

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS**

**EXPERIÊNCIAS DE PARTO E VIOLAÇÃO AOS DIREITOS
HUMANOS: UM ESTUDO SOBRE RELATOS DE VIOLÊNCIA NA
ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

MARIANA DA COSTA AMORIM

**GOIÂNIA
2015**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZARAS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor(a):	Mariana da Costa Amorim				
E-mail:	Mari_amorim_gyn@hotmail.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
Vínculo empregatício do autor					
Agência de fomento:				Sigla:	AGU
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	
Título:	EXPERIÊNCIAS DE PARTO E VIOLAÇÕES AOS DIREITOS HUMANOS: UM ESTUDO SOBRE RELATOS DE VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA				
Palavras-chave:	Direitos Humanos, Parto, Violência Obstétrica				
Título em outra língua:	Childbirth experience and violation of human rights: a study on violence reports in obstetric care				
Palavras-chave em outra língua:	Human rights, childbirth, obstetric violence				
Área de concentração:	Direitos Humanos				
Data defesa:(dd/mm/aaaa)	10/08/2015				
Programa de Pós-Graduação:	Mestrado em Direitos Humanos				
Orientador(a):	Profa. Dra. Vanessa Helena Santana Dalla Déa				
E-mail:	vanessaaquatica@gmail.com				
Co-orientador(a):*	Cerise de Castro Campos				
E-mail:	Dra.cerise@gmail.com				

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

MARIANA DA COSTA AMORIM

Data: 10 de agosto de 2015.

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS**

**EXPERIÊNCIAS DE PARTO E VIOLAÇÃO AOS DIREITOS
HUMANOS: UM ESTUDO SOBRE RELATOS DE VIOLÊNCIA NA
ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

MARIANA DA COSTA AMORIM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos, da Universidade Federal de Goiás, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Direitos Humanos, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Santana Dalla Déa e coorientação da Prof^ª. Dr^ª Cerise de Castro Campos

**GOIÂNIA
2015**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

da Costa Amorim, Mariana

Experiências de parto e violação aos direitos humanos: [manuscrito] :
Um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica /
Mariana da Costa Amorim. - 2015.
xcvii, 97 f.

Orientador: Profa. Dra. Vanessa Helena Santana Dalla Déa; co
orientadora Dra. Cerise de Castro Campos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Direito (FD) , Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos,
Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui abreviaturas.

1. Direitos Humanos. 2. Parto. 3. Violência obstétrica. I. Helena
Santana Dalla Déa, Vanessa , orient. II. de Castro Campos, Cerise,
co-orient. III. Título.

MARIANA DA COSTA AMORIM

**EXPERIÊNCIAS DE PARTO E VIOLAÇÃO AOS DIREITOS
HUMANOS: UM ESTUDO SOBRE RELATOS DE VIOLÊNCIA NA
ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos.

Aprovada em 10 de agosto de 2015.

Prof.^a Dr.^a Vanessa Helena Santana Dalla Déa (NDH / UFG)
Orientadora e Presidente da Banca

Prof.^a Dr.^a Luciana de Oliveira Dias (NDH / UFG)
Membro Interno

Prof.^a Dr.^a Maria Alves Barbosa (FEN / UFG)
Membro Externo

GOIÂNIA
2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas orientadoras, Profa. Dra. Vanessa Helena Santana Dalla Déa e Profa. Dra. Cerise de Castro Campos, pelas orientações sempre pacientes, pelo amor e acolhimento e por abraçarem comigo este tema.

À professora Luciana de Oliveira, pelos ensinamentos que ultrapassaram os limites da sala de aula e pelo aprendizado que se refletiu na vida e no coração. E à Professora Helena Esser, muito obrigada por me oferecer um porto seguro em um momento tão importante.

À UFG, pela bolsa de pesquisa.

À direção da instituição participante e às mulheres que colaboraram com esta pesquisa.

Ao GHUAPA – Grupo de Humanização e Apoio ao Parto Ativo –, sou grata pelo aprendizado, parceria e pelo fortalecimento nos momentos de luta por direitos na gestação e no parto.

Ao meu filho Felipe, por fazer parte da minha vida e por me ensinar tanto sempre, bem como pelo amor e pela compreensão durante todo o processo. Sem você, meu mundo seria vazio.

A Marcell Castelo Branco, pelo apoio e companheirismo, por me dar a mão nos momentos em que me senti cansada e por me incentivar sempre.

Ao meu pai, Ildefonso, e à minha mãe, Milene: sou grata a Deus por ter me dado pais maravilhosos. Agradeço também ao Marcus Lopes, um grande apoiador, segundo pai e amigo que a vida me deu de presente.

Breno Amorim, obrigada por oferecer serenidade e afeto em todos os momentos. Agradeço também aos meus amados incentivadores, que mesmo de longe contribuem com carinho, palavras positivas e sugestões: Mirtes Completo e Waldinei de Souza.

Ruth Cabral, Katiúscia Costa, Marcos Etimar e Fabrício Pedroza, por todo apoio, afeto e amizade sempre reforçadora.

À Socorro Amorim e a toda a família Amorim e a família Costa, pelo amor e pelas vibrações enviadas sempre no momento certo. E em memória de Neuma Amorim, que não pôde presenciar o momento final deste trabalho, mas que sempre esteve comigo em todos os momentos e ainda está.

Ao CEABEM/RN e a todos os seus trabalhadores, pela assistência e presença.

RESUMO

As intervenções direcionadas à mulher em trabalho de parto frequentemente têm sido interpretadas como violentas ou desumanizadas, especialmente quando a assistência obstétrica desconsidera a autonomia e o protagonismo da parturiente como condutora do trabalho de parto. Diante disso, o respeito, a dignidade e a livre-escolha no parto são questões de direitos humanos e necessitam de discussões sob a ótica da interdisciplinaridade. Esta é uma pesquisa descritiva, autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, cujo parecer está registrado com o nº 738.671. O objetivo foi analisar os relatos das 33 participantes que passaram pela experiência de parto nos anos de 2009 a 2014, verificar a incidência de violação de direitos e discutir com base na perspectiva dos direitos humanos e da interdisciplinaridade. Busquei, ademais, discutir sobre a violência e a heteronomia feminina no momento do parto, a ausência de dignidade e os direitos humanos. Também procurei identificar o significado de “parto digno” no grupo pesquisado, a expectativa das mulheres em relação ao parto e as experiências vivenciadas. A visão foucaultiana de poder e do discurso na linha teórica de Fairclough contribuíram para uma análise qualitativa dos relatos. Ao final deste estudo, foi possível observar que 45% das participantes passaram por situações injustas durante o parto ou que despertaram sentimento de revolta com relação à dignidade e aos direitos humanos. Os resultados demonstraram que as participantes que sofreram violência no parto convivem com consequências temporárias ou permanentes. Para as entrevistadas, o sentido de humanização esteve fortemente relacionado ao fato de se sentirem acolhidas, informadas, seguras e próximas da equipe médica. O significado de “parto digno” para o grupo de mulheres pesquisadas compreendeu palavras como ‘tratamento acolhedor’, ‘respeito’, ‘informação’, ‘segurança’, ‘autonomia’, ‘direitos assegurados’ e ‘presença de acompanhante’.

Palavras-chaves: direitos humanos, parto, violência obstétrica.

ABSTRACT

Medical interventions used in women during childbirth have often been interpreted as violent or dehumanized, especially when obstetric care disregards the autonomy and the role of the mother as in control of labor. Thus, respect, dignity, and free will in childbirth are human rights that require an interdisciplinary debate. The Research Ethics Committee of Universidade Federal de Goiás has approved this descriptive study under Decree 738 671. This paper aimed at analyzing the reports of 33 participants who underwent childbirth experience from 2009 to 2014, assessing the occurrence of violation of rights, and promoting an interdisciplinary debate grounded on human rights. Moreover, we sought to discuss violence against women, their conformity at birth, and lack of dignity and human rights. We also sought to determine the study group's concept of "decent labor", along with women's expectations on childbirth and their actual experiences. Foucault's view of power and discourse in the theoretical line of Fairclough has contributed to the qualitative analysis of the reports. According to this study, 45% of the participants were involved in unreasonable situations during childbirth, or in situations that caused a sense of outrage, for lack of dignity and human rights. Results show that, when experiencing violence in childbirth, participants have had temporary or permanent after-effects. Interviewed women strongly relate humanization with feeling embraced, informed, safe and close to the medical team. When asked to give meaning to "decent labor", the group of interviewees brought forth terms such as 'warm treatment', 'respect', 'information', 'safety', 'autonomy', 'guaranteed rights' and 'the presence of a partner.'

Keywords: human rights, childbirth, obstetric violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
ANS	Agência Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NDH	Núcleo de Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean (Parto vaginal após cesárea).

