



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS - CCJ
CURSO DE DIREITO

TATIANA LOPES DE ALBUQUERQUE TAVARES

**UM CORTE NA ALMA: COMO PARTURIENTES E DOULAS
SIGNIFICAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE JOÃO PESSOA**

SANTA RITA
2017

TATIANA LOPES DE ALBUQUERQUE TAVARES

**UM CORTE NA ALMA: COMO PARTURIENTES E DOULAS
SIGNIFICAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE JOÃO PESSOA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, no Departamento de Ciências Jurídicas - Santa Rita, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Efrem Filho
Coorientadora: Prof^ª. Dra. Juliana Sampaio

Tavares, Tatiana Lopes de Albuquerque.

T231 Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica vivenciada em uma maternidade pública de João Pessoa / Tatiana Lopes de Albuquerque Tavares– Santa Rita, 2017.
55f.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Paraíba.
Departamento de Ciências Jurídicas, Santa Rita, 2017.

Orientador: Profº. Dr. Roberto Efrem Filho.

1. Violência Obstétrica. 2. Violência de Gênero. 3. Maternidade Pública. 4. Narrativas sobre violência I. Efrem Filho, Roberto. II. Título.

TATIANA LOPES DE ALBUQUERQUE TAVARES

**UM CORTE NA ALMA: COMO PARTURIENTES E DOULAS
SIGNIFICAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE JOÃO PESSOA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito do Centro de Ciências
Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba,
no Departamento de Ciências Jurídicas - Santa
Rita, como exigência parcial da obtenção do
título de Bacharel em Ciências Jurídicas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Efrem Filho
Coorientadora: Prof^a. Dra. Juliana Sampaio

Data da aprovação:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Roberto Efrem Filho (Orientador)

Prof^a. Dra. Juliana Sampaio (Coorientadora)

Prof^a. Dra. Adriana Dias Vieira (Examinadora)

Prof^a. Ma. Roberta Gonçalves Candeia (Examinadora)

As mulheres que cruzaram meu
caminho nesse processo. Que são
força, resiliência e inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me conduziu até aqui. Olho para trás e fico maravilhada em ver Sua mão me dirigindo em todos os momentos. Obrigada por me mostrar que, através da minha fé e da Sua graça, eu posso transpor as mais difíceis barreiras e chegar aonde eu desejar.

A minha mãe, por ser um exemplo de luta; de mulher forte que não se deixa abalar pelas intempéries da vida; mas, sobretudo, o maior exemplo de fé que eu conheço. Ela é reflexo do amor e do cuidado de Deus comigo e eu não poderia ser mais grata por todo amor e apoio que me dedica desde sempre e para sempre.

Ao meu companheiro da vida, Wanderson, por ser meu suporte e minha ponte para seguir em frente. A ele, que me equilibra e me faz lembrar quem eu sou e do que sou capaz, meu coração e dedicação diários. Meu amor, muito obrigada!

A Bruno e Rafael, que, me fazendo mãe, fizeram-me forte e me transformaram em quem sou. Eles nasceram e fizeram nascer em mim a certeza de que, para criar pessoas boas nesse mundo, é preciso importar-se também com a forma de recebê-los aqui. Escrever este trabalho entre seus brinquedos, suas risadas, seus pedidos de “Mãe, vem brincar comigo!” faz meu coração se encher da certeza de que estou no caminho certo. De que ser melhor para vocês e por vocês é meu horizonte. Eu os amo de uma maneira que não se pode explicar nem com toda a teoria do mundo. Vocês são a minha razão. De ir, de vir, de ficar, de sair. Amo-os para sempre.

Ao meu orientador, Roberto Efrem, que embarcou comigo nessa aventura, até então nova pra ele, e que aceitou ampliar seu horizonte na direção dos direitos das mulheres que sofrem essa violência, tão silenciosa quanto impactante. A ele, que a cada franzir de testa quando lia os trechos dolorosos dos relatos de nossas entrevistadas, mostrava-me que eu tinha escolhido a pessoa certa para me auxiliar na feitura deste trabalho. Obrigada pelos ensinamentos e por acreditar em mim.

A minha Coorientadora e amiga linda, Juliana Sampaio, que foi um esteio na construção deste trabalho. Que, mesmo com uma agenda superlotada, deu contribuições valiosíssimas para que eu chegasse até aqui. Que tem compartilhado sua vida comigo desde que eu descobri o fascinante mundo ‘do parir’ e que me contamina com a esperança de que é possível sonhar e lutar por um mundo onde todas as mulheres podem ser o que quiserem e fazerem o que bem entenderem.

As mulheres que me apresentaram a força do ser mulher. Que compartilham comigo suas vidas, suas histórias e a crença num mundo mais justo e feliz pra todas as mulheres. Que me ensinam, ensinam e ensinam. As do Gestar que seguiram comigo na busca por um parto respeitoso; as Corujas do meu coração que dividem comigo as agruras e alegrias da maternagem diária e real; as que protagonizaram esta pesquisa, sem vocês este trabalho não seria possível e não seria tão visceral como é; as que foram, que são e que virão. “Vamos juntas que eu não posso andar só. Eu sozinha ando bem, mas com vocês ando melhor”.

“Sofrimento é dor na
alma. Este, quem pariu
como quis, não tem”.

Gabi Sallit

RESUMO

A violência obstétrica, entendida neste trabalho como uma violência de gênero, sofrida por mulheres em uma maternidade pública na cidade de João Pessoa é o tema central deste trabalho, que objetiva compreender como as parturientes e doulas significam essa violência na vivência do parto. Utilizando-se de uma abordagem qualitativa, foram produzidas cinco narrativas, provocadas por um roteiro semi-estruturado, que serviram de parâmetro norteador para a construção deste trabalho. As entrevistas foram realizadas junto a parturientes e doulas que sofreram ou presenciaram violência obstétrica na maior maternidade pública de João Pessoa, instituição escolhida pelo caráter público e pela sua importância no atendimento às mulheres no estado paraibano. As análises firmaram-se em categorias, fragmentadas das narrativas, que versam sobre o lugar de objetificação e invisibilidade que ocupa a mulher dentro da maternidade; sobre o exercício da autonomia das mulheres na relação com os profissionais de saúde; sobre a maternidade-escola como um cenário de ensino da violência naturalizada e sobre as condutas que violentam física e psicologicamente as mulheres durante o processo de parto e pós-parto. A análise das narrativas mostra que a busca por informações e empoderamento não foi suficiente para evitar que as mulheres fossem violentadas, ao contrário, a tentativa de exercerem sua autonomia escolhendo o que desejavam ou não que fosse feito com seu corpo as levou a uma situação de retaliação e negativa de atendimento por parte da equipe profissional. Vimos ainda que sentimentos como culpa, isolamento, depressão pós-parto, dificuldades da retomada sexual e dores na pelve estiveram presentes nos relatos, sendo entendidos pelas entrevistadas como sequelas advindas da violência sofrida no momento do parto.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Violência de gênero; Maternidade pública; Narrativas sobre violência.

ABSTRACT

Obstetric violence, understood in this work as a gender violence, suffered by women in a public maternity hospital in the city of João Pessoa, is the central theme of this study, which aims to understand how parturients and doulas signify this violence in childbirth. Using a qualitative approach, five narratives were produced, provoked by a semi-structured script, that served as guiding parameter for the construction of this work. The interviews were carried out with parturients and doulas who suffered or witnessed obstetric violence in the largest public maternity hospital in João Pessoa, an institution chosen for its public character and its importance in providing care to women in the state of Paraíba. The analysis was based on categories, fragmented narratives, which deal with the place of objectification and invisibility that women occupy within the motherhood; On the exercise of women's autonomy in relation to health professionals; On maternity-school as a scenario of teaching of naturalized violence and on the behaviors that physically and psychologically violate women during the birth and postpartum process. The analysis of the speeches shows that the search for information and empowerment was not enough to prevent women from being raped; on the contrary, the attempt to exercise their autonomy by choosing what they wanted or not done with their bodies led them to a situation of Retaliation and denial of care by the professional team. We also saw that feelings such as guilt, isolation, postpartum depression, difficulties of sexual recovery and pelvic pain were present in the reports, being understood by the interviewees as a consequence of the violence suffered at the time of delivery.

Keywords: obstetric violence; gender violence; public maternity; narratives about violence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O Processo de Gestação e Parturição deste trabalho.....	13
1.2 Discussões teóricas preliminares	15
1.3 Discussões metodológicas.....	21
1.4 Apresentação das protagonistas	24
2. “AQUI VOCÊ NÃO TEM OPÇÃO”: SOBRE O LUGAR DESTINADO À MULHER, NA HORA DO PARTO, NAS MATERNIDADES	27
2.1 Objetificação e invisibilidade.....	27
2.2 O exercício da autonomia: um direito ou um desacato?	31
2.3. “Uma episio só pra ensinar”: a maternidade-escola como cenário da violência naturalizada	35
3. CORTE NA ALMA: COMO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DEIXA MARCAS QUE VÃO ALÉM DO FÍSICO.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	51

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica pode ser definida como sendo a violência cometida por profissionais de saúde contra a mulher durante o processo de gravidez, parto, pós-parto ou situação de abortamento, através da apropriação do seu corpo e dos seus processos reprodutivos, expressada através de um trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Esta modalidade de violência, naturalizada na sociedade brasileira, não pode, assim como as demais modalidades de violência contra as mulheres, ser analisada de maneira desassociada do lugar que a mulher ocupa na nossa sociedade. Sociedade que se encontra enraizada por construções patriarcais onde, de certa forma, as pessoas são socializadas para perpetuar o pensamento sexista e machista (SAFFIOTI, 2004).

O lugar social destinado às mulheres, embora tenha se tornado mais diversificado, carrega ainda as consequências de, por tanto tempo, elas terem sido rechaçadas pelo patriarcado a um lugar de menor importância, de subserviência e, portanto, de falta de conhecimento e domínio sobre seu próprio corpo e suas vontades.

A violência obstétrica perpassa exatamente por essa não aceitação da autonomia da mulher sobre o seu corpo e suas vontades durante a gravidez, parto, pós-parto ou situação de abortamento. Neste trabalho, o período do parto e pós-parto, será o recorte que analisaremos de maneira mais pormenorizada.

O Brasil, embora seja considerado um país de legislação vasta, a exemplo de sua Constituição Federal - uma das mais completas e extensas do mundo - não tipifica, especificamente, em seu ordenamento jurídico a violência obstétrica como crime, o que já ocorre em países como Venezuela e Argentina.

Essa omissão termina por corroborar para que grande parte da população desconheça as condutas obstétricas perpetradas, sobretudo nas maternidades, no momento do parto, como sendo condutas que violentam as mulheres. Desse modo, violadas em sua autonomia e direitos, muitas mulheres sequer conseguem se reconhecerem como vitimadas.

A violência obstétrica pode se manifestar de várias maneiras, sendo muitas as causas e nuances que a envolvem. Todas elas terminando por reforçar a normalização e a efetivação desse tipo de violência nas maternidades do país, sejam elas públicas ou privadas.

Quando falamos sobre a ocorrência de violência obstétrica, sobretudo em maternidades públicas, estamos falando de uma violência de gênero perpetrada pelo Estado através de instituições por ele constituídas, de uma equipe profissional por ele contratada, contra mulheres que deveriam ser, pelo mesmo Estado, protegidas e não violentadas.

Diante do exposto, nos propomos nesse trabalho a analisar a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, ocorrida na principal maternidade pública da cidade de João Pessoa, com o objetivo de entender como as mulheres, parturientes e doulas¹, vivenciam e significam essa violência.

1.1 O Processo de Gestação e Parturição deste trabalho

Como a maioria das mulheres que desconhecem o cenário da violência obstétrica no país, não tínhamos nenhuma ideia do que acontecia nas maternidades públicas e privadas e nem tampouco ciência da banalização de cesarianas, sobretudo por conveniência médica. Assim, aos 19 anos, grávida de 38 semanas do meu primeiro filho, fui informada de que ele não poderia nascer por via vaginal ainda no pré natal, sendo conduzida a uma cesariana agendada pela obstetra de minha confiança. Anestesia, sala fria, muita luz, bebê levado para berçário assim que nasceu, mamando somente muitas horas depois. Mãe cirurgiada, sem poder cuidar do bebê nos primeiros dias, algo ali não encaixava no cenário que imaginava ideal para a chegada de uma criança. Eu não me sentia conectada com aquele cenário. Não da forma que aconteceu.

Nove anos depois, quando decidi buscar informações para engravidar do meu segundo filho, descobri que a “justificativa médica” que me conduziu à cesárea do primeiro filho não era uma indicação real para uma cirurgia deste porte. Senti-me roubada do meu parto.

