁷.

O movimento contra a violência obstétrica no Brasil é derivado das críticas crescentes que os diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, sendo considerado como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, que envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade⁸⁻¹⁰. Tal movimento se baseia no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos^{8,11}.

O movimento pela humanização do parto no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher¹. Neste contexto, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque, especialmente em função de sua carta de fundação, a “Carta de Campinas”^{1,4}. Este documento representou uma forma de denúncia das circunstâncias violentas da assistência ao parto, caracterizando-as como pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes^{1,4}. A atuação da Rehuna na década de 90 promoveu debate relevante a respeito da qualidade da assistência ao parto no Brasil, bem como evidenciou, tanto entre as diferentes categorias profissionais envolvidas quanto dentro da gestão, a existência de condições degradantes e violentas na assistência. A maioria dos

integrantes da Rehuna era, reconhecidamente, formada por profissionais da saúde, atuando na implementação de serviços ou na pesquisa acadêmica, especialmente enfermeiras e médicos das áreas da obstetrícia e saúde pública¹¹. Assim, embora também estivessem presentes outros atores sociais, o fato de serem os profissionais da saúde os principais envolvidos neste debate fez com que apenas uma pequena parcela da informação a respeito das violentas condições da assistência ao parto chegasse, de fato, às mulheres usuárias dos sistemas de saúde, as quais representam o principal grupo de interessadas, uma vez que são ou poderiam/deveriam ser as protagonistas do evento do nascimento.

A atuação da Rehuna aconteceu simultaneamente à chegada e fortalecimento da rede mundial de computadores ao Brasil, bem como das diferentes ferramentas de comunicação virtual que facilitaram a troca de informação entre as pessoas que a ela tinham acesso. Assim, alguns aspectos da discussão a respeito da violência na assistência ao parto promovida no interior da Rehuna passaram a ser levados e discutidos, também, pelas usuárias dos sistemas de saúde, especialmente por mulheres mães. Desta forma, a problematização da violência institucional no parto foi impulsionada dentro do movimento de mulheres por meio de listas eletrônicas tais como Amigas do Parto, a lista da própria Rehuna, Parto Nosso, entre outras⁴. Sobre isso, Diniz¹¹ afirma que, uma vez que tais listas eram formadas por mulheres usuárias dos sistemas de saúde pertencentes à classe média, tal característica representou uma novidade política com enorme potencial de mudança, tendo esta interação levado a múltiplas iniciativas - iniciativas pessoais, institucionais, elaboração de políticas públicas, entre outras. No que concerne à discussão sobre a violência institucional na assistência ao parto, essa possibilidade de troca que as novas tecnologias de comunicação favoreceram e impulsionaram, mostraram na prática a possibilidade de fortalecimento das lutas através do ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configuraria como um espaço de continuidade da reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso de enfrentamento à violência obstétrica.

Em 2010, uma pesquisa nacional⁷ realizada pela Fundação Perseu Abramo mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. Mostraram que a violência institucional está

frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil⁷.

No mesmo ano, foi defendida a tese “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero”⁵, em que puérperas entrevistadas identificaram as práticas consideradas por elas como violentas e relataram a percepção que tiveram sobre suas experiências de parto e nascimento. Embora estudos prévios sobre violência em instituições de saúde já existissem, os resultados dessas duas pesquisas contribuíram para que o tema passasse a ser mais discutido academicamente. Mas as práticas violentas na assistência ao parto permaneciam ainda muito invisíveis à maioria das gestantes, profissionais de saúde e gestores.

Por outro lado, de maneira complementar e decisiva, a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento passou a ser melhor investigada, no Brasil, por pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto. Mencionar o movimento social é de crucial importância para a compreensão do tema. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos resultados acima mencionados, o movimento social de mulheres, e especificamente o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional atual¹.

Previamente a isso, a Venezuela foi o primeiro país latinoamericano a adotar, em lei de 2007¹⁴, a expressão ‘violência obstétrica’, como fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público¹². Após isso, o termo “obstetric violence” foi empregado em editorial especial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*⁷. Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa por tratamento

¹⁴

http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com conseqüente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher”.^a

De acordo com D’Gregorio¹³, a violência obstétrica estaria presente nas seguintes práticas:

- proibir a mulher de ser acompanhada por seu parceiro ou outra pessoa de sua família ou círculo social;
- realizar qualquer procedimento sem prévia explicação do que é ou do motivo de estar sendo realizado;
- realizar qualquer procedimento sem anuência prévia da mulher;
- realizar procedimentos dolorosos ou constrangedores sem real necessidade, tais como enema, tricotomia, permanência na posição litotômica, impedimento de movimentação, ausência de privacidade;
- tratar a mulher em trabalho de parto de maneira agressiva, rude, sem empatia, ou como alvo de piadas;
- separar o bebê saudável de sua mãe após o nascimento sem qualquer necessidade clínica justificável.

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, podem ser considerados como práticas violentas¹⁴.

Segundo Diniz e D’Oliveira¹⁵, muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como cachorros”, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos¹⁴.

Domingues et al⁸ sugerem, por meio de relatos de mulheres, que uma experiência positiva de nascimento dos filhos pode significar mudança positiva na história de vida daquela mulher. À luz do que uma boa experiência de parto/nascimento pode produzir, também se pode vislumbrar as possíveis conseqüências (algumas traumáticas) da violência em um momento de tamanha fragilidade e relevância

emocional, como é o nascimento de um filho. Considerando que em 25% dos partos normais em maternidades há violência obstétrica, é possível estimar o grande impacto à saúde feminina, física e emocional, que as práticas de assistência obstétrica brasileiras vêm criando.

Embora relatos de percepção negativa da experiência de parto, relacionada à presença de maus tratos ou tratamentos desrespeitosos, já estejam presentes em estudos há alguns anos^{14,16-17}, acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, muitas vezes inviabilizado pela invisibilidade da violência institucional^{4,6-7}. A invisibilidade desta forma de violência ocorre em função de diferentes fatores, como a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como “uma brincadeira” pelos sujeitos envolvidos e até esperadas pela paciente⁶ a aceitação e banalização, por parte dos profissionais, de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias; e a dificuldade que os usuários têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que os atenderam, principalmente no caso da assistência perinatal, onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência⁸.

Nos últimos 5 anos, alguns eventos tornaram possível em escala inédita no Brasil uma maior discussão, problematização e participação política das mulheres na agenda de saúde sobre seus direitos reprodutivos: as manifestações e ações coletivas organizadas e mediadas pela internet, especialmente via redes sociais. A ampla divulgação, pela mídia tradicional, dos resultados sobre violência obstétrica produzidos pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo⁷ promoveu nos grupos de mulheres, especialmente de mulheres mães, conectadas e organizadas via redes sociais, a motivação necessária para falar sobre o assunto, discuti-lo e incentivar a inserção do tema na agenda nacional de saúde. Mas, embora pauta de produções científicas incipientes, a temática ainda se mostrava quase completamente desconhecida da população e mídia em geral, invisibilizada pela legitimação do conhecimento médico hegemônico, onde práticas violentas e agressivas continuavam presentes na assistência obstétrica, eram perpetuadas como “praxe” e justificadas também pela impunidade relativa do saber/prática médico hospitalar. Para levar a questão à agenda política de maneira mais contundente do que vinha acontecendo, era preciso, antes, promover a discussão sobre o significado da expressão “violência obstétrica” entre as próprias mulheres usuárias dos sistemas de saúde, problematizá-la, tirá-la do véu invisibilizador que a tornava presença silenciosa, mas nem por isso

menos negativamente atuante, pelas próprias gestantes, puérperas e mães que, apesar de serem ou terem sido vítimas, muitas vezes não as reconheciam como violência.

Ciberativismo como ferramenta de quebra da invisibilidade e mobilização contra a violência obstétrica

Há poucos anos, a comunicação mediada pela internet ainda era considerada um fenômeno muito recente para contemplar estudos acadêmicos profundos. Hoje, esse panorama mudou. Guedes¹⁸ afirma que o assunto ganhou corpo na comunidade acadêmica e percebeu-se que as proporções são grandes demais para serem tratadas como futuros objetos de investigação. Um grande número de trabalhos acadêmicos tem surgido com o intuito de investigar as relações existentes e mediadas pelo uso da internet, nas diversas áreas do conhecimento. Esses estudos tratam tanto da questão do uso da internet como um fim em si mesmo, quanto como fonte de informações ou meio de acesso a dados que, de outra maneira, não poderiam ser acessados, ou tornaria o acesso praticamente inviável. Ou seja, a internet aparece agora como método, estratégia e ferramenta de ação¹⁸.

A internet possui papel de destaque entre as demais mídias, tanto em função das inúmeras possibilidades que permite quanto por tornar possível que o usuário não seja apenas um receptor passivo da informação e, sim, interaja ativamente com ela, muitas vezes a produzindo. Segundo Castells¹⁹, a internet vem impactando e impactará ainda mais a vida global, alterando a vida de todos e determinando uma nova forma de organização social.

No contexto latinoamericano, duas características tornam o uso da internet como ferramenta de ação ainda mais estratégico: o fato de ser uma das regiões mais conectadas digitalmente no mundo e, simultaneamente, ser das mais violentas. Para Muggah e Diniz²⁰, tais características têm levado os governos e a própria sociedade ao desenvolvimento e aplicação de abordagens inovadoras para combater as diferentes formas de violência, utilizando justamente a expansão da conectividade. Tais autores afirmam que as chamadas novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) têm sido, inclusive, utilizadas para dar e fortalecer a voz dos cidadãos. Isso se torna ainda mais relevante quando tais cidadãos compõem grupos historicamente oprimidos e cujos direitos vêm sendo sistematicamente negligenciados, e que, hoje, também mediados pela conectividade, vêm ganhando maior representatividade e fortalecimento de suas demandas, como é o caso das mulheres, especialmente das mulheres mães.

Muggah e Diniz²⁰ afirmam que o uso mais dinâmico e inovador das TICs na promoção da redução e prevenção da violência não vêm sendo desenvolvidas nem pelas autoridades públicas, como seria de se esperar, nem por atores envolvidos com segurança, mas, sim, a partir de indivíduos socialmente engajados, institutos de pesquisas, universidades e ONGs:

“parece haver mais e mais exemplos de mídias sociais trazendo à tona histórias que previamente não eram contadas, incluindo aquelas que revelam o quanto populações vulneráveis e carentes de serviços sofrem com a violência. As novas mídias transmitem informação mais rapidamente do que meios tradicionais, oferecendo frequentemente o apoio de recursos visuais e de relato em tempo real, o que provoca uma revolução fundamental nas maneiras pela qual a informação é produzida, consumida e disseminada”.

E,

“Existe uma mudança notável na abordagem que cidadãos estão empregando para relatar e denunciar casos de violência. (...) Alguns defensores do uso das TICs – especialmente o que chamamos de “curadores cívicos” de mídias sociais em redes horizontais – estão adotando estratégias cada vez mais proativas para reduzir os níveis de violência. Mais do que serem meros “tuiteiros” passivos, eles são em muitos casos cidadãos engajados em denunciar injustiças”.

A área da saúde é uma das poucas, no que diz respeito ao ciberespaço, em que o número de usuários do sexo feminino é dominante²¹. São as mulheres, também, quem, de maneira geral, mais destacam a importância da internet como ferramenta para comunicação²². Nesse contexto, Gallagher²³ afirma que a questão do acesso das mulheres ao meio digital tem sido uma das prioridades de atores políticos globais, que consideram que se trata de uma ferramenta crucial para o empoderamento feminino. Tal empoderamento é questão central na promoção da saúde. Para Garbin et al²⁴, a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades

vitais pode e deve contribuir para o desenvolvimento de habilidades pessoais a serem empregadas na promoção da saúde, e o uso de diferentes tecnologias informativas poderia estar, também, a serviço deste fim. Reforçam a noção de que o empoderamento que se busca como estratégia para a promoção da saúde está definitivamente relacionado ao aumento das possibilidades que os indivíduos e as comunidades têm de exercer controle sobre sua própria saúde, de acordo com o que recomenda a Carta de Ottawa. Nessa perspectiva, os cidadãos não podem realizar seu potencial de saúde se não forem capazes de influenciar significativamente os fatores que nela interferem. E o acesso à informação sobre os diferentes elementos que interferem em sua saúde é estratégia fundamental para que os indivíduos adquiram maior controle e poder de decisão sobre tais fatores. Uma vez que as novas tecnologias de informação favorecem, justamente, o maior acesso à informação em saúde, fica fácil perceber a relação que se estabelece entre o potencial da conectividade e a promoção da saúde, em suas mais diferentes áreas.

Como exemplo deste potencial, duas iniciativas brasileiras ocorridas entre 2012 e 2013 são relatadas a seguir, idealizadas e desenvolvidas totalmente em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramentas para ação e promoção da saúde, especificamente da saúde da mulher e tendo a atenção obstétrica como foco: o Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”.

Teste da violência obstétrica

Embora as práticas violentas da assistência ao parto já estivessem em discussão no Brasil desde as décadas de 80 e 90, especialmente promovidas pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, foi apenas entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado no país, com seus conteúdos e circunstâncias associadas ainda permanecendo em grande invisibilidade e/ou sendo naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral. Tal invisibilidade dificultava a discussão e o planejamento de ações de enfrentamento, uma vez que a coletividade não compreendia exatamente no que consistia esta forma de violência. Até então, tanto a mídia tradicional quanto a própria sociedade, especialmente as usuárias dos serviços de saúde, questionavam ativistas, profissionais da saúde e pesquisadores sobre o que, de fato, vinha a ser a expressão “violência obstétrica”. A compreensão do conceito ainda estava muito circunscrita aos grupos de

alguma forma envolvidos no movimento em prol da humanização do parto – profissionais da obstetrícia e da saúde pública em sua maioria, como discutido anteriormente. De maneira geral, a coletividade ainda não compreendia o conceito, não reconhecia as práticas compreendidas nele e tais desconhecimentos contribuíam para certa desconfiança ou descrença em sua real existência.

Motivadas por essas questões e com o objetivo de estimular mulheres a avaliar a qualidade da assistência ao parto recebida, ativistas pela humanização do parto no Brasil¹⁵ idealizaram e promoveram, em 2012, um levantamento informal para o qual deram o nome de “Teste da Violência Obstétrica”. À época, uma era co-autora do blog Parto no Brasil¹⁶ ativo de dez/2009 a mar/2014, e outra era autora do blog Cientista Que Virou Mãe¹⁷, ainda ativo. Juntos, os blogs alcançavam milhares de gestantes, além de mães, profissionais da saúde e demais leitores, e, assim, utilizaram a conectividade para realizar a intervenção por meio de relativamente amplo acesso a um público que já havia passado pela experiência de parto/nascimento.

Em 08 de março de 2012, Dia Internacional da Mulher, o teste foi disponibilizado *online* simultaneamente em mais de 70 blogs, num esforço conhecido por Blogagem Coletiva, quando diferentes blogs e sites participam de uma ação coordenada a fim de ampliar seu poder de alcance. O teste consistiu na avaliação pelas mulheres dos cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento nas maternidades. O questionário compreendeu 15 questões de múltipla escolha, contendo questões de caracterização sociodemográfica e questões relacionadas ao atendimento recebido durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Os resultados do teste foram tornados públicos em diversos veículos da mídia tradicional e alternativa, atingindo grande divulgação especialmente via Agência Pública de Reportagem e Jornalismo Investigativo¹⁸. Em apenas três dias foram recebidas mais de 1.000

¹⁵ Ana Carolina Arruda Franzon e Ligia Moreiras Sena, com o apoio da jornalista/blogueira e ativista pela humanização do parto Fernanda Andrade Caffê.

¹⁶ www.partonobrasil.com.br

¹⁷ www.cientistaqueviroumae.com.br

¹⁸ Resultados tornados públicos podem ser vistos em

http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-_Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf

respostas, cada uma avaliando um parto/nascimento. O teste permaneceu aberto durante 38 dias e, neste curto prazo, foram avaliados um total de 1.966 nascimentos, resultado considerado excelente para ações utilizando a internet como ferramenta. Embora realizado de maneira informal, o teste foi utilizado para estimular a discussão sobre a violência obstétrica junto às mulheres e a diferentes setores da promoção e atenção à saúde da mulher, e revelou resultados muito semelhantes aos que as pesquisas vêm mostrando sobre a qualidade da assistência ao parto no Brasil, segundo as organizadoras: 52% dos partos/nascimentos avaliados foram cesarianas; mais de 40% das mulheres se consideraram desrespeitadas pela equipe de saúde; 25% delas declararam terem sofrido episiotomia; 75% não puderam se movimentar durante o trabalho de parto ou precisaram se manter deitadas durante o nascimento do filho; quase 50% das mulheres não puderam ter acompanhante, ainda que tal direito seja garantido pela lei federal número 11.108; apenas 18% das mulheres puderam e foram incentivadas a amamentar na primeira hora de vida dos bebês; 47% das mulheres sentiram-se felizes pela chegada do filho, sentimento que foi diminuído em função das violências que sofreram; e, por fim, para metade das mulheres da amostra, as dificuldades que viveram no pós parto e puerpério estiveram relacionadas à forma como seus partos aconteceram.

Organizados e compilados os dados, os resultados foram tornados públicos em 21 de maio do mesmo ano, também nos mais de 70 blogs e sites inicialmente envolvidos. Os resultados desta ação informal, chocantes pelo que revelavam, chamaram a atenção da mídia tradicional que, por meio de matérias em rádios, revistas e televisão^{19 20}, sensibilizou a opinião pública para algo que o movimento pela humanização do parto e alguns setores acadêmicos já vinham discutindo intensamente: a violência obstétrica.