SUMÁRIO

A RELAÇÃO ENTRE O PARTO E O MEU MUNDO	08
INTRODUÇÃO - DIREITOS HUMANOS NO PARTO: DIREITOS DE QUEM?	11
CARACTERÍSTICAS DA CIDADE, DA INSTITUIÇÃO E DAS MULHERES PARTICIPANTES	15
DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CAMPO	15
CAMINHOS METODOLÓGICOS	16
1 O TRABALHO DE PARTO EM EVOLUÇÃO HISTÓRICA: DA MEDICINA HOSPITALAR À NECESSÁRIA DEVOLUÇÃO DO PROTAGONISMO FEMININO	20
1.1 O SURGIMENTO DA MEDICINA HOSPITALAR E O PODER MÉDICO NOS HOSPITAIS	20
1.2 A AUTONOMIA DA PARTURIENTE NA OBSTETRÍCIA	23
1.3 A CESARIANA COMO ESCOLHA DA MULHER	28
1.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PARTO HUMANIZADO	32
1.4.1 Cenário da violência obstétrica	32
1.4.2 O parto humanizado	35
2 MEMÓRIAS E NARRATIVAS DO PRÉ-PARTO	39
2.1 A ESCOLHA DO TIPO DE PROFISSIONAL	40
2.2 A ESCOLHA E/OU ORIENTAÇÃO DO LOCAL DO PARTO	42
2.3 A OPÇÃO E/OU ORIENTAÇÃO SOBRE O TIPO DE PARTO: NORMAL OU CESÁREA	44
2.4 DIREITO A ACOMPANHANTE	53
3 MEMÓRIAS E NARRATIVAS DO PARTO E NASCIMENTO	58
3.1 RECEPÇÃO DE INFORMAÇÃO	58
3.2 PROCEDIMENTOS INVASIVOS E/OU CONDUTAS MÉDICAS	61
3.3 COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO	65
3.4 O PARTO VAGINAL	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS. DISTÂNCIAS E PROXIMIDADES ENTRE OS DIREITOS HUMANOS, A EXPECTATIVA DE PARTO E A PRÁTICA OBSTÉTRICA	75
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	88
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
APÊNDICE B – Questionário	91
APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas	94

A RELAÇÃO ENTRE O PARTO E O MEU MUNDO

Sou a filha do meio. Meu irmão mais velho nasceu de parto natural sem complicações. Já o meu nascimento foi um parto normal marcado pela violência obstétrica: minha mãe se sentiu desrespeitada, humilhada, maltratada e inferiorizada e até hoje relata o parto com indignação, revolta e sentimento de dor. Essa experiência fez com que ela optasse por uma cesariana agendada quando grávida do meu irmão mais novo.

Aos dezenove anos, eu estava grávida do meu único filho (hoje com 14 anos) e a única certeza que eu tinha era a de que queria um parto completamente diferente daquele que minha mãe teve no dia em que nasci. Queria contato com o bebê após o nascimento, amamentar na primeira hora, familiares presentes, clampeamento tardio do cordão umbilical, alojamento conjunto etc. Busquei acompanhamento multidisciplinar e durante toda a gravidez passei por um processo de preparação psicológica e física para o parto. Fui acompanhada durante sete meses por uma educadora física perinatal e uma psicóloga especialista em gravidez, parto e puerpério. O ginecologista/obstetra não fazia parte dessa equipe multidisciplinar, mas “concordou” com o parto normal.

Na data do parto, passei por trinta e três situações que hoje são consideradas como violência obstétrica e poderiam ser classificadas em categorias como: procedimentos não consentidos, procedimentos invasivos, agressões verbais / comentários humilhantes e tortura psicológica e ameaças. Que direito eu tinha de estar ali pedindo um pouco de dignidade? Que direito eu tinha de tentar escolher algo? De pedir alívio da dor? Eu, que estava parindo em um sábado à tarde e que tinha retirado o anestesista de um divertido churrasco, queria ter a audácia de sugerir os procedimentos que me pareciam melhores? Não. Tive que pagar! Pagar com dor e humilhação o preço de ser mulher, o preço de achar que eu era gente, que tinha autonomia e direitos. Paguei também o preço por estar parindo na hora errada, o prazer sexual que eu tive e que me levou até ali, o preço de desafiar a classe médica e sua onipotência... Tantos outros preços que nem sei descrever.

“Você quer escolher? Vou te ajudar nesta escolha então: vamos matar o seu bebê? Eu sei fazer isso! Vai ser rapidinho...”. Essa frase foi repetida no meu ouvido dezenas de vezes durante o parto. Não cabe aqui contar toda a experiência, mas basta relatar que decidi, naquele dia, que nunca mais teria filhos. Poderia adotar uma criança, mas uma nova experiência de parto estaria fora da minha vida para sempre, apesar da aposta médica, que me olhava exclusivamente como ser reprodutor e afirmava: “te vejo no ano que vem”.

Demorei alguns anos até entender o que tinha acontecido. Fiquei um tempo com uma sensação estranha de que algo não estava certo, de que aquilo que tinha me acontecido no momento do parto devia estar errado, não podia ser! Mas eu ainda não sabia definir bem o que tinha acontecido ou o que eu estava sentindo e sempre que tentava falar sobre a minha indignação eu era ignorada ou silenciada. Retornei ao consultório do ginecologista/obstetra algum tempo depois e expus o meu sentimento de violência e injustiça. Ouvi que eu estava sobre efeito de medicamentos, anestesia, dor e hormônios e, portanto, meu discurso era inválido: eu poderia muito bem ter imaginado, percebido coisas que não aconteceram ou potencializado situações. Recebi a fala dele como um aviso de que ninguém do Conselho de Medicina acreditaria em mim e percebi um sentimento de segurança e superioridade trazido pelo corporativismo e pelo saber científico. Desisti de denunciar. Tive medo de ser desacreditada mais uma vez, ridicularizada ou invisibilizada. O tempo passou e eu pesquisei, estudei, me envolvi em grupos de humanização, grupos de gestantes, conheci pessoas que passaram por situações semelhantes e profissionais que tinham verdadeiro amor pela assistência ao parto. Comecei e terminei a graduação em Psicologia e continuei envolvida com o tema gestação e humanização do parto: agora já auxiliava os grupos e Organizações Não Governamentais (ONG) como profissional. Dediquei-me à psicologia clínica e ao atendimento a gestantes e mulheres em situações diversas de violência.

Nunca escondi do meu filho as situações que nós dois passamos no dia em que ele nasceu, especialmente porque desde criança ele sempre me viu envolvida com a militância do parto humanizado. Sempre procurei ajudá-lo a compreender que ele foi muito desejado e o nascimento foi longamente planejado, porém, fomos surpreendidos pela violência. Apesar de meus esforços, a percepção do meu filho sobre o seu nascimento já foi expressa por ele como: “O dia em que eu nasci foi como se tivessem preparado uma grande festa ao ar livre e na hora caiu um grande temporal que arrasou com tudo”.

Busquei assumir o papel de uma pessoa agora consciente de uma realidade que necessita de luta para ser modificada. Identifico-me muito com o discurso de Khadija Gbla, uma mulher que luta pelo fim da mutilação genital feminina e assim se pronunciou, recentemente, em uma conferência TED: “Eu canalizei toda a minha raiva, toda minha dor, na defesa, porque eu precisava que minha dor valesse alguma coisa”.

Em 2013, a pesquisa da Fundação Perseu Abramo estava sendo bastante discutida e revelava para o Brasil uma espantosa estatística, até então pouco comentada: 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência no parto. No mesmo ano, conheci o Núcleo de Direitos Humanos (NDH) e o Mestrado Interdisciplinar. Senti-me impulsionada a escrever um

projeto com paixão, como algo que precisava ser dito, mostrado, estudado. No dia da apresentação oral, ainda na seleção do mestrado, chorei de emoção após a arguição da banca e, naquele momento, não pensava em aprovação, nota ou título. Chorei porque estava ali, falando o que precisava ser dito e o meu envolvimento com o tema era tão forte que o resto não importava. Ademais, com Sueli Carneiro (2005) e Glória Anzaldúa (1980, p. 5) aprendi que o meu lugar de fala tem relevância e que ‘não existe separação entre vida e escrita’. O lugar em que me encontro é justamente o que confere um olhar acurado sobre a pesquisa, olhar que provavelmente a neutralidade científica não alcançaria.

Escrever é o ato mais atrevido que eu já ousei e o mais perigoso [...]. Escrever é perigoso porque temos medo do que a escrita revela: os medos, as raivas, a força de uma mulher sob uma opressão tripla ou quádrupla. Porém neste ato reside nossa sobrevivência, porque uma mulher que escreve tem poder [...]. Isto é o poder. Não é no papel que você cria, mas no seu interior, nas vísceras e nos tecidos vivos — chamo isto de escrita orgânica. O significado e o valor da minha escrita é medido pela maneira como me coloco no texto e pelo nível de nudez revelada. (ANZALDÚA, 1980, p. 6).