Grávida do meu segundo filho, ouvi um relato emocionante de uma amiga que havia parido sua filha através de um parto normal muito respeitoso, que ela chamava de parto humanizado², e quis saber sobre essa possibilidade. E assim passei a conhecer vários obstáculos impostos, a nós mulheres, pelo sistema obstétrico brasileiro.

¹ A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. (Ver em: <https://www.doulas.com.br/oque.php>)

² Neste trabalho trabalharemos o parto humanizado como sendo aquele que recebe com dignidade a mulher, seu acompanhante e o recém-nascido através de atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Evitando práticas intervencionistas desnecessárias e permitindo que a mulher exerça sua autonomia e protagonismo no processo do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Na busca por informações, encontrei uma roda de apoio à gestação, parto e maternagem conscientes, chamada Gestar e Maternar³, que possuía um caráter voluntário, com reuniões quinzenais, onde mulheres se reuniam para conversar sobre suas experiências de partos e maternagem dos filhos, buscar informações sobre as altas taxas de cesarianas no país, sobre as cesáreas agendadas por conveniência médica, entre outras facetas do sistema obstétrico brasileiro.

Durante toda a gestação acompanhei as reuniões daquele grupo e vi e ouvi mulheres que haviam passado por violências, no momento do parto, que devastaram suas vidas. Mulheres que foram enganadas, sofreram procedimentos médicos desnecessários, roubadas daquele momento e tentavam reescrever suas histórias de vida através da troca de conhecimentos e busca por autonomia. Ali nascia para mim o tema de estudo desta pesquisa.

Ao me deparar com o cenário obstétrico da cidade de João Pessoa, logo entendi que mudar de obstetra era mais uma batalha a ser vencida. Não me sentiria segura em buscar o parto normal ao lado da médica que me conduziu a uma cesárea desnecessária e que, possuía uma taxa de cesarianas altíssima – conforme consulta disponibilizada pelo plano de saúde.

Contudo, encontrar um profissional médico que estivesse fora desse rol de altas cesariana não era fácil. As opções eram poucas. As taxas dos partos realizados pelos obstetras através do plano de saúde de maior cobertura do Estado, disponibilizada através da Agência Nacional de Saúde⁴, revelavam um número de 96,4% de cesarianas realizadas nas maternidades particulares.

Foram 39 semanas de batalhas vencidas dia a dia. Depois de muita procura, encontrei uma médica que ouvia e se mostrava disposta a acatar parte do tipo de cuidado que eu gostaria de receber no atendimento do meu parto. Construí meu plano de parto, me muni de informações e, foi preciso negociar. Mesmo de posse de informações, certa do que queria ou não no atendimento ao meu parto, era preciso negociar com a médica quais intervenções seriam ou não passíveis de ser realizadas. Após um longo processo de consultas e conversas, e hoje após me deparar com os resultados deste trabalho vejo que ter encontrado uma médica que aceitasse conversar e negociar foi algo maravilhoso, recebi meu filho de maneira respeitosa. Após mais de 22 horas de trabalho de parto, com a ajuda de duas doulas e do pai do meu filho, recebemos

³ Essa roda de apoio mantém reuniões quinzenais na cidade de João Pessoa facilitadas por mulheres que atuam de maneira voluntária com o objetivo de compartilhar seus relatos de parto e maternagem e trocar informações com outras mulheres e homens sobre esses temas.

⁴ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>

aquele pequeno em um parto normal humanizado, que ocorreu sem intervenções desnecessárias, em uma maternidade privada de João Pessoa.

Após aquele parto renasceu outra mulher não apenas a mãe daquele bebê, mas uma mulher que tinha consciência da força que tinha, que se sentiu respeitada em suas vontades e que pôde exercer sua autonomia mesmo em uma contexto desfavorável.

Achei que após conseguir o parto que ansiava o assunto que me rondou durante toda gravidez ficaria para trás. Mas não era possível esquecer a luta, a força e os relatos das mulheres que conhecera nas rodas de conversa.

O campo desta pesquisa me fora apresentado e não havia como fugir. Estar entre os 3,6% que conseguiam um parto normal não me deixava esquecer das mulheres que compunham a maioria esmagadora da porcentagem. Para além dos dados das que conseguem o parto normal, os relatos me confrontavam com a realidade das que eram submetidas às mais diversas violências no momento do seu parto. Era preciso registrar o que viveram essas mulheres e analisar de que maneira a vivência dessa violência as impactava.

1.2 Discussões teóricas preliminares

O conceito de gênero perpassa por uma construção que começa pela objetivação da distinção do que é biológico e do que é cultural, ligando-se muito mais a este do que àquele e permitindo lançar novos olhares para as desigualdades e subordinações vivenciadas pelas mulheres. Com o desenvolvimento deste conceito, alargado através da luta pela eliminação de qualquer naturalização da noção de diferença sexual, tem sido possível estender sua compreensão para além da distinção entre masculino e feminino. Destaca-se, contudo, que tal distinção não esgota os sentidos do gênero (PISCITELLI, 2009).

A simbólica frase de Simone de Beauvoir “ninguém nasce mulher, mas se torna mulher” carregava esses elementos componentes do conceito de gênero que foi formulado por Robert Stoller, mas só disseminado a partir dos escritos de Gayle Rubin, a partir de 1975. No Brasil este conceito tomou corpo na década de 1990 através da divulgação de um artigo de Joan Scott que versava sobre o gênero como uma categoria analítica e histórica, buscando reforçar a recusa ao essencialismo biológico (SAFFIOTI, 2015).

As transformações do conceito de gênero foram acompanhadas do surgimento e do crescimento do movimento feminista que, no decorrer de várias décadas e com muita luta,

conseguiu lograr êxito no tocante a reformas legislativas, mudanças nos aspectos sociais e de igualdade no exercício de direitos.

As contribuições feministas foram cruciais para dar visibilidade ao machismo que permeia o direito, não apenas num instante isolado de abuso de lei ou de poder jurisdicional, mas que o perpassa por inteiro já que reflete a sociedade em que surge e geralmente contribui para manter o *status quo* (SERAFIM, p.3)

Contudo, para além destas conquistas não nos é possível mensurar o que ainda há para se construir. Basta uma breve análise das estatísticas que permeiam o assunto para nos depararmos com uma realidade desigual e injusta em que a mulher ainda recebe salários menores, acumula mais tarefas que os homens e ainda detém maior responsabilidade no cuidado com os filhos (PISCITELLI, 2009).

Não distante desse cenário desigual, insurgem os dados sobre as violências sofridas pelas mulheres no Brasil, entendendo-se esta como uma violência de gênero, ou seja, qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto na esfera pública como na esfera privada (COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1994).

Dentre esses dados, podemos citar os presentes na pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo. A pesquisa constatou que cerca de 40% das entrevistadas já havia sofrido alguma violência perpetrada por um homem, quer fosse física, psíquica ou sexual. Ainda como parte da análise sobre a violência sofrida pelas mulheres no Brasil, ficou constatado na mesma pesquisa que 1 em cada 4 mulheres, dentre as entrevistadas, havia sofrido violência durante o atendimento ao parto, entendida como violência obstétrica. Números que nos mostram que, ainda que silenciosamente, esse tipo de violência tem vitimado muitas mulheres no país.

A análise dos indicadores que envolvem a situação da mulher no Brasil, sobretudo quando analisamos relatos de violências sofridas pelas mulheres, termina por deixar claro que é preciso compreender quais os aspectos culturais que terminam por delimitar os lugares desiguais que são ocupados pelas mulheres no nosso país (PISCITELLI, 2009), e em especial na cena do parto, que autoriza as diversas formas de violência obstétrica.

O parto, durante milhares de anos, era parte de um momento familiar, íntimo e fisiológico, vivenciado como algo integrante e natural da vida das mulheres. As parteiras, mulheres experientes nas comunidades onde viviam e que acumulavam conhecimentos sobre a parturição, ocupavam o lugar de ajudar essas mulheres a parir, e terminavam por construir um

cenário onde mulheres apoiavam outras mulheres na dinâmica de trazer novos seres humanos ao mundo (MONTICELLI, 1994; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No início do século XX (Moot 2002b; Tornquist, 2004 apud Ramos, 2013), os nascimentos começam, ainda que timidamente, a serem deslocados da residência da parturiente para as casas de parto e hospitais. Com o desenvolvimento da obstetrícia, e a atuação de médicos cirurgiões em atendimentos ao parto, surge uma importante janela na assistência a mulheres e bebês que passavam por algum problema durante o processo de parto, ampliando assim a possibilidade de preservar várias vidas que antes estariam fadadas à morte, caso algo não saísse como esperado.

Contudo, essa institucionalização da assistência, com o predomínio do parto hospitalar e com a apropriação do saber sobre o parto pela medicina, reforçou ainda mais a medicalização do corpo feminino e terminou por culminar na desumanização do atendimento e transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Essas consequências advindas da apropriação do saber e do poder sobre o parto e sobre o corpo da mulher pela medicina estão intimamente ligadas com o que Michael Foucault fala no texto *O Nascimento da Medicina Social* presente na obra *Microfísica do Poder*, quando tece uma análise sobre como a medicina, na forma como foi desenvolvida na sociedade capitalista, atua como uma estratégia para o controle dos corpos. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.[...] O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 1982, p. 47).

Entendemos que o poder é produzido a cada instante, em todos os pontos, se fazendo presente em todas as partes, de maneira que sua cristalização institucional termina por tomar corpo através dos aparelhos estatais, da formulação de leis e nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 1988). Assim o controle dos corpos, sobretudo o corpo da mulher, atua diretamente no controle de sua sexualidade e de sua capacidade reprodutiva. A sexualidade, nesse sentido, não pode ser entendida apenas como uma questão pessoal, mas também política e social. Ela é, por isso, uma construção, regulada, negada, de muitos modos, ao longo de toda a vida das mulheres (LOURO, 2007). E na objetificação deste controle, o Estado passa a atuar de maneira a regular a sexualidade e a reprodução das mulheres, produzindo

a medicalização do corpo feminino como um dispositivo social que relaciona questões políticas aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando,

regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana (Nagahama; Santiago, 2005 *apud* Vieira, 1999, p. 652).

No Brasil, esse processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos coincide com a criação das Escolas de Medicina, o que possibilitou, posteriormente, o surgimento de maternidades. E, então, os partos que aconteciam exclusivamente em casa, a partir da década de 1930, passam a ocorrer nos hospitais, inclusive sendo estes referenciados como mais seguros para a mulher parir (RAMOS, 2016; WOLFF; WALDOW, 2008).

Após essa transição e com base nesse modelo, como afirma Ticiania Ramos, “chegamos ao que é ainda hoje, reproduzido: um modelo de assistência hospitalar individualizado, masculino e médico, já que a assistência tipicamente feminina, a domiciliar, foi alijada do campo” (2016, p.20).

Esse movimento de transferência da mulher para parir em ambientes hospitalares em casos de risco à saúde, o que antes era exceção, foi sendo acompanhado de uma medicalização abusiva e certa patologização de processos fisiológicos durante o parto. Desta forma, temos a construção da ideia de que o corpo da mulher já não funciona tão bem quanto outrora, precisando agora de uma “ajudinha” para fazer nascer os bebês.

A mulher foi perdendo a autonomia sobre seu corpo, sobre suas vontades e nasceu, nesse cenário, essa assistência intervencionista, centrada na figura do obstetra e não mais na figura da mulher. Neste sentido, dispõe o Ministério da Saúde do Brasil através da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal:

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade e não como rotina. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer (BRASIL, 2016, p 5).

Em um contexto que termina por colocar a mulher em um lugar determinado e restrito na sociedade, que fez nascer um atendimento intervencionista e mecanicista no tocante ao parto e que medicalizou a saúde e o corpo da mulher, a dor, que pode envolver um parto vaginal e

fisiológico, passou a ser naturalizada como forma de punição, conforme alguns conseguem depreender da interpretação da Bíblia Sagrada⁵.

Esse lugar cultural, construído pela sociedade, contudo, não pode significar mais uma maneira de violentar a mulher, retirando dela sua autonomia, crença no funcionamento de seu próprio corpo e até infligindo violência física ou psicológica em decorrência de como essa mulher se comporta durante o processo de parto.

Muito embora o Brasil possua um denso sistema normativo referenciado através de um extenso arcabouço de leis não há, no país, tipificação legal para a violência obstétrica, valendo uma análise a respeito do que países como Argentina e Venezuela conceituam e, em determinados momentos criminaliza, como sendo violência este tipo de violência.

A Lei Argentina de nº 26.485, intitulada de “Ley de Proteccion Integral a las Mujeres”, que tem como objetivo a proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contras as mulheres no âmbito onde se desenvolvem suas relações interpessoais, traz, no bojo do seu sexto artigo, o seguinte conceito para a violência obstétrica:

ARTICULO 6° — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

[...]

Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (ARGENTINA, 2009).