¹⁹ <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2012/03/um-quarto-das-mulheres-brasileiras-sofre-algum-tipo-de-violencia-na-hora-do-parto>

²⁰ <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-06-04/pesquisa-mostra-violencia-contra-mulher-durante-o-parto.html>

²¹ <http://saudenacomunidade.org/2014/10/01/resc2014-e39/>

“Violência obstétrica - a voz das brasileiras”

Ainda em 2012, as mesmas ativistas promoveram uma segunda intervenção utilizando a conectividade e as TICs, visando novamente contribuir para a desnaturalização e para a quebra da invisibilidade da violência obstétrica. Em um movimento via redes sociais e blogs, mulheres que passaram por situação de violência em seus partos foram convidadas a gravarem um pequeno vídeo, de no máximo 5 minutos, falando sobre as violências que viveram no nascimento de seus filhos, em maternidades brasileiras.

Mais de 20 mulheres que se reconheceram como vítimas de violência obstétrica enviaram voluntariamente vídeos e/ou fotos sobre o parto/nascimento de seus filhos. O material recebido foi decupado e, a partir disso, foi produzido um videodocumentário popular intitulado “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras”, hospedado para livre acesso na plataforma de vídeos Youtube, podendo ser assistido por qualquer pessoa com acesso à internet²².

O documentário foi submetido e aceito para a sessão de comunicações orais do X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre, em novembro de 2012. Em função da sensibilização que promoveu na sessão de comunicações orais, foi concedido à equipe organizadora um horário de apresentação pública na Tenda Paulo Freire, espaço central de apresentação de vídeos relacionados à saúde coletiva no mesmo congresso. Tal apresentação reuniu mais de 50 pessoas, as quais foram impactadas pelas imagens e relatos presentes no documentário. Logo após o congresso, o documentário foi amplamente divulgado via mídias sociais e blogs, o que novamente chamou a atenção da opinião pública via mídia tradicional. Em poucos dias, foi considerado um dos vídeos mais vistos daquela semana na plataforma Youtube, categoria “sem fins lucrativos/ativismo”, alcançando grande repercussão em todo o país, contribuindo para a quebra da invisibilidade do tema, à medida que se tornou objeto de diversas matérias jornalísticas por todo o Brasil^{23 24 25 26}. Em 2013, foi considerado, pelo júri popular,

²²

<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>

²³

<http://www.viomundo.com.br/blog-da-saude/saude/violencia-obstetrica-em-video-brasileirasdenunciam-abusos-maus-tratos-e-sofrimento-nas-maos-de-profissionais-de-saude.html>

²⁴

<http://www.ebc.com.br/noticias/colaborativo/galeria/videos/2013/03/violencia->

como o melhor documentário apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero, contribuindo para a ampliação da discussão do tema sob uma perspectiva feminista e de gênero, e continua a ser frequentemente assistido e debatido, tendo sido acessado mais de 190.000 vezes até abril de 2016. Após sua apresentação em diferentes congressos e seminários, o documentário passou a ser apresentado em cursos de graduação da área médica, audiências públicas e outras reuniões com o objetivo de discutir e dar voz às mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil.

Reflexões sobre as experiências

Castells¹⁹ afirma que a comunicação global mediada pelo novo sistema eletrônico, que permite a integração dos meios de comunicação e a interatividade entre grande parte dos segmentos sociais, está mudando e mudará para sempre nossa cultura. O novo espaço de mídia criado, o qual passa a ser visto como mídia não tradicional, interfere de maneira decisiva no exercício do poder e nas oportunidades de participação que os cidadãos passam a ter na vida política de seu país.

O intenso envolvimento e participação das mulheres em ambas as ações descritas, tanto das que atuaram como divulgadoras/apoiadoras quanto das que ofereceram seus relatos de violência na assistência ao parto no Brasil, mostrou exatamente isso: que acessar a internet como meio de comunicação tem sido válido para evidenciar violências antes não problematizadas e, assim, contribuir para mudanças políticas importantes e urgentes, especificamente no campo da saúde.

As ações relatadas contribuíram para fortalecer a reivindicação dos direitos que as mulheres têm de serem bem atendidas e assistidas durante o parto e nascimento de seus filhos, como proposto inicialmente nas décadas de 80 e 90 pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, e que vai na mesma direção dos movimentos atuais de reivindicação do direito de escolher e controlar seus corpos e suas vidas,

obstetrica-a-voz-dasbrasileiras

²⁵ <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2013/05/unicamp-exibe-documentario-sobreviolencia-obstetrica-nesta-quinta.html>

²⁶ <http://www.redehumanizaus.net/66801-violencia-obstetrica-a-voz-das-brasileiras>

vivididos com ainda maior intensidade no Brasil no ano de 2015, no movimento que ganhou o nome de “Primavera das Mulheres”.

As redes de conectividade têm contribuído para o fortalecimento e a promoção de ações políticas femininas no sentido de exigir mudanças legislativas que promovam a erradicação da violência. Gonçalves²⁵ afirma que, ao fortalecer as redes, fortalecemos diretamente a participação política das mulheres e que, com a expansão do acesso à rede mundial de computadores, as informações e as trocas de experiências podem estar ao alcance de um maior número delas, as quais, mais informadas e mais conscientes sobre seus corpos e sua saúde, podem exigir mudanças no sistema. Assim, o empoderamento feminino promovido por ações coletivas como as descritas neste relato podem auxiliar as mulheres a exigirem mudanças fundamentais e urgentes na assistência ao parto no Brasil.

O Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência Obstétrica – A voz das Brasileiras” contribuíram para que um maior número de mulheres pudessem refletir sobre a qualidade da atenção que receberam em seus partos e manifestassem o desejo de compartilhar tais reflexões. Mais do que isso: mostraram que mulheres estão criando estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, denunciando os maus tratos recebidos e exigindo a elaboração e cumprimento de políticas públicas que visam coibir e combater as práticas violentas de atenção ao parto/nascimento no Brasil, evidenciados há mais de 30 anos. No entanto, para que políticas públicas efetivas possam ser propostas e mudanças possam ser realizadas, é preciso conhecer, de fato, a realidade da assistência ao parto e esmiuçar ainda mais o contexto da violência obstétrica no Brasil. Para isso, acessar as experiências das mulheres sobre o que elas mesmas viveram no nascimento de seus filhos torna-se uma ferramenta de fundamental importância no contexto da desmedicalização e humanização do parto e nascimento.

Utilizar a internet como ferramenta para promover a conscientização, discussão e quebra da invisibilidade da violência obstétrica também se faz estratégico em função dos benefícios que a participação em ações via internet pode trazer às mulheres que a viveram. Beck²⁶, em estudo sobre o parto traumático, apontou os benefícios, para a mulher, de participar de ações mediadas pela internet, tais como: ser ouvida e reconhecida em sua dor; diminuir o sentimento de solidão; utilizar a rememoração dos eventos traumáticos que viveu como elaboração mental e emocional do vivido; empoderamento, por

sentir que alguém “lhe deu voz”; além de se sentir contribuindo para que outras mulheres não vivam o que ela mesma viveu.

Considerações finais

O Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência Obstétrica – A voz das brasileiras” contribuíram para mobilizações, debates e reflexões necessários no sentido de ajudar a tirar a violência obstétrica da invisibilidade. Além disso, contribuíram para o engajamento de diferentes setores da coletividade, por meio da comoção gerada pela divulgação de seus resultados na mídia tradicional, na exigência do cumprimento de políticas públicas que ajudem a garantir a segurança e a humanização da assistência ao parto no Brasil, além de incentivar uma agenda política que inclua o enfrentamento da violência obstétrica como estratégia de respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. Ademais, tais ações parecem ter fortalecido a eficácia e assertividade da utilização das mídias alternativas mediadas pela internet como ferramenta de democratização da produção e acesso à informação sobre a saúde da mulher, no caso, sobre violência obstétrica, o que é de fundamental importância para que as mulheres possam participar das decisões que dizem respeito aos seus corpos, sua vida e sua saúde. Os resultados produzidos por ambas as ações incentivam novos usos da internet não somente como estratégias para a promoção da saúde da mulher, maior empoderamento feminino e participação política, como também para novas pesquisas sobre o tema.

Referências

1. Diniz, SG et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Human Growth Dev.* 2015; 25(3): 377-376.
2. Tesser, CD et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2015; 10(35): 1-12.
3. Venturi, G; Godinho, T. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – uma década de mudanças na opinião pública. 1a ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo e Editora SESC SP; 2013.

4. Tornquist, CS. Parto e o poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
5. Aguiar, JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
6. Aguiar, JM., D'Oliveira, AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comunicação e Saúde*. 2011; 15(36): 79-91.
7. Venturi Jr, G.; Aguiar JM, Hotimsky, SN. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010. In: VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2011; Belo Horizonte, MG, Brasil.
8. Domingues, RMSM, Santos, EM, Leal, MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(1):S52-S62.
9. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
10. Rattner, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface*. 2009; 13(1): 759-768.
11. Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10: 627-637.
12. Souza, SA. Leis de combate a violência contra a mulher na América latina: uma breve abordagem histórica. *Anais do XXVII Simpósio Nacional de História [Internet]*, 2013 [acesso em 01 dez 2015]. Disponível em:
http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371348947_ARQUIVO_TextoAnpuhNatalSuellen.pdf
13. D'Gregorio, RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynecol Obstetrics*. 2010; 111: 201-202.

14. D'Oliveira, AFPL, Diniz, SG, Schraiber, LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 2002; 359 (9318): 1681-1685.
15. Diniz, SG, D'Oliveira, AF. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynecol Obstetrics*. 1998; 63(1): S33-S42.
16. Hoga, LAK, Félix, CCP, Baldini, P, Gonçalves, RC, Silva, TRA. Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. Em: An. 8 Simp. Bras. Comun. Enferm., 2002.
17. Gomes, AMA, Nations, MK, Luz, MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde Soc*. São Paulo. 2008; 17(1): 61-72.
18. Guedes, PR. A internet, as redes sociais e as relações pessoais [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
19. Castells, M. A era da informação: economia, sociedade e cultura. V.1: A sociedade em rede. 9a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
20. Muggah, R, Diniz, G. Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias. Instituto Igarapé. 2014; 6. [acesso em 01 dez 2015] Disponível em: http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindo-violencia.pdf
21. Soares, MC. Internet e saúde: possibilidades e limitações [Internet], 2011 [acesso em 23 abr 2011]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/nehte/artigos/blogs.pdf>
22. Schneider, H. Diferenças entre homens e mulheres no uso e na percepção de valor da internet [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
23. Gallagher, M. Unequal opportunities: the case of women and the media. 1981; Paris, UNESCO.
24. Garbin, HBR, Guilam, MCR, Pereira Neto, AF. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de

habilidades pessoais e sociais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(1): 347-363.

25. Gonçalves, AO. Da internet às ruas: a marcha do parto em casa [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2014.

26. Beck CT. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004a; 53(1): 28-35.

APÊNDICE 6 – Artigo 2 – A ser submetido à publicação

Medicalização, parto e violência obstétrica: como fomos de um saber exclusivamente feminino em direção à violência contra as mulheres?

Ligia Moreiras Sena, Charles Dalcanale Tesser

1. INTRODUÇÃO

Parir e nascer: fenômenos fundamentais que sempre ocorreram a contento para que a humanidade se constituísse e proliferasse, tendo ocorrido maciçamente pela via natural, vaginal, prioritariamente dentro do ambiente familiar, dos cuidados propriamente femininos e das redes de apoio social das mulheres.

Todavia, hoje no Brasil, a grande maioria dos partos são hospitalares, mais da metade dos nascimentos ocorrem por cesarianas, com grande maioria dos nascimentos do sistema suplementar, privado, ocorrendo também cirurgicamente, expondo mulheres e bebês a maiores riscos, iatrogenias e violências de múltiplas naturezas. Grande parcela (1/4) das mulheres que pariram por partos normais em maternidades relatam terem sofrido violência no parto, segundo sua própria percepção.

Qual seria e como se dá a ligação entre o processo de medicalização do parto e o que hoje é chamado de violência obstétrica? O objetivo deste ensaio é apresentar uma discussão do processo de medicalização do parto em sua articulação com a violência obstétrica, apoiando-se em autores como Ivan Illich, Irving Zola, Thomas Szaz e Peter Conrad, contextualizando historicamente a medicalização do cuidado à gestação e ao parto, propondo conexões do processo de medicalização do parto com a ocorrência de violência obstétrica no Brasil e, finalmente, dialogando com propostas e movimentos sociais contemporâneos voltados ao enfrentamento da violência obstétrica e pela humanização do parto e nascimento.

2. O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

O termo “medicalização” surgiu e passou a ser extensivamente estudado a partir do final da década de 60 e ainda existe intensa discussão a respeito de sua definição e complexidade. Neste artigo, utilizamos as definições e conceitos a respeito do processo de

medicalização principalmente advindos de quatro de seus estudiosos e críticos, os quais construíram amplas discussões em diferentes áreas do conhecimento: Peter Conrad, Irving Zola, Ivan Illich e Thomas Szaz.

Para Conrad¹, a medicalização pode ser descrita como o processo pelo qual problemas que antes não possuíam caráter médico passam a ser definidos e tratados como se assim o fossem, adquirindo status de doenças ou distúrbios. Assim, está presente no momento em que problemas inerentemente humanos que eram antes manejados pelas pessoas em suas redes de relações sociais próximas adentram a jurisdição da profissão médica. Embora envolva nomes, contextos e saberes de base médica e acadêmica, trata-se também e fundamentalmente de um processo sociocultural e não apenas como representação de classe profissional.

É justamente sobre o seu componente sociocultural que se apoia a compreensão do processo de medicalização de acordo com Irving Zola². O autor a define como o processo pelo qual mais e mais eventos da vida cotidiana passam a estar sob domínio, influência e supervisão médica. A medicina passa, por meio da medicalização dos processos naturais, a se tornar uma das maiores instituições de controle social, incorporando ou substituindo os elementos de controle presentes em instituições tradicionais como a religião e a lei, adquirindo prestígio, influência e condição de repositório da verdade. Decisões passam a ser tomadas não mais em nome “da virtude” ou “da legitimidade”, como acontece com as religiões e com as leis, mas em nome da saúde. A interpretação biomédica dos fatos da vida cotidiana retira de sua compreensão os elementos legais e religiosos, muitos componentes ético-sociais e culturais da relação com o próprio corpo, a vida, a natureza, o sofrimento e a morte, fazendo com que o controle médico e científico substitua a regulação sócio-cultural e/ou o controle moral e punitivo, sem deixar de representar uma forma de controle.

Zola², em busca de compreender as causas deste fenômeno, afirma que o processo de medicalização está enraizado em nossa sociedade ocidental cada vez mais imersa em um complexo sistema tecnológico e burocrático que nos levou a, primeiro, admirar os “especialistas” para, depois, idolatrá-los e levá-los ao posto de detentores da verdade absoluta, fazendo-nos dependentes tanto deles quanto da tecnologia que representam. Esse comportamento servil nos teria levado a adotar uma postura relutante a respeito de toda e qualquer explicação não médica a condições anteriormente vistas como pertencentes ao rol natural de manifestações humanas. Não apenas passamos a idolatrar os diagnósticos e explicações médicas; passamos a

desejá-las, enquanto sociedade de consumo. E é neste ponto que Ivan Illich³ se une à discussão sobre o fenômeno da medicalização não somente da sociedade, mas da vida como um todo.

Na concepção de Illich sobre a medicalização dos eventos naturais, a partir do que chamou de “imperialismo médico”, a medicina institucionalizada representa, na verdade, uma ameaça à saúde. Utilizou a noção de “iatrogênese” para se referir a processos patológicos produzidos pela própria medicina, com base na noção de contraproduzibilidade. O sistema médico, que deveria proteger a saúde, passa a prejudicar a mesma e produzir doença. A iatrogênese, segundo Illich, aconteceria em três níveis: clínica, social e estrutural ou cultural. As três dimensões contribuiriam para a redução da autonomia do sujeito. De acordo com o autor, a iatrogênese clínica acontece quando os próprios cuidados com a saúde passam a produzir doenças, caso das intervenções cirúrgicas desnecessárias, dos efeitos indesejados de drogas introduzidas no corpo, da produção de traumas emocionais, entre outros. A iatrogênese social seria aquela que cria sujeitos e sociedades passivos com relação às decisões sobre seu próprio corpo, delegando-as à medicina, e tornando-se dependentes das orientações médicas. Para Illich, essa seria a dimensão mais nociva da medicalização dos eventos naturais, anulando a autonomia do sujeito. A iatrogênese cultural ou estrutural, por fim, caracteriza-se por retirar o potencial dos sujeitos e da sociedade de lidarem autonomamente com as questões naturais da vida e boa parte das dificuldades da existência, enxergando-se como dependentes de orientações médicas que ditam sua forma de viver, adoecer, tratar ou morrer.

Assim, Illich³ e Zola² concordam com relação a haver uma característica básica do processo de medicalização social e da vida: ela é tanto o resultado da hipertrofia ilusória das potencialidades médicas, interpretadas como capazes de solucionar todo e qualquer problema humano, quanto representa o desejo da própria sociedade de utilização desta hipertrofia, o que significaria dizer que é retroalimentada, reforçada e mantida por si mesma.

A medicalização não se caracteriza por ser um evento representado apenas por conceitos médicos ou pela interpretação dos eventos naturais como patológicos. Conrad¹ afirma que o processo medicalizante acontece em três níveis: o conceitual, o institucional e o interacional. Segundo ele, o nível conceitual envolve o uso do vocabulário médico a fim de definir uma determinada questão e não necessariamente envolve profissionais ou tratamentos médicos. O nível institucional é representado por instituições especializadas que adotam a

abordagem médica acadêmica para tratar uma determinada questão. O nível interacional é representado pela interação profissional-paciente, quando o primeiro define como problema médico uma questão social, oferecendo um diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento. Esses três níveis apresentam-se articulados de forma a constituir um conceito linguístico que faz com que a questão, inicialmente “natural” ou inserida na dinâmica complexa da existência manejada autonomamente pelos sujeitos sem recurso a especialistas profissionalizados, passe a ser destacada dela e vista como doença, e as intervenções, como tratamentos.