Aqui também há uma escrita orgânica e o envolvimento com o tema ainda continua me guiando. Minha nudez se revelou no pré-projeto, na seleção de mestrado, no processo de escrita durante estes quatro semestres e estará presente também no momento final. Não sei quais formas meu corpo vai escolher para sentir, mas isso não me preocupa! Sei que meu corpo não será controlado, nem julgado. Que minhas expressões sejam livres e encontrem acolhimento empático e humanizado.

INTRODUÇÃO

DIREITOS HUMANOS NO PARTO: DIREITOS DE QUEM?

A humanização da assistência ao parto e a forma como este cuidado pode ser promovido como um direito humano têm sido um tema bastante discutido em âmbito nacional e internacional (DINIZ, 2001). Debates relacionados a modelos que buscam garantir sucesso nos cuidados à mulher e ao bebê durante a gravidez, no parto e no pós-parto, se tornaram sistematizados a partir da criação de um comitê regional europeu, no Ano Internacional da Criança, em 1979, e se estenderam por todo o mundo a partir do início da década de 1980, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) (DINIZ, 2005).

O Brasil tem participado de tais discussões desde os primeiros anos ao sediar, em 1985, na cidade de Fortaleza-CE, um importante encontro interdisciplinar entre a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde, que contou com a presença de mais sessenta participantes das Américas e da Europa, representando parteiras, médicos obstetras e pediatras, administradores de saúde, sociólogos, psicólogos, economistas e usuários de serviços de saúde. As discussões ali desenvolvidas levaram à produção do documento “Tecnologias Apropriadas para o Nascimento” (OMS, 1985), que contém uma série de recomendações, como o direito fundamental de receber cuidados durante o parto; o papel central da mulher no parto; e que a implementação da atenção ao parto deve levar em conta os fatores sociais, emocionais e psicológicos (OMS, 1985).

Nas recomendações da OMS e nas políticas nacionais que tratam do parto é possível observar uma importante valorização do papel da mulher. No entanto, a própria OMS reconhece que há uma frustração devido à falta de reconhecimento do lado mais humano da prestação de serviços à maternidade e um sentimento crescente de que “não é mais aceitável tratar a gravidez e o parto como eventos exclusivamente médicos”, aos quais apenas soluções médicas devem ser aplicadas (OMS, 2002, p. 9). Esse pensamento também é reforçado pelo Programa de Humanização do Parto e do Nascimento – HumanizaSUS (BRASIL, 2014). O documento aponta que as gestações têm sido tratadas como potencialmente patológicas e, portanto, como um problema médico. Ainda, ressalta que o corpo feminino não deve continuar a ser percebido como uma máquina complexa, a qual somente a ciência é capaz de decifrar.

No Brasil, não há uma legislação específica que criminalize a violência obstétrica ou os tratamentos que violam a autonomia da parturiente no momento do parto ou que colocam a

mulher em situação humilhante e desrespeitosa. De acordo com o dossiê elaborado pela rede Parto do Princípio (2012), para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da violência contra mulheres, é necessário que se façam cumprir os dispositivos legais já existentes, porém, deve haver também uma correção nesses dispositivos, visando impedir interpretações que reflitam em ausência de direitos. O dossiê informa, ainda, a necessidade de criação de novos dispositivos que garantam o cumprimento das ações descritas nas campanhas de humanização.

O termo “Violência Obstétrica” foi citado pela primeira vez em 2010, pelo Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (PULHEZ, 2013). Desde 2007, com a *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, a Venezuela reconheceu a existência da violência obstétrica, definida como tratamentos prestados por profissionais de saúde que não atendam às emergências obstétricas de forma oportuna e eficaz; que forcem a mulher a dar à luz em decúbito dorsal, com as pernas levantadas, havendo meios para o parto vertical; que impeçam o contato entre a mulher e seu bebê sem justificativa médica ou que impeçam a mulher de segurar e amamentar imediatamente após o nascimento. A lei considera, ainda, como violência obstétrica, as técnicas de aceleração do parto sem consentimento expresso e informado e a realização de cesariana sem consentimento quando as condições forem favoráveis a um parto natural.

Violência no parto não é uma discussão restrita àqueles que desejam exercer a maternidade/paternidade, mas a todos aqueles que nasceram um dia e que podem e devem questionar como se deu seu primeiro contato com o mundo. Foi acolhedor e hospitaleiro ou apenas se sobreviveu a essa chegada (PAULA; CHAUVET, 2013)? Pesquisas mostram (PEREIRA, 2000; WOLFF; WALDOW, 2008; SALGADO; NILY; DINIZ, 2013; PULHEZ, 2013; AGUIAR, 2013) que em grande parte dos nascimentos no Brasil acontecem situações de violência e ausência de direitos da mulher e do bebê. O documentário “O Renascimento do Parto” (PAULA; CHAUVET, 2013) discute, entre outros pontos, que, quando há necessidade de se fazer uma endoscopia, os adultos são sedados para impedir que sintam desconforto ou dor. Contudo, nem sempre há o mesmo cuidado com um recém-nascido, que esteve, durante 42 semanas (na melhor das hipóteses), protegido em local quente e acolhedor e é imediatamente submetido à aspiração traqueal frequentemente sem analgesia (ARAÚJO et al., 2010).

Atualmente, é sabido que os recém-nascidos e prematuros não são insensíveis à dor, como se acreditava até pouco tempo. Essa crença errônea sempre justificou intervenções

dolorosas realizadas sem anestesia (DINIZ, 2001), entretanto, este e outros tratamentos dispensados ao recém-nascido são questionáveis quando consideramos a condição de pessoa do bebê. Como exemplo, podemos imaginar que ele, por vários meses em uma posição encolhida, tem seu corpo brutalmente esticado, sacudido e segurado pelas pernas. O líquido onde esteve submerso normalmente estava a uma temperatura de 36 graus, mas o ar condicionado de um centro cirúrgico marca frequentemente temperaturas bem mais baixas do que esta. O ambiente anterior era escuro e/ou na penumbra, agora os olhos são cegados por holofotes e, logo depois, por colírios e medicamentos oculares, cuja aplicação pode ser realizada após o contato da mulher com seu bebê (GAÍVA; TAVARES, 2002). Ao nascer, o bebê deve ser respeitado como pessoa que é e o novo mundo não deve ser imposto a ele de forma repentina e bruta. Tendo em vista que o nascimento é naturalmente um evento traumatizante, devemos suavizar este trauma, e não aumentá-lo inutilmente (BASBAUM, 1984). Gaíva e Tavares (2002) discutem que, quanto à separação imposta à mulher e ao bebê após o nascimento e o tratamento dispensado ao recém-nascido, a criança é tratada como propriedade do hospital e da equipe médica, quando é necessário lembrar que o nascimento é um momento de vínculo entre mãe e filho, e não algo pertencente à equipe médica.

Em relação aos tratamentos prestados à mulher, é possível questionar porque muitas ainda dão a luz com os braços amarrados (SALGADO; NILY; DINIZ, 2013) ou quais motivos justificam um corte na vagina (ZANETI et al., 2009) sem consentimento e sem anestesia. Qual justificativa para tantos procedimentos violentos repentinos, como um susto, sem comunicação, sem consentimento, sem diálogo? O estudo de Pereira (2000, p. 393) identifica relações de poder, violência e dominação simbólicas no atendimento prestado a mulheres grávidas ou parturientes e busca compreender os motivos das dificuldades de comunicação e intimidade/confiança entre parturientes e equipe de saúde. Concluiu que as pacientes não se sentem seguras em questioná-los ou contradizê-los por receio de que isso possa ser percebido como um questionamento da autoridade médica. Isso aponta para a necessária mudança na relação entre médico e paciente, orientada para uma relação que deve ser compartilhada entre todos os envolvidos, e não decidida somente pelo profissional ou pela instituição hospitalar. A mulher em trabalho de parto não pode mais ser assim percebida:

Um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário. (DINIZ, 2001, p. 17).

A discussão que faço aqui não tem relação com bandeiras de defesa de parto natural ou cirúrgico, visto que a violência obstétrica pode ocorrer nos dois cenários. A discussão envolve o respeito à mulher como condutora do processo de parto e médicos e equipe de saúde como parceiros, ouvintes e executantes das necessidades da parturiente.