O conceito previsto pela “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, da Venezuela, embora caminhe no mesmo sentido do conceito argentino, inclui ainda a perda da autonomia da mulher como consequência desse tipo de violência:

Artículo 15. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: [...]13. Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007).

⁵ Livro de Gênesis trás diálogo de Deus com Eva – a primeira mulher segundo a Bíblia – após ter cometido o pecado original: “E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor darás à luz filhos” (Gênesis, capítulo 3, versículo 16a)

As legislações desses dois países decorreram da ratificação, por parte dos mesmos, do tratado internacional, intitulado “Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher”, adotado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas no ano de 1979.

Tal Convenção surgiu com o objetivo de analisar e elaborar recomendações para a formulação de políticas contra a discriminação contra a mulher aos vários países signatários da Convenção, dentre os quais figurava o Brasil, visando ao aprimoramento do status da mulher.

Ao analisar esses conceitos que versam sobre como se manifesta a violência obstétrica, é possível verificarmos que várias das condutas entendidas como rotineiras no cenário obstétrico brasileiro se encaixam como condutas que violentam a mulher em sua autonomia ou dignidade. O Dossiê intitulado “Parirás com dor”, elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, elenca algumas condutas ainda bastante praticadas nas maternidades públicas e privadas do Brasil, embora desestimuladas pelo Ministério da Saúde, que são reconhecidas como violência física, psicológica, sexual e/ou institucional (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Dentre essas condutas, é possível elencar o uso rotineiro de tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal); exame de toque vaginal repetitivo e por profissionais diferentes; não autorização para que a mulher se alimente ou hidrate durante o trabalho de parto; a impossibilidade de escolha por parte da mulher de uma posição mais confortável durante o parto, inclusive com imobilização de membros; tratamento humilhante, grosseiro ou preconceituoso; utilização de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto de maneira indiscriminada; episiotomia (corte na vagina); manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê); proibição da entrada de acompanhante escolhido pela mulher e negação de atendimento humanizado ao bebê, através do contato pele a pele com a mãe e amamentação logo após o nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; REIS; PATRÍCIO, 2005).

A ocorrência dessas condutas se dá de maneira a desconsiderar a autonomia e a vontade da mulher, levando-se em conta a comodidade médica e o ensino de uma medicina não baseada em evidências científicas atualizadas e que desconsidera as recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e até da Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras - FEBRASGO. A maioria das condutas citadas é reconhecida pelo Ministério da Saúde, em parceria com a FEBRASGO, como “claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” (BRASIL, 2001, p.188).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569/GM, de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, também dispôs que toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, sendo ela realizada de forma humanizada e segura. Trata-se, assim, de condutas que não desconsiderem a vontade e a autonomia da mulher, que não lhe cerceiem algum direito, tampouco que não lhe submetam a algum tratamento violento, humilhante ou preconceituoso. Esse processo de busca pela humanização no nascimento tem como objetivo tentar desconstruir condutas há muito normalizadas como necessárias, mas que não trazem benefício para mãe e bebê, e que constituem violência obstétrica.

Para a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (2002 apud REIS; PATRÍCIO, 2005), o parto humanizado trata de um tipo de assistência que vai além da busca pelo parto normal a qualquer custo, apresentando-se como uma persecução pelo resgate da posição central da mulher no processo de nascimento. Isso implica em uma assistência que respeite as mulheres, assegurando-lhes a dignidade manifestada através de sua autonomia e seu controle sobre a situação.

1.3 Discussões metodológicas

No presente trabalho nos destinamos a investigar como ocorre a violência obstétrica na principal maternidade pública de João Pessoa aqui intitulada de maternidade “X”, analisando-a sob a perspectiva da violência de gênero, de maneira a verificar como puérperas e doulas que vivenciaram condutas tidas como violentadoras significaram essa violência, tentando inferir qual a percepção delas em relação às condutas sofridas e ao atendimento de saúde recebido.

A captação das entrevistadas, a princípio, foi pensada para acontecer na própria maternidade “X”, contudo, devido a ditames burocráticos da Secretaria de Saúde do município de João Pessoa e da própria maternidade fomos instados a mudar o local de captação.

Durante os três anos em que acompanhei as rodas do grupo de apoio *Gestar e Maternar*, pude presenciar os mais diversos relatos de mulheres que, na rede pública ou suplementar, haviam sofrido diversas violações aos seus direitos mais básicos durante o atendimento de seus partos, sendo conduzidas a cirurgias sem uma real indicação médica, passando por procedimentos desnecessários para atender determinada conveniência da equipe profissional. Esses relatos terminaram por nos indicar o novo campo de captação das

entrevistadas.

Estabelecido o novo campo de pesquisa, foram levantados os relatos de várias mulheres que os compartilharam suas histórias com o grupo no último ano. Na sistematização desses relatos, foram selecionadas três parturientes, que aqui chamaremos por Quitéria, Celina e Dandara, que haviam sido atendidas no momento do parto na maternidade pública “X” e ainda duas mulheres, aqui reconhecidas como Dora e Leolinda, que atuam como doulas voluntárias na mesma instituição. Com vistas a preservar a confidencialidade da pesquisa, os nomes verdadeiros de todas essas mulheres serão mantidos em sigilo. O critério utilizado na escolha das entrevistadas priorizou as mulheres que relatavam ter sofrido ou presenciado violência obstétrica na citada maternidade.

A escolha da maternidade “X” se deu em virtude de tratar-se da principal maternidade pública da cidade de João Pessoa, visto que seu caráter público termina por ensejar uma maior preocupação no tocante à realização, por parte do Estado, de quaisquer condutas que possam violentar as mulheres. A maternidade escolhida é pioneira no Estado da Paraíba na atuação de doulas voluntárias em apoio às parturientes, sendo estas doulas formadas na própria maternidade através de um curso de formação organizado pela instituição. Após a realização e aprovação no curso, as doulas voluntárias passam a atuar na maternidade no apoio às puérperas ali atendidas.

A doula foi escolhida como um ator social relevante para compor o presente trabalho, ao lado dos relatos experienciados pelas parturientes, devido à proximidade que elas estabelecem com as mulheres neste momento em particular, buscando um atendimento que priorize a vontade da mulher e lhe garanta apoio e a preservação de seus direitos no momento do parto. Por trabalharem de forma voluntária, não mantendo vínculo profissional ou institucional com a maternidade, supomos que as doulas estejam menos susceptíveis ao receio de sofrer retaliações por não concordar com a conduta de algum dos profissionais de saúde. Como mencionado por uma doula: “Nós somos a sociedade civil lá dentro. Estamos olhando pela mulher, nosso interesse é a mulher, resguardar os direitos dela” (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

A abordagem que utilizamos durante a pesquisa foi de natureza qualitativa visto que esta consegue enveredar-se de maneira mais profunda no mundo dos significados das ações e das relações humanas, conseguindo captar aquilo que vai além dos números e estatísticas (MINAYO, 2000).

Os procedimentos metodológicos deste trabalho foram dispostos em três fases, quais sejam: a fase exploratória; o processo da coleta, registro e análise dos resultados; e a análise final

e de divulgação dos resultados, feita através deste trabalho (MINAYO, 2001). As cinco narrativas utilizadas na construção deste trabalho foram provocadas por um roteiro semi-estruturado, anexado como apêndice, que nos serviu apenas de parâmetro norteador para a produção das narrativas.

A proposta era que as entrevistadas pudessem se sentir a vontade para apresentar suas experiências, tornando mais fluidas as narrativas sobre um assunto tão delicado e que perpassa questões pessoais e afetivas complexas, como o processo de gravidez e parto (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram realizadas em lugares diversos, escolhidos pelas personagens desta pesquisa, atendendo a necessidade de cada uma de silêncio, comodidade e privacidade. De maneira a seguir todos os procedimentos éticos exigidos por um trabalho dessa natureza, esta pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética da Universidade Federal da Paraíba.

As entrevistadas foram informadas que a pesquisa não oferecia riscos previsíveis a sua saúde, lhes sendo assegurada a confidencialidade do que fora compartilhado com a entrevistadora. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por cada uma das participantes, sendo informadas que os dados obtidos serviriam de base para trabalho monográfico que visa à obtenção do título de bacharel em Direito pela Universidade Federal da Paraíba.

As entrevistas produzidas foram gravadas, transcritas e analisadas. Desta análise, através de uma categorização temática, emergiram os núcleos de sentidos (MINAYO, 2000), ou seja, que se constituíram como nucleares para a obtenção dos objetivos que orientam o presente estudo, qual seja: compreender como parturientes e doulas vivenciam e significam as violências obstétricas.

Precisamos ainda adiantar que os relatos trazidos neste trabalho estarão marcados por violências de diversas naturezas e, embora essa temática pareça óbvia visto que a pesquisa pretende se debruçar sobre a violência obstétrica, algumas das narrativas poderão ser interpretadas como muito fortes e, por vezes, apelativas e insistentes. Contudo, ciente do risco a que essa opção nos submete, optamos por partir destas narrativas tal qual nos foram relatadas, não no intuito de promover um choque em quem as lê, mas como forma de promover uma discussão a cerca do tema e da importância do mesmo e de aceitar as narrativas como elas são, verdadeiramente fortes e cortantes.

Os capítulos escritos neste trabalho foram construídos com base em categorias analíticas. A princípio falaremos do lugar destinado às mulheres na hora do parto, nas

maternidades. Esse lugar será abordado através da objetificação e da invisibilidade que cerca essas mulheres no momento em que são internadas na maternidade “X”, versando sobre como essas variáveis interferem no exercício de sua autonomia. Discorreremos também sobre como a maternidade “X”, na condição de maternidade escola, termina por produzir um cenário de violência naturalizada que pode atuar na formação dos alunos.

No capítulo seguinte serão apresentadas as condutas que ensejam a violência física e psicológica mais comumente disseminadas, com a intenção de apresentar qual a percepção destas mulheres a respeito dessas violências sofridas. Como elas se sentiram e como essas vivências foram significadas por elas.

1.4 Apresentação das protagonistas

A violência obstétrica é vivenciada pelas mulheres através da apropriação do seu corpo, negação de sua autonomia e vontades, através de condutas que a atinjam psicológica ou fisicamente. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Vendo este conceito assim, dissociado das experiências reais, a gente não consegue dimensionar como ela, a violência obstétrica, pode ser avassaladoramente marcante na vida de milhares de mulheres que a vivenciam dia a dia nas maternidades públicas e privadas do país.

Em busca do que significava pra essas mulheres a vivência dessas experiências reais, mantive o contato preliminar com as mulheres protagonistas desse trabalho e marcamos um lugar de encontro para o início das entrevistas. As três parturientes preferiram me receber em suas casas, talvez por só ali se sentirem realmente confortáveis para falar sobre seus partos e, de certa forma, reviverem o que sentiram no dia do nascimento dos seus filhos.

Quitéria foi a primeira entrevistada. Em meio a sua sala de jantar, sob o som do balbuciar de sua filha ainda bebê e do barulho que o seu companheiro fazia na cozinha ao preparar o jantar, nós nos sentamos e começamos nossa conversa. A primeira vez em que Quitéria tentara falar do seu parto no *Gestar e Maternar* não saíra muita coisa além de choro e tristeza.

Dessa vez ela estava mais forte, disse que já conseguia falar sem chorar, que não se sentia curada, mas que, com o tempo, as feridas iam cicatrizando. Acredito que o fato de já termos nos visto algumas vezes nas rodas de conversa fez com que o encontro fluísse. Ela sabia

da minha familiaridade com o tema e se sentiu à vontade para ir falando. Por vezes, seu companheiro entrou na conversa, falou um pouco sobre o que viu e viveu ao lado dela naquele dia. A bebê participava do seu jeito, emitia sons, chorava, mamava, brincava.

Eu saí da casa daquela família naquela noite com o estômago embrulhado. Os gestos que ela fazia durante a entrevista mostrando como os médicos alargaram e rasgaram sua vagina com as mãos na hora da saída do bebê; o modo como ela ainda estava abalada com as dificuldades vivenciadas no pós-parto e no reinício da sua vida sexual; as formas como tratava a possibilidade de ter outro filho: nada disso saía de minha mente. Se ouvir o seu relato mexia comigo daquela maneira, não havia como mensurar o quanto aquilo tudo que ela viveu a havia atingido.

Celina foi a segunda parturiente a ser entrevistada. Recebeu-me na sua casa, sentamos no chão, uma de frente para a outra, e iniciamos nossa conversa. Ela falava com segurança sobre o dia do seu parto, narrava tudo que havia acontecido desde as primeiras contrações com muitos detalhes. O tempo que passou na casa de sua mãe antes da ida para o hospital, das pessoas que passavam, do que lhe deram para comer, do ambiente que montaram para que ela vivesse aquilo. A ida para o hospital foi um ponto chave do seu relato. Ela não queria ir. Tinha tido uma experiência ruim com a maternidade “X” no dia que descobriu que estava grávida. Enquanto esperava o resultado do seu exame de gravidez, uma mulher sofria um aborto no corredor do hospital. Ela presenciara a dor e o sangue que aquela mulher colocava para fora. Ficou, de certa forma, marcada por aquela experiência.

