



# A “SUTILEZA” DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS VÁRIAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DAS MULHERES

## THE “SUBTLETY” OF OBSTETRICAL VIOLENCE AND ITS VARIOUS IMPLICATIONS ON WOMEN’S LIVES

Clarice Túlio Duarte dos Santos<sup>1</sup>  
Gabriela Val Rezende<sup>2</sup>  
Lídia Eduarda Souza<sup>3</sup>  
Maria Eduarda Corrêa Ferreira<sup>4</sup>  
Nicole Dias Cantuária<sup>5</sup>  
Betânia Diniz Gonçalves<sup>6</sup>

---

**RESUMO:** Ao final do século XIX, devido ao advento de tecnologias mais aprimoradas, houve a ressignificação do parto. Antes os partos eram realizados nas casas das gestantes, por parteiras, apenas com a presença de mulheres, agora, em sua maioria, é realizado por toda uma equipe médica, composta majoritariamente por homens, e em salas de hospitais já idealizadas para esse fim, mesmo estas sendo precárias (MUNIZ, 2012). Visando problematizar tal ressignificação, bem como os prejuízos trazidos por ela, sendo o principal deles a violência obstétrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), buscamos, no presente artigo, explicitar as diversas formas de violência obstétrica, como, por exemplo, a violência de gênero (DINIZ, 2015) muito presente durante o processo do parto, e a suas implicações, bem como a importância do acompanhamento psicológico durante esse momento. Como metodologia utilizamos entrevistas semiestruturadas. A amostra foi composta por 4 mulheres que foram vítimas de violência obstétrica e 4 profissionais da saúde, em sua maioria enfermeiras obstétricas, no intuito de entender também a visão dos profissionais da saúde acerca dessa temática. Pudemos concluir, a partir desse estudo, que a violência obstétrica, muitas vezes, aparece de maneira sutil, dificultando o combate desta, e por isso, falar sobre tal assunto torna-se imprescindível para evitá-la.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Obstétrica; Parto; Profissionais da saúde; Psicologia; Violência de Gênero.

**ABSTRACT:** At the end of the 19th century, due to technological improvements, a new meaning for childbirth emerged. Before that, giving birth was an intimate moment in the pregnant woman's house, shared only with other women and led by midwives. Nowadays the majority of births occur in hospital rooms already designed for this purpose, even those being precarious (MUNIZ, 2012), with a medical team composed mostly by men. In order to discuss this change, as well as the damages brought by it and obstetric violence (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), this article seeks to explore the various forms of violence, as gender-based violence (DINIZ, 2015), for example, observed during the birth process and its implications, in addition to the importance of psychological treatment during these moments. Through semi-structured interview methodology, 4 women that suffered obstetrical violence and 4 health professionals, most of them obstetrical nurses, were heard with the intention to listen to their point of view and understand their considerations about the subject. By this study we are able to conclude that obstetrical violence happens most of the time in a subtle way, making it difficult to fight against. Therefore talking about the issue is essential to restrain and prevent it.

**KEYWORDS:** Obstetric Violence; Childbirth; Health Professionals; Psychology; Gender-based Violence

---

---

<sup>1</sup> Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. claricetulio@gmail.com

<sup>2</sup> Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. gabriela.val@hotmail.com

<sup>3</sup> Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. lidia.eduarda54@gmail.com;

<sup>4</sup> Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. mariaedupc@hotmail.com;

<sup>5</sup> Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. nicole.cantuaria@hotmail.com,

<sup>6</sup> Professora da FAPSI PUC Minas. betaniadg@pucminas.br

## 1 INTRODUÇÃO

Violência obstétrica faz referência a todo tipo de violência sofrida pela parturiente e pelo bebê antes, durante e depois do parto. Embora o termo “violência obstétrica” seja um termo recente, cunhado pelo médico ginecologista Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em 2010 (MARIANI; NETO, 2016), pode-se afirmar que a prática é muito mais antiga. Isso porque ao final do século XIX foram criadas diversas maternidades, pois começou a surgir principalmente nos obstetras da época, em virtude do aperfeiçoamento de tecnologias, anestésias e técnicas de cesariana, o desejo de ter o maior controle sobre o parto. Essa vontade encontrou, no movimento de industrialização que ocorreu em meados do século XX, solo propício para a sua consolidação, haja vista que o entusiasmo promovido pela industrialização influenciou todos os âmbitos da atividade humana. Nesse sentido, no século XX, em maior proporção após a Segunda Guerra Mundial, constatou-se que a maioria dos partos ocorriam em hospitais e com o uso da episiotomia (corte na região do períneo) e do fórceps (instrumento utilizado no parto vaginal cirúrgico que se encaixa ao redor da cabeça do feto a fim de puxá-la para facilitar o parto). Tais métodos, antes utilizados apenas em casos específicos de risco, agora, tem seu uso exorbitante e indiscriminado (FIGUEIRÔA; PALHARINI; 2018).

Ao trazer essa temática para o século XXI, temos que 25% das mulheres brasileiras consideram ter sido vítimas de violência obstétrica (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Procedimentos ainda muito adotados pela medicina contemporânea como a episiotomia, a manobra de Kristeller (ato de empurrar a barriga da gestante na hora do parto), o rompimento artificial da bolsa, o uso da ocitocina sintética para acelerar as contrações e a utilização desnecessária do fórceps, dentre muitos outros, podem ser consideradas práticas de violência obstétrica. No entanto, há ainda um outro lado, sendo esse muito mais sutil, em que as negligências e a naturalização desses procedimentos, tanto pelas instituições quanto pelas equipes médicas, são evidenciadas.

Outrossim, conforme consta no documentário *Renascimento do Parto* (2013), o parto cesáreo, agora no século XXI, tornou-se muito lucrativo, não só para as instituições, como também para os próprios médicos, uma vez que é rápido, quando comparado ao natural, e pode ser previamente agendado, logo, a prioridade do médico é a realização do ato cirúrgico. Faúndes et al. (2004) e Leguizamon Júnior et al. (2013) constataram em seus estudos que há um contraste entre a opinião de médicos e de gestantes em relação à preferência da via de parto, pois, enquanto os médicos relataram ter preferência pela cesárea, as mulheres disseram

ter como preferência o parto vaginal. Figueiredo et al. (2010), em sua pesquisa sobre influências culturais na escolha da via de parto, constatou que cerca de 70% das mulheres sofrem influências de seus médicos ao escolherem o tipo de parto. Nesse sentido, os resultados dessas investigações não só corroboraram com as questões levantadas pelo documentário como também reforçaram a opressão existente entre a relação médico-paciente, pois observou-se que o discurso do médico tem muito mais poder frente ao da mulher no atendimento ao parto. Tal poder é evidenciado pela relação hierárquica do saber, pois, o médico, respaldado por sua formação tradicional e científica, assume uma posição de superioridade frente aos desejos da mulher.

As situações supracitadas apresentam como uma das consequências mais graves a perda de autonomia e de liberdade da parturiente em decidir livremente sobre seu corpo, bem como o modo como preferirá parir. Levando em conta que a liberdade é um direito inalienável do cidadão, conforme previsto pela Constituição (1988):

Artigo 5. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes. (BRASIL 1988)

Ao privar a mulher do seu direito de liberdade de escolha em decidir a via de parto mais adequada para si e para o bebê, os médicos acabam por ferir seriamente um direito, em essência, constitucional.

Portanto, neste artigo trataremos sobre as diversas faces da violência obstétrica – tanto as explícitas quanto as mais sutis – e suas implicações na vida física e psíquica das mulheres. Através de entrevistas realizadas com enfermeiras, majoritariamente obstetras, e mulheres vítimas de violência obstétrica, buscamos compreender a forma como as mulheres entendem a violência obstétrica, bem como o modo como ela ocorre. Além disso, buscamos verificar como tal prática é vista pelas enfermeiras e o que pode ser feito para tentar evitar sua ocorrência, haja vista que há, como dificultador para o seu combate, a falta de leis específicas que abarcam essa temática. Tendo como base o relato das entrevistadas, analisamos, ainda, diversos pontos cruciais que perpassam essa cultura da violência, como, por exemplo, o fato de sua ocorrência ser intrínseca à questão hierárquica de gênero, bastante presente na sociedade patriarcal atual.