A partir de entrevistas e questionário das experiências vivenciadas pelas 33 parturientes que responderam a pesquisa, busquei verificar como se apresenta o discurso dessas mulheres em relação ao parto, suas expectativas e atendimento recebido. O objetivo principal foi descrever e analisar as experiências no parto de mulheres, verificar a incidência de violação de direitos e discuti-las com base na perspectiva dos direitos humanos e interdisciplinaridade. Busquei, ainda, discutir sobre violência e heteronomia feminina no momento do parto, ausência de dignidade e direitos humanos. Também procurei identificar o conceito de “parto digno” no grupo pesquisado, a expectativa das mulheres em relação ao parto e as experiências vivenciadas. Na análise dos relatos, observei as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) e do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2014), assim como a literatura médica atual sobre o parto humanizado (BASBAUM, 1984; AMORIM, 2012a, 2012b, 2012c; DINIZ, 2001; 2003; GALLO et al., 2011; HADDAD; CECECATTI, 2011; NAKAMURA-PEREIRA; CUNHA; MONTENEGRO, 2009; ODEnt, 2004; ZANETTI, 2009), porém, busquei perceber principalmente como os acontecimentos no parto foram sentidos pelas participantes da pesquisa. Neste capítulo apresento, ademais, a metodologia utilizada.

CARACTERÍSTICAS DA CIDADE, DA INSTITUIÇÃO E DAS MULHERES PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada na cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, localizada no Centro-oeste brasileiro, a 209 km da capital federal do Brasil. Goiânia é uma cidade jovem, foi fundada em 1933 e atualmente tem unidade territorial equivalente a 733.116 km², com alta taxa de arborização, que correspondente a 30% de seu território. O clima é predominantemente tropical úmido, com temperatura média de 23°C (SANTOS, 2009).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população estimada em 2010 era de 1.302.001 habitantes, sendo 681.144 mulheres.

Tabela 1: Quantidade de mulheres em idade fértil - Goiânia-GO.

Idade	Quantidade
10 a 14 anos	49.326
15 aa 19 anos	56.556
20 a 24 anos	67.610
25 a 29 anos	68.361
30 a 34 anos	63.089
35 a 39 anos	53.809
40 a 44 anos	49.936
45 a 49 anos	45.628

Fonte: IBGE (2010).

A pesquisa foi realizada em uma creche pública da cidade de Goiânia e, a pedido da Diretoria, a identidade da instituição foi preservada visando o sigilo dos dados das participantes. A instituição de ensino está em funcionamento há mais de duas décadas e tem capacidade para atender 56 crianças por turno. Oferece atendimento em período integral, matutino ou vespertino.

As entrevistas aconteceram em uma das salas da instituição, cedida para essa finalidade, que dispunha de duas cadeiras e uma bancada. O local das entrevistas conferiu privacidade aos relatos, que foram realizados nos horários de entrada e saída de alunos, momento em que as participantes levavam, buscavam ou visitavam seus filhos no horário de almoço. Algumas mulheres dispensaram o convite para depoimento em sala privativa e optaram por realizar a entrevista na recepção da creche, que dispunha de cadeiras, ou no pátio.

Setenta e cinco mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, mas apenas trinta e três concordaram em participar. Aquelas que não puderam responder correspondem a: ausentes (criança vai para a creche em companhia de outro familiar), não passaram pela experiência de parto (adoção ou outra composição familiar) e não dispunham de tempo para participar da entrevista. Todas as participantes tinham entre 18 e 45 anos e haviam passado pela experiência de parto entre 2009 e 2014.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CAMPO

Quanto aos aspectos metodológicos adotados nesta pesquisa, é importante destacar que as entrevistas com as mulheres participantes seriam realizadas em um hospital, com voluntárias que estivessem aguardando atendimento pediátrico para seus filhos em sala de espera. Entretanto, mesmo depois de cumpridas todas as exigências do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás e do referido hospital, a autorização para coleta de dados foi concedida somente pela Universidade. Diversas correções foram

solicitadas pela instituição hospitalar e, muito embora não se justificassem, foram prontamente providenciadas. Para exemplificar esses pedidos, cito aqui apenas o indeferimento da coleta de dados sob a justificativa de que não constava na documentação uma “autorização para manipulação de prontuários”. A metodologia de pesquisa não envolve análise de prontuários, entretanto, foi incluída uma “declaração de não utilização de prontuários”. Ainda assim, a autorização para início da pesquisa não aconteceu. Todo esse processo de pedidos, recusas e novas tentativas durou cerca de dez meses. Ressalto que já havia um parecer consubstanciado favorável à pesquisa emitido e validado pelo CEP/UFG (Parecer nº 738.671), porém, a “entrada” no hospital não foi possível e a própria instituição não sabia informar os motivos. Diante de todos esses entraves e após quase um ano de tentativas, foi solicitado ao CEP/UFG a mudança no local de coleta de dados.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

A diretoria da instituição comunicou antecipadamente todas as mulheres quanto à minha presença na instituição, os objetivos da pesquisa, seu caráter sigiloso e voluntário. Após esta primeira comunicação, compareci à creche em todos os períodos de entrada, saída e visita e me apresentei às participantes, entregando um convite e um folheto informativo com os objetivos da pesquisa, a explicação da participação voluntária e sigilosa, as datas e horários das entrevistas, informações sobre o programa de mestrado e telefones de contato do Comitê de Ética, das orientadoras da pesquisa e também meu telefone e e-mail. Esse primeiro contato teve o objetivo de apresentação, portanto, não foi realizada nenhuma entrevista nessa ocasião.

A partir da data previamente agendada, retornei para a coleta de dados, que durou quatro semanas, tendo sido realizada sempre às segundas-feiras e terças-feiras, das 7h às 18h (aproximadamente noventa horas).

O questionário teve 33 perguntas sobre o parto, procedimentos médicos e assistência recebida e foi elaborado com base nos questionários de Franzon e Sena (2012) e Diniz (2005), desenvolvidos respectivamente para a utilização na pesquisa nacional de violência obstétrica e identificação de procedimentos invasivos na assistência à parturiente.

As participantes foram convidadas para falar livremente sobre suas experiências de parto e sobre a assistência recebida – expectativas anteriores e realidade vivenciada. As entrevistas foram gravadas em áudio e, em alguns casos, em vídeo (conforme o desejo das participantes, expresso no TECLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para, posteriormente, serem transcritas e classificadas. Os nomes das participantes foram

modificados para garantir o sigilo. Optei por utilizar nomes científicos de borboletas por pensar na liberdade delas como uma ilustração da desejada autonomia feminina no momento do parto.

O método descritivo foi utilizado nesta pesquisa e, embora alguns resultados sejam apresentados em forma de porcentagem, justificam-se pela necessidade de compreender as similaridades das situações consideradas como violência obstétrica no grupo pesquisado. Violência no parto é uma situação isolada ou pouco comum? A análise quantitativa foi utilizada nos resultados por esse motivo, embora não seja a finalidade deste estudo qualquer tipo de generalização quanto à realidade de Goiânia, e sim a verificação de incidência de violação de direitos nesse grupo. Foi disponibilizado acompanhamento psicológico a todas as participantes, visando minimizar os possíveis efeitos de rememoração de eventos traumáticos, conforme descrito no TCLE. Nenhuma participante informou danos causados pela participação na pesquisa.

O primeiro passo, para o detalhamento dos resultados, deu-se por meio do instrumento computacional SurveyMonkey, que possibilitou a caracterização do grupo estudado e contribuiu para a análise quantitativa. Com os dados obtidos no questionário já introduzidos no programa, obtive as informações percentuais e uma visão inicial do corpus do estudo, para, posteriormente, efetuar uma análise mais detalhada das entrevistas. Um link privado foi criado para visualização completa dos resultados desta dissertação e está disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/results/SM-CHZM2P2V/>. O Survey é um programa mundialmente utilizado para pesquisas acadêmicas e corporativas, cujos dados podem ser exportados para o SPSS e EXCEL, dispondo de uma política de segurança, na qual os dados são criptografados para garantir a segurança das informações e a confecção dos mapas de resultados.

Para realizar a análise qualitativa, após a transcrição dos arquivos de áudio das entrevistas, foi utilizada a visão foucaultiana de poder e do discurso na linha teórica de Fairclough, para a leitura e detalhamento dos relatos na perspectiva interdisciplinar e dos direitos humanos. Várias participantes demonstraram desejo de expressar as dolorosas situações vivenciadas, ou a satisfação do parto que aconteceu conforme as expectativas, entretanto, percebi em outras participantes a presença de falas contraditórias, que em muitas situações informavam gratidão e reconhecimento por toda a assistência recebida, avaliavam o tratamento recebido como “ótimo” ou informavam não desejar que os partos tivessem ocorrido de maneira diferente, entretanto, ao final da entrevista, relatavam situações de violação de direitos, sentimentos de tristeza e minimizavam insatisfações pessoais como se

relatá-las fosse um desrespeito, uma ofensa ou uma ingratidão com a classe médica. Por esses e por outros motivos, como pela presença do “não dito” em várias entrevistas, foi importante trazer as contribuições de Fairclough, autor muito utilizado na área de linguística, que amplia a análise crítica do discurso a partir de elementos sócio psicológicos, políticos e ideológicos para discutir, de forma interdisciplinar, as relações de poder implícitas em cada fala. As contribuições de Fairclough foram importantes também pela visão de poder não centralizado: assim como Foucault, Fairclough rejeita firmemente a visão do sujeito-assujeitado e sem possibilidade de contrapor o discurso dominante. Os sujeitos sociais são moldados pelos discursos, mas são também capazes de remodelar tais discursos e reestruturar as práticas discursivas (PEDROSA; OLIVEIRA; DAMASCENO, 2010).