Chegou ao hospital agitada, reclamando do que não achava certo, com seu plano de parto em mãos e, de pronto, já entendeu que não conseguiria ser ouvida ali, ainda que gritasse. Sua fala é marcada pela dor que sentiu por não ser ouvida. O termo “coisa” é recorrentemente utilizado na tentativa de expressar como se sentia nos dias que ficara naquela maternidade.

Encontrei-me, então, com Dora, primeira doula entrevistada. E encontrar com ela foi esbarrar em uma esperança que fez com que o embrulho no estômago, resultado do que ouvi sobre violência obstétrica nas duas entrevistas iniciais, dissipasse-se um pouco. Não que seu relato não fosse marcado pela mesma violência narrada pelas parturientes, mas é que seus olhos brilhavam quando ela falava do serviço voluntário que prestava na maternidade “X” como doula. Ela dizia que esse era o trabalho que ela fazia com a alma, e seus olhos mostravam isso claramente.

No seu relato, as violências que testemunhara também tinham o condão de marcar a alma. Mas a certeza de que seu trabalho era importante para tantas mulheres que encontravam na

figura da doula, representada por ela, o olho no olho, um abraço apertado e apoio a fazia voltar para lá no plantão seguinte. Forte, explicava que sua missão era atuar como “os olhos da sociedade civil ali dentro”, relatando que já havia denunciado condutas violentadoras dos direitos das mulheres na ouvidoria e que elas, as doulas, sabiam que poderiam ir até o Ministério Público para denunciar, caso fosse necessário.

Dandara foi a personagem da quarta entrevista deste trabalho. Parturiente que, mesmo tendo plano de saúde, optou por parir sua filha na maternidade pública “X” por acreditar que lá teria mais chances de tê-la através de um parto normal, lógica correta de acordo com as estatísticas que envolviam partos no estado paraibano. Ela sabia que as taxas de cesarianas da rede suplementar, sobretudo dos médicos disponíveis no plano de saúde que dispunha.

Partiu em busca do que queria. Levou plano de parto, doula, seu companheiro e seus direitos na ‘ponta da língua’. Sofreu retaliação por reclamar, foi encaminhada para uma cesárea com seu bebê já coroando. Nem deu tempo de operar e o bebê nasceu na mesa de cirurgia, após uma episiotomia realizada sem seu consentimento e que, segundo ela, não cortou apenas a sua carne, mas “cortou a alma”, deixando uma cicatriz que levaria para o resto da vida. Eu também senti a alma cortada. Dandara chorava e eu podia sentir a dor que ela ainda carregava.

Na última entrevista conheci Leolinda, outra doula voluntária na maternidade “X”. Mesmo com cara de menina e fala mansa, logo deixou claro que ser doula era uma coisa que ela encarava como um ‘chamado’ do qual não teria como fugir, tal a força com que foi atraída para este cenário do parto, embora não imaginasse, no início o quão difícil seria trilhar esse caminho.

Ainda sem filhos, ajudar aquelas mulheres era como se fosse um caminho que ela precisava trilhar na construção de um cenário mais favorável para quando chegasse o momento de vivenciar seus partos. “Trabalho de formiguinha”, ela dizia. E ela já conseguia enxergar que este trabalho realmente estava a produzir resultados.

Apresentadas as personagens e delimitado o tema que nos propomos a discutir passamos agora a uma apresentação dos resultados da nossa pesquisa através da análise das entrevistas, esta categorizada através dos núcleos de sentido identificados.

2. “AQUI VOCÊ NÃO TEM OPÇÃO”: SOBRE O LUGAR DESTINADO À MULHER, NA HORA DO PARTO, NAS MATERNIDADES

Os relatos trazidos pelas mulheres no decorrer desta pesquisa terminaram por descortinar condutas que vão além das já descritas neste trabalho como inclusas no rol das violências obstétricas. Para além das episiotomias, das manobras ou procedimentos invasivos e violentos, das frases ameaçadoras e de cunho machista, esses relatos estavam permeados de descrédito, desrespeito, invisibilidade e objetificação.

Foi possível identificar, nas narrativas, as marcas do poder decorrentes da relação entre mulheres e maternidade; poder intrínseco à figura dos (as) obstetras, mas que se ramifica para os demais componentes da equipe de saúde. Uma relação que, não por acaso, assumia um caráter disciplinar e hierárquico, de maneira a evidenciar o lugar de subserviência dessas mulheres perante a instituição.

A objetificação do corpo da mulher, a invisibilidade dela como sujeito de direitos, a impossibilidade de exercer sua autonomia dentro do ambiente hospitalar e a constatação de um ensino médico que termina por não produzir uma relação respeitosa entre o produtor do cuidado em saúde e o usuário desse sistema são parte dos resultados encontrados, aos quais dedicaremos este capítulo.

2.1 Objetificação e invisibilidade

Eu não era uma pessoa, eu era mais uma que tava ali parindo dentre tanta outras que foram e que iam. Era padrão, automático, o tratamento com todas era esse. Ninguém olhava nos olhos, ninguém perguntava se eu tava bem, ninguém perguntava nada. Eu não era uma pessoa, era uma coisa, um objeto (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

Sentir-se como uma coisa sem importância, sobre a qual as pessoas não se importavam, foi um sentimento que marcou a experiência do parto de Dandara na Maternidade “X”. Esse trecho do relato mostra claramente como a objetificação do corpo da mulher faz parte não apenas do cuidado dispensado a Dandara, mas de todas as mulheres: “o tratamento com todas era esse”. Ela era apenas mais uma.

Considerando todo o contexto social em que a figura da mulher está inserida e que tenta extirpar-lhe seus direitos e espaço social, esse processo de despersonalização da mulher clarificado na fala de Dandara começa a ser construído desde a sua admissão nas maternidades quando passam a ter que se submeter ao que Elizabeth Nagahama e Silvia Santiago (2005) chamam de *cerimonial de internação* – caracterizado pela separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza e restrição alimentar e de movimentação.

Celina, inicialmente, relata o tratamento recebido na recepção da maternidade, quando não conseguiu passar seus dados pessoais:

Aí assim que eu chego na maternidade a minha mãe, minha irmã e o pai da minha filha são barrados. Só deixaram entrar, depois de muito falar, a minha doula. Aí eu já comecei a chorar[.] Eu sentindo muitas dores e o ser humano na minha frente queria que eu respondesse todos os meus dados, endereço, tempo de gestação e não sei o que mais. [...] A cabeça de uma criança passando entre as minhas pernas, e o homem dizendo que tinha que preencher a ficha. [...] Ele não tava nem aí. Me levantei e ele começou a gritar comigo.

E logo passa a narrar o que vivenciou nesse ritual de internação:

Me pegaram no meio do corredor, não falaram nada, me puxaram pra uma sala, todo mundo com roupa igual, e aí começaram: deita aqui, tira a roupa [...] Enquanto eu tava tendo uma contração, tiraram minha roupa, tiraram tudo que tava em mim, colocaram uma bata, me deitaram na cama. [...] Eu não queria ficar sem roupa, queria ficar com a minha calça, eu tava com frio, queria ficar vestida e todo mundo dizendo que eu tinha que ficar com aquela bata (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

A padronização obtida com as roupas (batas) iguais e retirada de objetos pessoais faz com que a mulher perca a sua individualidade e passe a ser uma paciente daquele hospital. Você entra, responde perguntas, troca de roupa, cumpre os protocolos. A partir daquele momento a mulher não é mais dona do seu corpo, de suas vontades. “A atenção foi organizada como numa linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

E como que em tom de sincronicidade, essa concepção de linha de produção trazida pelas autoras é descrita por Celina quando ela afirma: “eles simplesmente fazem como se você fosse um objeto e estivesse passando por processos numa indústria”. Foi assim que ela se sentiu: como um objeto em uma fábrica. Simplesmente passando por uma linha de produção, onde não lhe era permitido opinar, discordar. Era preciso ser apenas paciente.

A assunção do saber do parto pela medicina com a ida das mulheres para parir nos hospitais trouxe uma institucionalização não apenas do parto, mas também dos corpos dessas mulheres que, a partir do momento em que são admitidas naquele centro de saúde, são despersonalizadas, assujeitadas, objetificadas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Essa objetificação, que enseja em um maior controle dos corpos das mulheres, dá-se desde os procedimentos de padronização do cerimonial de internação até as formas de falarem com elas, e também de não falarem, através da ausência de esclarecimentos sobre as condutas, procedimentos e exames realizados, sem que nada lhe seja explicado. “Ninguém me dizia nada. Não falavam nada, tipo... eu era uma coisa e estavam fazendo coisas comigo” (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

Essa omissão nos esclarecimentos, além de partir do pressuposto de que o (a) médico (a) é o detentor do conhecimento e que, portanto, não precisa explicar nem justificar suas condutas ao paciente, atua de maneira a, simbolicamente, colocar esta usuária no “seu lugar” que “é o da espera, o da falta, o da não informação sobre o que se procura no seu corpo, pois, a partir da entrada nos rituais hospitalares, esse corpo não mais pertence ao seu dono” (PEREIRA, 2004, p. 398).

Um monte de gente dentro da sala, um monte de aluno, um monte de luz, um frio infeliz... nunca esqueci o frio que fazia naquela sala [...] e todo mundo tava como se eu fosse um objeto ali em cima, pegando várias coisas, zuada, fazendo várias coisas e tentando fazer coisas em mim, eu não queria nada. [...] **elas não olhavam pra mim, não tavam nem aí pro que eu tava falando, tá ligado?** (Grifos nossos)

Celina nos mostra ainda outra face da objetificação, que é a sensação de invisibilidade que essas mulheres vivenciam dentro da maternidade. Além de se sentirem como coisas, e, no caso das doulas, verem as mulheres serem tratadas assim, algo que fora muito marcante em todos os relatos foi o fato de as mulheres não serem ouvidas, não terem suas dúvidas respondidas, de não serem tratadas de forma digna e respeitosa.

Sentir que não está sendo ouvida, que nada do que você está falando está sendo considerado, reforça a legitimidade e a sujeição que envolvem essa relação assimétrica entre médico e demais profissionais da saúde e as usuárias desse sistema. Denota a redução daquela mulher a um órgão fragmentado, sem corpo, sem voz, sem identidade, desqualificada para questionar o saber técnico daquele que detém o poder naquele lugar (MERHY, 2013).

A doula Dora ressalta que “esse tipo de coisa resulta numa assistência péssima, porque você nem olha pro outro como gente, que tá ali na sua frente. Que tem desejos, tem vontade, tem direitos. Falta muito isso, essa sensibilidade” [...] “quando a gente encontra alguém que respeita

o mínimo, dá um alívio. Dá um alívio mesmo”, de maneira a reforçar esta conduta como rotineira no contexto hospitalar.

Essa invisibilidade da mulher como sujeito, a qual é submetida desde os procedimentos de admissão na maternidade, é reforçada quando da sua exposição como objeto de cuidado. Sua intimidade, seus órgãos sexuais são expostos como parte dessa despersonalização e da falta de domínio sobre o seu corpo.

Os órgãos sexuais da mulher grávida sofrem esse tipo de rito, podendo ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo, pois assim está definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puerpera, esse arbítrio é revelado de forma mais aguda. Ela não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, tacitamente, a necessidade de seu corpo a justifica (PEREIRA, 2004, p.397).

A mulher precisa tirar sua roupa, vestir apenas a bata e compartilhar uma sala de pré-parto com muitas outras mulheres e seus acompanhantes. Atendida por vários profissionais diferentes e observada por todos que passam, sua intimidade é devassada e elas se sentem expostas.

Era tudo aberto, ficava passando gente o tempo inteiro, e eu me sentia totalmente exposta. Eu não queria ficar sem roupa... eu tava com frio. [...] Foi uma coisa muito agonizante porque eu não queria estar ali, daquele jeito, com as pessoas me observando. (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

Além da exposição de que fala Celina, a narrativa de Quitéria nos coloca diante de uma exposição que leva as pessoas a, de certa forma, assistirem às suas dores, ao seu trabalho de parto como se assistissem um espetáculo. Olhando, mas sem envolver-se com a protagonista da cena.