## 2 MÉTODO

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caráter exploratório e qualitativo, que contou, como método de obtenção de dados, com a entrevista semiestruturada. Segundo Moré (2015), a entrevista semiestruturada é entendida como um “espaço relacional” que se caracteriza por uma proposta de diálogo e/ou conversações a respeito de um tema específico. Por isso, levando em conta esse “espaço relacional”, acreditamos que a entrevista semiestruturada tenha sido a mais adequada para a realização desta pesquisa, haja vista que a subjetividade das entrevistadas e o contexto no qual estavam inseridas foram levados em consideração, fazendo-se presentes durante a conversa.

Para selecionar as participantes da pesquisa, inicialmente fizemos um convite aberto divulgado nas redes sociais, como o Instagram e o Facebook, e, com esse movimento, conseguimos nossas primeiras entrevistadas: uma do grupo de mulheres vítimas de violência obstétrica e uma do grupo de enfermeiras. A partir disso, a estratégia utilizada para compor nosso escopo foi a da bola de neve, em que um entrevistado indica um ou mais sujeitos em potencial para fazer parte da amostra (VINUTO, 2014). Após as sugestões, fomos atrás das pessoas que possuíam as características mais aderentes à amostra e propusemos a conversa, não havendo, nesse caso, um número prévio estipulado de entrevistas.

No momento da realização das entrevistas, buscamos a priori explicar o objetivo da pesquisa, bem como o procedimento que ocorreria antes, durante e depois da realização da mesma. Logo em seguida desse esclarecimento, iniciamos a conversa conforme o nosso roteiro semiestruturado. Foram feitas, ao total, 8 entrevistas, 4 com mulheres vítimas de violência, entre 24 e 45 anos, e outras 4 com enfermeiras, entre 24 a 48, primordialmente enfermeiras obstetras, que possuem experiência nesse campo de atuação. É importante ressaltar que a nossa escolha de entrevistarmos enfermeiras partiu de uma lógica mais prática e racional, dado ao nosso tempo de pesquisa e ao nosso ínfimo conhecimento de profissionais médicos obstetras em nossa rede de contatos. Diante desse contexto, o nosso acesso aos médicos obstetras estava muito restrito quando comparado ao acesso às enfermeiras.

Em razão das medidas adotadas para a contenção da circulação do vírus SARS CoV-2, causador da pandemia atual que estamos vivendo, essas entrevistas ocorreram através de plataformas digitais, como o *Google Meets*. A participação de todas foi de forma voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e é digno de nota dizermos que os nomes apresentados nas tabelas a seguir são fictícios, no intuito de preservar a identidade de nossas entrevistadas. Após a prática das entrevistas, as mesmas foram trans-

critas na íntegra, a fim de analisar as respostas e depoimentos das mulheres vítimas de violência obstétrica, bem como das enfermeiras obstetras.

Pretendíamos, a partir das entrevistas realizadas, abrir espaço para que as enfermeiras e as vítimas pudessem falar abertamente sobre suas experiências no que diz respeito ao papel da profissional na maternidade e como ela lida com eventuais situações de violência, bem como a experiência das mães, desde o planejamento do parto até as consequências após a violência. Nesse sentido, como método de análise dos dados, baseamo-nos na análise de conteúdo proposta por Bardin (1997), que se constitui em um método utilizado em pesquisas qualitativas e conta com 3 fases principais, sendo elas: organização, codificação e categorização. A primeira fase consiste em organizar os dados e entender o que fazer com eles; já a segunda requer uma subdivisão entre unidade de registro e unidade de contexto; por fim, a terceira fase necessita juntar as informações relevantes e transformar os dados encontrados em categorias de análise, juntá-los de forma que teremos um padrão em cada grupo.

### **3 DISCUSSÃO E RESULTADOS**

Em relação à análise dos dados obtidos, optamos por centralizá-la em três categorias, essas intimamente relacionadas aos objetivos gerais e específicos. Para isso, apoiamos-nos nas técnicas de Bardin (1997), citadas anteriormente, e formulamos os tópicos “Violências Obstétricas sendo vivenciadas em suas diversas facetas”, “Negligência profissional e institucional ao acolher mulheres vítimas de violência obstétrica” e, por fim, “Implicações da violência obstétrica”.

#### **3.1 Descrição das entrevistadas**

Dentro da nossa caracterização dos sujeitos entrevistados temos que, apesar de haver relato tanto nas instâncias públicas quanto privadas, as mulheres vítimas de violência obstétrica sofreram a agressão majoritariamente em instâncias privadas (ver Tabela 1). Por outro lado, ao analisarmos a tabela 2, constatamos que a maioria das enfermeiras trabalham em hospitais públicos.

**Tabela 1: Mulheres vítimas de violência<sup>7</sup>**

Nome	Dia da entrevista	Idade	Profissão	Número de filhos	Tipo de parto	Instituição	Profissionais que cometeram a violência
Ângela	17/09/20	39	Dona de casa	3	Vaginal	1 pública e 2 privadas	Médico obstetra e enfermeira
Joana	18/08/20	35	Letras Licenciatura inglesa e italiana	3	Vaginal	3 públicas (sendo um no Brasil e duas na Noruega)	Médico obstetra
Fernanda	16/10/20	45	Psicóloga e Pedagoga	3	Vaginal	3 privadas	Médico obstetra
Luísa	16/08/20	24	Contadora	1	Vaginal	Privada	Médico obstetra

**Tabela 2: Profissionais da saúde**

Nome	Dia da entrevista	Idade	Profissão	Anos de atuação	Local onde trabalha e/ou trabalhou	Setor: Público e/ou Privado
Maria	17/08/20	24	Enfermeira	1	Hospital das Clínicas e Hospital Sofia Feldman- Ambas em BH	Público
Sofia	19/08/20	38	Enfermeira Obstétrica e Médica	3	Hospital Sofia Feldman- BH	Público
Laura	24/08/20	28	Enfermeira Obstétrica	5	Residência no Hospital Sofia Feldman- BH e atualmente, atende em domicílio e acompanha as gestantes- em BH	Público
Raquel	28/09/20	48	Enfermeira Obstetra e Neonatologista	21	Hospital das Clínicas- Itajubá MG e docente na Instituição Senac MG- Itajubá	Público e Privado

### 3. 2 Categorias de análise

#### 3.2.1 *Violências Obstétricas sendo vivenciadas em suas diversas facetas*

O momento da gestação, para grande parte das mulheres e de seus familiares e amigos é muito importante, repleto de expectativas e anseios, portanto, a violência obstétrica sofrida nesse período traz diversas implicações na vida das parturientes. Nesse sentido, o Ministério

<sup>7</sup> Os nomes aqui apresentados são fictícios no intuito de garantir a privacidade das entrevistadas.

da Saúde (2017) delimitou, em seu blog, como sendo violência obstétrica todas as práticas que tornam as mulheres subordinadas a regulamentos e hábitos descorteses, desnecessários e não aconselháveis, que a retirem do seu protagonismo como parturiente e desprezam seus corpos e o ritmo natural do bebê com a mãe. Tal violência pode ser contemplada em diversas facetas, como: psicológica, verbal, física, em casos de abortamento, entre outros.