Thomas Szaz⁴ afirma haver dois sentidos na pressão de uso do processo medicalizante: a medicalização que vem de cima e a que vem de baixo. A que vem de cima seria representada pela regulamentação legal, por políticas públicas e pelo conhecimento científico hegemônico. A que vem de baixo é representada pelo uso que os próprios indivíduos fazem das noções que ela traz consigo, tais como os frequentes episódios de automedicação ou a busca por diagnósticos com o uso da internet, por exemplo. Neste contexto, Szaz afirma haver uma espécie de ciclo de reforço entre os dois sentidos da medicalização, com os indivíduos (“medicalização que vem de baixo”) reforçando a “medicalização que vem de cima”. Dos quatro teóricos da medicalização considerados, talvez Szaz seja o mais feroz em termos da crítica que é feita sobre o modo de produção de subjetividades a partir de processos medicalizantes. Ao criticar duramente a abordagem medicalizante da Psiquiatria, sua área preferencial de estudo, Szaz cita o neuropatologista pioneiro Karl Wernicke, o qual afirmou que o tratamento médico dos pacientes psiquiátricos começa justamente com a violação de suas liberdades pessoais⁴. E a crítica feita por Szaz ao processo de medicalização é ainda mais dura justamente neste aspecto, uma vez que ele considera que todo processo medicalizante pressupõe a violação do direito fundamental das pessoas de terem liberdade para decidirem por si.

Segundo Gaudenzi e Ortega⁵, o processo de medicalização retira do sujeito sua condição autônoma e os coloca como objetos passivos de cuidados heterônomos, onde a medicina passa a ser considerada como grande detentora do saber sobre os processos da vida, excluindo o conhecimento intrinsecamente associado aos eventos naturais e retirando a subjetividade do sujeito. Isso vai no sentido contrário da concepção de saúde proposta por Canguilhem⁶, considerada como a capacidade de lidar com os problemas naturais da vida e, assim, recriar novas formas de estar no mundo. Na perspectiva medicalizante,

interessaria ao médico apenas diagnosticar e curar, excluindo desta análise qualquer resquício de subjetividade, o que significaria retirar das pessoas aquilo que as torna sujeitos únicos, detentoras do direito básico da liberdade⁷.

São inegáveis os inúmeros benefícios obtidos ao longo da história recente com o uso das tecnologias e avanços médicos. E são justamente tais benefícios, refletindo o uso apropriado do conhecimento médico para tratar condições mórbidas onde a intervenção especializada se faz necessária, que têm reforçado a dependência da sociedade em relação à medicina como a solução de todas as suas questões problemas, inclusive aquelas que fazem parte do espectro “natural” da vida humana. Os eventos cíclicos das funções reprodutivas femininas são um claro exemplo disso. A transformação de eventos tão naturais como a menstruação, a gestação, o parto e a menopausa em situações potencialmente arriscadas, ou sua interpretação como patologias, têm levado a intervenções médicas mais do que desnecessárias: potencialmente perigosas, colocando em risco o bem estar físico e emocional das mulheres⁸. Para esta autora, os dois principais exemplos contemporâneos da medicalização das funções reprodutivas das mulheres são a Síndrome Pré-Menstrual e a menopausa, que descreveu como uso médico abusivo da interpretação hormonal de problemas psicológicos e reforço indesejável de um modelo mecânico de mulher, que se torna especialmente relevante quando se considera os processos de medicalização da gestação e do parto.

Neste ponto, lembramos de Szaz⁴ quando este afirma que os psiquiatras refutam a teoria da medicalização como uso indevido ou abusivo da racionalidade médica por afirmarem que não se trata de medicalização quando há uma doença comprovada (e não entramos aqui, por escapar ao escopo deste artigo, na discussão do *status* epistemológico no mínimo altamente questionável de muitas patologias ou transtornos psiquiátricos). Lançamos o seguinte questionamento apoiado por esta mesma lógica: se os processos de gestação e parto não são, por si sós, processos patológicos e, sim, processos normais da fisiologia do sexo feminino, se sobre eles estão sendo lançadas toda sorte de intervenção médica patologizante, não seria portanto razoável afirmar que está havendo uma brutal medicalização de seu processo? A resposta, infelizmente, é afirmativa.

3. PARTO: DE SABER EXCLUSIVAMENTE FEMININO AO EVENTO TOTALMENTE MEDICALIZADO

Conrad¹ afirma que tão importante quanto discorrer e discutir os aspectos medicalizantes de um determinado evento é compreender a história da medicalização deste evento. Essa compreensão passa por documentar a “descoberta” histórica da questão como “problema médico”, incluindo a investigação de elementos imprescindíveis como: como aconteceu, quando, onde, com quais objetivos e quais foram suas consequências. Por este motivo, procuramos aqui entender de que forma o parto, evento naturalmente parte da vida fisiológica do sexo feminino, transformou-se de um saber exclusivamente de mulheres em um evento completamente medicalizado nas sociedades ocidentais.

Até meados do século XVI, nas sociedades ocidentais europeias, nossa melhor referência histórica, o parto e o nascimento se caracterizavam como saber exclusivamente de mulheres, com gestantes recorrendo a parteiras para o nascimento de suas crianças. Os nascimentos aconteciam no ambiente privado do lar, geralmente, vetando-se a presença dos homens na cena de parto. Por volta da metade do século XVI, no entanto, as parteiras se viram obrigadas a “comprovar” suas habilidades e conhecimentos para a realização de partos por meio de “provas” junto a comissões municipais e eclesiásticas⁹. Mas por qual motivo? A resposta envolve a compreensão das características do período.

Com a época histórica do Iluminismo, os dogmas religiosos como explicações para eventos naturais e cotidianos da vida passaram, paulatinamente, a serem substituídos por explicações envolvendo conceitos advindos da crescente concepção científica do mundo. O desenvolvimento científico e seu uso para explicar os eventos cotidianos foi o pilar de criação e fortalecimento da medicina como forma de controle social. Szaz⁴ afirma que a transformação das explicações religiosas com finalidade de controle do comportamento em explicações médicas com as mesmas finalidades foi, justamente, uma das principais consequências do Iluminismo. Isso se refletiu em relativa diminuição do poder da religião e da Igreja e no crescente poder da Ciência e do Estado, os quais passaram a ser manifestos, entre outras coisas, pelo controle político da prática médica, além da criação de leis que passaram a proibir o acesso das pessoas consideradas “leigas” a possíveis medicamentos e práticas de cura⁴.

Até então, o evento do parto era secularmente assistido apenas por mulheres – curandeiras, parteiras, comadres – bem como a própria gestação e o puerpério. Essas mulheres não eram reconhecidas apenas pelo conhecimento técnico de que dispunham, mas porque sua atuação junto a gestantes e parturientes envolvia o elemento subjetivo do

cuidado e da afetividade. O parto e o nascimento eram, assim, considerados eventos familiares íntimos, prioritariamente femininos, atendidos principalmente na casa familiar¹⁰⁻¹².

Com a “cientificação” dos eventos da vida, o conhecimento médico-científico passou a reivindicar para si a exclusividade do manejo e cura de situações antes delegadas a curandeiros, boticários, erveiros e, de maneira especial, a parteiras. Assim, antes únicas detentoras do saber necessário ao parto e nascimento, os médicos passaram a desqualificar ativamente o trabalho das parteiras. O declínio da parteria como arte e saber exclusivamente femininos durante os séculos XVII e XVIII e sua dominância pela medicina pode ser considerado, assim, como “instrumental”, necessário à profissionalização do conhecimento médico acerca dos eventos que circundam a gestação e o parto⁸. A mesma autora afirma que para que os médicos pudessem aprender e treinar as técnicas necessárias ao manejo do trabalho de parto, restringir ou proibir a atuação das parteiras no ambiente domiciliar se fazia necessário e, assim, o parto passaria, nas palavras da autora, “das mãos das mulheres para o controle dos homens”.

Estado e Igreja também se viam beneficiados com a retirada do parto das mãos das parteiras. O interesse de ambas as instituições em controlar a prática e o conhecimento sobre parto estão relacionados ao fortalecimento da sociedade capitalista e da necessidade de ampliação da força de trabalho e de defesa. Nascer tornava-se, assim, necessário para a renovação e ampliação populacional. As parteiras não detinham apenas os conhecimentos necessários ao parir e nascer. Também detinham conhecimentos sobre processos de abortamento e auxiliavam mulheres que as procuravam para esta finalidade. Ou seja: tirar as parteiras da cena de parto também se prestaria ao fim de controlar o aborto e o acesso a práticas de abortamento. Não é coincidência o fato da Igreja Católica ter “confirmado” a existência da alma dos fetos no ano de 1869, pós Revolução Francesa. Naquele contexto histórico, o feto passava a ser um valioso “commodity”, representando a futura mão de obra necessária em uma sociedade onde práticas capitalistas se faziam cada vez mais prementes. Não coincidentemente, é também neste período que se passa a privilegiar o feto em detrimento da mãe, justamente em função do primeiro se tornar um futuro trabalhador e soldado. Até então, o feto era considerado somente um apêndice materno, sendo o aborto, portanto, questão exclusivamente das mulheres, sobre a qual nem Estado nem Igreja tinham interesse em interferir. Mas a partir do momento que abortar representaria conflito de interesse, a intervenção passaria a ser necessária. Assim, Estado e Igreja

uniram-se à medicina para o controle das atividades das parteiras e sua total substituição pelo conhecimento médico.^{8,13}

O desenvolvimento da tecnologia científica tornou possível a criação e utilização do fórceps obstétrico e, a partir de então, também no século XVIII, a atuação da parteira ficaria ainda mais comprometida, posto que o uso do fórceps era exclusivamente um saber masculino, médico e científico. O uso do equipamento permitiu, portanto, a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem e potencialmente arriscado.¹²

No entanto, uma tradição secular de assistência feminina ao parto não conseguiria ser substituída rapidamente e de maneira efetiva. De nada adiantaria à medicina se apropriar do conhecimento da parteria enquanto gestantes e parturientes continuassem a recorrer às parteiras para terem seus filhos em casa. Era necessário desacreditar o evento da gestação e do parto como processos “naturais”. E foi o discurso do risco e a reconceitualização do normal como anormal que atuou como pivô para o sucesso do parto como ato médico^{14,8,9}. Não foi tão difícil conseguir isso. Com a inserção dos homens e seus aparatos, especialmente o fórceps, houve um aumento considerável de transmissão de febre e outras condições patológicas que levaram milhares de mulheres à morte. Eis, então, o motivo que a medicina buscava para levar o parto da cena domiciliar para a cena institucional e para desacreditar as parteiras: o caráter supostamente arriscado e perigoso do parto, criado, paradoxalmente, pela inserção dos homens e de seu fórceps em uma cena antes exclusivamente de mulheres^{14,8}.

De acordo com Vieira⁹, a história da transformação do parto como saber exclusivamente de mulheres para sua apropriação como prática médica masculina e cientificista, aqui no Brasil, percorreu caminho semelhante ao que aconteceu na Europa. Até o século XIX, as parteiras eram as únicas responsáveis por trazer crianças ao mundo e auxiliar gestantes e puerperas. As parteiras estrangeiras, vindas após a chegada da Corte, já precisavam prestar provas ao Cirurgião-Mor do Reino. Com a criação dos cursos médicos no Brasil a partir de 1808 e com as “artes obstétricas” sendo ensinadas a partir de 1809, a tradição do parto domiciliar atendido por parteiras passou a ser vista como empecilho à instrumentalização, uma vez que, com mulheres sendo atendidas por outras mulheres em seus lares, poucas restavam disponíveis para que os médicos treinassem o manejo do parto. Assim, o discurso médico da metade do século XIX no Brasil foi marcado pela defesa da hospitalização do parto e criação de maternidades⁹.

O grande esforço dedicado, no Brasil do século XIX, para que os partos domiciliares fossem transformados em hospitalares não foi movido pelo objetivo de reduzir as mortes maternas. Inclusive porque, em decorrência da febre puerperal, associada à aglomeração de pacientes em uma mesma enfermaria, mas ainda não associada à teoria microbiana, as mulheres morriam mais no hospital do que em seus domicílios. De acordo com Vieira⁹, a exclusão das parteiras da cena de parto no Brasil precisou ser feita de maneira ainda mais acentuada, uma vez que a moralidade aumentava a resistência das mulheres em procurar hospitais, com seus médicos homens. Se um processo biológico natural – o parto – pode ser compreendido como “doença”, então seu controle ganha legitimidade. E esse controle acontece por meio da medicalização¹⁵. Assim, a atenção ao parto passou a ser vista como um evento médico, carregado de riscos potenciais, sendo a gestante, antes mulher vivendo uma profunda experiência emocional e biológica, vista agora como paciente, com partos ocorrendo em ambiente hospitalar e com assistência centrada na figura do médico, o qual passa a ter total autonomia para lançar mão de diferentes tipos de intervenções¹⁶.

Para Rattner¹¹, a partir da concepção industrial iniciada principalmente nas décadas de 40 e 50, o evento parto/nascimento incorporou a assistência médica hospitalar no Brasil, que passou a ser organizada tal e qual uma linha de produção. E, como tal, passou a excluir de seu processo o elemento humanístico do cuidado. Aquilo que era visto como evento biopsicossocial passou a ser tratado do ponto de vista estritamente mercadológico, biológico, sendo o corpo da mulher reduzido a uma “máquina de parir”^{11,16}.

É necessário pontuar que a tendência observada a partir da metade do século XX a hospitalizar praticamente 100% dos partos, embora tenha contribuído para a instrumentalização da medicina, especialmente da obstetrícia, de maneira questionável não foi acompanhada pela avaliação sistemática da eficácia de tais tecnologias. Ou seja, muito do que ia sendo inserido na prática obstétrica pelo saber médico não acontecia em função de cuidadosa avaliação e, sim, pela perpetuação do hábito⁸. Isso não só aumentou a descaracterização do parto como experiência natural da vida das mulheres, como contribuiu para o crescente aumento das iatrogêneses associadas. Além disso, a institucionalização do parto ocorreu na ausência de evidências sobre vantagens perinatais ou neonatais ou aumento da satisfação materna⁸.

Atualmente, as mulheres aderem prontamente ao modelo médico de parto e nascimento e, em termos gerais, muitas sequer questionam o uso de intervenções médicas e institucionais. Isso porque

introjeteram, mediante a cultura hegemônica do parto medicalizado, que essas intervenções fazem “parte” do evento de parir e nascer, aceitando-as como “naturais”¹⁵.

Davis-Floyd¹⁷ afirma que o modelo hegemônico atual de assistência ao parto reflete os principais valores das sociedades ocidentais contemporâneas, regidas capital e pelo neoliberalismo e visando a obtenção do lucro, o estímulo ao consumo, o endeusamento da racionalidade científica e a cada vez maior tecnocratização do parir e nascer. A aceitação irrestrita da tecnologia no evento do parto, bem como a idolatria à ciência e à medicina, além de marcar definitivamente a assistência obstétrica atual, faz com que a autonomia das mulheres e o livre direito de decidir sobre si e sobre seu corpo sejam substituídos pelo interesse da medicina e do capital^{12,17}.

4. A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO COMO PORTA PARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A medicalização, ao transferir a gestão e manejo dos eventos da vida cotidiana para o domínio médico, transformou-se em forma ativa de controle social. Se o comportamento e modo de vida das mulheres eram controlados por questões relacionadas à moralidade e exercido pela religião, agora a medicina, fortalecida pela ciência, é quem exerce tal controle. Deixa de haver poder decisório da mulher sobre seu próprio corpo, que passa para as mãos do discurso médico, da instituição médica e do profissional médico. A medicalização do parto, numa aproximação com as proposições de Illich³ e Zola², representa uma hipertrofia ilusória das potencialidades obstétricas, que foram tornadas como sendo capazes de solucionar todo e qualquer problema relacionado ao evento do parto.

Numa aproximação com as proposições feitas por Conrad¹, de que haveria um nível conceitual de medicalização, este seria representado, na assistência ao parto, pelo uso banalizado do vocabulário médico obstétrico, inclusive pelas próprias gestantes. No nível institucional, faz com que gestantes e parturientes passem a considerar as instituições médicas como as únicas instituições legítimas para o manejo da gestação e do parto, sendo os obstetras considerados anfitriões dos benefícios considerados legítimos apenas quando atuantes dentro de tais instituições. No nível interacional, faz com que a interação obstetra-gestante se dê no sentido de definir a gestação e/ou o parto como um “problema” médico ou uma condição patológica ou, no mínimo, arriscada e que precisa de constante e intervenção.

De acordo com Illich³, a retirada do poder do sujeito sobre si mesmo confere ao sistema biomédico autoridade para controlar o

próprio sujeito. Assim, com o processo de medicalização do parto, a mulher que gesta e dá à luz, desprovida de poder sobre si e com sua autonomia substituída pela heteronomia, passa a ser vista como produto não humano, receptáculo ou instrumento para um fim: a garantia do nascimento de um bebê saudável. E a proposição de Illich é vista, mais uma vez, no parto medicalizado: as próprias gestantes e parturientes passam a solicitar o consumo da obstetrícia, o que, de certa maneira, faz com que continuem a ser exploradas. A transformação das mulheres grávidas e em trabalho de parto em sujeitos dependentes simboliza, de acordo com Illich, a dimensão mais nociva da medicalização, posto que anula a capacidade das mulheres de acreditar que podem tomar decisões sobre seus corpos.

A citação que Thomas Szaz faz do neuropatologista Karl Wernicke, que diz que o tratamento psiquiátrico começa com uma violência, posto que representa a completa anulação da liberdade do paciente⁴, pode ser transposta para a realidade atual da assistência obstétrica: o atendimento a gestantes e parturientes começa justamente com a violação de suas liberdades pessoais, com sua subjetividade e autonomia anuladas pelos três níveis da medicalização propostos por Conrad¹. As mulheres gestantes teriam retiradas de si sua condição autônoma, sendo colocadas como objetos passivos de cuidados heterônimos, onde a obstetrícia passa a ser considerada como a grande conhecedora e apropriadora de seus corpos, excluindo-as de si mesmas enquanto seres detentores de subjetividades, crenças, direito de decisão e escolha. Neste momento, privadas de si mesmas pelo domínio médico obstétrico, elas não disporiam mais de “saúde” como proposto por Canguilhem⁶, posto que não seriam consideradas capazes de lidar com seus próprios eventos de gestação e parturição. Passa a ser retirado destas mulheres aquilo que as torna pessoas únicas, detentoras de seu direito básico de liberdade: o exercício pleno da autonomia.