As vezes apareciam outras enfermeiras, apareciam e abriam a cortina [...] você tava ali naquele universo, e chega alguém abre e sai, parece que é um espetáculo. [...] era uma coisa incrível, parecia que todo mundo olhava pra mim, mas não tinha aquele apoio, era tipo um “te vira”. Olhavam assim e saíam (Quitéria, parturiente, entrevista concedida em 06 de março de 2017)

Nessa gestão do poder, na contraposição entre a espetacularização⁶ e a invisibilidade, as mulheres se tornam visíveis como objeto. Como me disse Dandara, “às vezes apareciam outras enfermeiras e abriam a cortina, [...] chega alguém, abre e sai, parece que é um espetáculo”. Em contraponto, há a invisibilidade que elas enfrentam enquanto sujeitos: “ninguém olhava nos olhos, ninguém perguntava se eu tava bem, ninguém perguntava nada, eu não era uma pessoa, era uma coisa, um objeto”.

Diante das narrativas aqui descritas o ouvir, que deveria ser, como disse Merhy (2013) uma condição para o estabelecimento da relação entre paciente e equipe profissional, passa a ser enxergado como excepcionalidade, ao ponto que encontrar um médico que respeita o mínimo e escuta a paciente é encarado com alívio.

Outra coisa que acho importante é sempre ouvir a mulher, sempre ouvir o que ela tem a dizer. Mas ninguém nunca escuta a mulher. Assim, eles preferem confiar só na técnica. O estudo, a técnica é importante, eu não tô julgando isso, mas vamos ouvir a mulher, o que ela tem a dizer, é o corpo dela, ela sabe, não tem como não sentir (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

Dora conclui falando da importância de ouvir a mulher, ouvir o que ela está sentindo e vivenciando naquele momento. Afinal, é o corpo dela, as vontades dela. Ao menos, deveriam ser.

2.2 O exercício da autonomia: um direito ou um desacato?

Sabemos que o termo autonomia possui uma gama de implicações éticas, políticas e sociais, contudo ao nos atermos ao significado literal da palavra (auto: próprio, nomos: norma, regra, lei) somos remetidos à ideia de regras próprias, livre decisão, de comando de suas próprias ações, possibilidade de fazer escolhas suas próprias.

Wilza Pereira (2004), citando Bourdieu, traz o significado de autonomia como sendo a faculdade de se governar por si mesmo ou ainda a liberdade ou independência moral ou intelectual, diferenciando-o do conceito de heteronomia, que é a condição de pessoa ou de grupo

⁶ Aqui entendo espetacularização como a operação de transformar um evento pessoal, ritual em um espetáculo para fins de entreter um sujeito consumidor externo às raízes do evento. Alguém que, como o espectador, assiste, ‘aprecia’ o evento sem envolver-se, numa atitude de distanciamento (CARVALHO, 2010).

que recebe de um elemento que lhe é exterior, ou de um princípio estranho a si, a lei a que se deve submeter.

A apropriação dos saberes e práticas, trazida pelo processo de hospitalização do parto, conduz à manutenção de certo poder por parte dos médicos e demais profissionais de saúde, tornando a relação entre eles e as usuárias de saúde em algo muito assimétrico, desigual. Propicia, assim, uma aproximação muito maior com a heteronomia do que com a autonomia (PEREIRA, 2004).

Porque quando vem uma pessoa, uma figura médica principalmente, que tem muita autoridade, e diz que ela tem que ficar daquele jeito, numa sala toda equipada, num ambiente que não é o dela, que muitas vezes ela nunca visitou desde que entrou ali, então ela acaba ficando do jeito que querem que ela fique mesmo, ela não tem essa noção que ela pode escolher (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

Esse excerto da fala da doula Leolinda nos demonstra o quanto é difícil para as mulheres fazer escolhas ou buscar o cumprimento de suas vontades quando estão diante da autoridade ostentada pela equipe de saúde, diante de tantos equipamentos e em um lugar que para elas é desconhecido.

A autonomia, portanto, não é algo que você busca e, ao encontrar, passa a fazer suas próprias escolhas e fazer valer seus direitos e desejos. É preciso que existam condições para que esta autonomia seja exercida de maneira efetiva. Quando a mulher é despersonalizada e objetificada, as condições para que ela expresse sua autonomia naquele ambiente tendem a ser anuladas.

Chegou uma equipe do plantão com uma enfermeira super ignorante, eram umas seis pessoas, e aí ela chegou e disse que tinha que fazer o toque. ‘não precisa, não quero!’. Ela disse: ‘você não tem opção, a gente precisa ver como você está’ [...] Sua bolsa não estourou ainda e a gente precisa estourar. Eu disse que tava tranquila, que não queria que estourassem. ‘Você já viu algum bebê nascer dentro de bolsa? Eu preciso estourar’. Foi quando veio uma contração e eu gritei que se minha filha quisesse ela ia nascer dentro da bolsa sim. [...] Ela disse: Ótimo! Fique aqui sozinha. Você vai parir aqui sozinha igual uma indigente (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

As palavras de Celina nos levam ao cenário mais inóspito para que qualquer pessoa exerça sua autonomia. Um lugar onde você “não tem opção”. Ou você acata as ordens emanadas pelos profissionais de saúde ou “vai parir sozinha igual uma indigente”.

Como podemos notar, esse poder se manifesta, nos hospitais e mais especificadamente na maternidade em tela, através da presença marcante da hierarquia e disciplina, onde a

hierarquia pressupõe superioridade, que, por sua vez, enseja subserviência e acatamento de ordens. Logo, não abre possibilidades para que a mulher venha a se contrapor à opinião da equipe de saúde, não podendo questionar a autoridade de seus componentes.

E aí, assim que eu sentei na cama, eu peguei na mão do doutor e disse: por favor, eu trouxe meu plano de parto, eu não quero que faça isso, isso, aquilo... E ele disse: Olha, você não tem que me ensinar a fazer o que eu estudei a vida inteira, eu vou fazer o que for necessário (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

Quem é aquela mulher, na visão deles, pra dizer algo que eles devem fazer. Eu faço isso há 30 anos. E aí vem uma pessoa que não estuda dizer que sabe o que é melhor pra ela e não eu, que estudei esse tempo todo. Que trabalho mais de 30 anos, que faço do mesmo jeito, e sempre deu certo (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

Frases como “eu estudei a vida inteira”, “Você não tem que me dizer o que fazer”, “Eu faço isso há 30 anos”, denotam como a ideia de autoridade médica, de superioridade centrada no saber, desequilibram a balança das relações entre médico e paciente. Os profissionais exercitam o poder do saber como um lugar de legitimação institucional que reafirma a forma de se relacionarem com as parturientes e ignoram o conhecimento e vontades delas (PEDROSA e SPINK, 2011).

Os estudos na área da saúde, no entanto, relatam que a autonomia deve ser considerada categoria norteadora e conteúdo central da promoção de saúde, reforçando que a restrição dessa autonomia atua como fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias, terminando por gerar uma regressão estrutural do nível de saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2008; PEREIRA, 2004).

O cuidado em saúde é, inclusive, um conceito que está aliado à autonomia do usuário da saúde.

O cuidado é o provimento e disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o seu bem estar, segurança, e autonomia para seguir uma vida produtiva e feliz (GARIGLIO, 2012 *apud* Cecílio, 2011).

Não restam dúvidas que a informação e o empoderamento da mulher são importantes ferramentas na retomada da autonomia de seu corpo e de suas vontades. Corroborando com este entendimento, o Ministério da Saúde diz: “há a necessidade da informação e formação de opinião entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que seja mais benéfico para a sua saúde e a de seus filhos” (BRASIL, 2001, p. 35).

As três parturientes entrevistadas neste trabalho, cientes dessa necessidade, participaram de rodas de conversas e apoio à gestação e ao parto humanizado, informaram-se, construíram plano de parto. Duas delas tinham plano de saúde e ainda assim optaram por parir em maternidade pública por acreditarem ter mais chances de fazer nascer seus filhos através de um parto normal respeitoso. Contudo, essas condutas não foram suficientes para garantir o exercício de suas autonomias. Elas foram vitimadas. Pelas pessoas, pelo sistema obstétrico brasileiro e pela sociedade que as coisifica e as silencia.

O resultado da análise dos relatos demonstra que o fato de estarem informadas, de não aceitarem procedimentos desnecessários e invasivos as tornou alvo de retaliações e rechaço por parte da equipe profissional.

Eu disse não, não quero, não vou sair daqui. E ela disse pro meu marido: Olha só pai, se ela continuar desse jeito aí eu não vou fazer mais nada, não vou mais tocar nela. [...] Como eu tinha plano de parto foram me deixando lá, de forma que era como se fosse um desprezo, não era como se tivesse me deixando pra atender minha vontade, mas algo do tipo: ela não quer? Então deixa ela aí. [...] por conta que ter um plano de parto parecia que era muita novidade pra eles. Era como se fosse muita pretensão minha levar um plano de parto pra dizer a eles o que fazer [...]

Tratavam quem não tinha informação como se a pessoa fosse imbecil: ahn mãezinha, é assim mesmo, dói assim mesmo. Como se eles fossem superior. E comigo era desprezo, tá entendendo? Não vou nem olhar pra você. [...] Você perguntava alguma coisa, você queria informação e as pessoas não davam, viravam as costas (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

A leitura que Dandara consegue fazer é a de que, na visão deles, fora muita pretensão sua levar um plano de parto, ousar dizer à equipe profissional o que eles deveriam fazer. O plano de parto não servira como instrumento garantidor de suas vontades, do que queriam que fizessem ou não com seu corpo. Pelo contrário, o fato de ousar levar um plano de parto fora motivo para que a deixassem sem assistência, desprezada.

Celina também relatou que fora negligenciada, que o fato de ter informações fez com que preferissem não falar com ela.

Eu fui a pessoa que eles meio que não queriam conversa, porque eles estavam cientes que eu tinha as informações. Eles não queriam conversar com uma pessoa que tinha informação. [...] Tanto que o cara, o obstetra, olhou pra mim e disse: você não vai me ensinar a fazer o que eu estudei a minha vida inteira pra fazer. Foi a única vez que ele olhou pra mim, sabe? (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

Ouvindo e relendo estes relatos, é possível visualizar que ter informações por si só não é, e não foi, suficiente para não ser vítima da violência obstétrica. Conhecimento não garantiu, conforme demonstrado no presente trabalho, o exercício da autonomia, pelo contrario, aumentou a discussão sobre os planos de cuidado. Quando questionada, a equipe médica pôde entender ter sido desafiada em sua autoridade e isso pôde gerar uma contra resistência ainda mais violenta do que quando a mulher fica mais passiva.

Isto pode ser mais uma vez identificado quando Quitéria relata ter ouvido de uma médica que se tivesse aceitado a episiotomia não estaria com sua vagina toda rasgada – laceração que ocorrera devido aos médicos terem alargado, rasgado sua vagina com as mãos. “Se você tivesse aceitado o corte não estaria assim (*fazendo o sinal de uma cruz com as mãos*) você tá toda rasgada, assim e assim (*repetindo o mesmo gesto*) [...] que eu não precisaria passar por tudo isso se eu tivesse aceitado o corte”.

2.3. “Uma episio só pra ensinar”: a maternidade-escola como cenário da violência naturalizada

A medicina chegou ao Brasil em 1808, logo após a chegada da família real ao país, através da criação da primeira escola de formação de médicos, e não é difícil imaginar a restrição que circundava tanto o acesso ao ensino dessa ciência, quanto o cuidado para com a população. Formou-se, assim, uma categoria profissional tradicionalmente elitista e vinculada ao poder (AMARAL, 2007 apud Souza, 1982).

Esse contexto, que isolou a categoria médico profissional em uma ilha do saber, terminou por construir a concepção de que eles seriam os únicos detentores do saber técnico da saúde e, portanto, únicos responsáveis por estabelecer os planos de cuidados aos quais deveriam ser submetidos os usuários do sistema de saúde.

Ao longo do tempo, vêm sendo produzidos estudos que mostram a necessidade de desconstrução dessa ideia de isolamento e superioridade, reforçando que o encontro entre o trabalhador e o usuário da saúde deve ser produzido através da formação de um espaço comum do encontro que deve prezar pela intercessão dos saberes desses dois polos da relação. Nesse espaço comum, deve haver a intervenção das duas partes convergindo esforços para a produção do cuidado (MERHY, 2013).

O trabalhador da saúde, ao colocar em prática o atendimento aos usuários, deve fazer uso de tantos quantos instrumentos de trabalho e tecnologias possa dispor, do conhecimento adquirido/saber profissional que traz consigo e, sobretudo, do espaço-relacional, de interação e tratamento humanos, que será o responsável pelo estabelecimento da relação entre as duas partes.

Não se entende a existência de um médico dotado de todas as qualidades técnicas e científicas, mas desprovido de sentido humanitário. Neste, ele caminha em busca mais de uma atitude de carinho, cuidado e toque físico do que da aplicação do mais requintado método propedêutico ou terapêutico (SILVA, 2012).