A violência mais relatada entre as mulheres e a mais susceptível de acontecer, devido ao fato de acarretar marcas invisíveis e de não serem facilmente comprovadas, é a **violência verbal**. Essa é caracterizada por comentários agressivos, degradantes e constrangedores, direcionados à gestante, quer sejam para menosprezá-la ou para ironizar suas escolhas para o parto, como a posição escolhida por ela para dar à luz. A exemplo disso, tem-se estes relatos:

Eu sentindo as contrações, acho que fui tentar segurar na médica, não sei, ou em alguém e ela falou “NÃO SEGURA EM MIM NÃO, NÃO SEGURA EM MIM NÃO QUE EU NÃO AGUENTO! SEGURA AÍ NA CAMA, NO LUGAR DE PÔR A PERNA, MAS NÃO SEGURA EM MIM NÃO!” Eu lembro que isso ficou SUPER marcado em mim, nesse momento de tanta fragilidade e vulnerabilidade, uma pessoa falar tipo “Não conta comigo não” (risos sem graça), é uma coisa que machuca né. (Joana, 35 anos, vítima de violência obstétrica.)

Só que aí esse médico já chegou dizendo que eu não conseguiria. Repetiu diversas vezes: “Você não vai conseguir. Não vai conseguir. Não vai conseguir.”, já foi me oferecendo analgesia e eu disse no plano de parto que eu não queria que me ofertasse analgesia, que se eu quisesse eu pediria, e continuou dizendo que eu não iria conseguir, já começou a falar que meu filho iria nascer com paralisia cerebral... [...] aí já mandou eu deitar em Litotomia, que é uma posição super desconfortável para quem está parindo e eu falei que não queria, que não estava confortável e mesmo assim a gente deitou e ele já falou: “Você quer que seu filho nasça? Quer que nasça? Então a gente vai fazer nascer.”. (Luisa, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Soma-se ainda a essa agressão, a **violência obstétrica física** que “se configura quando são realizadas práticas invasivas e administração de medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeitam o tempo e as possibilidades de parto biológico.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 34, tradução nossa). As condutas de processos e interferências desnecessárias e violentas, sem a autorização da mulher, são alguns dos episódios que mais marcam tal violência e, a exemplo disso, tem-se a aplicação de ocitocina sintética, a manobra de Kristeller, a privação de ingestão de líquidos e alimentos, os toques vaginais dolorosos e repetitivos, a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), a episiotomia, a lavagem intestinal, a negação de anestésicos, a ruptura artificial da bolsa, o uso de fórceps, a imobilização de membros inferiores e/ou superiores, a imposição de uma posição de parto que não seja a escolhida pela mulher, a raspagem dos pelos pubianos, a

realização de cesárea sem prescrição médica e o consentimento da mulher, entre muitos outros métodos absurdos que são relatados cotidianamente por milhares de mulheres brasileiras.

Nos relatos seguintes é possível observar a seriedade de alguns desses procedimentos:

Aí ele pegou o fórceps e eu já fiquei desesperada. Olhei para minha mãe, para o meu esposo, para todo mundo, assim, desesperada. E falei que não queria, que não aceitava, que ele ia machucar meu filho, mas para ele não fez diferença nenhuma falar ou não falar né, continuou com os procedimentos e já veio com a sonda para poder passar a episiotomia - que eu tinha falado no meu plano de parto que eu não aceitava, DE FORMA ALGUMA, a episiotomia. Eu falei que existia comprovação científica para isso, que é minha vontade, que eu não queria [...]. (**Luisa**, 24 anos, vítima de violência obstétrica).

Eles me cortam né, eu sei que é o processo normal no Brasil, de fazer a episiotomia, cortar e tal... Depois eu me lembro de estar com ela (a filha) em cima de mim e sentir os pontos que eles estavam dando, eu acho que estavam tentando dar anestesia local só, porque eu já estava sentindo tudo, sentindo os pontos e eu perguntando “ah, quantos pontos vocês estão dando?” e ela falando “ah não sei, não sei”, meio que assim... (risos sem graça) não importa sabe?! E poxa é meu corpo sabe, eu queria entender o que estava acontecendo! [...] Mas eu acho que exatamente por ser a primeira vez que estava passando por isso, a gente sempre fica na dúvida tipo “será que é assim mesmo?”, “será que isso é normal?”, “será que eu que estou querendo saber demais?”, “será que ninguém nunca sabe quantos pontos que tomaram?”. (**Joana**, 35 anos, vítima de violência obstétrica.).

[...] eu não sabia que iam dar um corte, sabe? Aí eu assustei, quando eu vi ela (a médica) tava costurando. Aos vinte anos, eu era uma menina. Pensei “não foi cesária, que que tava costurando?” [...] Ela falou que foi ótimo, “seu parto foi excelente, só que a gente teve que fazer um “piquizinho”. E eu sofri muito depois desse corte, porque os pontos inflamaram imediatamente [...]. Mas pra mim era normal, pra mim todo mundo fazia um corte, costurava e ficava ruim depois do parto. [...] Outra coisa também é o toque. Ô gente, você tá esgoelando de dor e eles vêm pra ver quantos centímetros tá, se tá dilatando mais, enfiam a mão, é muito cansativo. Aí entre uma contração e outra que você tá lá relaxando, vem o toque [...]. (**Fernanda**, 45 anos, vítima de violência obstétrica.)

Em razão da moção do parto, das casas para os hospitais, bem como a utilização das técnicas supracitadas, muitos médicos se escondem por detrás da falsa segurança que essas tecnologias proporcionam ao parto e, conforme exposto no documentário *Renascimento do Parto* (2013), como consequência, há o esquecimento das manobras essenciais para se realizar um parto sem intervenções artificiais. Desse modo, podemos dizer que a medicina contemporânea se esqueceu de como realizar partos sem o apoio fornecido pelas tecnologias. Isso pode ser percebido quando os profissionais da saúde, ainda hoje, insistem em aplicar técnicas que não possuem respaldo científico e nem trazem benefícios à parturiente e à criança, como foi evidenciado nos próximos relatos:

A gente sabe que utilizam métodos e procedimentos que não tem fundamento para serem utilizados, toques sem muitas necessidades [...] muito toque, vários alunos na

mesma gestante que seria a futura parturiente. Um outro procedimento que não se usa mais, não se deve usar é a Manobra de Kristeller, vemos coisas absurdas acontecendo! São procedimentos que hoje vemos com outros olhos, eu vejo com outros olhos. (**Raquel**, 48 anos, enfermeira obstetra, neonatologista e docente na Instituição Senac MG.)

A sensação que eu mais senti foi a sensação de impotência muito grande, porque você perde totalmente o controle da situação - tanto que quando o Joaquim (nome fictício do filho) nasceu, a primeira coisa que eu falei foi: “Me perdoa! Me perdoa! Me perdoa! Me perdoa!”. Gritando para ele assim, sabe! Pedindo perdão porque eu sabia que o que tinha acontecido aconteceu desnecessariamente, de uma forma que eu não planejei nem um pouco. (**Luisa**, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Outra esfera de ocorrência da violência obstétrica, mas que não é dada a devida visibilidade, são em casos de **abortamentos**. As mulheres que passam por abortos também podem ser vítimas desse tipo de violência quando passam por procedimentos invasivos somados à falta de esclarecimento, permissão e anestesia, bem como quando ocorre negação ou demora no atendimento, acusação ou questionamento sobre a razão do aborto. Visto isso, é tamanha a violência praticada por profissionais e instituições em um momento de extrema vulnerabilidade e fragilidade da mulher. Nessa óptica, o próximo depoimento traz uma experiência vivenciada durante um abortamento:

Cheguei lá e fui pra uma sala de espera, eu fiquei do lado de gestantes que iam ganhar seus filhos, né? Estavam lá chorando, mas chorando, assim, de dor, que iam ganhar o bebê ou então tinha umas aguardando, e aí eu comecei a sofrer com isso. Poxa vida, eu tô perdendo e elas estão ganhando, vão ganhar e eu tô junto. Chorando de tristeza e elas de alegria. E eu fiquei nesse lugar quase o dia todo, assim, eu fiquei muito lá. [...] ou seja, jogada, né? [...] Fui a última para coleta, a gente toma uma anestesia local imediatamente, é uma coisa assim muito nua e crua, sabe? É muito estranho, “tirei o resto do seu filho, agora você vai pra casa”, tipo assim mesmo, não tinha acompanhamento psicológico. Foi horrível, a pior experiência da minha vida mesmo. E voltar pra casa foi pior ainda. Porque você volta vazia, tanto por dentro, quanto de sentimento. (**Fernanda**, 45 anos, vítima de violência obstétrica.)