Assim, o objetivo desta dissertação foi descrever e analisar as experiências de parto das participantes, verificar a incidência de violação de direitos e discuti-la com base na perspectiva dos direitos humanos e da interdisciplinaridade. Busquei, ainda, discutir sobre violência e a heteronomia feminina no momento do parto, a ausência de dignidade e direitos humanos, bem como identificar o conceito de “parto digno” no grupo pesquisado, a expectativa das mulheres em relação ao parto e as experiências vivenciadas.

O momento do parto, com todas as suas transformações, anseios e receios, pede que o trabalho da equipe de saúde seja orientado para a humanização, a escuta, a empatia e o respeito à autonomia. As orientações do HumanizaSUS (BRASIL, 2014) apontam que o alvo prioritário do atendimento à saúde materna de qualidade é oferecer uma experiência positiva para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências. A cartilha cita, ainda, que a qualidade da comunicação entre todos os envolvidos é fundamental nesse processo. O apoio e a atenção constante, o esclarecimento de dúvidas e o apaziguamento de angústias devem transmitir calma e serenidade pela utilização de linguagem clara e acessível.

A busca pela dignidade é comum a todos os seres humanos, embora, em suas diferentes concepções de dignidade, todos pretendam assegurar o que entendem acerca desse conceito. Dessa forma, a transformação dessa dignidade em direitos e a discussão destes em uma abordagem interdisciplinar permite que todos os envolvidos compreendam e respeitem as necessidades da parturiente e do bebê. Longe de tentar catalogar essas necessidades como universais, é necessário perceber e respeitar a autonomia como um direito inviolável no processo de parturição e nascimento. A subjetividade de cada paciente deve ser respeitada e um dos aspectos mais evidentes em relação aos serviços de saúde é o despreparo dos

profissionais para lidar com a subjetividade tão presente em toda prática de saúde (BRASIL, 2004).

O Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento evidencia que a humanização requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e instituições que proporcionem um ambiente acolhedor, capaz de eliminar o isolamento imposto à mulher, assistindo ao parto e ao nascimento com segurança e dignidade, preservando a privacidade e a autonomia da mulher. Além disso, os procedimentos dispensáveis e intervencionistas devem ser renunciados, já que não beneficiam a mulher e ainda assim continuam sendo praticados (DINIZ, 2002).

Isso posto, o primeiro capítulo apresenta uma discussão acerca do surgimento da medicina hospitalar e o poder médico nos hospitais. A seguir, abordo a questão da autonomia feminina na obstetrícia e a evolução do cenário de parto, desde o parto domiciliar, realizado por parteiras nos séculos passados, até a institucionalização do parto. O primeiro capítulo discute, ainda, a cirurgia cesariana como escolha da mulher e as diferenças entre o parto humanizado e o parto violento.

No segundo e terceiro capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa e os relatos das participantes sobre o que significa “dignidade” no momento do parto, bem como trechos das experiências vivenciadas durante o parto. Sendo que, no segundo capítulo, intitulado como “Memórias e narrativas do parto”, apresento a discussão dividida em quatro tópicos, criados a partir dos relatos das participantes da pesquisa: A) A escolha do profissional. B) A escolha do local de parto. C) Opção/orientação sobre o tipo de parto e as justificativas para tal escolha, tanto por parte do médico como por parte da mulher. D) Direito a acompanhante. O terceiro capítulo, intitulado “Distâncias e proximidades entre os direitos humanos, a expectativa de parto e a prática obstétrica”, apresenta os tópicos: A) Recepção da informação. B) Procedimentos invasivos e condutas médicas. C) Complicações pós-parto e D) Parto vaginal.

A análise dos relatos foi realizada com base na literatura de Foucault (1982, 1988) e Fairclough (2001), que evidenciam as relações de poder implícitas nos discursos. Por último, são expostas as conclusões e considerações finais, bem como a discussão da necessidade de acolhimento e respeito à autonomia da parturiente e a implantação de uma assistência obstétrica humanizada, digna e eficaz.

1 O TRABALHO DE PARTO EM EVOLUÇÃO HISTÓRICA: DA MEDICINA HOSPITALAR À NECESSÁRIA DEVOLUÇÃO DO PROTAGONISMO FEMININO

1.1 O SURGIMENTO DA MEDICINA HOSPITALAR E O PODER MÉDICO NOS HOSPITAIS

A conferência publicada de Foucault (1982), que tem como título “O nascimento do hospital” será bastante utilizada neste tópico, devido a sua importância para a compreensão histórica da evolução da Medicina, da entrada dos médicos nos hospitais e das relações de poder. Foucault nos mostra que até o século XVII o objetivo da Medicina era o de observar e que os médicos atuavam de forma isolada, atendendo em residências ou outros locais onde eram chamados. Buscavam verificar se a introdução de modificações ambientais refletiria na evolução da doença e estavam, portanto, mais preocupados em mapear a evolução das patologias e evitar novos contágios do que em propriamente curar o doente. Na mesma época, os hospitais não eram concebidos para curar, pois funcionavam como instrumentos de isolamento social ou com motivações religiosas e filantrópicas; procurava-se a salvação e o perdão da alma do doente em seus últimos momentos de vida e também a elevação espiritual dos cuidadores pela caridade. A figura do médico não era comum nesse cenário hospitalar e os cuidados aos doentes eram praticados por pessoas religiosas ou voluntários. Os médicos atendiam quase exclusivamente em domicílios.

No século XVIII, surgiu a necessidade de se organizar essas instituições devido a demandas econômicas dos governos. Era preciso evitar que os hospitais fossem utilizados como meio de fuga por contrabandistas e era urgente, também, reduzir a mortalidade dos soldados nos exércitos, já que o surgimento do fuzil solicitava que as forças armadas investissem cada vez mais em capacitação desses soldados e as mortes por motivos de doença representavam um alto custo. Era necessário curá-los para que voltassem às linhas de frente e evitar que eles aproveitassem as internações para desertar. A solução encontrada foi a reprodução dos modelos de organização e disciplina utilizados nos exércitos, tendo em vista que eram formas eficazes de controle e obtenção de resultados. Esses modelos se baseavam em uma hierarquia rígida, linha de comando e conferência sistemática da rotina e foram então implantados inicialmente nos hospitais militares e navais (FOUCAULT, 1982).

Na Medicina do século XVIII, a hierarquia era essencial para a efetividade da ordenação hospitalar. Para isso, as figuras religiosas e filantrópicas que detinham o poder nos hospitais foram substituídas pelos profissionais de Medicina que já gozavam de um *status*

social que lhes conferia algum poder. Os médicos começaram a aplicar os princípios de metodologia científica em um ambiente estruturado e controlado; com isso, o hospital começou a se tornar um instrumento de disciplinarização com função terapêutica. Para manter a disciplina era preciso vigilância, organização e hierarquia, que aparecem na forma de prontuários, registros, observação, procedimentos e visitas médicas (FOUCAULT, 1982).

[...] o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar [...] vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece [...] de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. (FOUCAULT, 1982, p. 108).

Como essa transformação, que se iniciou a partir do século XVIII, influenciou na perda de autonomia? Para alcançar a almejada organização, foi necessário retirar a autonomia do paciente, implantando técnicas de disciplina e hierarquia similares àquelas utilizadas pelo exército. O paciente no hospital equivalia à figura do soldado no quartel e as técnicas utilizadas eram a vigilância hierárquica, que Sousa (1998) sintetiza como um jogo de olhares entrecruzados que se aplica nas relações, garantindo “fiscais perpetuamente fiscalizados” e a aplicação de micropenalidades. Ao mesmo tempo, os acadêmicos de Medicina eram preparados não apenas para exercer a profissão, mas também para representar e reproduzir o *status* e o poder médico proporcionado pelo saber. Foucault (1982), ao discutir a relação entre saber e poder, afirma que o discurso daquele que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber.

Na posição de doutores de um saber, sobre um outro que é objeto, médicos destronam a posição terapêutica para ocupar um lugar que nos ensina como devemos viver. Aqui, constata-se de maneira inteligível, o quanto o saber médico se articula ao poder disciplinar e normalizador. A ordem médica, assim compreendida articulada à microfísica do saber e poder, com seu olhar focado na doença e não na pessoa do doente, implica uma recusa e desqualificação da subjetividade e singularidade de cada fato clínico. (TAVIRA, 2014, p. 1).