A escolha de modelo de cuidado não precisa ser estanque. Os processos produtivos de saúde só poderiam se realizar nas intercessões entre trabalhador e usuário, sendo nesse encontro entre eles “que se dá, em última instância, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado” (MERHY, 2013, p. 5)

Muito embora haja esse esforço para que o cuidado se alie ao saber, focando as condutas médicas em menos intervenções e mais acolhimento, a realidade confrontada por este trabalho mostrou que as mulheres atendidas nos hospitais, no momento dos seus partos, estão muito longe de conseguir interferir de alguma maneira no plano de cuidado a que são submetidas.

Foi possível constatar que muitas das condutas perpetradas pela equipe profissional são aprendidas e naturalizadas desde a formação desses profissionais. Como já mencionado neste trabalho, a maternidade “X” é uma maternidade-escola. O que significa que alunos de medicina, fisioterapia e enfermagem são submetidos a um estágio prático-profissional, na instituição, supervisionado por seus docentes e preceptores.

Os procedimentos são realizados como estratégia de ensino, sendo, por vezes, executados apenas para treinamento, de formas repetidas e desnecessárias clinicamente. Dessa maneira, o corpo da mulher é reduzido à condição de objeto de estudo, sem sua anuência e sem que lhe seja nem explicado o procedimento a ser realizado.

Eu já vi estudantes naquela cena sem interagir com a mulher, o que eu acho muito estranho. Aí ficam ali numa conversa entre o médico e os estudantes, discutindo, debatendo, olhando a dilatação. E ninguém se dá ao trabalho de pedir licença, falar com essa mulher (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

Ao agirem como se estivessem ministrando uma aula, falando e explicando procedimentos para os alunos, usando o corpo da mulher, os médicos-preceptores naturalizam a

violência e ensinam os estudantes uma prática que não cuida, não valoriza e não se importa com a individualidade daquela mulher.

E aí eles fazem um toque sem nem dizer o que é, e conversam com os alunos como se estivessem realmente dando uma aula e aí é que você se sente objeto. Porque ele não fala com você, ele fala com os alunos. Eu fiquei sabendo que eu tava com 10 cm (de dilatação) porque ele disse isso aos alunos. E aí você começa a se sentir uma coisa e sabe que vai ser isso ali dentro (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

A objetificação do corpo, a invisibilidade da subjetividade e os procedimentos desnecessários são, não apenas reproduzidos, mas ensinados aos novos profissionais de maneira naturalizada. Realizar uma episiotomia, procedimento cirúrgico onde a vagina é cortada com um bisturi ou tesoura, e que pode trazer sérias consequências físicas e psicológicas para a mulher, apenas como forma “didática” de ensino, é cruel e de uma violência difícil de mensurar.

Quando eu cheguei na maternidade, nos meus primeiros meses, primeiro ano, percebia que a episiotomia era quase que feita sequencialmente. Às vezes, fazem uma ‘epísio’ só pra ensinar (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

Teve uma mulher que tava com a doula e na hora a estudante de medicina perguntou: Doutora, não vai fazer a episiotomia, não? E aí a médica disse: é, faça. E ninguém tava falando em episio antes, não precisava. Tava tudo super bem ali, e foi uma episiotomia super traumática (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

Outro procedimento comumente ensinado aos alunos por seus preceptores, através de várias repetições desnecessárias, é o toque vaginal. Esses, apesar de dolorosos para a mulher, são reproduzidos por médicos e estudantes, de forma indiscriminada, utilizando a mulher-corpo como ‘cobaia’ para treinamento. Cenas que reproduzem a construção de corpos-cobaias são relatadas por Celina que passou pela experiência de ter seu corpo utilizado como instrumento para a aula prática de alunos.

Tinha uns vinte alunos ao meu redor observando o professor mostrando como é que fazia o toque. [...] Eu me levantei e vi aquele mundaréu de sangue em cima de mim eu pensava ‘meu Deus, o que tá acontecendo comigo? O que tá acontecendo aqui?’ Soluçando, sem saber o que tava acontecendo direito (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

A realização de procedimentos desnecessários como condutas repassadas pelos preceptores aos alunos nos remetem a uma formação iatrogênica, na qual é ensinada a intervir ainda que não seja necessário. Aprende que precisa agir intrusivamente quando a única coisa que

se esperaria dele seria empatia e atenção. E nos faz inferir sobre a urgência de modificar o ensino da medicina e a forma como esses médicos (as) estão sendo ensinados.

Parece que eles precisam fazer alguma coisa, tocar na mulher de alguma forma, eles precisam fazer alguma coisa. É tudo muito intervencionista. Pra mudar tudo isso, a gente precisa começar da base, com esse povo que tá estudando, pois é mais difícil mudar quem já tem essa conduta (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

Dora nos relatou que um dos acompanhamentos que fez como doula na maternidade “X” foi um dos momentos mais traumáticos que já viveu. “Nesse dia saí de lá e chorei por horas”. A parturiente que ela acompanhava sofreu toda sorte de violências físicas e psicológicas na presença, e com a ajuda, dos estudantes que estavam ali para aprender sobre cuidado em saúde.

A sala tava cheia nesse dia, foi horrível. Porque tinham muitos estudantes, estava cheia, parecia uma algazarra, uma coisa horrorosa. Fizeram Kristeller [...] teve episiotomia, teve fórceps, teve tudo. E essa mulher esgotada. [...] Posso dizer que foi umas das maiores demonstrações de falta de amor ao próximo que eu já vi (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

O Código de Ética Médica brasileiro preconiza que são condutas vedadas ao médico:

Art. 14 Praticar ou indicar **atos médicos desnecessários** ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 22 Deixar de obter **consentimento do paciente** ou de seu representante legal após **esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado**, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. **Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração**, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24 **Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente** sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem. [...]

Art. 31 **Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas**, salvo em caso de iminente risco de morte (CFM, 2009) (Grifos nossos).

Não resta dúvida que a formação precisa ser revista. Não há como ensinar sobre cuidado quando, na prática, se faz necessário que o aluno vivencie momentos em que o cuidado

não está sendo aplicado. A prática é o que faz com que a percepção seja cada vez mais abrangente e aguçada. Para que haja aprendizado sobre o cuidado humano é preciso que exista integração entre a teoria e a prática. O ensinar deve estar voltado para evidenciar que a essência do ser humano se encontra no cuidado (BOFF, 1999).

Cientes de que todas essas práticas obstétricas caracterizam uso abusivo e violento da prática profissional, logo de maneira a não refletir o cuidado que deveria entrelaçar a relação entre paciente e profissional de saúde, inclusive estando normatizadas como tal, e que, ainda assim, continuam sendo praticadas diariamente nas maternidades brasileiras, resta-nos refletir e reforçar os questionamentos de Celina. “Caramba, isso acontece porque aqui é hospital público? Isso acontece porque existe uma demanda muito grande? Ou porque a galera perdeu totalmente a sensibilidade?”.

3. CORTE NA ALMA: COMO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DEIXA MARCAS QUE VÃO ALÉM DO FÍSICO

Toques vaginais sem permissão ou sequenciados, realização de episiotomia, manobra de Kristeller, ocitocina de rotina, impedimento para se alimentar ou movimentar ou utilização de frases e gestos que possam inferiorizar a mulher ou afetá-la psicologicamente são algumas das condutas consideradas “violência obstétrica”.

Essas condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal. A imposição autoritária e não informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Enquanto eu tava tendo contração tiraram minha roupa, tiraram tudo que tava em mim, colocaram uma bata, me deitaram na cama. E aí quando parou a contração, que eu ia perguntar o que tava acontecendo... VRÁAA dentro de mim (*fazendo gesto brusco de que enfiaram a mão dentro dela*). Comecei a chorar, gritar... ‘o que é isso? O que é isso?’ (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

O toque vaginal é um procedimento obrigatório para a admissão na maternidade “X”, logo foi assim que a parturiente Celina foi recepcionada naquele lugar. De maneira desatenciosa, tendo a equipe tirado sua roupa e feito com que se posicionasse, sem que nada lhe fosse explicado ou por ela anuído.

Esse procedimento é um exame obstétrico que tem como objetivo estimar a progressão do trabalho de parto e nascimento de maneira a avaliar as alterações da cérvix, situação das membranas amnióticas, e de maneira a identificar a posição e a descida do feto. Sua realização consiste em o examinador inserir dois dos seus dedos dentro da vagina da mulher, o que, por óbvio, deve ser realizado com material apropriado e estéril, estando a paciente em posição confortável e tendo sido orientada e questionada quanto à realização e à anuência para o procedimento (BRANDEN, 2000). Alguns requisitos que, conforme vimos, não foram respeitados na realização do toque em Celina.

O fato de o toque vaginal ser protocolar para a admissão das parturientes na maternidade “X” nos leva a inferir que não é possível negar a sua realização. Nesse sentido, Dandara relata que, ao chegar ao hospital e não permitir que um médico que exalava um odor muito forte de cigarro lhe tocasse, foi ameaçada de não ser atendida e ainda de ter que passar pelo procedimento com um médico ainda pior.

Veio um médico e disse: vamos ali fazer um toque. E eu disse: - Doutor, no meu plano de parto tem que eu não queria o toque, tem como o senhor ler isso aqui, por favor? - Eu não quero ler papel não, minha filha. Eu vou fazer um toque em você, vamo ali. Quando ele chegou perto de mim senti que ele tava podre de cigarro, o cheiro dele tava muito forte. - Eu não vou deixar o senhor tocar em mim não. - ‘Vai deixar não? Então tá certo. Você não vai ser admitida no hospital, você vai ficar aí’ (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

Ouvindo ainda de uma enfermeira que era melhor ter deixado o médico fazer o toque, mesmo ele sendo grosso e estando com cheiro de cigarro, visto que o próximo plantonista era muito mais grosso. “Você vai ver!”, disse a profissional de saúde.

Visto que, para realização do toque, o médico (a) precisa inserir parte de sua mão dentro da vagina da mulher, tal procedimento é encarado, por algumas mulheres, como violador de sua intimidade, constrangedor e desconfortável, conforme observamos no relato da doula Leolinda, que termina por comparar o sentimento da mulher que é tocada, sobretudo quando isso ocorre de forma violenta, com o da mulher que é estuprada.

Eu já vi mulher sair de toque arrasada. Arrasada de sair e se trancar no banheiro pra chorar. [...] Teve uma mulher que ficou péssima. A cada toque era um tempo no banheiro com essa mulher chorando. Eu até fiquei me perguntando se ela não tinha algum histórico de abuso sexual, alguma coisa. [...] Porque é como se fosse um estupro, né? É semelhante a energia que a pessoa sente. Eu não sei, mas era muito doloroso pra ela (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

Com isso não estamos por querer reforçar uma comparação do procedimento obstétrico em relato com o estupro, mas é preciso analisar que a entrevistada termina por usar um jogo retórico para mostrar como a violência vivenciada por ela e pelas mulheres que acompanha é absurda e gravosa, chegando a colocar o sentimento sentido pelas mulheres como semelhante ao que sente uma mulher estuprada.

Logo, a maneira como esse procedimento é conduzido pelo (a) obstetra que o realiza é importante para que a mulher se sinta bem e, sobretudo, respeitada, sendo indispensável a anuência da mulher para a sua realização.

A manobra de Kristeller, que consiste na compressão do fundo uterino de maneira que a mulher tem sua barriga empurrada durante o trabalho de parto objetivando a abreviação deste, embora contraindicada pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO, e com orientação para que seja eliminada da rotina das maternidades, também esteve presente nos relatos das parturientes e doulas (BRASIL, 2001).

Fizeram manobra de Kristeller, empurraram a barriga dela fortemente, fortemente. Cada vez que empurravam, meu coração acelerava. Que eu disse: Meu Deus, vão quebrar a costela dessa mulher, vão matar ela, ou então vai matar a criança! Porque com essa força toda. Porque se debruçavam, subiam naquelas escadinhas pra fazer força mesmo. Era a médica de um lado, a enfermeira do outro apoiando o braço para dar segurança à médica, pra segurar, pra empurrar (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

Dandara também contou que “a médica mandou a enfermeira fazer Kristeller na hora da outra contração com a menina coroando, e eu sem deixar ela se aproximar com o braço. Ela nasceu antes que eles conseguissem empurrar [...]”.

Essa manobra é reconhecidamente danosa à saúde, constituindo um fator de risco de morbidade materna e fetal e sendo, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma psicológico que poderá carregar indefinidamente (BRASIL, 2001; 2016).

Já a episiotomia, comumente realizada sob a indicação de facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e um suposto afrouxamento vaginal provocado na passagem do feto pelos genitais durante o parto normal, é um procedimento realizado através de uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal que é realizado com tesoura ou bisturi, necessitando de sutura (ZANETTI, et al, 2009).

Muito embora haja, desde meados da década de 80, estudos científicos e diversas orientações da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil, indicando a abolição da episiotomia rotineira, esta continua sendo realizada de forma indiscriminada e rotineira nas maternidades brasileiras (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p.34).