Por fim, das diversas facetas mencionadas, a última a ser abordada são as **violências psíquicas**. Esse tipo de violação possivelmente é a mais complexa, visto que ela se configura por consequências de ações verbais, físicas, de negligências, comportamentos ou qualquer outra atitude que provoque na mulher sensações e emoções de medo, desamparo, inferioridade, insegurança e instabilidade emocional. Devido à subjetividade de cada mulher e considerando toda a influência de hormônios e ansiedade que esse momento por si só abrange, tem-se uma linha muito tênue do que pode ser considerado uma violência obstétrica psicológica, já que, para uma mulher, certa situação pode afetá-la vigorosamente e para outra não. Ainda assim, pudemos perceber que ocorre, por parte da equipe de saúde, chantagens emocionais,

exigências, pressões psicológicas direcionadas às mulheres, como é observado nos seguintes relatos:

E aí, a enfermeira falava, vamos lá, vamos fazer força, já tá quase, e tal. Eu assim, esgotada. E ela completamente grossa e fria. O lugar já é frio, fisicamente, porque parece que você tá dentro do freezer [...] E aí eu continuei. Enfim, até que chegou o momento que ela (a enfermeira) foi me aplicar a anestesia e eu não tava aguentando mais e ela começou fazer tipo chantagem. “Ah, mas se você não cooperar, como que eu vou te dar essa anestesia? Se você não cooperar, não vai ter jeito.” [...] e eu tava pagando gente, era particular [...], porque isso é muito associado, né, o que é de graça, a gente sofre mais, a pessoa destrata mais. E o meu caso não, eu tava pagando. [...] Tanta coisa que a gente precisa nesse momento, você nem sabe nomear exatamente. (**Fernanda**, 45 anos, vítima de violência obstétrica.)

Eu acho que tem muito a ideia de que assim “ah não reclama, você teve um neném, deveria estar feliz” “olha só o neném no seu colo aí, você não está feliz com o seu bebê?” (risos). Essa coisinha de que você não pode expressar... eu acho que é mais uma coisa cultural na verdade né, de que a mãe deveria estar feliz, não tem nada que estar triste, voltar traumatizada... Porque o bebê vai trazer toda sua alegria, e toda sua satisfação, aquele sentimento de completude né?! Então você não tem nada que estar preocupada com o que já aconteceu, porque “já passou, já passou, já passou e não tem mais nada disso”. Então eu acho que é exatamente o contrário, se você não falar aí é que vem toda a depressão e todos os sofrimentos psicológicos relacionados ao pós-parto. (**Joana**, 35 anos, vítima de violência obstétrica.)

Tais condutas, em momentos como esses em que a mulher se encontra em extrema delicadeza, podem impactar seu psicológico e gerar marcas traumáticas, profundas e permanentes, sendo susceptíveis de acompanhá-la para o resto da vida, mesmo quando tratadas em terapia.

Mas, cá estou, né? Sobrevivi, mas as marcas ficam né?! (**Fernanda**, 45 anos, vítima de violência obstétrica.)

Desse modo, fica claro a necessidade de um acompanhamento psicológico mais ativo e próximo às parturientes e profissionais que se encontram dentro das maternidades brasileiras. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016) evidenciam a necessidade de uma equipe multidisciplinar para que ocorra uma boa assistência ao parto. Com base nisso, questionamo-nos o motivo pelo qual profissionais da área da saúde, como os psicólogos, ainda não integram ativamente essa assistência.

Os relatos a seguir tornam notória essa necessidade e o desejo apresentado pelas parturientes e alguns profissionais de obter esse apoio.

Depois eu fui pra casa e aí você vai tentar ver o que aconteceu com você né?! [...] Eu acho que também o pós parto assim, ter uma conversa com alguém... Aí é onde eu acho que está a grande diferença do que eu experimentei aqui na Noruega. [...] eles têm uma conversa depois do parto, antes de você sair do hospital, você tem que ter uma conversa com uma parteira. [...] que não precisava ser exatamente uma parteira, poderia ser uma psicóloga, uma assistente social. Mas que seja alguém que queira ouvir e tentar te ajudar a entender o que aconteceu durante o seu parto. E eu acho que o trabalho dos psicólogos faria toda a diferença [...] eu acho que é o caminho que vocês estão fazendo, de tentar achar mesmo formas de como lhe dar, porque acontece, é um trauma. Mesmo que seja feito da melhor maneira possível, mesmo se todos os médicos e enfermeiros fossem gentis e mostrassem compaixão, ainda sim é uma experiência de dor e de trauma. Tudo o que as mulheres precisam é de um pouquinho de terapia, um pouquinho de acompanhamento psicológico, ou que seja alguém para conversar e conseguir amenizar. (**Joana**, 35 anos, vítima de violência obstétrica.)

Então, eu acho que nunca vou conseguir digerir de verdade tudo o que aconteceu, mas quando eu divulguei meu relato uma profissional, uma psicóloga, entrou em contato comigo me oferecendo ajuda, se eu achasse necessário, dizendo que estaria disposta a me atender, e, assim, para mim foi muito válido as sessões de terapia que eu fiz, porque, nossa, me ajudou demais, nossa!!! (**Luisa**, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Eu tenho certeza que vocês são fundamentais na equipe, não só para a parturiente, mas às vezes alguém ali da equipe, acontece muita coisa ali. E assim, quando vocês são requisitados dentro do ambiente hospitalar? Quando há uma intercorrência grave [...] quando há óbito nesse nascimento, quando tem uma mulher que chega para a gente em condição de aborto né, seja ele provocado ou espontâneo [...] aí né “chama o psicólogo”, e isso para vocês apagarem o fogo não é?! Não é para estar junto ali. Eu acho que é importante sim, nossa, fundamental estar com a gente. Eu acho que vocês seriam importantíssimos para a gente ali, um ganho tremendo na assistência ao parto. (**Raquel**, 48 anos, enfermeira obstetra, neonatologista e docente na Instituição Senac MG.)

Tendo em conta todas essas perspectivas, o parto humanizado vem sendo cada vez mais buscado e idealizado por muitas gestantes. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000) contempla a humanização como práticas, condutas e conhecimentos pautados no desenvolvimento saudável dos processos de parto e nascimento, em que se prioriza a dignidade da mulher e do recém-nascido e se questiona o uso de práticas intervencionistas desnecessárias.

Em o *Renascimento do Parto* (2013) fica notório a movimentação e progresso desse novo cenário de mulheres que estão lutando para resgatar a história original dos partos, nesse sentido, as mulheres têm buscado maiores informações e profissionalização, objetivando ocupar o seu espaço de fala e, assim, retomar seus papéis de verdadeiras protagonistas.

A declaração de uma das vítimas aborda as expectativas e preparos para o momento do parto:

Eu estudei bastante, planejei e busquei ter um parto natural, com o mínimo de intervenção médica possível [...] eu fiz um plano de parto, idealizei muita coisa e tal, a

fim de que tudo ocorresse da forma que eu queria. (**Luisa**, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Acerca dessa autonomia que tem-se sobressaído, as mulheres apropriaram-se da capacidade de exigir suas próprias vontades, tudo aquilo que consideram melhor para ela e para seus filhos. Isso tem resultado positivamente.