A autonomia representa o poder que todo indivíduo tem de apropriar-se de si e decidir por si e, juntamente com a liberdade, são condições fundamentais para que existam enquanto sujeitos de direitos¹⁸. A autonomia das mulheres é definida, pela Organização das Nações Unidas¹⁹, como o grau de liberdade que toda mulher tem para agir de acordo com suas próprias escolhas, e não em função das escolhas que terceiros fazem por elas. A noção de autonomia se opõe à de heteronomia especialmente porque esta última compreende o indivíduo em situação de alienação, da sociedade ou de si próprio²⁰. As mesmas autoras afirmam que situações de opressão, como a opressão de gênero, representam situações de heteronomia, e que a violência, definida como

privação e negação da liberdade, é gerada também pela interdição da autonomia das mulheres enquanto indivíduos sujeitos de sua própria existência. Para elas, a violência perfeita seria aquela em que a vontade e a ação das pessoas são ignoradas ou anuladas em função da vontade e da ação de dominadores, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja sequer reconhecida pelos dominados. Essa é a situação em que se encontram gestantes e parturientes submersas na cultura iatrogênica da medicalização do parto, muitas das quais sequer conseguem ainda apropriar-se da percepção de que estão sendo sujeitos heterônomos.

De acordo com Minayo²¹, eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, lutas pelo poder, vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. As manifestações da violência seriam, segundo a autora, aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, toleradas ou condenadas pela sociedade segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Nessa lógica, torna-se possível que costumes e práticas amplamente aceitos, legitimados e desejados pelas próprias mulheres, possam representar formas de violência, caso da assistência medicalizada ao parto que vemos hoje.

Desde as décadas de 80 e 90, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promover a discussão sobre a violência no parto no Brasil e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 90, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação acadêmica formal no país²²⁻²⁵. O movimento contra a violência obstétrica no Brasil é derivado das contribuições e críticas que diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto, sendo considerado como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, envolvendo diversos profissionais e instâncias da sociedade^{11,16,26}. Tal movimento se baseia no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos e em sua autonomia^{16,27}. A fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque neste contexto^{22,28}, uma vez que foi em função de sua atuação que as circunstâncias violentas da assistência ao parto no Brasil foram primeiramente denunciadas, sendo caracterizadas como pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava

a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes^{22,28}.

Em 2010, uma pesquisa nacional²⁵ mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. No mesmo ano, foi defendida a tese “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero”²³, em que puérperas entrevistadas identificaram as práticas consideradas por elas como violentas e relataram a percepção que tiveram sobre suas experiências de parto e nascimento. Embora estudos prévios sobre violência em instituições de saúde já existissem, os resultados dessas duas pesquisas contribuíram para que o tema passasse a ser mais discutido academicamente. De maneira complementar e decisiva, a violência durante a assistência ao parto e nascimento passou a ser melhor investigada, no Brasil, por pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto. Mencionar o movimento social é de crucial importância para a compreensão do tema. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos resultados acima mencionados, o movimento social de mulheres passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica” que, a partir de então, foi incorporada à produção científica nacional²⁸.

A Venezuela foi o primeiro país latinoamericano a adotar, em lei de 2007 a expressão ‘violência obstétrica’, como fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público^{28,29}. Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa por tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com consequente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher²⁹.

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, podem ser considerados como práticas violentas³⁰. Segundo Diniz e D'Oliveira³¹, muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como cachorros”, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos³⁰.

A ocorrência de práticas violentas na assistência medicalizada ao parto tem início ainda na gestação, quando, em função do nível interacional da medicalização como proposto por Conrad¹, a relação entre obstetra e gestante passa a ser construída mediante apropriação das decisões da mulher sobre seu próprio corpo, a qual é levada a cabo em função da visão da gestação como sendo um problema médico ou uma situação arriscada que precisa de monitoramento constante e que, portanto, torna o médico o conhecedor legítimo da condição. A partir de então, a mulher é tratada como sujeito heterônomo, incapaz de decidir por si, fragilizada emocionalmente pela sensação de que desconhece seu corpo e que um terceiro tem sobre ela total controle e poder. Assim, privada de sua autonomia e de sua liberdade, a assistência medicalizada à gestação e parto passa a retirar da mulher as condições fundamentais para que exista enquanto sujeito de direitos¹⁸. A gênese da violência obstétrica, portanto, além de baseada na questão de gênero, também estaria fundada na substituição da autonomia da mulher pela heteronomia promovida pela medicalização do parto, quando esta seria alienada de si própria e de sua condição de sujeito livre para tomar suas próprias decisões. Sendo a violência definida também como a privação e a negação da liberdade, compreende-se de que forma a interdição da autonomia das mulheres enquanto sujeitos de sua própria existência, ainda na gestação, contribui para a existência de práticas violentas. É uma forma de violência considerada sutil e subjetiva, uma vez que pode sequer ser reconhecida pelas gestantes e parturientes – consideradas como dominadas – e, assim invisibilizada e naturalizada, com condição de atuar de maneira ainda mais contundente. A substituição da

autonomia da mulher pela decisão do profissional médico acaba por se caracterizar como um conflito de autoridade, uma luta pelo poder e uma vontade de domínio, exatamente como Minayo²¹ define os eventos violentos.

A violência obstétrica ainda se encontra oculta pela própria invisibilidade da violência institucional, aquela que é vista no interior de instituições onde relação de saber-poder é estabelecida, e acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, o que dificulta ainda mais o reconhecimento da heteronomia por parte das gestantes e puérperas^{22,24,25}. Sua invisibilidade acontece em função de diferentes fatores, como a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, a aceitação e banalização de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias e a dificuldade que as gestantes, parturientes e puérperas têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que as atenderam, uma vez que tendem a se sentir agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que compensaria, para elas, qualquer mau tratamento recebido durante a assistência^{16,24}.

É o processo de medicalização da gestação e do parto que fundamenta e fortalece a industrialização do nascimento. Atualmente, o agendamento de cesarianas, que por si só representa um forte processo de iatrogênese clínica, acontece como uma linha de produção de nascimentos, com instituições ostentando taxas entre 70 e 100% de nascimentos cirúrgicos^{11,32}. Inicialmente utilizada também para reduzir as taxas de mortalidade materna, o nascimento cirúrgico no Brasil já ultrapassou em muito, e há muito, a taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que é de até 15%. A despeito do aumento das taxas de cesariana, que ultrapassam os 50%, a mortalidade materna no Brasil não vem sendo alterada, tendo se mantido constante nos últimos vinte anos e muito superior à de países desenvolvidos^{11,33}, sendo necessária, portanto, a reflexão sobre os possíveis motivos de sua estabilização.

A ausência do cuidado com a parturiente enquanto sujeito abre espaço, segundo Aguiar e D'Oliveira²⁴, para condutas violentas, de anulação ou impedimento da fala e ação do outro. Diferentes estudos, acessando a percepção de mulheres sobre suas experiências de parto, afirmam que a avaliação negativa da experiência está comumente associada a fatores como o sofrimento relacionado à dor do parto, a má atenção da equipe, parto demorado e/ou difícil, complicações do bebê, baixa qualidade da relação entre parturiente e a equipe, ausência de envolvimento nas tomadas de decisões, ausência de acompanhante,

grande número de intervenções médicas, entre outros fatores^{10,16,23,24,31,34,35}.

A medicalização do parto legitima que muitos procedimentos conhecidos por serem prejudiciais, ineficazes e os quais deveriam ser eliminados da assistência obstétrica rotineira contribuam para que as mulheres tenham piores experiências de parto. É o caso da realização do enema, da tricotomia, de infusões intravenosas, da posição horizontal durante o trabalho de parto e o parto, da administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, da realização da manobra de Kristeller, entre outras práticas que continuam a ser realizadas como rotina no interior das maternidades, embora não façam parte das boas recomendações à atenção obstétrica³¹. O emprego destas práticas, de reconhecida ineficácia, não suportadas pelas mais recentes evidências científicas, são bastante difundidas dentro da cultura medicalizada de assistência ao parto. São percebidas como parte da racionalidade médica obstétrica e reproduzem a cultura de depreciação do corpo, autonomia e autodeterminação femininos^{36,37}.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exclusão histórica do saber e prática das parteiras, representada pela apropriação do corpo grávido da mulher pela medicina e legitimada pela ciência, pressupõe a tutela masculina sobre as vivências, subjetividades e valores das mulheres, o que se mostra como uma violência de gênero. Esta contradição impede o enfoque dialético nas relações estabelecidas, subordinando as mulheres gestantes e parturientes e imprimindo assimetria e enfoque paternalista a uma relação onde as mulheres, que são privadas de sua liberdade de decisão e autonomia, passam a ser vulnerabilizadas e sujeitas a mecanismos de repressão, controle e violência²⁰.

Com o estabelecimento do processo de medicalização social, as populações foram culturalmente transformadas, tendo sua capacidade de enfrentamento autônomo de condições relacionadas à saúde diminuída³⁸. E isto pode ser especialmente observado na redução da autonomia das mulheres pelo processo de medicalização do parto, com um consumo contraprodutivo de serviços obstétricos que gerou dependência excessiva das próprias mulheres. O conhecimento científico, as intervenções tecnológicas e as respostas médicas sobre os eventos da gestação e do parto passaram a ser vistos como inquestionáveis, melhores, mais eficientes e como soluções legítimas, desconsiderando que a história da ciência, da medicina e da tecnologia também é uma

história de controle das populações, neste caso, de controle especificamente das mulheres¹⁵.

As legislações atualmente em vigor consideram que é o tratamento desumanizado e a cascata de intervenções que promovem a perda de autonomia da mulher que gesta e dá à luz^{25,29}. No entanto, analisando do ponto de vista da história da apropriação do parto pela medicina e do processo de medicalização do corpo da mulher, especialmente sua gestação e parto, é possível considerar que a perda da autonomia é anterior. É o processo de medicalização, aliada à questão de gênero, anteriores ao evento de gestar e parir, que colocam a mulher no papel de um sujeito dependente de cuidados heterônomos e, portanto, incapaz de exercer sua autonomia e decidir por si. Daí para a ocorrência de tratamento desumanizado e intervenções em cascata é consequência.

Para uma parte do movimento pela humanização do parto, a devolução do controle e da autoridade das mulheres sobre seus próprios partos só poderia ser obtida por meio de um parto considerado como “holístico”¹⁵. No entanto, neste ponto, são necessárias duas ponderações fundamentais. O primeiro diz respeito à necessidade de um recorte de classe e de raça. Num país como o Brasil, com reconhecida desigualdade socioeconômica, postular que a devolução da autonomia das mulheres sobre seus partos somente poderia acontecer em um contexto “holístico” significaria dizer que a autonomia só seria devolvida a uma pequena parte de mulheres, especialmente as das classes média e alta. Uma experiência “holística” de parto não pode ser obtida no contexto hospitalar brasileiro, onde maternidades se enquadram no modelo tecnocrático de assistência^{39,40}. Assim, ela somente poderia ser vivenciada na assistência obstétrica não hospitalar, ou ainda em casas de parto. No entanto, tal modelo de assistência não se apresenta como economicamente viável e é inacessível para a grande maioria das mulheres brasileiras, tanto em função de seu custo relativamente alto, quanto da dificuldade de acesso à informação sobre tal modelo de assistência. Portanto, acreditar que a recuperação da autonomia só seria possível em um modelo “holístico” de parto significa excluir do processo as mulheres de classes economicamente menos favorecidas, as mulheres negras e pardas, e as mulheres com escolaridade mais baixa, o que feriria o princípio da equidade em saúde^{41,42}.

O segundo ponto diz respeito ao que se considera como modelo “holístico” de parto, contraposto à noção de parto medicalizado. Este modelo não é observado na realidade da assistência obstétrica institucional no Brasil, como já mencionado, o que obriga as mulheres

que o desejam – geralmente mulheres de classe média – a buscar uma assistência não institucionalizada representada por profissionais tais como parteiras urbanas, obstetizes, enfermeiras obstetras e doulas. Essas mulheres, por disporem de acesso a informação, reconhecem a dificuldade de ser atendida com protocolos não abusivos em maternidades e, ao terem acesso ao atendimento humanista e acolhedor destas profissionais, tendem a desenvolver com elas estreitos laços de afeto, gratidão e respeito, chegando a uma espécie de idolatria e, depois, de dependência.

No entanto, a ruptura com o modelo institucionalizado e hospitalar de parto não representa, por si só, a ruptura com o processo de medicalização e, portanto, com o processo de anulação da autonomia da mulher. E isso porque, como proposto por Szaz⁴, o processo de medicalização social faz com que as pessoas, primeiro, idolatrem especialistas para, depois, tornarem-se dependentes deles. Assim, é preciso parcimônia na defesa do parto “holístico” como sendo um substituto ao parto medicalizado, pois muitas vezes o que se observa é uma transferência de tutela e, novamente, anulação da autonomia e sua substituição pela heteronomia. Quando se exige para si o reconhecimento de uma supremacia em um saber até então médico, de uma certa forma também se reforça a medicalização, o “pensar em termos médicos”. O que mostra que a recuperação da autonomia ainda não aconteceu. Ainda se está operando na lógica da heteronomia. Ainda não se está respeitando liberdades e direitos sobre os próprios corpos. Mulheres ainda terão seus corpos e autonomias apropriados por terceiros. Assim, é necessária não apenas uma simplória substituição de profissionais ou redução de tecnologias e intervenções, mas o rompimento com a lógica medicalizante que nos domina e nos faz solicitar, como consumidores, a compra e venda de serviços medicalizantes.

O enfrentamento a uma assistência que anula autonomias e subjetividades e que, assim, abre portas para a ocorrência de práticas violentas deve envolver as dimensões culturais e conceituais da medicalização, representada pela rejeição ao uso banalizado do vocabulário médico obstétrico, pela não adoção de práticas obsoletas e, especialmente, pela problematização do fetiche do consumo de tal assistência enquanto produto. Mais coerente seria a busca, preconizada por parte do movimento em prol da humanização do parto, pela efetivação de medidas consideradas humanizadoras que visam desestimular o parto medicalizado – tal como incentivar práticas e intervenções no trabalho de parto consideradas mais adequadas à

fisiologia do parto e, portanto, menos agressivas e mais naturais⁴³, o estabelecimento de políticas públicas que favoreçam a construção de um modelo obstétrico baseado na criação de centros de partos normais, casas de parto e que ofereça assistência ao parto domiciliar para gestações de baixo risco, entre outras ações que já estão sendo discutidas mas que encontram resistência no corporativismo médico. É necessária uma recuperação de autonomia que passe pela inclusão da garantia de seus direitos na agenda de políticas públicas e no fortalecimento de movimentos sociais, e não apenas baseado num suposto empoderamento que passaria pelo resgate de “saberes e poderes femininos”, como reivindica parte do movimento pela humanização do parto, posto que tais conceitos se baseiam numa compreensão biologizante de mulher⁴³, desconsiderando seu papel enquanto sujeito político.

Por fim, é necessária, também, uma ponderação a respeito da noção de autonomia absoluta e relativa. Para Guedes e colaboradoras²⁰, seria impossível falar de autonomia absoluta, uma vez que não se pode anular forças determinantes e o fato de que espaços realmente livres são privilégios. Mas reforçam a necessidade de se resgatar e restaurar uma certa autonomia, a fim de se evitar processos destrutivos também determinados pela alienação do sujeito. Leão e colaboradoras³³ também afirmam que, considerando a realidade da vida em sociedade, o exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas e outras. Reforçam que as relações de autonomia/dependência estão presentes durante toda a vida, seja de maneira individual ou coletiva. Assim, para elas, a ideia de autonomia dependente ou relativa seria mais apropriada que a de autonomia absoluta. Isto faz com que seja ainda mais necessária a aproximação dos profissionais de saúde com as redes de autonomia/dependência das pessoas e a superação da relação autoritária entre profissional e usuária. Ou seja, defender a autonomia seria reconhecer que a voz ativa é a própria usuária e que ela tem necessidades, valores, expectativas e desejos, que precisam ser considerados³³.

REFERÊNCIAS

1. CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Ann. Rev. Sociology**, v. 18, pp. 209-232, 1992.
2. ZOLA, I.K. Medicine as an institutional of social control. **The Sociological Review**. v. 20, n. 4, pp. 487-504, 1972.
3. ILLICH, I. **A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.

4. SZASZ, T. **The Medicalization of Everyday. Selected Essays.** Syracuse NY: Syracuse University Press, 2007.
5. GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, pp. 21-34, 2012.
6. CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
7. COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, pp. 13-36, 1999.
8. CAHILL, H.A. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. **J. Adv. Nursing**, v.33, n.3, pp. 334-342, 2001.
9. VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
10. FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, v.2, n.XX, pp. 203-217, 2002.
11. RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.1, pp. 595-602, 2009.
12. LUZ, L.H.; GICO, V.V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.23, n.3, pp.475-484, 2015.
13. REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M.S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicologia em Estudo**, v.16, n.3, pp.419-428, 2011.
14. OAKLEY, A. **Women confined: Towards a Sociology of Childbirth.** Oxford: Martin Robertson, 1980.
15. BRUBAKER, S.J.; DILLAWAY, H.E.A Medicalization, natural childbirth and birthing. **Sociology Compass**, v.3, n.1, pp.31-48, 2009.
16. DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v.20, s.1, pp. S52-S62, 2004.
17. DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v.75, n.1, pp.S5-S23, 2001.
18. LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia.** 3a ed. São Paulo: Martin Fontes; 1999.
19. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). **Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y Caribe.** Santiago de Chile; 2005.

20. GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.45, n.2, pp.1731-1735, 2011.
21. MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
22. TORNQUIST, C.S. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 412 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
23. AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 204f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
24. AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.15, n.36, pp.79-91, 2011.
25. VENTURI JR., G.; AGUIAR, J.M.; HOTIMSKY, S.N. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010**. Em: VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Belo Horizonte, 2011.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
27. DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, pp.627-637, 2005.
28. DINIZ, C.S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.; NIY, D.Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, pp.377-376, 2015.
29. D'GREGORIO, R.P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.111, pp.201-202, 2010.
30. D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v.359, n.9318, pp.1681-1685, 2002.

31. DINIZ, S.G.; D'OLIVEIRA, A.F. Gender violence and reproductive health. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.63, s.1, pp.S33-S42, 1998.
32. RATTNER, D. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
33. LEÃO, M.R.C.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, pp.2395-2400, 2013.
34. WALDENSTRÖM, U.; HILDINGSSON, I.; RUBERTSSON, C.; RADESTAD, I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. **Birth**, v.31, pp.17-27, 2004.
35. BRÜGGEMANN, O.M.; OLIVEIRA, M.E.; MARTINS, H.E.L.; ALVES, M.C.; GAYESKI, M.E. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery [online]**, v.17, n.3, pp.432-438, 2013.
36. D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v.359, n.9318, pp.1681-1685, 2002.
37. USAID. **Promoting Evidence and Action for Respectful Care at Birth**. United States Agency International Development, Washington. Disponível em: <https://www.usaid.gov/cgi-bin/goodbye?http://www.hrcdproject.org/PDFs/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>. Acesso em 27 agosto 2012.
38. TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.18, n.18, pp.61-76, 2006.
39. DAVIS-FLOYD, R.E. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.
40. KITZINGER, S. Birth as rape: there must be an end to 'just in case' obstetrics. **British Journal of Midwifery**, v.14, n.9, pp. 544, 2006.
41. LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, pp.100-107, 2005.
42. d'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O.M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A.; ANGULO-TESTA, A.; RATTNER, D.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v.30, s.1, pp.S-154-S-168, 2014.

43. TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estudos Feministas**, v.2, pp.483-492 2002.
de Santa Catarina, Brasil. *Esc. Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.3, pp.432-438

APÊNDICE 7 – Artigo 3 – A ser submetido à publicação

“Anulada e sem voz, como num campo de concentração” – A violência obstétrica no pré-natal, parto e pós parto imediato segundo mulheres que a viveram

Ligia Moreiras Sena, Charles Dalcanale Tesser

INTRODUÇÃO

Em 2010, uma pesquisa nacional¹ mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais, nas redes pública e privada, relataram terem sofrido maus tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. Mostraram que a violência está frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil^{1,2}.

De maneira complementar e decisiva, a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento passou a ser melhor investigada, no Brasil, por pressão direta do movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto. Mencionar o movimento social é de crucial importância para a compreensão do tema. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos resultados acima mencionados, o movimento social de mulheres, e especificamente o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional atual³.

A Venezuela foi o primeiro país latinoamericano a adotar, em lei de 2007, a expressão ‘violência obstétrica’, como fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público³. Após isso, o termo “obstetric violence” foi empregado em editorial especial do International Journal of Gynecology and Obstetrics^{1,4}. Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa

por tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com conseqüente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher^{3,4}.

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e violência física, até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, podem ser considerados como práticas violentas⁵.

Segundo Diniz e D'Oliveira⁶, muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como cachorros”, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos⁵.

Embora relatos de percepção negativa da experiência de parto, relacionada à presença de maus tratos ou tratamentos desrespeitosos, já estejam presentes em estudos há alguns anos^{5,7,8}, acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, muitas vezes inviabilizado pela invisibilidade da violência institucional^{1,9,10}.

Nos últimos 5 anos, alguns eventos tornaram possível em escala inédita no Brasil uma maior discussão, problematização e participação política das mulheres na agenda de saúde sobre seus direitos reprodutivos: as manifestações e ações coletivas organizadas e mediadas pela internet, especialmente via redes sociais. A ampla divulgação, pela mídia tradicional, dos resultados sobre violência obstétrica produzidos pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo¹ promoveu nos grupos de mulheres, especialmente de mulheres mães, conectadas e organizadas via redes sociais, a motivação necessária para falar sobre o assunto, discuti-lo e incentivar a inserção do tema na agenda nacional de saúde.

Utilizar a internet como ferramenta para promover a conscientização, discussão e quebra da invisibilidade da violência obstétrica se faz estratégico em função dos benefícios que a participação em ações via internet pode trazer às mulheres que a viveram. Beck¹¹, em estudo sobre o parto traumático, apontou os benefícios, para a mulher, de participar de ações mediadas pela internet, tais como: ser ouvida e reconhecida em sua dor; diminuir o sentimento de solidão; utilizar a

rememoração dos eventos traumáticos que viveu como elaboração mental e emocional do vivido; empoderamento, por sentir que alguém “lhe deu voz”; além de se sentir contribuindo para que outras mulheres não vivam o que ela mesma viveu.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo descrever e analisar a experiência de violência obstétrica em maternidades brasileiras a partir de relatos de mulheres entrevistadas via internet, bem como identificar quais foram as práticas consideradas por elas como violentas/desrespeitosas.

MÉTODOS

Esta foi uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa, que utilizou a internet para alcançar mulheres que viveram experiências violentas na assistência ao parto no Brasil. Mulheres que demonstraram, espontaneamente, interesse em participar desta pesquisa foram entrevistadas com o auxílio de um questionário composto por perguntas fechadas, para sua caracterização sociodemográfica, e questões semi-estruturadas, para acessar sua percepção a respeito de possíveis eventos de violência que viveram durante a assistência ao parto em maternidades brasileiras.

Em 25 de novembro de 2011, Dia Internacional do Combate a Todas as Formas de Violência Contra a Mulher, o convite à participação na pesquisa foi publicado simultaneamente em dezenas de sites, blogs e páginas em redes sociais brasileiras ligadas à defesa dos direitos das mulheres e à maternidade. O convite foi elaborado com o auxílio da ferramenta Formulários do Google, contendo uma breve apresentação da pesquisa, um campo para preenchimento do nome da mulher que manifestava seu desejo de ser entrevistada e um campo para preenchimento de seu e-mail, o qual foi posteriormente utilizado como forma de contato. O formulário de interesse contendo o convite à participação permaneceu aberto, nos sites que o divulgaram, para novas inscrições de sua data de lançamento até junho de 2014, portanto durante 2 anos e 7 meses.

Foram, no total, 1.043 inscrições individuais de mulheres que desejavam ser entrevistadas em função da violência que viveram no nascimento de seus filhos. Na fase da coleta de dados, a cada inscrita foi enviado um e-mail contendo uma pequena apresentação e agradecimento pelo interesse, orientações para o preenchimento, os contatos pessoais dos pesquisadores e, em anexo, dois arquivos: um contendo o questionário de entrevista e um contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dentre as 1.043 manifestações de interesse em participar da pesquisa, 831 endereços de e-mail foram considerados válidos, com uma perda de 212 interessadas. Isso ocorreu tanto devido ao preenchimento errado do endereço pela própria interessada quanto ao abandono do uso do e-mail inscrito pelas usuárias, ou também pela possibilidade do e-mail enviado ter sido interpretado pelo servidor como lixo eletrônico, impedindo seu recebimento. Dentre os 831 e-mails enviados, apenas 234 respostas foram recebidas. Foi, então, realizada a triagem do material recebido, de acordo com os critérios de inclusão, os quais foram: ser maior de 18 anos; referir-se a um parto/nascimento acontecido nos últimos 15 anos; dentro de maternidades brasileiras; ter preenchido ao mínimo 80% do questionário; ter enviado o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preenchido e assinado; ter a veracidade de sua identidade confirmada por meio de busca pelo perfil pessoal na internet ou outras informações públicas disponíveis; ter se identificado com nome completo e demais dados pessoais.

Das 234 respostas recebidas ao e-mail de contato, não foram incluídas as seguintes, em função dos motivos descritos abaixo: 11 respostas de menores de 18 anos; 48 relatos de parto/nascimento ocorridos há mais de 15 anos; 19 relatos de parto/nascimento ocorridos em instituições fora do país; 35 questionários preenchidos parcialmente e/ou sem relato de parto/nascimento; 41 questionários enviados sem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 36 questionários enviados sem identificação pessoal; 14 questionários cuja identidade pessoal não pode ser verificada. Assim, levando em conta tais fatores de inclusão, foram considerados para análise 30 questionários de entrevista.

Os dados sociodemográficos e de caracterização do parto/nascimento, obtidos com o auxílio do questionário de entrevista, foram tratados por meio de estatística descritiva. Para a análise dos relatos de parto e das respostas às questões, foi utilizada a análise de conteúdo qualitativa, de acordo com o proposto por Bardin¹², a fim de evidenciar os eventos de violência obstétrica vividos pelas entrevistadas e as demais questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos, caracterização das entrevistadas e caracterização geral dos nascimentos relatados

A idade média das entrevistadas no momento dos nascimentos relatados foi de 29,4 anos, com idade mínima de 19 e máxima de 38 anos. Com relação à escolaridade, 60% das entrevistadas possuem pós-

graduação incompleta, seguido por ensino superior completo (30%), uma entrevistada com ensino superior incompleto, uma com ensino médio completo e uma com pós-graduação completa. Do total de entrevistadas, 80% delas se autodeclararam brancas, 10% pardas, 6,7% negras e apenas 3,3% de origem asiática. Os nascimentos relatados aconteceram, em sua maioria, dentro de maternidades brasileiras privadas (83,3%), com apenas 16,7% acontecidos no interior de maternidades públicas. Apenas 30% das entrevistadas puderam ter seu acompanhante durante todo o processo de nascimento, sem necessidade de pagamento de taxa para isso. O restante ou foi impedida de ter acompanhante ou precisaram pagar para tê-lo, ainda que só fosse permitida sua presença em alguns momentos. Sobre a via de nascimento, 53,3% dos nascimentos relatados aconteceram por meio de cirurgias cesarianas, enquanto 46,7% aconteceram por via vaginal. Em 86,7% dos nascimentos relatados, as mães foram impedidas de terem contato com seus bebês imediatamente após o nascimento. Com relação ao incentivo à amamentação no pós-parto imediato, apenas 33,3% das mulheres foram incentivadas a amamentar seus filhos logo após o nascimento.

Identificação de situações de maus tratos, desrespeitos e violência pelas entrevistadas

Para a pergunta “*Você se sentiu desrespeitada por qual profissional?*”, 83,3% das entrevistadas referiram terem sido desrespeitadas pelo(a) médico(a) obstetra. 50% afirmaram que foram desrespeitadas pela(o) enfermeira(o), mesma porcentagem que afirmou terem sido desrespeitadas pela(o) auxiliar de enfermagem. 30% das entrevistadas afirmam que foram desrespeitadas pelo(a) anestesista. 13,3%, referiram desrespeitos a partir de pediatras. 10% afirmaram terem sido desrespeitadas pela consultora de amamentação. 6,7% se sentiram desrespeitadas pela recepcionista da instituição. E 3,3% afirmaram que foram desrespeitadas pela doula, mesma proporção para “Outros” (a qual referiu ter sido desrespeitada pela direção do hospital).

Análise dos relatos de violência obstétrica por categorias temáticas

Utilizando o método de análise do conteúdo, foi possível identificar nos relatos, de acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, as seguintes categorias temáticas de análise: Pré-natal; Presença do acompanhante; Abandono emocional; Violência verbal; Separação mãe-bebê; Pós-parto/Pós-operatório; Procedimentos realizados sem consulta à mulher e/ou sem anuência; Procedimentos

usados como violência; Anestesia como forma de controle, retaliação ou silenciamento.

- *Pré-natal*

A partir da análise dos relatos recebidos, foi possível observar que as mulheres entrevistadas perceberam atos de desrespeitos e violências desde o pré-natal, partindo do profissional que escolheram para acompanhar sua gestação. Uma maneira “fria” no tratamento interpessoal foi um elemento recorrentemente citado, que muitas vezes atuou no sentido de enfraquecer a confiança das mulheres em seu próprio corpo e no processo saudável de gestar e parir, atuando como um diminuidor de autoconfiança e de descrédito. Os tratamentos grosseiros e agressivos durante o pré-natal foram interpretados como uma forma de violência, uma violência sutil que atuava no sentido de desanimar a mulher e colocá-la como sujeito passivo das decisões sobre o nascimento de seu filho.

Muitas das entrevistadas mencionaram que o tratamento grosseiro, ríspido ou até mesmo “arisco”, proveniente dos profissionais que as atenderam no pré-natal, tendia a aparecer ou a aumentar de intensidade conforme elas buscavam se informar sobre os procedimentos ou questões que as angustiavam, fazendo perguntas que eram interpretadas como “invasão” ou “apropriação” do conhecimento médico. Esse comportamento agressivo de recusa em explicar quais eram os procedimentos e como tudo aconteceria, essa recusa em dedicar-se a acalmar as angústias naturais da mulher que está gestando, geralmente não se manifesta nas primeiras consultas, mas somente a partir de um estágio avançado do acompanhamento. A acolhida emocional, ainda que superficial, das primeiras consultas, tende a dar lugar a um tratamento frio e até mesmo grosseiro conforme o nascimento se aproxima, ou de acordo com os questionamentos feitos pelas gestantes.

Os relatos mostram que a manifestação do desejo de ter um parto normal, por si só, já representa um fator desencadeante de comportamentos agressivos por parte dos obstetras durante a assistência pré-natal. A repulsa pelo atendimento ao parto normal, interpretado pelas mulheres como uma forma de desrespeito à sua autonomia de escolher como trazer seu filho ao mundo e do que fazer com seu próprio corpo, por vezes acontecia de maneira direta e sem rodeios. Este tipo de reação de repulsa à assistência ao parto normal, quando manifesta de maneira direta e sem floreios, ainda que recebida como uma forma de agressão e desrespeito por sua escolha, por vezes foi interpretada pelas mulheres como uma forma mais “honestá”, posto que não as ludibriaria

e abria possibilidade para a busca de outro profissional, mais afim aos seus anseios. Para muitas mulheres, nem sempre a busca por outro profissional atua no sentido de minimizar sua frustração ou angústia pelo desrespeito do profissional anterior à sua decisão e autonomia. Pelo contrário. Muitas vezes, a busca incessante por profissionais que possam, ao menos, respeitar suas escolhas, se torna ainda mais frustrante e angustiante.

A recusa por parte do profissional, ainda no pré-natal, em prestar assistência ao parto normal nem sempre acontece de maneira explícita. O processo de inicialmente mostrar-se disponível para, somente com a proximidade do nascimento, mostrar-se contrário à decisão da mulher, foi interpretado como manipulação, enganação e subjugação pelas mulheres, que se sentiram fragilizadas e sem saber o que fazer, posto que haviam depositado confiança em alguém que, às vésperas do desfecho esperado, mostrou-se em conflito com seus próprios interesses. Muitas delas disseram terem sido “apanhadas de surpresa” quando o profissional, após meses dizendo que tudo bem prestar assistência ao parto normal, passava a mudar de discurso com a proximidade do nascimento, ou a inserir elementos medicalizantes antes inexistentes, como um súbito aumento de pressão arterial, para forçar uma decisão heterônoma, contrária à sua própria decisão. Esse comportamento foi repetidas vezes interpretado por elas como “manipulação”, ou “ser tratada como criança”, ou “ser infantilizada” pela condição de estar gestante e, supostamente, não poder decidir adequadamente.

Conforme o final da gestação ia se aproximando, o comportamento do obstetra de acelerar o processo até então visto como natural foi percebido e relatado por muitas das entrevistadas. Sugestões de indução do parto, processos artificiais de aceleração do início do trabalho de parto, repetição desnecessária de medição da pressão arterial, recusa a mostrar os resultados de exames feitos, comportamento de apavorar a gestante, foram algumas das estratégias mencionadas pelas entrevistadas, utilizadas pelos obstetras para acelerar o processo de nascimento de seus filhos, as quais foram consideradas desrespeitosas e violentas não apenas com elas enquanto mulheres assistidas por profissionais, mas também com todo o processo de gestação até aquele momento.

Quando eu estava com 38 semanas, o médico começou a falar em indução. Eu dizia que não queria. Com 39 semanas, ele falou novamente. (...) Ele me atendeu e fez o toque

mais dolorido que eu havia recebido na minha vida inteira. Doeu muito. Sangrou. Hoje sei que ele provavelmente fez um descolamento de membranas naquela hora, sem a minha permissão (CÁSSIA).

O comportamento de constranger ou ironizar as mulheres em função de suas escolhas, seja pela via vaginal de parto, seja por quererem ser tratadas e a seus partos de maneiras menos hegemônicas, partia tanto de obstetras quanto de outros profissionais acessados durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com as entrevistadas.

A manifestação de repulsa pela via de parto escolhida pela mulher e/ou de recusa em prestar assistência foi, muitas vezes, percebida como uma quebra de confiança na relação profissional-gestante. E isso é especialmente verdadeiro quando as mulheres decidem fazer o acompanhamento pré-natal com os médicos que as acompanhavam na condição de ginecologistas antes de estarem grávidas. Essa relação de anos trazia consigo um elemento de confiança, intimidade e credibilidade que as tranquilizava. No entanto, os relatos mostram que esse relacionamento acolhedor entre profissional e mulher é frequentemente rompido assim que a gestante manifesta seu desejo de ter um parto normal. Muitas afirmam que, depois da forma como foram tratadas ao dizerem ao ginecologista que as acompanhava por anos que queriam um parto normal, preferiam ter que procurar outro profissional a manter uma relação marcada pela quebra de confiança.

- **Presença do Acompanhante**

A recusa ou proibição de ter um acompanhante durante seu trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato, a qual partia tanto de normas ou regras das próprias instituições quanto de decisões particulares de alguns médicos, ainda que as instituições onde estavam inseridos permitissem a presença do acompanhante, também foi interpretada por muitas das entrevistadas como formas de violência, uma vez que as vulnerabilizava, desprotegia e expunha a um tratamento desumano sem que ninguém pudesse interceder por elas, como muitas mencionaram. A proibição de terem acompanhante, a despeito da lei federal número 11.108, se dava pelos mais diferentes motivos, desde a tentativa de garantir privacidade a outras mulheres – ainda que outras mulheres não estivessem no recinto no momento -, quanto por uma suposta incapacidade da instituição de acolher o acompanhante,

passando por recusa sem qualquer tipo de justificativa ou porque “o médico não quer e não gosta de trabalhar com outras pessoas por perto”.