Almeida (2011) considera que as estruturas rígidas, verticalizadas e voltadas à imposição do poder atuam como mecanismos de defesa formados para lidar com as exigências e expectativas da instituição médico-acadêmica e que foram introjetadas na socialização desses profissionais. Para a autora, o discurso da instituição, como detentora do poder absoluto, transfere-se para o jovem acadêmico e confere ao futuro médico o saber

absoluto. Sousa (1998) reafirma que o saber médico se vincula sempre ao poder disciplinar e não se direciona somente aos pacientes, mas também aos graduandos e profissionais de Medicina, que reproduzirão estratégias fundamentais à concretização dos fins institucionais.

Dessa forma, a violência obstétrica pode ser pensada como instrumento de controle social por meio do corpo, da sexualidade, da reprodução e das relações de poder. A submissão do corpo feminino ao controle médico foi favorecida por temas como sexualidade e reprodução, que faziam parte do discurso médico no século XIX. A sexualidade feminina estava vinculada à função reprodutiva e ao papel materno. A mulher que não demonstrasse essas características era rotulada como doente ou péssima mãe (FOUCAULT, 1988).

A literatura estudada por Almeida (2011) avalia que os métodos adotados durante a formação médica conduziam os futuros profissionais à perda de identificação com os pacientes e sugeria poupá-los de experiências emocionais a eles relacionadas com o aprendizado da Medicina. Entretanto, ao contrário das hipóteses, os mecanismos de defesa se relacionam com os institucionais implícitos na relação com os pacientes, e não às angústias despertadas nessa relação em situações como morte, doença etc. As dificuldades advindas dessas experiências podem ser elaboradas pelo estudante se ele não se encontrar tomado pelas exigências e expectativas da instituição, introjetadas em sua socialização. Esse mecanismo de defesa, que envolve o processo de formação da identidade profissional médica, impede que muitos profissionais estabeleçam uma relação sadia com seu semelhante (ALMEIDA, 2011).

Outro fator importante que deve ser considerado é a estruturação da formação acadêmica médica em partes especializadas e cada vez mais dissociadas do indivíduo como um todo biológico, psicológico, cultural e social, que fragmenta o que não é fragmentável: “acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a causalidade e não a finalidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, a essência e não a existência” (SIQUEIRA, 2002). O profissional que frequentemente assume a postura de detentor de todo o saber sobre o corpo e as intervenções a serem realizadas não possibilita questionamentos sobre sua prática e desqualifica a mulher enquanto conhecedora do seu corpo, da sua saúde e como portadora de direitos (PEREIRA, 2000). A pesquisa de Aguiar (2010) verificou que para alguns médicos é necessário agir com rigidez e até certo nível de coação para preservar a autoridade médica.

Eu acho que em alguns momentos, não só no trabalho de parto, mas [...] em toda área médica existem momentos, eu não posso dizer como se fosse uma coação, mas é aonde a sua opinião acaba... Você acaba direcionando, eh... Para um, pra um caminho. (AGUIAR, 2010, p. 122).

Quanto à necessária mudança de pensamento e postura da equipe de saúde, Lyotard (1993) afirma que a humanidade só existe a partir da existência do outro, que reconhece, ouve, dialoga e considera. Nesse sentido, para o exercício eficaz da humanização dos atendimentos de saúde às parturientes, seria necessário o reconhecimento delas como pessoas iguais em ambiente desprovido de hierarquia, uma vez que merecem ser percebidas, ouvidas, consideradas e reconhecidas em sua importância. O reconhecimento da mulher como condutora do processo, a despatologização da gravidez e do parto e a relação dialética entre profissionais e pacientes é fundamental para direcionar o atual atendimento em saúde para atendimentos e relações mais humanizadas.

1.2 A AUTONOMIA DA PARTURIENTE NA OBSTETRÍCIA

Historicamente, a falta de autonomia feminina tem sido causa de luta e as mulheres buscam formas de empoderamento de si, de suas vidas, do próprio corpo e também do ato de parir, impedindo, ou pelo menos problematizando, a reprodução dos sistemas de dominação e violência. Esse hábito cultural de controle do corpo e da sexualidade feminina também está fortemente impregnado na Medicina e, nesse contexto, a parturiente pode não identificar a ausência de atendimento humanizado e de autonomia no momento do parto como ausência de direitos, uma vez que a Medicina se popularizou como uma profissão na qual, culturalmente, o controle sobre o paciente está implícito na relação, especialmente sobre as mulheres.

O poder médico foi bastante discutido por Foucault (1982), que enfatizava que a Medicina exclui a autonomia dos sujeitos quando não reconhece o direito do paciente ao seu próprio corpo e quando faz uso da terapêutica da medicalização autoritária. Na Medicina,

o médico não só tem autoridade profissional sobre o paciente, mas, principalmente, exerce um real e forte poder de ação sobre ele, tornando-o um consumidor passivo, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico. Serviços com esta natureza e características são, em nossa sociedade, oferecidos por poucos profissionais. (MACHADO, 1997, p. 22).

O momento do parto pode ser entendido de diferentes maneiras, de acordo com várias culturas, entretanto, pode ser compreendido, também amplamente, como um evento sexual, biológico e social, que tem sido, em muitos casos, instrumento de poder e dominação. A institucionalização dos nascimentos e a visão do parto como campo de saber obstétrico conferiu ao parto o valor mercantil citado por Foucault (1988). Após o ingresso dos médicos nesse campo, os partos começaram a ser percebidos por seu valor financeiro, entendidos sob a

ótica biológica. Ao mesmo tempo, a sexualidade feminina passou a ser campo de conhecimento e domínio desses profissionais. Antes disso, até o século XIX, as doenças femininas pouco interessavam aos médicos, profissão até então masculina. A atenção ao parto era um ritual feminino assistido pela parteira (ACKER et al., 2006) e a presença masculina nos nascimentos era causa de temor nos presentes, visto que só era solicitada em casos de complicações e riscos à saúde da mulher ou do bebê (REZENDE, 1998).

Em relação à proliferação de discursos relacionados à sexualidade a partir do século XVIII, as instituições não visavam proibir ou reduzir a prática sexual, e sim controlar os indivíduos e a população (FOUCAULT, 1988). O que se pode concluir em relação à mulher, que historicamente tem sido inferiorizada e controlada? Conforme Weeks (2000), a sexualidade tem sido alvo das relações de poder. Igreja, Estado e Medicina têm buscado, nos últimos dois séculos, intervir e controlar, buscando maneiras de construir a sexualidade como um campo privilegiado de conhecimento:

À medida em que a sociedade se tornou mais e mais preocupada com as vidas de seus membros — pelo bem da uniformidade moral, da prosperidade econômica; da segurança nacional ou da higiene e da saúde — ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com as vidas sexuais dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos intrincados de administração e de gerenciamento; a um florescimento de ansiedades morais, médicas, higiênicas, legais; e a intervenções voltadas ao bem-estar ou ao escrutínio científico, todas planejadas para compreender o eu através da compreensão e da regulação do comportamento sexual. (WEEKS, 2000, p. 36).

As diferenças de gênero sempre estiveram presentes em nossa sociedade. Dias (2004) analisa discursos colaboradores para a construção do feminino a partir do Pensamento Social Brasileiro e aponta o discurso médico como hegemônico, com poderes de constituição de seres. Além disso, chama a atenção para a consciência que as mulheres sempre tiveram em relação ao seu lugar de subalternidade. A autora aponta o quanto o feminino é singularizado com o objetivo de propostas de construção de modelos de normalidade feminina. Evidencia que a busca por conhecer a mente e o corpo feminino é peculiar na Medicina e, durante o século XIX, essa busca de conhecimento se associa a ações que ultrapassam o campo científico, apoiando-se em aspectos morais e/ou religiosos. Wanssa (2011) confirma que, da Idade Média ao século XII, a relação entre médico e paciente era orientada por três princípios, sendo o primeiro deles o dever dos pacientes de honrar aos médicos, visto que a autoridade destes era conferida por Deus. Em segundo lugar, os pacientes deveriam crer no médico e, em terceiro, prestar-lhes obediência. A autora informa que ao final do século XIX houve um fortalecimento da prática médica e da ideia de que o leigo não era apenas incompetente para

compreender seus problemas de saúde, mas especialmente incapaz de solucioná-los. Cita, ainda, que o compartilhamento de decisões e responsabilidades nunca fez parte da essência médica. O que podemos pensar das decisões femininas em relação à própria saúde?