Gosto dessa temática que fala da autonomia delas escolherem a posição do parto, e realmente, a posição vai influenciar muito no parto em si e na fisiologia dele, na ocorrência das contrações e na ocorrência do nascer. No estudo que eu fiz, nas referências que eu busquei, fala até do vínculo. A posição que ela escolhe ajuda depois no vínculo com o recém-nascido, no afeto da criança, do bebê recém-nascido com ela. (**Raquel**, 48 anos, enfermeira obstetra, neonatologista e docente na Instituição Senac MG.)

Entre as culturas, existe a falsa sensação de que há um parto mais correto do que o outro, no entanto, acreditamos ser necessário evidenciar que o parto ideal é aquele que traz maior satisfação, conforto e segurança à parturiente e ao seu bebê.

É... Aqui (na Noruega) eles vão tentar o parto normal... não “a todo custo”, mas eles vão fazer de tudo para que o parto seja normal. [...] Eu sei que se não tiver outro jeito, eles vão fazer uma cesárea, eu não sou médica e não sei todas as implicações, mas eu ACHO que, às vezes, eles forcem demais a barra para o parto ser normal. Por causa disso, eu já ouvi histórias de amigas que tiveram todo o processo para o parto normal, sofreram muito, muitas dores, muitas contrações para no final das contas ter o parto cesárea, o que eu acho que é uma coisa desnecessária. Se dá para ver que está difícil, não esperar tanto tempo e não forçar tanto a barra para ser um parto normal se não tem jeito. Isso é uma crítica que tenho ao sistema daqui, acho que eles forcem muito para ser um parto normal, mesmo se a criança for enorme assim quatro, cinco, SEIS quilos. Eu já ouvi histórias de bebês de seis quilos nascerem de parto normal, mas é o jeito que eles fazem aqui. (**Joana**, 35 anos, vítima de violência obstétrica.)

Isto posto, fica claro que a humanização do parto não se restringe apenas ao parto natural especificamente, mas também ao vaginal e, por mais inesperado, à cesariana. O que é capaz de tornar esse parto mais humano é o respeito a um dos momentos mais importantes da vida daquela mulher com seu filho, o devido acesso às informações e seus direitos, o ambiente mais agradável possível, com boas lembranças e principalmente ouvir e acatar as escolhas daquela mulher, pois ela é a protagonista desse momento.

### ***3.2.2 Negligência profissional e institucional ao acolher mulheres vítimas de violência obstétrica***

Durante as entrevistas muito se falou sobre a negligência profissional e institucional ao acolher as mulheres vítimas de violência obstétrica. A negligência, que pode ocorrer antes, durante e depois do parto, é um dos tipos mais comuns de violência obstétrica e se caracteriza em “negar atendimento, negligenciar, menosprezar, não reconhecer o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto.” (SENS, STAMM, 2019, p. 8). Tal descaso das maternidades e dos profissionais potencializa o sofrimento das mulheres, haja vista que as mesmas continuam se sentindo impotentes e abandonadas. Seguindo essa perspectiva, o Ministério da Saúde (2012) relatou que mais de 12% das queixas recebidas advinham de mulheres que vivenciaram tratamentos desrespeitosos, repletos de agressões físicas e verbais, além de terem o atendimento negado. A omissão, em suas variadas facetas, além de ser uma marca expressiva da negligência, constitui-se como uma violência sutil que pode ser facilmente disfarçada, contruindo, assim, para a continuidade de sua ocorrência por parte das instituições e dos profissionais de saúde.

A dimensão da negligência institucional se torna visível a partir desta declaração:

[...] e a maternidade foi totalmente omissa a tudo isso, sabe! Eu fui lá trocentas vezes tentando relatar o que aconteceu comigo, tentando buscar uma alternativa. [...] Então, o que aconteceu, eu tentei, eu fui na maternidade e tentei conversar a respeito do que tinha acontecido comigo ali, já que eles me venderam uma coisa e me dado outra totalmente diferente, mas não fui ouvida. Eu saí de lá arrasada, totalmente arrasada. Ficaram de me ligar, mas não ligaram. E aí a minha fotógrafa teve a ideia de eu fazer um relato de parto para poder entregar para a maternidade. Aí fiz o relato, voltei na maternidade, entreguei, e não tive resposta da maternidade. (Luisa, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Em *o nascimento da medicina social*, Foucault (1979) propõe a hipótese da medicina como sendo uma prática social, bem como uma estratégia biopolítica. Essa noção implica pensar a medicina como uma ciência que opera formas de controle no corpo coletivo, pois a mesma logo iria transformar o corpo humano em alvo de uma ação política. Isso porque “o biopoder refere-se a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis” (BERTOLINI, 2018, p. 87). Nesse sentido, podemos pensar em uma política dos corpos que visa inferir como se deve perceber, valorizar e vivenciar nossos próprios corpos. Tal concepção no campo da saúde pode ser observada quando os profissionais da medicina contemporânea, em razão do respaldo científico e tecnológico, objetificam os corpos dos pacientes, moldando-os e dominando-os. Essa realidade pode ser percebida também no momento do parto, principalmente quando os médicos obstetras fazem o movimento de dominação frente ao corpo feminino no intuito de controlar o processo e anular o papel protagonista da mulher.

O trecho a seguir demonstra essa relação de poder e dominação por parte dos médicos:

[...] ele já foi falando: “Não, mas a gente não vai ler o plano de parto, a gente não lê plano de parto. Eu faço o bebê nascer e, a partir de agora, o parto já não é mais dela. O parto é meu.” [...]. (Luisa, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Ainda, como percebido nas entrevistas realizadas, não é incomum relatos de mulheres que se sentiram dominadas pelos profissionais da saúde e imersas nessa relação conflituosa de poder que se configura no momento do parto. Seja pela imposição, por parte dos médicos responsáveis, de medidas não requeridas pela parturiente, seja pela negligência ao acolher e explicar os procedimentos para a mulher em questão. Tal situação traz um prejuízo inimaginável para a saúde mental da mãe, que já se encontra em uma situação de extrema vulnerabilidade, e se configura em um claro exemplo das relações hierárquicas que ocorrem dentro da instituição, o que é mostrado no seguinte discurso:

[...] me dominaram por completo, só me deixaram almoçar algumas sopinhas, eu não podia comer uma comida sólida e tal... aí chegou uma determinada hora que me mandou ficar deitada, eu quase morri de dor. E me obrigou, disse que eu não podia ficar em outra posição, mas não explicaram o porquê não, eu perguntei o pessoal lá: “Mas porque que é que eu tenho que ficar deitada?”, (elas responderam): “Não, é porque precisa, tem que ser assim.”, mas não explicaram nada, né e também fizeram toque enquanto eu estava... no momento de uma contração. Eu quase morri, isso foi horrível, foi a pior dor do mundo. (Ângela, 39 anos, vítima de violência obstétrica.)

A relação humana entre médico e paciente no momento do parto se configura como uma interação essencial para a mulher se sentir segura diante de uma situação tão delicada, que é parir uma criança. Segundo Sens e Stamm (2019), a medicina atual se caracteriza como defensiva, principalmente por se apoiar em tecnologias para realizar intervenções, acreditando que elas são mais seguras, indolores e ideais, superestimando, assim, os riscos de um parto natural, respeitando a fisiologia da mulher. Essa posição defensiva, corrobora para com a pequena abertura que se dá para mulher escolher seu tipo de parto, bem como realizar a tomada de outras decisões referentes a esses procedimentos.

A comunicação, a decisão compartilhada, a escuta do médico com o que a mulher tem a dizer e a querer são apenas algumas atitudes em que a autonomia e o protagonismo da mulher são respeitados. O desempenho do profissional não se limita a apenas ter condições materiais ou de sua sabedoria técnico-científica, mas principalmente de como o relacionamento e o respeito com a parturiente é colocado em prática.