Para muitas das mulheres, a proibição de que tivessem um acompanhante, além de representar uma violência contra elas, também as predispunha a um estado emocional mais fragilizado e a um medo muito maior do que poderia acontecer com elas, especialmente em experiências de nascimento que já estavam sendo violentas desde o início e que, portanto, poderiam ser melhoradas mediante a presença de seus acompanhantes.

• **Abandono Emocional**

De todas as formas de violência mencionadas como tais pelas mulheres entrevistadas, terem sido “abandonadas” emocionalmente talvez tenha sido a mais presente. Essa violência sutil e subjetiva acontecia, de acordo com os relatos recebidos, das mais diferentes maneiras, pelos mais diversos comportamentos da equipe de saúde e em todos os momentos da assistência, desde o trabalho de parto ou entrada na instituição até sua saída. O medo intrínseco de uma situação de vulnerabilidade como é o nascimento de um filho, por si só não representou desamparo emocional a essas mulheres. O que, isso sim, representou abandono foi a falta de acolhimento, orientação, esclarecimentos, amparo ou, pelo menos, escuta proveniente da equipe de saúde. Ter se sentido ignorada, não ouvida, como se não estivesse ali ou não fosse alguém relevante foi um sentimento presente e citado por grande parte das entrevistadas. Uma forma de anulação mencionada repetidas vezes, como se não fossem dignas de receberem tal acolhimento num momento tão importante e delicado. Sentimentos de estarem presas, encarceradas, a menção repetida à expressão “como num campo de concentração” evidencia o sentimento de total abandono a que foram relegadas pelas equipes de saúde.

Na sala de pré-parto, nunca me senti tão sozinha na vida, me senti encarcerada, como num campo de concentração, sem poder sequer falar com meu marido e minha mãe, presa numa cama sem poder sair dali. Isto naquele momento tão especial, da chegada da minha primeira filha (ANA).

Não saber o que estava acontecendo, por terem seus questionamentos ignorados pelos profissionais, trouxe a grande parte

das mulheres uma sensação de não serem importantes e estarem completamente anuladas. Além de não serem orientadas a respeito de procedimentos ou do processo em si, a presença de ameaças mostrou-se como uma constante, o que causava ainda maior sensação de abandono emocional e falta de amparo. Muitas delas mencionaram terem se sentido “um nada”, uma coisa, um objeto sem valor, alguém sem importância alguma, e manifestaram estranhamento ao fato de que pessoas, antes mesmo de serem profissionais, não se importassem com o sofrimento ou angústia de alguém.

A despersonalização que sentiram também se caracterizou como uma violência em forma de abandono, de desproteção. EVA, por exemplo, citou o fato de ser míope, de ter falado isso para a equipe e, ainda assim, não ter podido ficar com seus óculos, o que a vulnerabilizou de maneira ainda maior:

Eu me senti exposta com a situação da maca, indefesa e desprotegida. Sou bastante míope e o fato de estar sem óculos me angustia, porque não enxergo quase nada e tudo perde detalhes. Mal vi minha filha ao nascer por causa disso.

Muitas delas creditam essa sensação de abandono emocional a um despreparo dos profissionais para lidar com pessoas, como se para eles o importante fosse seguir um plano ou um método à risca, e não lidar com seres humanos. Era como se eles estivessem ali não para atender pessoas, mulheres, mas para seguir protocolos. Muitas vezes, notavam um padrão vazio de respostas às suas demandas ou questionamentos e sentiam que era, apenas, porque os profissionais de fato não sabiam como agir perante uma mulher em trabalho de parto. A vulnerabilidade causada pelo abandono emocional de não ter seus questionamentos e angústias respaldados ou acolhidos, muitas vezes levou a um aumento da sensação de medo que, em pelo menos quatro relatos, levou as mulheres a abandonarem a ideia e o desejo de viver partos normais e a aceitar a sugestão de cesariana.

A sensação de abandono emocional também levou grande parte das mulheres a se resignar e a aceitar qualquer tipo de tratamento, por pior que fosse. Era como se uma incapacidade de reagir existisse, fruto do sentimento de não terem amparo, apoio ou qualquer forma de escuta. O sentimento de ser invisível, de solidão, de desproteção também se mostrou como uma constante e creditado ao fato de não serem bem

acolhidas ou escutadas. A sensação de abandono e de anulação, de completa inexistência, mostrou-se ainda mais frequente entre aquelas que viveram experiências de cesarianas e, justamente, no momento da cirurgia. Muitas afirmam se sentirem apenas pedaços de carne sobre os quais alguma coisa era feita. Perguntavam e não recebiam resposta. Ouviam comentários sobre outros assuntos banais, como se não estivessem ali. Ouviam deboches ou ironias com seus próprios corpos.

- **Violência Verbal**

Xingamentos, ofensas, ironias, ridicularizações, ameaças: todas essas formas de violência verbal foram mencionadas em praticamente todos os relatos recebidos. Destinados às mulheres ou a seus filhos, a violência verbal aparecia especialmente em situações em que a mulher questionava procedimentos ou condutas profissionais. Em função disso, algumas das entrevistadas, inclusive, utilizaram a expressão “carcereira” para se referir ao comportamento tanto de auxiliares de enfermagem quanto de médicos, em função da forma grosseira com que foram tratadas. Nestes casos, em especial, a violência verbal aparecia como ameaça de não atendimento. A recusa por parte das mulheres a procedimentos considerados de praxe, como a raspagem de pelos, por exemplo, mostrou produzir com frequência reações de ironia por parte da equipe da assistência.

Ordens em tom incisivo, muitas vezes gritando, também se mostraram bastante frequentes nos relatos das entrevistadas. Geralmente, aconteciam quando as mulheres faziam algo ou diziam algo que ia no sentido contrário do que assim desejava o profissional. Muitas das entrevistadas mencionaram as inúmeras reclamações que tiveram que ouvir dos profissionais. Seja porque estavam dormindo e precisaram acordar para atendê-las, ou em função de características de seus próprios corpos que acreditavam prejudicá-los em seus trabalhos, seja porque estavam aborrecidos com outras situações. As reclamações eram ditas em tom de deboche ou ironia, aumentando ainda mais a sensação de vulnerabilidade das mulheres e o medo do que poderia acontecer sendo atendidas por pessoas em grande estado de irritação.

Uma forma de violência verbal frequentemente mencionada pelas entrevistadas diz respeito aos inúmeros episódios de ameaça por parte de diferentes profissionais da assistência. Em especial, ameaças que partiam de médicos, que ameaçavam as mulheres de não atendê-las e abandoná-las à própria sorte caso não concordassem em fazer alguma coisa que sugeriam, ou ainda, que ameaçavam fazer algo que pudesse contê-las de maneira cruel.

A recusa em fazer algo recomendado pelos profissionais, especialmente os médicos, geralmente gerava comentários agressivos no sentido de estabelecer uma hierarquia de poder e conhecimento médico. Interpretada como uma afronta ou apropriação, as respostas a essas recusas geralmente vinham no sentido de “colocar as mulheres em seus lugares” e reforçar a suposta supremacia do conhecimento técnico que o profissional acreditava ter.

Agressões verbais em tom de deboche ou comentários maldosos não se restringiram apenas ao trabalho de parto ou ao próprio momento do nascimento. Muitas vezes foram relatadas violências verbais contra os próprios bebês, após seus nascimentos, ou às próprias mulheres utilizando seus bebês como forma de atingi-las. O deboche e ironia verbais também foram manifestados por meio do uso de diminutivos e interpretado pelas mulheres como forma de “infantilização”, ou como meio para estabelecer uma forma de “hierarquia” entre elas e os profissionais da assistência, como mencionado em alguns dos relatos recebidos.

• **Separação mãe-bebê**

Em todos os relatos em que houve separação entre mãe e o recém-nascido, todas se referiram a isso como uma forma violenta de acolhimento, tanto para si quanto para o bebê. A separação entre mães e crianças não aconteceram, em sua maior parte, durante apenas alguns poucos momentos, necessários à verificação de peso ou outros procedimentos, mas durante muitas horas. Muitas delas só puderam ver seus filhos no dia seguinte. Quando questionavam as equipes de saúde sobre quando poderiam ver seus filhos ou segurarem-nos nos braços, recebiam respostas evasivas ou simplesmente não recebia resposta alguma.

Muitas das entrevistadas também mencionaram a forma agressiva com que, após muito tempo de separação de seus bebês, sem sequer que tenham podido vê-los pela primeira vez, eles eram entregues a elas. Como se não fossem bebês, fossem pacotes, eram deixados sobre elas sem qualquer tipo de acolhimento ou orientação.

As entrevistadas relataram que a sensação de desamparo e vulnerabilidade que já estavam sentindo em função dos maus tratamentos recebidos e das violências das quais foram alvo, aumentava em muito com a separação entre si e seus bebês. Muitas relataram medo do que poderia estar acontecendo aos filhos depois de tantas formas de descaso, humilhação e maus tratamentos. Pensavam que, se com elas, que podiam se expressar, que eram adultas, houve um tratamento tão

desumano, o que poderia estar acontecendo com seus filhos, mantidos longe delas?

- **Pós-parto / Pós-cirúrgico**

Os procedimentos médicos decorrentes do pós-parto imediato ou do pós-cirúrgico, da maneira como foram conduzidos pelas equipes de saúde, também foram interpretados pelas entrevistadas como uma forma violenta de cuidado e de interação, tendo algumas delas mencionado ter sido essa, inclusive, a “pior parte de tudo”. As violências percebidas foram desde um “bombardeio” de informações técnicas e médicas a respeito com a cirurgia ou os pontos da episiotomia, feita de maneira mecânica e sem a preocupação sobre como elas estava se sentindo naquele momento, muitas vezes ditas sem sequer que olhassem para elas, a própria maneira com que a episiotomia foi costurada e a forma como os procedimentos pós-cirúrgicos eram conduzidos sem qualquer tipo de informação, cuidado ou gentileza. Muitas delas referiram ter sido, este momento, o de maior sensação de anulação. Como se, agora que o bebê já estava ali, elas não fossem mais importantes. Suas manifestações de dor também eram, com frequência, menosprezadas ou tratadas como secundárias.

Também no pós-parto imediato, muitas das entrevistadas mencionaram terem sentido um tom de “retaliação” por parte de alguns profissionais da equipe de saúde que as atenderam, seja expresso pela maneira agressiva do tratamento físico, seja expresso por atitudes que as impediam de serem liberadas do hospital, ainda que nada de plausível fosse dito a este respeito que justificasse sua permanência. Como se, pelo fato de terem questionado o profissional médico, estivessem sofrendo represálias, sendo mantidas por mais tempo na instituição, ou recebendo um tratamento ainda mais grosseiro.

- **Procedimentos realizados sem consulta à mulher e/ou sem anuência**

Os procedimentos ou comportamentos feitos sem qualquer consulta às mulheres, ou sem que, após consultadas, tivessem anuência para agir desta maneira, foram interpretados como violências por estas mulheres, e atribuídos a um suposto caráter de “superioridade” que os profissionais acreditam ter. Como se o processo de medicalização da gestação e do parto fosse, por si só, autorização para agirem da maneira como achavam que deveriam agir, sem se importar com a opinião das mulheres a respeito das decisões que diziam respeito a elas mesmas. De

acordo com os relatos fornecidos pelas entrevistadas, é um equívoco achar que a violência promovida pelo processo de medicalização do nascimento é algo, exclusivamente, dos domínios da formação médica, uma vez que enfermeiros e auxiliares de enfermagem, imersos na cultura medicalizante do gestar, parir e nascer, também demonstram comportamentos que desconsideram a autonomia das mulheres e seu direito de decidir por si. A falta de diálogo entre profissionais e parturientes, refletida na ausência de qualquer pergunta sobre os desejos e anseios destas mulheres, sobre o que elas gostariam de fazer ou pretendiam fazer com relação a seus corpos e seus partos, é algo bastante marcante, presente na maioria dos relatos recebidos.

Os procedimentos médicos feitos sem qualquer permissão, tais como descolamento de membranas, episiotomia, uso de ocitocina sintética (o “sorinho”), repetidos exames de toque, feitos muitas vezes com violência, eram todos realizados mediante uma suposta superioridade conferida aos profissionais por um saber-poder que os transformava em conhecedores sobre todos os aspectos do corpo dessas mulheres e do momento que elas estavam vivendo.

- **Procedimentos usados como violência**

Em muitos relatos, as entrevistadas manifestaram seu sentimento de terem sido violentadas em função, justamente, de terem dito que não queriam passar pelos procedimentos que, no fim, passaram. Nestes casos, não se tratava de falta de consulta e, portanto, o profissional não estava fazendo porque não sabia que ela não queria; estava fazendo a despeito da mulher manifestar a vontade de que aquilo não fosse feito nela. Nestes momentos, em específico, muitas relatavam o tom irônico com que eram tratadas ou referidas pelos profissionais. Episiotomias, tricotomias e uso de ocitocina tiveram papel de destaque neste contexto, em função da grande frequência com que foram utilizados, a despeito das mulheres terem dito explicitamente aos profissionais que as atenderam que não queriam. O seguinte trecho, extraído do relato de DULCE, exemplifica isso. DULCE pediu para que não fizessem episiotomia nela. Mas além de ter sido ignorada em sua solicitação, a episiotomia foi feita e com o uso de uma tesoura sem condições de ser usada para tal, situação que foi utilizada pela profissional para ridicularizá-la:

(...) enquanto me costuravam, eu ouvi quando a desgraçada (desculpa o termo) que me mutilou disse para outra mulher “precisa

jogar essa tesoura fora, já está cega”. Aquilo me soou como conversa de comadre que costura galinha para assar. Perguntei se eram muitos pontos e ela disse somente: “Alguns...”.

Terem passado por procedimentos médicos sobre os quais ela manifestaram, explicitamente, o desejo de não passar, trazia a essas mulheres um sentimento de desrespeito que, em muitos casos, determinava todo o mal atendimento posterior, ou todo o sentimento ruim que passariam a ter com relação à experiência de parto a partir daquele momento. Muitas afirmam que foi a partir do momento que se viram como anuladas e sem voz, que passaram a desejar a cesariana.

O uso de procedimentos que não queriam foi visto por essas mulheres como uma forma de “horror”, de anulação, de terror. Procedimentos feitos com o caráter de “ordem médica” acabavam por tirar destas mulheres qualquer possibilidade de uma boa experiência de parto. Muitas delas eram apenas comunicadas sobre o que passariam, sem serem consultadas sobre ou sem que os profissionais perguntassem se estava preparadas para aquilo. Neste sentido, o relato de TÂNIA é especialmente chocante. Ao dar entrada no hospital, TÂNIA foi simplesmente comunicada de que tipo de parto ela teria.

Chegando lá, fui avisada que teria um parto normal. Fiquei muito assustada, pois não estava preparada.

TÂNIA foi colocada em um quarto escuro, sozinha, a despeito de seu estado emocional. Ela ainda tentou conversar com as enfermeiras para saber como seria o parto, mas não recebeu nenhum acolhimento. Simplesmente colocaram “um remédio” dentro de sua vagina e a colocaram no soro. TÂNIA afirma que, na mesma hora, começou a sentir muita dor e as contrações vieram com força total. Neste momento, TÂNIA relata um evento que se assemelha em muito a relatos de abuso sexual contra mulheres:

Eu comecei a sentir muita dor imediatamente, as contrações vieram com força total. O enfermeiro obstetra veio fazer exame de toque de novo. E como eu sentia muita dor, eu não abria as pernas. Ele enfiou

o dedo com tudo e disse: 'Você não está me ajudando'.

- **Anestesia como forma de controle, retaliação ou silenciamento**

O uso da anestesia como forma de barganha, para conseguir o que a equipe médica quer que a parturiente faça, foi observado com grande frequência nos relatos recebidos. São profissionais que dizem “saber se e quando devem usar a anestesia”, desconsiderando por completo a solicitação das mulheres para o uso de medicação que diminua a dor que sentem. Muitas vezes, os profissionais dizem explicitamente que, se a mulher não agir de determinada maneira, ficarão sentindo dor até o fim, como se o uso do procedimento anestésico fosse um “prêmio” por seu bom comportamento.

Para muitas mulheres, a questão da possibilidade de receber anestesia é determinante para que tenham maior tranquilidade e afirmam terem pensando nisso em grande parte do tempo durante a gestação. Assim, chegar ao hospital e ter essa alternativa negada, ou ficar na dependência de quando o profissional julga melhor utilizá-la, desconsiderando seus pedidos, representa um momento de grande impotência e vulnerabilidade. A anestesia, de acordo com o que mostram os relatos recebidos, também é utilizada ou como forma de controle e silenciamento ou, em outro extremo, quando ela deixa de ser adequadamente empregada, como “retaliação” ou “vingança” da equipe médica. Para as mulheres que, de alguma forma, questionavam os procedimentos médicos ou enfrentavam as arbitrariedades da equipe, ou ainda, que se mostravam alteradas ou nervosas em função da percepção das violências e desrespeitos que estavam vivendo, a anestesia foi utilizada como forma de controle e, em muitos casos, de silenciamento.

No outro extremo, aparece a anestesia utilizada como forma de retaliação ao enfrentamento feito pela gestante às arbitrariedades da equipe quando, ao invés de ofertada, ela não é oferecida e, ainda assim, o procedimento cirúrgico acontece.