A revisão histórica feita por Del Priore (1993) mostra o processo de adestramento da mulher no Brasil Colônia, onde o discurso médico da época era reforçado pelas ideias da igreja e ambos preconizavam que a função natural da mulher era a procriação. Se, por um lado, a igreja pregava a visão da maternidade como a absolvição dos pecados das mulheres e o preço necessário pela segurança do casamento, sendo o parto sem dor cultuado como um parto sem pecado, por outro a Medicina pregava que o útero era o órgão regulador da saúde física e mental da mulher. Assim, a gravidez era vista como remédio para todos os males femininos. Nesse contexto de misoginia e pessimismo sexual reprodutivo, a assistência ao parto garantia o cumprimento da pena feminina, já que a reprodução e a sexualidade deveriam ser vivenciadas com culpa e sofrimento (DINIZ, 1997).

Com o início do processo de industrialização, a ideia de parto como evento fisiológico feminino foi perdendo força cada vez mais e a visão de gravidez e nascimento como patologia contribuiu para a institucionalização do parto. A medicina obstétrica passou a lutar pela exclusividade sobre o parto a partir de 1840 e o nascimento, na visão inicial da Medicina, partia do olhar biológico, anatômico e patológico (BRENES, 1991). Após o ingresso dos médicos neste campo, as mulheres foram privadas de acompanhantes, os partos começaram a ser tratados como enfermidades e as mulheres foram deitadas para proporcionar à equipe de saúde mais comodidade na investigação (GUTMAN, 2010). O parto, anteriormente realizado em casa, passa a ser no hospital e é visto como um processo de desritualização de um ato de parir marcado por superstições e tabus. Entretanto, justamente essa transferência imprimiu, a esse evento fisiológico, vários rituais e procedimentos obstétricos injustificáveis, que podem ser percebidos como respostas rituais racionais para o medo extremo de processos naturais dos quais essa sociedade depende para continuar sua existência (DAVIS-FLOYD, 1992 citado por DINIZ, 1997).

Para o manejo desse parto propunha-se que a mulher fosse hospitalizada, sedada e imobilizada, alienada da experiência, e que o médico “fizesse” o parto, retirando a criança de dentro dela por meio de recursos cirúrgicos [...]. Desse pessimismo fisiológico que se apoiava na desconfiança em relação ao corpo feminino derivou, por analogia, o modelo atual do risco sexual-reprodutivo no parto e seus desdobramentos técnicos. O corpo feminino é, assim, fisiologicamente sujeito ao risco da catástrofe obstétrica se não se fizerem procedimentos preventivos de rotina. Esse modelo dogmático de antecipação e prevenção do desastre gera um conjunto de intervenções que aumentam os riscos de mais intervenção e produzem mais dano. (DINIZ, 1997, p. 18).

Atualmente, quando se fala em empoderamento do parto existe um embate entre profissionais de saúde e parturientes: de um lado, a classe médica, na tentativa de instaurar o processo gestacional e de parto como prática e saber exclusivo da Medicina, de outro, mulheres e profissionais adeptos da humanização defendem o processo gestacional e o parto como um evento feminino, sexual, particular e íntimo das mulheres. O termo “empoderamento do parto” refere-se à reapropriação do trabalho de parto, ao retorno de seu protagonismo para a mulher, que o toma para si e não delega suas escolhas aos profissionais de saúde, que devem auxiliar no processo como colaboradores das decisões femininas.

A renúncia da autonomia feminina é imposta quando, desde a tenra idade, as mulheres são ensinadas a agradar, a fazer-se objeto, e não se perceberem como sujeitos (BEAUVOIR, 1949). Se, por um lado, a autonomia no momento do parto encontra barreiras impostas pela histórica tentativa de inferiorização do feminino, por outro lado há também barreiras impostas pela elevação médica a um patamar hierárquico superior, inquestionável e soberano. Gutman (2010) afirma que as salas de parto talvez sejam o local mais sutil em toda a sociedade para se permitir exercer o controle, os maus-tratos e o ódio sobre o feminino. Como se apoderar do próprio corpo e do momento do parto? Dias (2004) afirma que a transgressão dessas tentativas de regularização do feminino é possível mesmo em ambientes elaborados discursiva e institucionalmente como regularizantes.

Soares e Camargo Jr. (2007) defendem a superação das relações autoritárias e paternalistas no campo da saúde, salientando a necessidade de evitar as relações de sujeição ou dependência e apontando a urgência de fortalecimento da relação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, com foco na autonomia e com o reconhecimento de que ambos – equipe de saúde e paciente – devem ter espaço e voz no processo. A relação deve ser diversa e plural, voltada para o sujeito central do processo terapêutico que é o paciente.

Os princípios da bioética se referem à beneficência, evitação de danos, justiça, e autonomia. A beneficência é compreendida pela ação que visa o bem e orienta para ações em benefício máximo do paciente, enquanto a evitação de danos estabelece a minimização de prejuízos. O princípio da justiça direciona a atuação médica à imparcialidade, concedendo a cada um o atendimento e o tratamento devido, sem distinção. Autonomia é definida como a competência humana de “tomar decisões que afetam sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais. [...] Refere-se à capacidade de decidir o que é ‘bom’; aquilo que é seu ‘bem-estar’” (MORAIS, 2010). A bioética expressa o princípio da autonomia e o respeito pelas pessoas como o direito do paciente de decidir autonomamente se deve aceitar ou recusar

o que se pretende fazer nele, tanto do ponto de vista diagnóstico quanto terapêutico. O princípio da autonomia pede que os profissionais de saúde respeitem a vontade do paciente e de seus familiares, considerando seus valores morais e crenças. Entretanto, para expressar seu consentimento é necessário que o paciente receba todas as informações necessárias (FILHO; MELGARÉ, 2010). A autonomia está diretamente relacionada ao entendimento e, caso não haja entendimento da situação, não pode haver autonomia.

Em países como o Brasil, a autonomia em relação à saúde é influenciada por limitações econômicas e sociais, que ocasionam desconhecimento por falta de acesso à informação e frequentemente tornam as relações médico-paciente desiguais quanto ao poder/saber (SOARES; CAMARGO JR., 2007). A tensão gerada no que diz respeito à autonomia e à beneficência é um dos impasses bioéticos vivenciados pelos médicos. Na busca pelo equilíbrio entre esses dois pontos, por um lado está a autonomia e a orientação de respeito à liberdade de escolha dos pacientes, e, de outro, a beneficência e a necessidade de fazer o melhor visando a saúde. Exercer a autoridade médica ainda é tentador e incomoda um pouco, faz parte “de toda uma formação que historicamente se perpetua até os dias atuais” (WANSSA, 2011, p. 114).

Pode-se considerar que a sociedade contemporânea vive situação de transição paradigmática, onde o paradigma vigente (beneficência) demonstra falhas e não mais é aceitável na sociedade plural contemporânea e o seu substituto (autonomia) ainda não está totalmente estabelecido em consequência da formação médica vigente, historicamente beneficente. (WANSSA, 2011, p. 115).

As práticas intervencionistas e sem comprovação científica aparecem também como tentativa de controle frente aos três eventos mais temidos da humanidade e que se reúnem no momento do parto: vida, morte e sexualidade (PAULA; CHAUVET, 2013). A análise do discurso médico, realizada por Aguiar (2010), confirma a expectativa de passividade da mulher no contexto hospitalar:

[...] boazinha é quando a paciente colabora, faz força, quando ela é... tudo que a gente pede ela faz sabe [...]. (AGUIAR, 2010, p. 111).

Escandalosa é aquela paciente que não deixa... [...] que não ouve a opinião do médico, que exige uma coisa que, na verdade, ela desconhece [...] e ela começa a se rebeliar (*sic*) [...]. (AGUIAR, 2010, p. 114).

Acostumados a agir à sua maneira, grande parte dos profissionais de saúde consideram que suas práticas sejam a única forma de trabalho. Assim, não percebem quando as pacientes pensam diferente (DINIZ, 2002). Mesmo quando a mulher participa do parto, essa

participação é subordinada, ocorrendo no sentido de colaborar com o trabalho profissional. A transferência do poder decisório sobre o parto para o profissional de saúde e a perda da autonomia da mulher diante de um evento feminino tão particular nos leva a questionar a quem “pertence” o parto: à mulher? Ao médico? É comum que os relatos sobre nascimentos sejam acompanhados da observação “quem fez o parto foi o/a doutor/a [...]”. O “fazer”, longe de acompanhar, auxiliar ou assistir, toma para si a ação a ser executada e, nesse contexto, é possível questionar se o “fazer” médico percebe a mulher como pessoa ativa no processo de parturição, dotada de autonomia e direitos. A pesquisa de Aguiar (2010) considerou que a maioria das parturientes não questionou os profissionais de saúde acerca das intervenções realizadas por entender que isso poderia ser percebido por esses profissionais como um questionamento de sua autoridade.