Todavia, a autonomia da mulher nas decisões de seu parto e de quais procedimentos ela aceita que façam com o seu próprio corpo, são limitados. A partir do momento que surgem

questionamentos, recusas e contestações da autoridade médica, o profissional tem dificuldades em aceitar e se apropria de um discurso que silencia o direito da mulher de intervir no próprio corpo. Contudo, foi possível através das entrevistas perceber que há, por parte de alguns profissionais, uma tentativa ínfima de mudança desse pensamento.

[...] a gente tem que resgatar a valorização da mulher e do protagonismo dela e do bebê durante o processo do parto. É preciso resgatar um pouco do trabalho das parteras, em que as mulheres pariam entre mulheres, com um suporte de outras mulheres e empoderadas por outras mulheres... A gente precisa ir na contramão para que essa mulher volte e ser empoderada e volte a entender o momento de parir como um momento dela e do bebê. O esperado é um parto fisiológico. O termo é assistir e não fazer um parto. (Sofia, 38 anos, enfermeira obstetra e médica.)

Para que haja uma mudança mais efetiva na relação médico-paciente, é preciso também refletir acerca da relação da enfermeira obstétrica com o médico responsável pela assistência ao parto. Muitas vezes, o médico estende sua conduta autoritária e prepotente para além das parturientes, agindo dessa forma, inclusive, com os profissionais que trabalham junto a ele. Araújo e Oliveira (2006) consumaram em seus estudos que há uma dificuldade de aceitação do papel da enfermeira obstetra pela equipe médica, corroborando, assim, com a ocorrência de negligências dentro da própria equipe médica, uma vez que não há o reconhecimento do papel mister que a enfermeira assume. Portanto, torna-se fundamental que os profissionais reconheçam o papel das enfermeiras obstétricas, a fim de possibilitar espaço e abertura para que elas possam atuar e intervir de forma efetiva. Através dessa perspectiva, o próximo depoimento traz esse aspecto extremamente relevante:

Que papel que essa enfermeira obstetra tem no hospital? [...] Porque tem o espaço que a instituição dá e como que a equipe encara esse profissional, porque muitas vezes a enfermeira obstetra é contratada para atuar como enfermeira obstetra, mas a equipe não deixa, não dá abertura, é extremamente resistente [...] Porque não adianta todo o cuidado humanizado ou a falta de violência obstétrica ficar só comigo como profissional, porque essa mulher vai perpassar essa gama de profissionais durante a internação dela, e todos eles têm que trazer esse mesmo atendimento. (Maria, 24 anos, enfermeira obstetra.)

Somando-se às informações supracitadas, foi possível perceber também, durante o decorrer das entrevistas, que as questões de gênero estão intimamente ligadas à ocorrência de negligências no contexto da violência obstétrica. Desse modo, faz-se mister debater sobre as implicações que o termo “gênero” vem a ter no cenário da saúde. Segundo Scott (1989), o gênero é uma construção social que serve para distinguir os papéis masculinos e femininos. Nesse sentido, seu uso promove uma hierarquização quanto à posição que o homem e a mu-

lher ocupam na sociedade, este, historicamente tido como superior, e aquele como inferior, constituindo, assim, uma relação dominante e dominada. Essa construção social é vista no âmbito da saúde, principalmente, com a supervalorização da figura do médico tanto na sociedade quanto pelo próprio sujeito ao demonstrar atitudes prepotentes com a equipe em que trabalha e, no caso da presente pesquisa, com as parturientes. Diniz (2005) diz que, ao abordarmos a violência obstétrica, tratamos também de uma violência de gênero arraigada pelo Estado, mediante a instituições elegidas por ele, como a equipe contratada em maternidades públicas, em oposição às mulheres que deveriam ser, pelo mesmo Estado, resguardadas e não violentadas. Partindo deste viés, tem-se as seguintes narrativas:

se pensarmos em violência obstétrica, ela está muito ligada, falamos que “violência obstétrica = violência de gênero” [...] então a mulher infelizmente, hoje a gente fala “Nossa, estamos no século XXI” mas existe o machismo, e a gente percebe que na área médica o número de médicos que atua como obstetra é maior do que mulher, começando por aí né [...] e é lógico que a visão dele, machista, impera na hora da assistência [...] ele vai como homem, e subjuga a mulher submissa a ele, tem esse lado histórico [...] na hora que ele está ali assistindo essa parturiente, o que impera nele é o machismo, a gente vê [...] durante o parto, uma assistência junto com meus alunos, que a gente assumíamos a sala, eles falavam coisas absurdas para elas, coisas absurdas mesmo, com conotação machista e que eu ficava indignada [...] quando ele vai prestar sua assistência, ele leva com ele já uma cultura machista, uma cultura que já está impregnado no homem. (**Raquel**, 48 anos, enfermeira obstetra, neonatologista e docente na Instituição Senac MG.)

Aquela frase tradicional que “na hora você não sente dor”, lembrei agora desse comentário. “Na hora você não tava gritando, né?”. Enfim... que que você faz? Na hora fiquei calada, porque não sabia meus seus direitos, né? (**Fernanda**, 45 anos, vítima de violência obstétrica.)

há [...] uma supervalorização de tudo aquilo que é masculino e desvalorização do que é feminino [...] ainda mais se você pensar na figura de um homem que nunca vai viver aquilo, que não sabe o que que é, falando como frescura, como se fosse algo próprio de mulheres [...] por ser frescura, por ser frágil e tudo isso. (**Maria**, 24 anos, enfermeira obstetra.)

Historicamente, há um movimento característico da medicina: obter benefícios, privilégios masculinos e controle sobre outras pessoas (WOLFF e WALDOW, 2008). Tal realidade é sentida pelas mulheres quando vão à procura de profissionais que as acolham neste momento delicado, mas que, contrariamente, deparam-se com médicos arrogantes que tratam o parto como uma oportunidade de demonstrar, não somente seu poder sobre os corpos femininos, como também seu papel dominante (como homem e como médico). Essa perspectiva, pode ser encontrada nos relatos a seguir:

[...] a necessidade daquela figura estar ali para poder intervir de alguma forma, de achar que eu não tenho necessidade, por mim própria - porque eles não têm consci-

ência de que o médico está ali para auxiliar, se necessário, eles acham que tem necessidade de intervir porque eles são os médicos, que ele é o médico... e a partir do momento em que ele começou a falar que ele estava ali para fazer o bebê nascer, sendo que quem faz o bebê nascer sou eu, e que o parto não era mais meu sabe. (**Luisa**, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

[...] ele (o médico) nem olhou na minha cara, né? Que era diferente da minha médica, que ficava do meu lado, vinha toda hora nas doze horas de contração, né? Ela vinha, aí ela me dizia “vamos ver se tá na hora?”, enfim, diferente, passava a mão na minha cabeça, sabia o nome do meu filho. (**Fernanda**, 45 anos, vítima de violência obstétrica.)

Portanto, podemos perceber que situações como essas evidenciam ainda mais formas de negligência, haja vista que, ao escolher portar-se desse modo, os médicos menosprezam e anulam o protagonismo e a autonomia da mulher, seja ela estando no papel de uma profissional da saúde, seja ela ocupando o lugar de parturiente. Tal conduta, causa diversas implicações na vida da mesma e somente pode ser transformada a partir de uma maximização da potência feminina, ampliando e aumentando o seu lugar de fala, pois Saffioti (2015) nos relembra que, as violações dos direitos das mulheres, estão intrinsecamente ligados à construção machista e patriarcal da sociedade na qual vivemos.