Quando fui para o quarto tinha coisa de 15 mulheres, todas elas com episiotomia, com muitos pontos, todas elas achavam que tinham passado por um procedimento ruim, dizendo que a cesárea era melhor (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

O corte, resultado da episiotomia, resulta em uma substituição do tecido muscular e erétil da vulva por fibrose, podendo a função da musculatura do assoalho pélvico ficar prejudicada, estando relacionada a uma demora maior na retomada da vida sexual pós-parto, a aumento da dor durante a penetração, além de frequentes deformidades vulvares. Isso quando não ocorrem complicações que levem a lacerações graves, infecção ou hemorragia (CHILDBIRTH, 2001 apud Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002; ZANETTI, et al, 2009).

Eu disse a ela que não, como é que ela não respeitou? Ela cortou por nada, porque não tinha motivo, minha filha já tava coroando. Aquela episiotomia me incomodou muito, eu passei um mês sem conseguir sentar direito, e sentindo dor. Eu não conseguia ficar em pé muito tempo, ainda hoje eu não consigo ficar em pé muito tempo que sinto dor na região, se eu fizer uma caminhada eu sinto, dói bem lá no músculo, na pelve, eu sinto doer, tudo por causa dessa episio. Eu fiquei muito arrasada (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

As três parturientes entrevistadas não desejavam a episiotomia. Duas delas, Celina e Dandara, tiveram suas vaginas cortadas, mesmo sem suas autorizações e Quitéria teve sua vagina alargada, rasgada com as mãos por ter se negado ao procedimento. As sequelas narradas por essas mulheres são as mais diversas, desde dificuldades na retomada de sua vida sexual até traumas psicológicos.

Foi coisa de eu ficar sem sentar por muito tempo, com 45 dias eu fui tentar ter a primeira relação e sabe o que é você ir no inferno e voltar? Foi a pior coisa que eu fiz na vida. E aí, mesmo passados uns dois meses eu não queria mais saber de relação sexual porque doía muito, doía mais do que a dor que eu senti durante o trabalho de parto, e até hoje incomoda (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

A vida sexual no início foi horrível... Aquelas palavras que a médica disse que eu tava toda rasgada lá embaixo me destruiu, eu achava que não tinha mais condições de ter relações, de ter outro filho, eu não me sentia mais pra nada, sentia que meu corpo tinha sido mutilado (Quitéria, parturiente, entrevista concedida em 06 de março de 2017).

A episiotomia é uma incisão cirúrgica e, para tanto, necessita da anuência da mulher. Para além do corte físico é preciso ressaltar que o procedimento está associado a uma cultura machista de que o parto vaginal deixaria a musculatura da vagina da mulher flácida e, por isso, a realização da episiotomia e sua consequente sutura, seria uma forma de “apertar” essa vagina como forma de requalificar essa mulher sexualmente, “preservando-se o estatuto da vagina como órgão receptor do pênis”. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.90; REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

- Deixa eu cortar pra te ajudar. - Eu não quero, doutora. Eu tinha que dizer que não queria no meio de uma contração. [...] e mesmo assim, ela ainda me cortou. [...] e costurou sem anestesia sem nada. Eu tava tão, tão preocupada com as coisas, com a violência obstétrica que eu tava vivenciando, que ela nasceu, veio pra cima de mim, e eu não consegui chorar, não consegui me conectar. [...] eu tava com sensação de tristeza, não era de felicidade, não era de alegria, de forma nenhuma, não conseguia me conectar de jeito nenhum. Não tinha

conexão com minha filha e eu fiquei muito arrasada (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

Os relatos demonstram como essas mulheres ficaram abaladas e o quanto a realização do procedimento deixou sequelas físicas e psicológicas, algumas que perduraram durante todo o pós-parto e influenciaram até na relação dessas mulheres com seus filhos, como disse Dandara. Logo não há como dissociar a realização da episiotomia, e todo o sofrimento que é infligido às mulheres em decorrência de sua realização, de uma espécie de punição ligada à sexualidade, ligada a este "sistema erótico", prevalente no Brasil, baseado nas noções de atividade-masculino e passividade-feminino (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Para além das condutas que se manifestam de maneira física e mais aparente, as entrevistadas também relataram ações que a abalavam psicologicamente, normalmente expressadas através de frases que buscam diminuir a auto estima da mulher, humilhá-la, desacreditá-la ou fazê-la sentir-se culpada.

Dora não acreditou no absurdo que ouvia quando presenciou um profissional da equipe de saúde dizer a uma mulher que reclamava das dores: “na hora de fazer você não tava chorando!”. Relatando ainda que, em outra situação, após uma mulher sofrer toda sorte de procedimentos violentos a médica chegou ao absurdo de dizer a ela: “a culpa é sua se acontecer alguma coisa com seu filho, a culpa é sua! Essa mulher chorava, gritava... Foi uma coisa horrível, horrível” (Dora, doula, entrevista concedida em 08 de março de 2017).

A doula Leolinda nos relatou que, em uma das piores situações que acompanhou na maternidade “X”, após um tempo sem que o parto evoluísse, presenciou uma médica dizer a uma mulher: “se você não ajudar seu bebê vai morrer” (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

Esse processo de culpabilização da mulher que a condena por não estar cooperando, que tenta fazê-la se sentir culpada por algo que possa vir a acontecer com seu filho, pode ser responsável por uma experiência extremamente traumática (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Ademais as condutas até agora referenciadas podemos observar ainda que a violência sofrida ou presenciada pelas entrevistadas apresentou uma outra faceta, a de que a essas mulheres estava sendo imposto um sofrimento de forma intencional, como modo de castigá-las por terem se negado a aceitar os procedimentos, ousado ‘desafiar’ a equipe profissional. Leolinda relatou, como o acompanhamento que mais lhe marcou, um caso onde a mulher pariu

sozinha, sofreu todo tipo de violência e teve sua acompanhante expulsa do hospital, porque esta decidiu questionar uma profissional de saúde.

Ela tinha 19 anos, primeiro filho, e aí a mãe dela questionou coisas pra uma estudante de medicina, coisa muito normal para uma mãe que tá ali nervosa, e com quem não se conversa, não se explica nada. E aí ela ficou ali batendo boca com aquela mulher de um jeito que não era positivo, ela não tava explicando ou tendo paciência, ela tava debatendo. Uma obstetra que escutando o que tava acontecendo, entrou na sala de exame, de avaliação médica e começou a gritar com a mãe e dizer que ela ia ser presa por desacato. E ela gritava muito alto, mais alto que todo mundo, foi um escândalo. [...] já tava sendo muito doloroso para aquela mulher aquele parto, tinham rompido a bolsa das águas dela, e para algumas mulheres isso tem um efeito muito forte, se tornou um parto muito dolorido, ela ficou irritada, com umas contrações muito em cima da outra. E aí expulsaram a mãe dela [...] E essa médica continuou gritando, gritando muito, inclusive, eu acho que não assustou só essa mulher, assustou todo o pré-parto e ela continuava gritando. E essa menina travou completamente o trabalho de parto dela, travou contração, tudo foi embora. [...] tocaram ela e disseram não vai nascer não, vai pra cesariana. Aí ela foi. E quando voltou, ela disse que na verdade ela tinha parido normal, e teve episiotomia, forceps e manobra de kristeller, que é o conjunto pior do mundo. E ela contou a mim e a família que tinha momentos que ela esmurrava as pessoas, ela se debatia. E ela tava assim arrasada, arrasada, destruída, uma mulher completamente destruída. Teve um momento de chorar e dizer “meu Deus, eu sofri demais! Sofri demais!”. Então, arrasaram com essa mulher, ela me falou que não queria ter outro filho que pra ela foi muito traumático. [...] Fizeram o queriam com essa mulher, pra mim foi como uma retaliação aos comentários da mãe (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

Submeter essa mulher à situação narrada, negar-lhe o direito de ter um acompanhante, submeter-lhe a um tratamento dessa natureza, travar uma discussão verbal com o acompanhante de uma mulher que está parindo, passando por um momento de instabilidade e sensibilidade é cruel. E, segundo Leolinda, de uma crueldade intencional.

Dandara não queria a episiotomia, repetia a todo tempo para a médica que não queria que a cortasse e mesmo assim ela cortou e “costurou sem anestesia, sem nada”. Celina relata que não bastasse não atender ao seu pedido para não ser cortada, o médico “fez a episio sem anestesia. Depois disse que tinha sido necessário. Mesmo eu pedindo que não fizesse”.

Quitéria, que não permitiu que a episiotomia fosse feita, teve laceração de segundo grau devido ao fato de os médicos terem ficado com as mãos dentro de sua vagina, alargando-a para a passagem do bebê.

Eu me deitei na maca, eles colocaram a ocitocina. Eu ainda tive umas três contrações e ela nasceu, eu senti que eles rasgaram tudo, metiam a mão e me abriam assim rasgando (*fazendo movimento brusco de abrir com as mãos*). Não era a dor dela nascer, era porque eles tavam abrindo. [...]eu senti eles rasgando a

minha vagina. Eu pensei ‘meu Deus, se ela não nascer agora eu vou morrer, eu não aguento mais! (Quitéria, parturiente, entrevista concedida em 06 de março de 2017).

E como consequência de sua “teimosia”, em não aceitar o procedimento médico, teve que ouvir uma médica dizer que se ela tivesse aceitado o corte, não estaria toda rasgada. Leolinda então nos fala sobre aquilo que ela chama de “falsa permissão”, o que ocorre quando parece que a equipe tá pedindo autorização para realizar o procedimento, mas quando a mulher diz que não quer, eles não param, ninguém sai, nem se dá ao trabalho de responder à mulher.

A mulher que tava comigo disse: ‘não, não, por favor! Por favor’. E aí a médica não tava nem olhando pra cara dela, e o outro estudante estava tocando ela já. Eu não sei se é pelo poder da figura do médico, se não querem ir de encontro ao professor deles, não sei. Mas ali ninguém tava ligando para mulher. (Leolinda, doula, entrevista concedida em 17 de março de 2017).

A cena de uma vítima pedindo, por favor, para não ser violentada nos remete a episódios de caráter torturante, cruel, de violência intencional, onde o causador da violência não consegue se compadecer de uma súplica dessa natureza. Essas narrativas terminam por nos levar até o suplício explicitado por Michel Foucault em sua obra *Vigiar e Punir*. Segundo Foucault para que uma pena seja considerada um suplício, ela deve produzir uma certa quantidade de sofrimento de maneira a hierarquizar quem a inflige e quem a recebe; devendo ser marcante para a vítima e ainda ostentoso para quem a impõe (FOUCAULT, 1987).

Obviamente que não estamos aqui querendo comparar as condutas violentadoras vivenciadas por *Damiens*, durante o suplício, com o que viveram e nos relataram as parturientes e doulas na maternidade. Contudo, somos instados a atentar para a característica predominante de domínio do corpo e para a valorização de uma espetacularização da dor através da produção pública de um ritual de sofrimento, presentes em ambos os casos (FOUCAULT, 1987)

Mas, esse sofrimento público, reiterado e intencional produziu sequelas que continuaram a repercutir nas vidas dessas mulheres para além do momento do parto e das paredes da maternidade.

A experiência vivida na maternidade “X” por Celina a levou a querer evitar lugares com muitas pessoas por algum tempo. A sala lotada de alunos, muito barulho, o não acatamento de suas vontades fez com que ela quisesse se isolar quando teve alta hospitalar.

E aí quando eu fui pra casa, eu não queria ver ninguém. Foram várias visitas em casa e eu não queria ver ninguém, queria ficar sozinha. Eu passei muito tempo sem querer ver pessoas, uns dois meses, sem querer receber ninguém, sem

querer conversar, eu fiquei muda, falava o que extremamente necessário, foi uma coisa que tocou muito, não ser notada pelas pessoas, não ser escutada num momento que era pra ser de tranquilidade e felicidade (Celina, parturiente, entrevista concedida em 12 de março de 2017).

Quitéria, de tanto ouvir dos médicos que ela só estava com a vagina toda rasgada porque não havia aceitado a episiotomia, teve sua autoconfiança e estima abaladas, e passou a se enxergar como culpada: “Você se sente culpada por não ter aceitado, por não ter conseguido, se questionando sobre tantas coisas (Quitéria, parturiente, entrevista concedida em 06 de março de 2017).

“Eu fui lá pra sofrer mesmo”, com esse sentimento Dandara relatou que as intervenções devastadoras que viveu as fizeram apresentar sintomas associados à depressão pós-parto; que o trauma vivido não a deixaria desejar outros filhos. Nunca mais.