DISCUSSÃO

Este trabalho se insere num contexto histórico de pouco mais de 30 anos de pesquisa e ativismo, no Brasil, de um movimento que se autointitula em prol da humanização do parto e que muito tem feito para desnaturalizar as práticas nocivas relacionadas à saúde reprodutiva das

mulheres. Além disso, está inserido, historicamente, num momento pós advento do uso das redes sociais como meios de produção e divulgação de informação, as quais têm sido muito utilizadas justamente para desnaturalizar e tirar a violência obstétrica da invisibilidade. Nosso recorte, no entanto, é restrito. Ter a internet como ferramenta de pesquisa traz muitas limitações e impede extrapolações, especialmente num país com tantas desigualdades e iniquidades como o Brasil, onde a acessibilidade a ferramentas da internet ainda se mostra como um desafio a ser vencido.

As desigualdades no acesso à internet como meio de acesso e produção de informação, mencionadas pouco acima, foram confirmadas neste trabalho, como nos mostram os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas, as quais são predominantemente mulheres brancas, de classe média, com alto grau de escolaridade e acesso ao sistema suplementar de saúde. Esta característica dos relatos é negativa pelo lado de que, mais uma vez, as falas das mulheres negras não são majoritárias, quando precisariam ser, uma vez que elas representam um dos grupos sobre os quais mais recaem práticas violentas de assistência ao parto. Mulheres negras ou pardas, que nesta pesquisa correspondem a apenas menos de 20% dos relatos recebidos, são as que sofrem maior desigualdade social na atenção obstétrica, marcada por duplo nível de discriminação, a racial e a educacional^{13,14}. Isto mostra a necessidade urgente de desenvolver estratégias de acesso às experiências violentas de parto vividas por mulheres negras. A mesma discussão precisa ser feita com relação às mulheres pobres e de regiões periféricas brasileiras, grande parte delas também mulheres negras.

No entanto, a caracterização das mulheres entrevistadas nesta pesquisa como pertencentes, em sua maioria, à classe média não representa apenas uma limitação. Representa, por outro lado, uma potencialidade de ação. Como discutido por Diniz¹⁵, essa é uma característica que precisa ser aproveitada do ponto de vista da novidade política que representa. Mulheres pertencentes à camada média de uma sociedade como a brasileira, assim como têm um facilitado acesso às redes de comunicação, precisam passar a ter facilitado acesso aos meios políticos de enfrentamento, inclusive para que possam representar aquelas que não o tem. E é o que, ainda de maneira tímida porém progressiva, está sendo observado atualmente no Brasil, no contexto das estratégias de enfrentamento político à violência obstétrica. É o caso, por exemplo, da Aceleradora Social Artemis, fundada em 27 de outubro de 2013 por mulheres ativistas organizadas. É da Artemis a autoria política de diversas articulações nacionais nesta esfera, que têm trazido

maior problematização a respeito da violência obstétrica em maternidades brasileiras e de demais desrespeitos aos direitos humanos das mulheres, especialmente dos direitos reprodutivos.

Os resultados desta pesquisa também chamaram a atenção pelo desrespeito evidente à lei federal n. 11.108, a “Lei do Acompanhante”, a qual determina que os serviços de saúde sejam obrigados a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todas as fases da assistência ao parto. O impedimento à presença de seu acompanhante foi visto, pela maioria das entrevistadas, como uma forma importante de violência. A limitação ou impedimento no acesso ao direito de ter um acompanhante, observada nesta pesquisa, vai no mesmo sentido observado por pesquisas anteriores, como a que ocorreu no inquérito Nascer no Brasil. Nele, cerca de um quarto das mulheres não teve qualquer acompanhante, menos de uma em cada cinco teve acompanhamento contínuo e mais da metade teve acompanhante parcialmente¹⁶. As autoras deste artigo discutem a ausência do acompanhante, inclusive, do ponto de vista da facilitação da ocorrência de violência, uma vez que afirmam que, pelo menos entre o grupo que estudaram, a presença do acompanhante tornou a mulher menos vulnerável à violência.

A presente pesquisa também mostrou que a grande maioria das mulheres entrevistadas, mais de 85% delas, não pode ter contato com o recém-nascido imediatamente após o nascimento. Resultado esse que está diretamente associado ao fato de cerca de 70% delas não terem sido incentivadas à amamentação. Salgado¹⁷, também em pesquisa entrevistando mulheres por meio da internet, observou o mesmo padrão de afastamento do neonato, a qual atribuiu ao fato de terem sido nascimentos ocorridos por meio de cesarianas. Sem dúvida, considerando que, em nossa amostra, mais de 50% dos nascimentos relatados aconteceram por via cirúrgica, este parece ser um dos fatores que favoreceram a separação entre mãe e bebê. No entanto, considerando que o número de mulheres que foi impedida de estabelecer contato com seus filhos imediatamente após o parto foi ainda maior que os 50%, aparentemente outras questões estruturais relacionadas à prática obstétrica parecem interferir neste resultado.

Os resultados desta pesquisa também mostraram que, entre o grupo de mulheres entrevistadas, os médicos obstetras são os profissionais da assistência que mais praticaram atos de violência contra as mulheres durante o processo de nascimento de seus filhos. Mas não apenas estes profissionais. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e anestesistas também aparecem entre os quatro profissionais com mais

citações de práticas violentas contra as gestantes, parturientes e puérperas. Isso nos mostra que o processo de violência obstétrica não se restringe à prática de uma categoria profissional em específico, mas a todo um conjunto de profissionais que compõem a assistência obstétrica.

Com relação às práticas que foram consideradas, pelas entrevistadas, como violentas, verificamos a presença de categorias de violência já mencionadas em estudos anteriores, tais como proibição da mulher de ter um acompanhante, realização de procedimentos sem prévia explicação, realizar procedimentos sem anuência da mulher (especialmente tricotomia, episiotomia, toques e enema), tratamento rude, agressivo, não empático, separar a mãe do recém-nascido de forma a impedir o contato imediatamente após o parto, violência verbal expressa por tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional, violência física, não utilização adequada de analgesia e uso inadequado de tecnologias e intervenções⁴⁻⁶. Adicionalmente a essas categorias, as entrevistadas por esta pesquisa também apontaram outras formas de violência, tais como: incitação à cesariana quando a mulher já manifestou vontade por um parto normal; desrespeitar ou ironizar a mulher pela via de parto escolhida, qualquer que seja ela; marcação da cirurgia cesariana sem o consentimento da mulher; retirar da mulher objetos que contribuam para a manutenção de sua integridade; exposição do corpo nu da mulher a estranhos; manifestação de crueldade; abuso anestésico; - corte de tecidos sem anestesia; retirada agressiva da placenta; mencionar desnecessariamente detalhes do corpo da mulher; não permitir a amamentação imediatamente após o parto; sugerir a presença de malformações no bebê sem a devida comprovação; recusa em dar informações detalhadas sobre o bebê quando este é afastado por algum motivo plausível; manter a mulher amarrada após a cesariana; uso da alta média (da mulher e do neonato) como barganha; tortura física e psicológica; preconceito de gênero, machismo e misoginia; omissão profissional; premeditação de ação que leva a prejuízo físico e emocional à mulher; silenciamento de testemunho, entre outras.

Essas categorias de violência obstétrica, identificadas pelas mulheres como tais, vêm somar às outras formas de violência já identificadas anteriormente. Embora de caráter semelhante, consideramos de fundamental importância sua menção explícita, a fim de que os contornos da violência obstétrica possam ficar cada vez mais definidos e menos obscuros.

Embora tão frequente, acontecendo com 25% das mulheres brasileiras que passam por experiência de parto vaginal, a violência

obstétrica ainda se encontra oculta pela própria invisibilidade da violência institucional, aquela que é vista no interior de instituições onde uma relação de saber-poder é estabelecida, como acontece com hospitais, estabelecimentos de ensino, estabelecimentos carcerários, entre outros, e acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, o que dificulta ainda mais o reconhecimento da heteronomia por parte das gestantes e puérperas^{1,9,10}. A invisibilidade da violência obstétrica acontece em função de diferentes fatores, como a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, a aceitação e banalização de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias e a dificuldade que as gestantes, parturientes e puérperas têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que as atenderam, uma vez que tendem a se sentir agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que compensaria, para elas, qualquer mau tratamento recebido durante a assistência^{10,18}.

Tornquist¹⁹ afirma que para mudar a assistência ao parto é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica. Porém, é necessário enfatizar a necessidade premente de uma mudança que priorize a recuperação da autonomia da mulher a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo e do acesso à informação, a fim de oferecer um contraponto à cultura medicalizante, que conta com o desejo por parte da própria mulher daquilo que irá anular a sua autonomia. É necessária uma recuperação de autonomia que passe pela inclusão da garantia de seus direitos na agenda de políticas públicas e no fortalecimento de movimentos sociais, e não apenas baseado num suposto empoderamento que passaria pelo resgate de “saberes e poderes femininos”, como reivindica parte do movimento pela humanização do parto, posto que tais conceitos se baseiam numa compreensão biologizante de mulher¹⁹, desconsiderando seu papel enquanto sujeito político.

REFERÊNCIAS

1. VENTURI JR., G.; AGUIAR, J.M.; HOTIMSKY. S.N. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010**. Em: VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Belo Horizonte, 2011.

2. AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 204f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
3. DINIZ, C.S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.; NIY, D.Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, pp.377-376, 2015.
4. D'GREGORIO, R.P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.111, pp.201-202, 2010.
5. 30. D'OLIVEIRA, A.F.P.L; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v.359, n.9318, pp.1681-1685, 2002.
6. DINIZ, S.G.; D'OLIVEIRA, A.F. Gender violence and reproductive health. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.63, s.1, pp.S33-S42, 1998.
7. HOGA, A.K.; FÉLIX, C.C.P.; BALDINI, P.; GONÇALVES, R.C.; SILVA, T.R.A. Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. **An. . Simp. Comum. Enferm.**, v.8, 2002.
8. GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, pp.61-72, 2008.
9. TORNQUIST, C.S. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 412 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
10. AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.15, n.36, pp.79-91, 2011.
11. BECK, C.T. Birth trauma in the eye of the beholder. **Nurs Res**. v.53, n.1, pp:28-35, 2004.
12. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977.
13. LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, pp.100-107, 2005.
14. d'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O.M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A.; ANGULO-TESTA, A.;

RATTNER, D.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v.30, s.1, pp.S-154-S-168, 2014.

15. DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, pp.627-637, 2005.

16. DINIZ, C.S.G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; TORRES, J.; DIAS, M.A.; SCHNECK, C.A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; RANCE, S.; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, pp.S140-S153, 2014.

17. SALGADO, H.O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. 2012. 157 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

18. DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v.20, s.1, pp. S52-S62, 2004.

19. TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estudos Feministas**, v.2, pp.483-492 2002.

ANEXO 1 – RELATOS DE RENASCIMENTOS

Durante os 5 anos desta tese, meu contato com centenas de mulheres me fez perceber que o reconhecimento de que foram vítimas da violência obstétrica, ainda que tenha produzido consequências avassaladoras, também atuou no sentido de transformar a vida destas mulheres. O reconhecimento de que foi vítima, ter tido um espaço para falar sobre sua dor, ter tido sua voz ouvida e amplificada de diferentes formas, produziu uma reação paradoxal em muitas delas: o sentimento de que era possível renascer após a violência.

Tive a honra de me tornar amiga de algumas dessas mulheres incríveis que fui encontrando durante a pesquisa. E não foram poucos os momentos de emoção, em meio a tantas noites de leituras dolorosas a respeito das violências obstétricas que elas viveram, em que percebi que ali estavam mulheres renascidas. Renascidas, fortalecidas, transformadas e decididas a uma mesma coisa: apoiar outras mulheres e lutar pelos direitos de todas.

Assim, para encerrar esta tese que transformou a minha vida e também me fez renascer, que me transformou numa mulher que também luta pelos direitos de todas, convidei três mulheres especiais que me ensinaram e me ensinam muito a respeito de superação, resiliência e enfrentamento: **Fernanda Alves**, **Ana Paula Garcia** e Adélir Carmen Lemos de Góes.

FERNANDA ALVES

Fiquei muito, muito honrada com esse convite. Especialmente por estar entre mulheres tão fortes e potentes e que passaram por dores tão sentidas e sofridas... Mas revisar a própria história é tarefa que paralisa. E o mês de julho, nos últimos anos, tem sido de duras provas.

Esses dias achei um vídeo da minha pequena dançando, com um ano e meio. Ainda estou capturada no misto de sensações que o vídeo me causou. Um misto de felicidade e ternura, "óh como já era tão esperta e fofucha de mãe", mas também a lembrança da época, em que lutávamos para sobreviver em meio à violência e angústia... Nessa época tivemos de morar de favor na casa de pessoas que não estavam exatamente felizes com isso. Época de desespero financeiro para garantir a fralda, desemprego e freelas que demoravam meses e estresses para pagar. Desilusões afetivas, dores emocionais... luta. Em 2012,

quando minha filha nasceu, depois de uma sequência de violências obstétricas que foram de humilhação à negligência médica, foi a primeira vez que eu pensei que poderia morrer, mas "não poderia". Quer dizer, meu senso saiu de mim e passou a acompanhar também a existência daquele ser, que nascia mulher e que me causava imensa identificação.

2012 foi um ano difícil, mas não posso compará-lo a 2013. 2012 foi o ano em que minha filha nasceu, mas no meu caso foi o ano em que fui gestada. Nascer, nascer mesmo, eu nasci no aniversário de um ano de minha filha. Ou melhor, renasci. Precisamente no dia 23 de fevereiro de 2013. (Já contei esse relato dezenas de vezes em muitas rodas de apoio mútuo feministas, mas repetirei quantas e quantas vezes forem necessárias porque esse relato é minha elaboração do meu lugar no mundo, de saber quem sou, de onde venho e para onde vou) Então, eu renasci em 2013.

Ano duro como o cão! Minha filha completando um ano e eu repensando quem era eu aos 29. Lembro-me de olhar no espelho e chorar com o que via refletido ali. Não apenas pela disforia que eu sentia em não me reconhecer naquele corpo de quase 100 kg e limitações físicas, que não me parecia sexy, não me parecia saudável, não me parecia amável ou digno (aqui faço uma pausa e digo que todos os dias até hoje, preciso cuidar disso, porque a disforia ainda é presente) - mas a sensação de fracasso, de que não conseguira realizar um quinto das minhas aspirações de infância ou adolescência. A frase clichê de "cuide bem da sua criança interior" era completamente vazia para mim. Não havia sequer vestígio de qualquer criança interior. Eu pensava em mim, adolescente no interior do Tocantins, tão sonhadora... Sonhando com USP e Harvard e viajar pelo mundo e ter independência financeira e ser bem-sucedida profissionalmente, trabalhar na ONU, conhecer gente de todo tipo e cultura e ser dona do meu nariz e acessar todo um mundo que só existia nos meus devaneios de menina criada no interior e que desde sempre muito fora do padrão. E para piorar, eu olhava para minha filha e pensava se lhe orgulharia, se estaria mostrando a ela como mulheres são capazes e como mulheres são incríveis, ainda que contra tudo e todos - literalmente.

A primeira reação desse confronto foi óbvia: sofrimento. Doeu demais encarar tudo isso, encarar minha estagnação, encarar todos os silenciamentos, apagamentos e solidões vividos até ali. Doeu demais também analisar meu relacionamento de quase seis anos com o pai da minha filha. Doeu perceber que existia em mim uma bissexualidade e não uma sexualidade heteronormativa. Doeu perceber que todas as vezes

que tentaram me ofender por eu não ser exatamente uma menina (e depois uma mulher) feminina e dentro dos estereótipos que o machismo cria, tinha muita relação com essa sexualidade e também com minha perene impossibilidade em me adequar ao que a sociedade sempre esperou. Comecei a questionar a monogamia, o machismo e a misoginia, o patriarcado e comecei a me perguntar quem era a Fernanda. Será que ainda existia alguma Fernanda nisso tudo?

Foi aí que virei Rosario Amarante. Primeiro para fugir das infinitas perguntas e abordagens inconvenientes que insistiam em me julgar e qualificar após a separação e a saída do armário. Só que a Rosario Amarante criou para mim um espaço seguro, onde eu podia falar o que eu queria e ser quem eu queria, ainda que isso incomodasse e consternasse tanta gente. E a Rosario Amarante falava mesmo e se permitia conhecer ideias novas, pessoas novas, propostas novas. E como conheci gente diferente, gente que militava, que também estava inquieta, que também queria confrontar. Só que eu já era uma mulher cis de 29 anos, mãe, gorda, retirante com orgulho, feminista e bissexual. 2013 foi um ano a ferro e fogo. E a Rosario Amarante virtual ajudou a Fernanda Alves a renascer aos 29 anos, como mulher cis, mãe, gorda, retirante, feminista, bissexual e lutadora. E não somente a Rosario Amarante, mas mais pessoas participaram disso, pois eu tive de aprender uma coisa que parece simples, mas na verdade é muito difícil e inseparável desse processo de renascimento: pedir e depender do cuidado de outras pessoas.

Eu tive de aprender a pedir. E pedi por tudo e mais um pouco. Pedi atenção, pedi cuidado, pedi proteção, pedi que me ajudassem a arrumar algum trabalho, que me abrigassem, que me ajudassem financeiramente, que me dessem teto, que me alimentassem, que me vestissem... Também foi um ano em que eu, tão passiva a vida toda, precisei dizer não e ser mais dura que a mais dura agressão. E precisei resistir viva a todas as violências que eu viveria dentro e fora de casa, mas especialmente dentro. Resistir ao descaso, à ofensa, ao terror psicológico e ao desequilíbrio emocional. Resistir à perseguição e às ameaças. Resistir à ruína de ver pessoas tão caras me humilhando publicamente, me expondo, devassando meu celular e minhas redes sociais, ameaçando-me com a guarda da minha filha, com o teto, com o vexame perante minha família, com os deboches, com os gritos, a porta trancada que me prendeu um dia inteiro em que agonizei de febre com uma criança doente...