### ***3.2.3 Implicações da violência obstétrica***

A transformação do parto ocorrida ao longo dos séculos traz diversas implicações no modo de produzir saúde que impacta, diretamente, a vida das parturientes. Segundo Pontes, Lima, Feitosa e Trigueiro (2014), o momento do parto, na cultura social antiga, era enxergado como um momento especial e bastante íntimo, da mulher para com a mulher, ou seja, a atenção era voltada para o feminino. Nesse sentido, a parturiente encontrava assistência e apoio nas mulheres, sejam elas parteiras, sejam membros de sua família. Todavia, com o avanço tecnocientífico, Muniz (2012) comenta que a medicina se apropriou do processo do parto na medida em que assumiu o controle sobre o corpo das mulheres e as levou para parir nos hospitais, ainda que em condições precárias. Essa nova realidade, trouxe para o parto maiores intervenções, transformando-o em um processo cirúrgico e em um modelo de cuidado masculino, despreocupando-se com as necessidades da mulher e, nesse caso, do corpo materno. Assim, a ideologia de gênero e o controle sobre o corpo feminino são reafirmados, o que é demonstrado na fala de uma enfermeira:

[...] foi tirado da gente, enquanto mulher, quando se iniciou o processo de colocar o parto em ambiente hospitalar e colocar o parto nas mãos de homens, de médicos, e

tirarem as parteiras de cena, falando que as parteiras não traziam segurança e que a mortalidade era muito grande e que os métodos de antisepsia não eram adequados e que o parto deveria ser instrumentalizado, cirúrgico e em ambiente hospitalar [...]. O parto é tirado de casa e colocado em ambiente hospitalar, onde os homens é que fariam o parto, a mulher não sabia mais nada, não sabia parir. A partir daí começam a querer dominar, ainda mais, os corpos femininos. (Laura, 28, enfermeira obstetra).

Essa hospitalização do parto traz para a parturiente consequências, não somente físicas, como também psíquicas, já que a saúde mental da mesma não é efetivamente cuidada pela instituição que a recebe durante todas as etapas do processo de gestação. Isso pode ser percebido pela ínfima atuação de psicólogos compondo a equipe multidisciplinar que acompanha as mulheres e pelas queixas que elas próprias fazem em relação à carência de tratamento psicológicos nas maternidades e hospitais. O momento do parto é acompanhado por diversos sentimentos, como alegria, angústia, ansiedade, medo, etc, principalmente quando a parturiente está à espera do seu primeiro filho, por isso, é mister que a dimensão subjetiva dessa mulher seja considerada e trabalhada pelos psicólogos.

Eu acho que vocês têm que falar sobre o papel da psicologia. Reforçar qual é a atuação de vocês enquanto psicólogos e onde estão essas equipes de psicologia que não estão nos acessos das equipes de saúde desses hospitais, pré natais, e a gente tem no Brasil um dos melhores serviço de psicologia no mundo, e cadê a psicologia nas políticas públicas e acolhendo essas mulheres que sofrem violência. Falta essa função psicologia para as mulheres. Existem o serviço de psicologia, toda unidade tem um psicólogo de referência mas são poucos e eles não dão conta de absorver essa demanda enorme. Porque a gestante não tem um acompanhamento psicológico no pré natal? São raras as que a gente consegue encaixar. (Sofia, 38 anos, enfermeira obstetra e médica)

É lamentável que a maioria dos hospitais não possibilitem que as parturientes tenham contato com um psicólogo nos momentos pré, durante e pós gestação. Até mesmo nos casos em que não há violência obstétrica, é imprescindível que a mulher fale sobre essa experiência da gravidez e de ser mãe, porque é inegável que tal vivência traz sentimentos seriamente difíceis de se lidar, como o medo, a insegurança e a angústia. O acompanhamento psicológico é importante não só para a saúde psíquica da mãe, mas também para o bem estar do filho. Cuidar de um filho requer um emocional estabilizado, caso contrário, ele pode ser prejudicado pelas angústias da mãe advindas da experiência da gravidez.

Abaixo, tem-se um relato sobre uma vítima de violência obstétrica, demonstrando o quando seu emocional estava fragilizado, e o quanto uma violência pode prejudicar sua saúde mental:

Eu não tenho como mensurar o quanto [a terapia] me ajudou, porque assim, puerpério, junto com tudo isso, não foi fácil. E aí eu fiz sessões de terapia com ela sim e depois eu comecei - a gente parou com a terapia individual - a fazer terapia em grupo com outras mães, só que veio a pandemia... Mas assim, nossa!!!! As sessões que eu fiz com ela me ajudou demais. (**Luisa**, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)

Ademais, outro fator que implica para que haja uma persistência das práticas de violência obstétrica no Brasil, é a falta de leis e de protocolos específicos para tal situação, diferentemente de outros países da América Latina, como a Venezuela, em que há, em vigor, a *Ley orgânica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, que considera a violência obstétrica como crime, e a Argentina, onde existe a chamada *Ley de Parto Humanizado*, que visa reafirmar o direito das mulheres a um parto seguro e respeitoso e combater as práticas hostis e invasivas (VELLOSO, 2014). Em território nacional contamos apenas com leis generalizadas que buscam assegurar a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88); o princípio da legalidade (art.5º,II,CRFB/88) que assegura autonomia à mulher, e ainda proteção à vida, à saúde, à maternidade e à infância, por exemplo. Diante da falta de leis e protocolos específicos, algumas profissionais optam por adquirir estratégias pessoais no intuito de, ao menos, tentar contornar essas situações violentas.

[...] eu tento fazer pequenas intervenções mostrando o outro lado. Como colega de profissão a gente consegue interferir em pequenas coisas, porque o profissional que vai fazer a violência obstétrica mais efetiva e mais grave cabe à gestão do hospital. (**Sofia**, 38 anos, enfermeira obstetra e médica.)

[...] eu acho que uma questão que influencia muito essa questão da humanização e como que vai ser o cuidado é que papel que essa enfermeira obstétrica tem no hospital, porque cada hospital tem um tipo de acessibilidade diferente pra enfermeira obstétrica, uma abertura diferente [...] Que até mesmo o tanto que a enfermeira obstétrica vai conseguir ser efetiva na prevenção da violência obstétrica ou o tanto que ela se sente valorizada o suficiente pra ter uma intervenção com a equipe, conseguir discutir os casos com os médicos, conseguir ter uma atuação, eu acho que isso interfere demais se vai acontecer ou não uma violência obstétrica e como que vai ser a repercussão da equipe e tudo mais. (**Maria**, 24 anos, enfermeira obstetra.)

Além de traçar estratégias pessoais, as enfermeiras obstétricas, ao perceberem o acontecimento de violência no seu local de trabalho, acabam se apoiando primordialmente no que orienta As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016). Tal documento procura “orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas” (BRASIL, 2016. p. 5). Nesse sentido, quando requer protocolos institucionais, muitas enfermeiras obstétricas buscam no documento em questão intervenções possíveis de serem

realizadas, seja diretamente com a parturiente, seja apenas com a equipe médica responsável. No seguinte relato, é apontada uma estratégia de intervenção encontrada por uma das enfermeiras entrevistadas:

[...] a maneira que eu encontrei nos momentos que eu presenciei foi de chegar na coordenadora e falar “olha, houve ali uma violência obstétrica, porque dentro da nossa Diretriz isso não condiz, não pode acontecer”. Essa foi a forma que eu consegui atuar ali, junto com minhas alunas e alunos. E questionar com eles “O que vocês viram dentro da sala de aula condiz com a prática no sentido de humanizar o parto, a assistência ao parto?” É uma forma que eu consegui chegar e tentar abrir a mente. **(Raquel, 48 anos, enfermeira obstetra, neonatologista e docente na Instituição Senac MG).**

Outra implicação causada pela falta de leis diz respeito à dificuldade que as parturientes encontram para realizar as denúncias de violência obstétrica. Além de todo o desgaste emocional e físico imposto por essa violência, a mulher, ao ir atrás de seus direitos e da justiça, na maioria das vezes, depara-se com um sistema judicial que não a escuta e nem a acolhe. Em razão dessa violência não ser considerada um abuso que fere a integridade física e psíquica da parturiente, muitas delegacias, inclusive as delegacias da mulher, além de não saberem o que de fato é a violência obstétrica, recusam-se a fazer um boletim de ocorrência relatando a queixa em questão. O discurso da mulher é totalmente desacreditado, ou então, não levado a sério o suficiente. Nos casos em que a denúncia é feita, demora muito para ajuizar a ação devido a quantidade de burocracias necessárias para formalizar um processo. Muitas mulheres se sentem envergonhadas de contar o que aconteceu, ou até mesmo se sentem mal de ter que reviver aquele momento através do relato, sendo assim, é extremamente frustrante e indignante que, ao chegar numa delegacia, ela não seja devidamente tratada. Em razão disso, muitas mulheres preferem não denunciar.