Eu fiquei mais de um ano com sintomas de depressão pós-parto por conta disso tudo, que foi bem devastador [...] Eu ainda fiquei pensando em ir lá falar da médica, ir denunciar, mas aí eu disse: não vai dar em nada mesmo. Eu fiquei muito desmotivada, o papel (*plano de parto*) que eu fiz não serviu de nada, eu fui lá pra sofrer mesmo. [...] Eu saí de lá com a certeza de que eu não queria ter outro filho nunca mais. Se me perguntassem eu diria Deus me livre! Porque pra mim foi traumático. [...] Fui pra casa muito arrasada. Minha sensação era que tinha vivido uma experiência horrível (Dandara, parturiente, entrevista concedida em 16 de março de 2017).

Isolamento, culpa, depressão pós-parto e o desejo de nunca mais ter filhos são algumas das sequelas que as seguiram para além das paredes da maternidade, marcas que a violência obstétrica deixou nessas mulheres e em tantas outras.

Na narrativa de Dandara foi possível registrar uma frase que, de certa forma, resume o impacto que as violências sofridas e as consequências advindas delas terminam produzem nas mulheres que são vitimadas. A dor vivenciada por elas termina por cortar mais do que a carne, deixar mais do que uma lembrança ruim. “Ela (*a médica*) tinha feito um corte na minha alma, pra eu levar pro resto da minha vida”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão teórica que abriu este trabalho traçou uma perspectiva histórica do parto como um ato fisiológico, perpassando pelo ingresso da medicina nesse universo e pelo processo de medicalização do parto. Trouxemos à discussão o chamado parto humanizado que surge como uma forma de retomar a autonomia da mulher de maneira a respeitar as suas vontades, contrapondo-se às condutas tidas como violência obstétrica e dispensando a essa mulher um atendimento respeitoso no momento do seu parto.

Diante do cenário da assistência obstétrica brasileira e da busca pessoal por um parto normal respeitoso, após ter sido conduzida a uma cesárea desnecessária marcada por conveniência médica, encontrei o grupo de apoio a mulheres e mães *Gestar e Maternar*, local onde se descortinou o campo para esta pesquisa. Decidimos, então, que o objetivo deste trabalho seria analisar como as mulheres e doulas significam a violência obstétrica vivenciada na maternidade “X”, instituição escolhida pela sua importância e pelo seu caráter público que termina por implicar em uma maior responsabilidade do Estado quanto às condutas perpetradas por seus agentes.

Esta pesquisa, cujos resultados foram relatados nos capítulos finais deste trabalho, concentrou-se no discurso de puérperas e doulas que haviam vivenciado a violência obstétrica na maternidade “X”. Nossos esforços iniciais compreendiam que a violência obstétrica se apresentava para essas mulheres através das condutas elencadas como violentadoras, tais como episiotomia, Kristeller, frases depreciativas ou desrespeitosas, entre outras. Contudo, após análise dos relatos, deparamo-nos, para além das formas de violência citadas, com uma violência que se apresenta de forma simbólica, mas muito significativa para as mulheres. A objetificação do corpo da mulher por parte da equipe profissional, fazendo-a se sentir como uma coisa, apropriando-se do seu corpo e tornando suas vontades invisíveis, estava marcada nos discursos de Quitéria, Celina, Dandara, Dora e Leolinda.

Esta construção que estabelece uma relação de propriedade e, portanto, de hierarquia, entre os profissionais de saúde e o corpo feminino é atribuída, no decorrer das narrativas, ao processo de formação destes profissionais. A atuação da maternidade “X” como maternidade-escola termina por reproduzir a presença recorrente de alunos durante os procedimentos na instituição e a ocorrência de verdadeiras aulas práticas em que o corpo da mulher era o objeto de estudo, transformando a maternidade em um lugar de ensino e naturalização da violência.

As relações de gênero são observadas através da objetificação do corpo da mulher; das relações de poder e hierarquização entre a mulher e os profissionais; da anulação do exercício de sua autonomia; da violência que aparece como característica das práticas médicas, e, ainda, através do tratamento que é dispensado às mulheres quando elas “ousam” discordar de algum procedimento da equipe de saúde.

Restou concluso, após análise das narrativas das mulheres, que buscar informações, empoderar-se, apresentar plano de parto e tentar exercer sua autonomia através das escolhas sobre seu corpo e os processos vividos por ele durante o parto, não foram suficiente para que essas mulheres fossem ouvidas e respeitadas. Ao contrário, reclamar, negar-se à realização de algum procedimento foi entendido pela equipe profissional como uma espécie de desacato a “quem estudou 30 anos” para fazer isso. Muito embora não reste comprovado que esse seja um comportamento institucionalizado e, portanto, reproduzido cotidianamente, não estamos aqui falando de dados estatísticos nem de necessidade de comprovação numérica para viabilização da gravidade das condutas narradas pelas entrevistadas nesta pesquisa.

Em se tratando de conduta estatal que viola direitos, basta que um caso ocorra para que se debata e perquiria a responsabilidade deste Estado como garantidor de direitos, e, nesta pesquisa, todas as entrevistadas relataram a presença de retaliação, negativa de atendimento e submissão da mulher a rituais de dor e sofrimento por terem “ousado” contrapor-se à equipe de saúde.

Outro ponto chave dos resultados obtidos nesta pesquisa está relacionado com as sequelas apresentadas pelas mulheres em virtude da maneira que significaram a violência vivida na maternidade “X”. Dificuldade de retomar a vida sexual, de sentar-se, dores no períneo, falta de conexão com seus filhos, depressão pós-parto, isolamento, sentimento de culpa e desejo de não ter outros filhos, são algumas das marcas narradas pelas entrevistadas em decorrência das condutas vivenciadas na maternidade.

A forma como as protagonistas significaram a violência obstétrica sofrida é facilmente observada nos excertos das narrativas que permeiam o trabalho. A utilização reiterada destas narrativas pode, por alguns, ser encarada como brutal, insistente e até desnecessária. Salientamos, contudo, que nossa intenção não fora a de utilizar, sob nenhum aspecto, de certo apelo à violência, mas, sobretudo, a de permitir que o extremo, já presente nas narrativas e ainda mais nas experiências de vida dessas mulheres, pudesse ser enxergado ainda que apenas neste trabalho.

Não tenho dúvidas quanto à exiguidade do que fora, por mim, abordado neste trabalho, entendendo que muito mais, e melhor, poderia ser trabalhado diante do tema, contudo, a

pesquisa no campo da assistência obstétrica no Brasil ainda é muito insipiente, sobretudo quando se trata de violência obstétrica. Logo, esperamos que nossa contribuição possa ter alcançado a graça de fomentar esta discussão, trazer um pouco de voz às essas mulheres e servir de incentivo para novas pesquisas e estudos na área.

O tema vem sendo proposto, discutamos sobre ele! Tudo que envolve as relações de poder e o lugar da mulher na nossa sociedade, sobretudo quando se fala sobre proporcionar-lhe o exercício de sua autonomia, envolve luta. Então, lutemos! Por nós, pelas Quitérias, Celinas, Dandaras, Doras e Leolindas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de; **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ARGENTINA. Ley nacional N° 25.929. **Parto Humanizado**. Disponível em: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

ARGENTINA. **Ley de Proteccion Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ambitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1976.

BÍBLIA. A. T. Gênesis. In: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento**. Tradução de João Ferreira de Almeida. Sociedade Bíblica do Brasil, Rio de Janeiro, 1966.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONI; Valdete. QUARESMA; Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Vol. 2, nº 1 (3), p. 68-80, 2005.

BRANDEN, P. S. **Assistência materno-infantil**. São Paulo: Reichmann S. Affonso, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré- -Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/portaria_n_569_de_1_de_junho_de_2000.doc.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, CONITEC. Brasília, DF, 2016.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 'Convenção Belém do Pará**. São Paulo: KMG, 1996.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp.2115-2122.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade.** São Paulo: Paz & Terra, 2014. 175 p.

_____. **Microfísica do Poder.** Organização e introdução de Roberto Machado. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado.** Disponível em: < http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 04 abr.2017

JOÃO PESSOA. Lei nº 13.080, de 27 de outubro de 2015. **Estabelece permissão da presença de doulas durante todo o ciclo gravídico puerperal, acompanhamento de consultas e exames do pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, que tenha sido solicitado pela gestante.** João Pessoa, PB, 27 out. 2015.

LIMA GEBRIM, Cyanéa Ferreira; et al. Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente. In **Enfermería Global, revista electrónica trimestral de enfermería.** Abril: 2014. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion3.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.

LOURO, Guacira Lopes(Org.). **O corpo educado – Pedagogias da sexualidade.** Autêntica Editora, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **O cuidado é um acontecimento e não um ato.** In Franco, T. B. MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C.de S. et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 16ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** In. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3), 2005, p. 651-657.

OSAVA, R. H. **Assistência ao Parto no Brasil: O Lugar do Não-Médico.** 1997. 129 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. **A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica.** In. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

PEREIRA, WR. **O Poder, a violência e a dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde.** Texto Contexto Enferm., p. 391-400, 2004.

PISCITELLI, Adriana; **Re-criando a (categoria) Mulher?** Disponível em: <<http://www.culturaegenero.com.br/download/praticafeminina.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

RAMOS, Ticiana Osvald; **Apontamentos Históricos sobre o Campo Obstétrico Brasileiro: percursos da hospitalização e da profissionalização do parto e nascimento.** In A saúde coletiva em destaque. Organizado por Flávia C. dos Santos Henrique; Liliane de Jesus Bittencourt; Rosa C. Cordeiro. UFRB - Cruz das Almas, Bahia, p. 15 – 44, 2016.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás Com Dor”** – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

Acesso em 07 nov. 2016.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Humanização do Parto.** São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-redefeminista/015.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

REIS, Adriana Elias dos; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.10, 2005.

SAFIIOTI, Heleieth. **Gênero Patriarcado violência.** 2.ed. – São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SOUZA, Karla Romana Ferreira de. **O Sentimento do toque vaginal para parturiente durante a assistência no pré-parto.** Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeaon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/O%20Sentimento%20do%20Toque%20Vaginal%20para%20Parturiente%20durante%20a%20assist%20C3%A4ncia%20no%20pr%20C3%A9%20parto.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Disponível em: <<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/SCOTTJoanGenero.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SERAFIM, Fabrícia Pessoa. **Teoria feminista do direito aplicada: discussão sobre a prática indiscriminada da episiotomia no Brasil.** Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/9701>> . Acesso em: 03 abr. 2017

SILVA, Alcino Lázaro da. **Ensino médico na graduação, faculdade futurista (pós-moderna; contemporânea).** Revista Médica de Minas Gerais, p. 442-446, 2012.

VENEZUELA. *Ley Organica Sobre el Derecho de las Mujeres a Una Vida Libre De Violencia.* Venezuela, 23 abr. 2007. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz; et al. **Episiotomia: Revendo conceitos.** In FEMINA, vol. 37, p. 367-371, 7 de Jul 2009.

_____. **Convenção Belém do Pará (1994).** Disponível em <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 20 nov. 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (PARTURIENTE)

1. Identificação:
 - Idade:
 - Raça?
 - Nivel de instrução?
 - Ocupação?
2. É Primipira (primeiro filho)?
3. Vivenciou algum aborto?
4. Possui Companheiro/a? Teve o acompanhamento dele/a durante o trabalho de parto?
5. Como foi realizado seu pré natal? Quem acompanhou?
6. Essa gravidez foi planejada?
7. Como foram os partos de sua mãe? Os seus partos anteriores (caso haja)?
8. Você planejou o parto? Se sim, como?
9. Como foi seu parto?
10. Como você avalia o atendimento recebido?
11. Quais profissionais assistiram seu parto?
12. Você recebeu alguma oferta de alívio de dor? (bola, caminhar, alimentação)
13. Você se sentiu a vontade durante o trabalho de parto para mudar de posição, alimentar-se ou reclamar da dor ou desconforto que sentia?
14. Você recebeu a administração de algum medicamento? Foi informada quanto ao uso de Ocitocina?
15. Quais procedimentos passou durante o trabalho de parto? Como identifica eles? Achava necessário?
16. Você entende que sofreu algum tipo de violência ou atendimento que lhe desagradou? Se sim, como e quando passou a entender aquilo como violência?
17. Qual sua satisfação? Como se sente após o parto?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (DOULA)

1. Identificação:
 - Idade:
 - Raça:
 - Formação:
 - Categoria profissional:
2. Há quanto tempo atua como Doula?
5. Há quanto tempo atua nessa Maternidade?
6. Quais são as atividades desempenhadas por uma Doula?
7. Como é a prática da doulagem?
8. Como surgiu a vontade de atuar como Doula voluntária nessa Maternidade?
9. O que entende por humanização?
10. O que compreende por Violência Obstétrica?
11. Consegue identificar alguma situação de Violência Obstétrica nessa maternidade?
Já vivenciou alguma durante sua atuação na doulagem?
12. Como vivencia essa prática (da VO)?
13. Qual seu entendimento sobre a ocorrência de procedimentos que compreendem Violência Obstétrica? Acha que eles são necessários? Se não, porque acha que continuam a acontecer?