Tem alguma força misteriosa que de algum modo me trouxe pessoas disponíveis para atenderem meus pedidos. Pessoas que queriam

me ajudar e que me queriam livre. Pessoas que me queriam mesmo eu estando destróçada e incapaz de devolver-lhes qualquer coisa além de um “muito obrigada” choroso. Pessoas que me queriam como eu era: como mulher cis, mãe, gorda, retirante, feminista, bissexual, militante e lutadora. Sobrevivemos, e eu fiz um rito de passagem que foi batizar minha filha com um casal de madrinhas e um casal de padrinho e madrinha numa igreja acolhedora de gays e militante de causas sociais. E reuni amigos que eu tinha espalhado pelo país para marcar e comemorar que sim, sobrevivemos. E sem querer, mas querendo muito, acabei me aproximando do feminismo e levantando a bandeira da maternagem feminista, acabei conhecendo tantas histórias e tantas pessoas que me impactaram profundamente.

Tive oportunidade de trabalhar num projeto que ia até escolas de ensino médio conversar com adolescentes sobre violência doméstica e machismo. E veja que loucura é a vida, nesse meio tempo fiz até um trabalho com a ONU Mulheres. E acabei conhecendo mais espaços de militância e ajudando a pautar a maternagem feminista e também as singularidades de ser mãe solo, de ser mãe bissexual, de ser retirante e sobrevivente. E acabei me aproximando de grupos e coletivos e também grupos LGBTs e espaços de apoio mútuo. Conheci a luta das pessoas trans, homens e mulheres e não binários, para serem apenas eles mesmos. E me aproximei do movimento negro e ouvi tantos e tantos relatos sobre racismo. E essas duas aproximações: trans e movimento negro me abriram os olhos para um novo horizonte, e este falava não apenas das violências que eu também conhecia, mas falava muito mais das violências que eu não conhecia.

E foi aí que aprendi sobre os inúmeros privilégios que a sociedade reserva e distribui a pequenas camadas. Aprendi sobre os meus privilégios, por exemplo: branca, ensino superior e de alguma forma aceita pela minha família depois que a tempestade passou. E reconhecer esses privilégios que eu tenho e também os que não tenho me deu uma visão menos astigmática sobre a vida, sobre tudo o que passei e sobre tudo o que sou e me tornei. Me permitiu também entender qual é o meu lugar em todos os lugares que adentro, e também saber o que posso e o que devo. Nenhuma formação acadêmica me possibilitaria as lições que aprendi (e olha que finalmente realizei meu sonho de entrar em um mestrado e numa área que sempre quis ousar, e valorizo muito a chance de estar ocupando esse espaço que sempre foi tão fechado para pessoas que vem de onde venho).

Mas, eu queria terminar esse relato falando mais enfaticamente da rede. Da rede que criamos e que mantemos e que nos ampara em

todos esses momentos, nos apoiando, nos ensinando e também nos criticando quando precisamos ouvir verdades e evoluir. Quando eu iniciei minha jornada de militância, que foi realmente com a elaboração do trauma vivido pela violência obstétrica, em fevereiro de 2012, eu não fazia a mais remota ideia do que poderia me acontecer. Mas os vínculos que criei ali foram as sementes que ao longo de todas as bizarrices que a vida me fez viver, me sustentaram. E não somente a mim, mas à minha filha também. Eu disse acima que meu senso vive fora de mim, e é verdade, vive correndo atrás de uma moleca de nome Valentina, mas mais do que isso, meu senso é hoje, não apenas por e para mim, mas por ela, para que ela e a geração dela possam crescer em um mundo menos violento e opressor. Menos machista, menos lgbtfóbico, menos racista, menos gordofóbico, menos capacitista, menos elitista, menos adultocentrado e pedofóbico, menos opressor. E eu só posso fazer isso, tcharam, se eu estiver conectada a outras pessoas que querem o mesmo e que lutam pelo mesmo.

Diante dessa constatação, eu percebo que meu renascimento foi uma viagem individual e intransferível importantíssima, mas que só existe para a coletividade porque mais pessoas vivenciaram e vivenciam seus renascimentos e também decidiram se conectar. Se mais pessoas conseguirem revisar suas vidas, suas trajetórias, se resgatarem suas crianças interiores, se saírem do armário, se reconhecerem seus lugares de oprimido e também de privilegiado, se se empoderarem e acima de tudo, se conseguirmos darmos as mãos, e nos conectarmos em rede, então poderemos ser potência e marchar e conquistar nossos espaços, direitos e oportunidades. Se eu não tivesse conseguido, ali em 2012, acessar alguma rede e gritado minha dor e não tivesse quem me ouvisse, talvez o destino tivesse sido outro e talvez tivesse sido tudo ainda mais doloroso. E francamente, eu nem quero pensar nisso. Prefiro pensar no que conseguimos construir e no que poderemos continuar construindo hoje e amanhã. Certamente, estou muito mais próxima de orgulhar à Vale, mas especialmente, à Fernanda adolescente e sonhadora que um dia resgatei num abraço carinhoso e que me ajudou a parir a Fernanda que sou hoje.

ADELIR CARMEN LEMOS DE GÓES

Eu, uma outra Adelir de quem já me conhece desde que nasci ou desde minha infância e adolescência, e Adelir hoje, a forte e

resiliente, para quem me conhece há pouco mais de dois anos. Realmente... São duas pessoas distintas em uma só!

Nunca pensei em minha vida que algo pudesse me acontecer que repercutisse de forma midiática como foi a violência obstétrica que sofri. Muita crítica e xingamentos de pessoas que não conheço e de pessoas que conheço profundamente como amigos e familiares, e o mais importante: o apoio de pessoas que também não conheço. Dessas guardei boas relações de amizade, duas ou três pessoas de minha família e poucos amigos antigos que restaram.

As pessoas já têm uma cultura de julgar e apontar quando veem uma notícia, principalmente sobre um assunto polêmico e que desconhece. Mas e essas pessoas que pararam seus afazeres e vieram me procurar? Foram muitas, nem sei dizer quantas, mas foram centenas e o mais surpreendente: a maioria também havia passado por violência obstétrica. Eu me horrorizei! Não sabia que estava tão comum esse tipo de prática na obstetrícia. E foi assim que me fortifiquei. A sensação que tive, usando uma metáfora, foi a de que havia "saído da matrix" e me uni a essas outras mulheres que, iguais a mim, se fortificaram. E levantei a bandeira do ativismo. E juntas choramos as mortes maternas, as vítimas de violência obstétrica, seja parindo ou em situação de aborto, e que sentem dificuldades de encontrar apoio. E vi que essa rede de empoderamento é essencial, junto com os profissionais da obstetrícia humanizada, e dessa rede não quero sair mais. Mudou não só a minha vida, mas envolve agora toda a educação que passo para os meus filhos para que se tornem adultos dignos!

Não existe outra razão para essa superação... Quando comumente se entra em depressão pós parto, a união desse coletivo foi a melhor terapia que eu tive além de dentro de minha casa, marido e filhos. E da mesma forma como fizeram comigo, procurei e deixei mensagens de fortalecimento a outras que passaram por situações assim e estou cada vez mais envolvida, de tal forma que não consigo mais me calar, me manifestando a cada ato de violência. Mudou a forma como eu enxergava a vida, mudou as minhas conversas com outras pessoas, tenho hoje uma visão mais crítica e desconstruo as visões erradas que tinha, sempre me informando e aprendendo. Sem perceber, me tornei uma feminista, orgulhosamente feminista!

Sou a caçula de três irmãos e fui mimada pelos meus pais, que logo na adolescência perdi. Solteira e sozinha com meus irmãos já casados, tive que enfrentar uma sociedade patriarcal e machista, baixava a cabeça para tudo que me mandavam fazer, sem querer fui me tornando uma mulher frágil que não sabia negar nada, e assim se acostumaram

comigo. Hoje, essas pessoas de meu antigo convívio me desconhecem por eu ter negado uma cesárea desnecessária, e foram vendo que diante de muita humilhação pública, fui resistindo. E me desconhecem ainda mais por perceberem que eu não estava sozinha. E acabaram por se calar e se afastar... Claro que isso dói no mais profundo de minha alma, principalmente quando vejo fotos do meu passado, primos e tios que conviviam praticamente diariamente comigo, amigas de quem tenho boas recordações e nunca mais nos falamos. Também houve brigas e intrigas na família de meu marido, foi um período muito difícil... Mas a outra Adelir teve que renascer, porque ainda tinha três filhos e mais uma recém nascida para cuidar e tentar, junto com meu marido, ter um puerpério minimamente tranquilo.

E hoje pretendo seguir uma carreira, fui motivada, sem demagogias, não por vingança ao sistema. Entrei com processos e a lei vai decidir (se fizer cumprir dessa vez de forma correta). Fui motivada por um grupo de humanização que me faz bem, que me faz gostar da nova pessoa que sou e que me mostrou que posso fazer valer a pena o que passou, continuar nas causas, que também agreguei às causas ciganas, nas quais já era engajada. A violência obstétrica veio somar para minha experiência de vida. É vida, se tinha que ser assim... E mulheres ciganas, vítimas de tantos preconceitos, inclusive de violência obstétrica... Essa cultura que adquiri através do marido de etnia cigana, frequente acampamentos, e lá é uma verdadeira aula sobre a vida e lá também é como se fossem minha família, onde também encontrei apoio e carinho entre eles, porque eles como ninguém sabem o que é passar por violência. E com pessoas assim, que fazem da empatia o seu lema, que se unem e aprendem juntos e juntas acima de erros e sem julgamentos, mas com certeza com bastante acertos, e sem nos calar. Principalmente passando as nossas experiências ao público, sem ter medo que somos muitas e que um dia isso pode mudar, tenho fé!

Não quero que me entendam, quero que me respeitem!

ANA PAULA GARCIA DA SILVA

Renascer. Uma palavra muito bonita, muito usada e muito carregada de significado para mim. Como se eu tivesse tomado a pílula vermelha oferecida por Morpheus, em Matrix, pude conhecer a verdade sobre mim mesma e ao meu redor através do advento do meu primeiro parto.

Em um único dia e dentro de poucas horas, alternei no estado de ficar em suspensão no espaço e tempo e despencar abruptamente no chão. Um queda tão violenta que me despedacei. Em questão de segundos, eu já não era mais a mesma pessoa. Perdi minha identidade, meu chão, minha luz. Não sabia e não tinha a menor noção de como começar a sair daquele poço fundo, escuro e sem ar em que eu me encontrava. Perdi minha filha sem antes mesmo de pegá-la no colo pela primeira vez: a síndrome dos braços vazios. Que nome mais triste que se dá a um sentimento de uma mãe em luto. Mas a verdade é o que é: eu me encontrava de útero e braços vazios e isso doía demais. Uma dor inimaginável.

Porém, paradoxalmente, a partida da minha Mariana logo após o parto não foi a maior tragédia de 18 de abril de 2012: foi o nosso atendimento na maternidade que eu entrei para ter a nossa menina (e as razões que tenho para ter certeza de que a morte dela foi causada pela equipe). Cada palavra dita, cada procedimento não autorizado por mim, cada descaso e violência foram recebidos por mim com tamanha perplexidade que, em um determinado momento, eu congelei. Eu não sabia o que fazer para sair daquela situação. Eu não tinha o meu acompanhante ao meu lado nos momentos que eu mais precisei. Eu não tive minha voz ouvida em momento algum. Para aquela equipe, eu era um objeto, a ser manipulado à vontade deles.

Durante a gravidez, estudei muito a fisiologia do parto e as intervenções que normalmente acontecem. E quando eu me aproximava do tema da violência institucional cometida dentro de hospitais, eu achava que isso era algo que deveria ter acontecido no passado e que nossa sociedade não estaria permitindo que isso ainda fosse vigente. Pasmem!!! Nesse exato momento que estou digitando esse texto, ousou dizer que centenas de mulheres no mundo inteiro estão sendo violentadas em seu parto. Inúmeros tipos de violência e todos pautados exclusivamente na ignorância, no descaso e no patriarcado! Quantas vezes escutei a frase “filhinha, colabore pois sei o que estou fazendo”! Que ódio lembrar disso!!! Quanta raiva já tive de mim por ter permitido o que fizeram com meu corpo e minha alma. Me senti estuprada, e isso a maioria das pessoas não entendem. O corpo é meu, as regras são minhas... Esse deveria ser o mandamento maior. A ginecologia é a única especialidade médica em que casos assim acontecem. Não há esse tipo de subjugação, menosprezo, violência e ironia em uma sala de urologista ou de um cardiologista com pacientes do sexo masculino.

Então, o que fazer depois disso? Na minha masmorra de sofrimento, resolvi escrever o relato de parto, um parto sem filho, peitos

vazando leite e um puerpério de lágrimas. Por quê? Porque eu me recusava a guardar isso só para mim. Eu precisava encontrar alguém que me entendesse, uma vez que os que estavam ao meu redor só compartilhavam pena! E eu não queria me sentir assim! Eu queria justiça! Eu queria compreensão! Eu queria entender! E como foi bom tomar essa decisão. Publiquei no grupo que eu participava no Yahoo, chamado Parto Ativo BH, onde fiz várias amizades durante a gravidez e participava das rodas Bem Nascer e Ishtar. Nunca vou esquecer da chuva de mensagens que recebi, com muita honestidade, respeito, compaixão, raiva, compreensão e carinho. Eram as mensagens que eu precisava receber. Me senti em uma só unidade naquele mar de mulheres, mães e irmãs. A minha dor era a delas e isso mexeu muito comigo (preciosa sororidade). Lá eu conheci as mães que trabalham na Assembléia Legislativa de Minas Gerais e juntas, fizemos uma Audiência Pública sobre Violência Obstétrica. Esse grupo me uniu à minha advogada “sangue nos olhos”! On-line também conheci Lígia e participei da pesquisa para seu primeiro doutorado, que me levou a ter uma ligação imensa com as coisas que ela escreve para o site Cientista que Virou Mãe. Essa página me conectou com o movimento feminista, a criação com apego, com a maternidade consciente e com tudo o que me tornei hoje. O conhecimento liberta!

A partir daí eu fui lentamente me reerguendo, apesar dos vários meses que precisei para me curar da episiotomia não autorizada e desnecessária que fizeram em mim. As sessões de terapia me ajudaram muito também. Consegui forças para entrar com uma reclamação na ouvidoria do hospital, na secretaria da saúde, no plano de saúde, no CRM e quando tudo de nada adiantou, entrei também na justiça, por danos morais, onde ainda tramita. Quase entrei na justiça por crime por causa da episiotomia, mas o exame de corpo de delito eu não queria fazer. Achei que era muito pra mim, passar o que já passei e ainda ter que abrir minhas pernas para os outros conferirem o que aconteceu.

Passaram os meses e nós nos sentimos preparados para engravidar novamente. E essa nova vida me fez pensar muito no que eu poderia fazer para mudar a realidade surreal que minhas amigas, irmãs, comadres e vizinhas vivem: porque eu sou elas. Eu não aceitei virar estatística e seguir minha vida como se nada tivesse acontecido! E a coisa realmente pegou quando descobri que nós aguardávamos mais uma menina, nossa Clarissa! Então, mais do que nunca, eu precisava movimentar. Não aceito que minha filha e suas iguais passem o que eu passei, nunca! Então, ainda grávida de 5 meses, comecei junto com várias mães de Lagoa Santa, a Roda Renascer. Começou lindamente no

quintal da nossa casa, onde eu e André recebemos 4 gestantes e 1 puérpera estrangeira que estava passeando no Brasil. Tínhamos também doula e enfermeira obstetra, e a tarde foi mágica! Dessa roda, nasceram também lindos laços de amizade. Nesse mês de junho de 2016 completamos três anos de roda e eu sou imensamente grata a todo aprendizado que tive com todas essas outras mulheres e homens, que também me fortaleceram para eu ter meu segundo parto com respeito e carinho.

E esse segundo parto foi intenso e transcendente! Tive 3 semanas de pródromos que me enganaram muitas vezes, fazendo somente aumentar a ansiedade. No dia que completava 41 semanas, eu não dei conta. Aquela delonga (completamente normal, diga-se de passagem) estava sendo demais para mim. E num domingo, depois de ter passado a noite em claro, decidi ir à Maternidade Sofia Feldman para dar um empurrãozinho no processo. Escolhi receber ocitocina na veia e isso foi o ponto chave: EU escolhi. Todo o tratamento recebido lá foi o oposto que eu recebi na primeira experiência. Foram duas horas de trabalho de parto ativo e o nascimento de minha filha foi na banheira, amparada por mim e meu marido. Ela só saiu do meu colo para o colo do pai e fez os procedimentos de avaliação sob os nossos olhos. E isso foi para mim uma enorme recompensa por ter passado por tudo que passamos. Foi um presente maravilhoso passar por um processo de parto tão doloroso (uma dor profunda na alma) e receber apoio, carinho e compreensão. Mais do que tudo, respeito pelas minhas vontades.

Atualmente continuo envolto nessa temática porque estou retribuindo o que recebi, pois a cada gestante aflita que encontro, me vejo nela. Em cada dúvida do pai que me chega, foi a mesma dúvida que tive. E isso é maravilhoso por ser o que ele é: puro amor! Consequência disso é que em 2015 e 2016, fui doula duas vezes no Sofia Feldman. Duas famílias com elos eternos comigo. A gratidão deles comigo não chega nem aos pés da gratidão que tenho por eles, por me permitir olhar, cuidar e apoiar. Por me permitir retribuir. Assim, minha vida está seguindo na base da coragem e da perseverança. Eu tenho muita fé na humanidade, ainda. Prefiro ser otimista e continuar caminhando no rumo da mudança. Há três anos também atuo na minha comunidade como líder da Pastoral da Criança, sou voluntária no Conselho da Saúde e não vou desistir. Nossa cidade está um caos administrativo e político e quase nada desenvolvido na área do atendimento às gestantes, pois nem maternidade temos. Muito ainda a ser feito.

E cá estou eu, totalmente fora do rumo em que me encontrava como agente de viagens e turismóloga, e trabalhar nesse universo está

sendo uma descoberta a cada dia! Devo isso à Mariana e Clarissa, que me fizeram a pessoa que sou hoje: muito mais confiante e no trajeto valioso do autoconhecimento. Renascida das cinzas e com muito amor no coração, vislumbro um futuro harmonioso para a humanização do parto. Os olhos irão se abrir para essa realidade... É o que desejo! Que nenhuma mulher passe o que passei outrora.