Segue o relato sobre a vítima de violência obstétrica que foi totalmente desamparada ao tentar denunciar a violência sofrida:

Depois eu entrei com denúncia no CRM, eu fiz boletim de ocorrência (B.O) - ah! Isso também é muito interessante sobre o boletim, eu acho muito importante falar porque eu fui, RECÉM PARIDA, na delegacia, maior custo para poder fazer o boletim de ocorrência, uma delegacia especializada para MULHER e eu cheguei lá e o policial se negou a fazer o boletim de ocorrência, porque ele desconhecia violência obstétrica. Eu tive que voltar para casa e ir ligando em outras delegacias até encontrar uma que faria a ocorrência. Então eu acho que já começa daí. A forma que o sistema faz para que as mulheres não denunciem, porque é muito lento. Igual, eu entrei em processo contra a maternidade e estou até hoje... Nem entrou ainda, até hoje nada. Eu fico pensando que por isso outras mulheres também preferem nem denunciar. **(Luisa, 24 anos, vítima de violência obstétrica.)**

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos discursos analisados e da pesquisa bibliográfica que orientaram este artigo pudemos perceber que a experiência da violência obstétrica é sentida conforme a subjetividade de cada parturiente, podendo ter implicações mais ou menos intensas para cada mulher que vive essa experiência. Além disso, interfere também nessas implicações o tipo e grau de violência obstétrica sofrida: a violência obstétrica se define explicitamente através de agressões verbais, físicas e psicológicas, sempre se caracterizando pela anulação do desejo da mulher em detrimento da vontade do médico responsável. Nesse sentido, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam atentos aos seus próprios comportamentos e sentimentos para não projetar na mulher suas possíveis raivas e frustrações, por exemplo.

Outro ponto a ser destacado diz respeito ao fato de termos constatado a prática da violência obstétrica como se tratando de um reflexo do machismo estrutural e das relações de poder presentes no ambiente hospitalar, de modo que as enfermeiras obstetras são constantemente subjugadas pelos médicos responsáveis, e as parturientes tornam-se reféns da vontade de outrem, perdendo completamente o direito sobre seus corpos. Embora haja um crescente movimento das mulheres em busca de um parto humanizado, bem como a procura por profissionais capacitados que as ajudem nesse momento, grande parte das maternidades não disponibiliza suporte psicológico para as grávidas durante o pré-natal, nem mesmo após o nascimento do bebê. A ausência de um psicólogo se torna um agravante quando ocorre a violência obstétrica, pois tal serviço se faz ainda mais necessário para ajudar as vítimas a lidarem com a situação, elaborando os sentimentos que surgiram e assim possibilitando uma experiência menos traumática.

Em razão da falta de leis específicas para assegurar o direito básico das mulheres a um parto humanizado e livre de violência, percebemos que há uma ineficácia do sistema ao acolher a vítima e punir o agressor, o que faz com que haja maiores empecilhos para combatê-la, haja visto que é notório também que as maternidades, por diversas vezes, falham em dar voz às vítimas. Tais atos e situações, que ocorrem tanto em instituições públicas quanto privadas, somados à falta de informação sobre a temática, corroboram para a perpetuação da prática recorrente da violência obstétrica ainda muito presente nos dias de hoje.

Por fim, é digno salientarmos que este estudo foi realizado com uma pequena amostra de mulheres que sofreram violência obstétrica e com apenas um grupo de profissionais da área da saúde, ou seja, somente uma parte da população-alvo. Conseqüentemente, não é possível estender os resultados para todas as mulheres que passaram por uma gestação e parto ou

todos os profissionais que participaram dos mesmos. Além disso, nosso tempo de pesquisa foi limitado há dois semestres, restringindo nosso alcance e aprofundamento em determinadas discussões. Contudo, acreditamos que esse estudo pode suscitar maiores debates acerca dessa temática e também estimular a produção de novas pesquisas, envolvendo, inclusive, novas perspectivas que permitam ampliar nossa visão sobre a violência obstétrica e suas implicações na vida da mulher.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Nara Regina de Albuquerque Santos; OLIVEIRA, Sheyla Costa. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-pe. **Cogitare Enfermagem**. Recife: n. 11, v.1, p. 31-38, jan/abr. 2006. Disponível em:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=454026&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 Out. 2020
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BERTOLINI, Jeferson. O conceito de biopoder em Foucault: apontamentos bibliográficos. **Saberes**, Natal: RN, n. 3, v. 18, p. 86-100, dez. 2018.
- BRASIL [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 12 de Nov. de 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Rio de Janeiro, RJ: Conselho Federal de Enfermagem, 2011.
- DAHLBERG, L. L; KRUG, E. G. Violência: um problema global e de saúde pública. In: Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização

- Mundial de Saúde, 2002. p. 1-19. Disponível em:  
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 12 de Nov. de 2020.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>  
Acesso 15 Oct. 2020.
- FAUNDES, Aníbal. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.
- FIGUEIREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**. Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, 2010.
- FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça; PALHARINI, Luciana Aparecida. Gênero, história, e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1039- 1061, 2018.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Pesquisa de opinião pública. 2010
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 20ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro. et al. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**. Brasília, v. 21, n.3, p. 509-517, 2013.
- MANUAL MERCK ON-LINE. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-e-complicac%C3%A7%C3%B5es-do-trabalho-de-parto-e-do-parto/parto-vaginal-cir%C3%BArgico>. Acesso em 23 set. 2021
- MARTINS, Fabiana Lopes et. al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, 11. ed., 2019. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 26 out. 2020.
- MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. A “entrevista em profundidade” ou “semi estruturada”, no contexto da saúde. *Investigación Qualitativa em Ciências Sociais//Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales//*, vol 3, p. 126-131. Atas CIAIQ2015.
- MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?**. Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba, Havana, 2012.
- O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet e Érica de Paula. Rio de Janeiro: Master Brasil Filmes; Chauvet Filmes, 2013. Netflix (90min.).

PONTES, Monise Gleyce de Araujo; LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de; FEITOSA, Izayana Pereira; TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde**, Nova Esperança, vol. 12, nº 1, p. 69-78, 2014.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 26 out. 2020.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: “parirás com dor”. Dossiê Violência Obstétrica, 2012. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 16 out. 2020.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAMPAIO, Juliana; TAVARES, Tatiana Lopes de Albuquerque; HERCULANO, Thuany Bento. Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n356406>. Acesso em 14 de outubro de 2020.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1989.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface**, Botucatu, vol.23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170915> Acesso em:02 de outubro de 2020.

TINÉ, Luíza. Você sabe o que é violência obstétrica? *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Blog da Saúde**. Brasília, 24 nov. 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica#:~:text=Resposta%3A%20A%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20%C3%A9,inclusive%20no%20atendimento%20ao%20abortamento>. Acesso em: 26 de out. 2020.

VELLOSO, A.F.P.; SILVA, R.M.C.; CARMONA, PAC. **Violência Obstétrica: Uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil**. [Monografia] Brasília: Centro Universitário de Brasília. 2014.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.