Atualmente, o parto humanizado instiga novas formas de se imaginar e vivenciar esse momento, buscando o exercício de direitos, a vivência da maternidade, da sexualidade e da vida corporal. Volta-se para o resgate do parto como experiência natural humana, para novas possibilidades, pois antes só havia a opção da cesárea como parto sem sofrimento ou para fugir da experiência do parto normal violento (DINIZ, 2005).

1.3 A CESARIANA COMO ESCOLHA DA MULHER

É possível falar em “escolha” por determinado modo de parto quando as decisões são influenciadas por diversos fatores que deslegitimam a mulher como conhecedora do próprio corpo, e, ainda, amedrontam e desconstroem o processo decisório? Como falar em humanização, autonomia e acolhimento quando, apesar do atendimento ser caloroso e atencioso, a mulher é frequentemente vista como colaboradora em um processo físico e emocional em que deveria ser protagonista?

O Brasil é líder mundial em quantidade de cirurgias cesarianas e, desde a década de 1970, o número de partos por cesárea realizados no Brasil passou de 14,5% para mais de 50% em 2010 (VASCONCELLOS et al., 2014). Em algumas regiões brasileiras, os números ultrapassam 80% (LEAL, 2007) e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, não há justificativas para taxas de cesarianas superiores a 15% em qualquer população. Em 2011, cerca de 92,4% dos partos realizados pelo maior plano de saúde em Goiânia-GO aconteceram por cesariana (WILLIK, 2013). Em 1999, dados indicavam uma redução de 4% na quantidade de cirurgias cesarianas em dois anos, especialmente na região Centro-oeste.

Diniz (2001) discute a veracidade dos dados registrados em prontuários médicos e as evidências de fraude nesses dados, ocorrida porque a maternidade conveniada ao SUS desejava adequar-se ao teto estabelecido para o número de cesarianas. Para isso, essa maternidade estaria registrando as cesarianas como partos normais. Tal atitude mascara os dados encaminhados ao SUS e também dificulta que os familiares investiguem complicações em decorrência da cirurgia.

De acordo com o Ministério da Saúde, o grande número de cesarianas tem várias razões, dentre elas a complexa relação médico-paciente, que prejudica o envolvimento das mulheres na decisão do tipo de parto, conforme também aponta o estudo de Weidle et al. (2014). Pesquisas mostram (BARBOSA et al., 2003; FAÚNDES et al., 2004; FRANZON; SENA, 2012) que grande parte das mulheres em fase inicial de gravidez prefere o parto normal, entretanto, mudam de opinião ao longo da gravidez devido a comentários médicos que amedrontam e desconstruem sua decisão: “[...] a justificativa da “cesárea a pedido da mulher”, muitas vezes relatada pelos profissionais de saúde, parece refletir mais uma cultura médica do que uma real preferência das parturientes.” (BARBOSA et al., 2003, p. 1619).

Essa cultura médica reflete o poder simbólico e este, por sua vez, atua desde o início da gravidez. Conforme Weeks (2000, p. 38), o poder não opera apenas por meio de estratégias simples de controle. “De fato, ele atua através de mecanismos complexos e superpostos — e muitas vezes contraditórios — os quais produzem dominação e oposições, subordinação e resistências...”.

Weidle et al. (2014) realizaram uma revisão sistemática que incluiu 38 estudos e os resultados concluíram que, apesar de o aumento das taxas de cesarianas em países de média e alta renda ser atribuído ao desejo da mulher, em vários países apenas a minoria delas (15,6%) manifestou preferência pela cesariana. No mesmo estudo, as mulheres informaram também que não se sentiam preparadas para o parto normal, pois não haviam recebido informações que reduzissem seus medos e nem foram informadas sobre possíveis complicações do parto cirúrgico para a mulher e para o bebê. “Os medos surgem quando a puérpera não entende a fisiologia do corpo humano e as fases do trabalho de parto” (WEIDLE et al., 2014).

As mulheres compreendem as delicadas situações médico-científicas que podem surgir e devem participar ativamente das decisões, pois quando o corpo feminino é visto como uma máquina complexa e imperfeita, a utilização de outras máquinas e tecnologias que auxiliem a “corrigir” tais imperfeições tenta justificar procedimentos muitas vezes desnecessários, invasivos ou não consentidos (BRASIL, 2014).

Como tentativa de diminuir a quantidade de cesarianas agendadas, em janeiro de 2015 o Governo Federal determinou a obrigatoriedade do preenchimento de um partograma nos serviços de saúde suplementar. Ainda pouco utilizado, o partograma é um documento em que se registram todas as etapas do trabalho de parto da gestante. Os planos de saúde passam a realizar o pagamento dos serviços médicos mediante a apresentação do registro, preenchido conforme o padrão estabelecido pela OMS, em 1994, e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), em 1998. Além disso, a gestante deve ter acesso à informação quanto ao número de partos normais e cesáreos realizados pelo médico e pelo hospital ou maternidade escolhidos. Outro fator importante é que o cartão de acompanhamento da gestante, anteriormente disponibilizado somente pelo SUS, passou a ser utilizado em hospitais privados (ANS, 2015).

A Agência Nacional de Saúde (ANS) prevê que o uso do partograma favorecerá a autonomia feminina quanto à decisão pela via de parto, uma vez que frequentemente a gestante se sente induzida pelo médico a optar pela cesariana devido à falta de informações sobre a evolução de seu trabalho de parto (ANS, 2015).

O obstetra Jorge Kuhn relata que, ao tentar implantar o parto humanizado em grandes hospitais brasileiros, obteve dos gestores hospitalares respostas como esta: “por mim você pode cortar uma mulher em quatro partes, desde que me entregue um bebê bom” (DIP, 2013. p.1). Atualmente, o atendimento aos partos ainda parece ter apenas o objetivo de extrair um bebê saudável ou vivo e os meios para se alcançar este objetivo parecem não ter muita importância. As medidas anunciadas pelo Governo federal fazem parte da tentativa de estimular o parto normal e reduzir cesarianas desnecessárias e são ações importantes que compõem o amplo leque de atitudes necessárias para a humanização do parto e o respeito à mulher.

Em abril de 2014, na cidade de Torres-RS, Adelir, uma mulher em trabalho de parto, foi obrigada a se submeter a uma cesariana. Policiais armados a levaram sob custódia a um hospital público, onde a cirurgia foi realizada por ordem judicial. Até mesmo a presença de um acompanhante durante o parto, previsto na lei federal 11.108/2005 (BRASIL, 2005), foi desrespeitada. A intervenção do Estado fere os direitos fundamentais da mulher, ainda que sob a alegação de proteger a vida do bebê. Trata-se de uma violação aos direitos humanos, especialmente ao direito à integridade pessoal, à liberdade, à dignidade e aos direitos reprodutivos. Remetem à privação de liberdade, constrangimento, internação compulsória, sequestro, tortura, violação dos Direitos Humanos, violência de gênero, agressão física grave, truculência do Estado, discriminação contra a Mulher, violência obstétrica e medicalização da

vida (SOMOSTODXSADELIR, 2014). As justificativas médicas para essa cesariana forçada foram que a idade gestacional (42 semanas) e a posição pélvica do bebê (sentado) representavam risco de vida para o bebê e que, além disso, suas duas cesáreas anteriores inviabilizavam um parto normal. O protocolo da OMS (2011) sobre indução do parto recomenda que após 41 semanas sejam oferecidas à mulher opções para indução de um parto normal, ou seja, outras opções poderiam ter sido apresentadas à gestante antes da cirurgia compulsória, especialmente pelo fato de ela haver chegado ao hospital em trabalho de parto avançado. Quanto às duas cesáreas anteriores da parturiente, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), entidade que publica as principais diretrizes orientadoras do trabalho de obstetras em todo o mundo, informa que a maioria das mulheres com duas cesáreas prévias é candidata a ter um parto normal, não havendo contra-indicação absoluta. A chance de sucesso é, nesses casos, similar ao das mulheres que passaram por apenas uma cesárea anterior. O documento conclui que mesmo nos casos em que a mulher não seja considerada candidata ideal para o parto normal, este deve ser incentivado pela equipe, caso o trabalho de parto tenha chegado ao estado avançado. O protocolo sobre parto pélvico da ACOG informa que o parto pélvico pode ser uma opção, desde que o profissional saiba realizá-lo com o bebê sentado e que a mulher consinta com o procedimento. Tanto Adelir quanto o profissional que a acompanhava desde o pré-natal consideravam-se preparados para tal (LIBERTAD, 2014).

Sabe-se que a cirurgia cesariana é salvadora da vida de muitas mulheres e bebês e uma descoberta científica sem dúvida importante para a saúde feminina e neonatal. No entanto, a problemática, tanto no caso Adelir quanto nos altos índices de cesarianas no Brasil, diz respeito ao controle e à dominação sobre as decisões da mulher em relação a um evento fisiológico e emocional que lhe pertence. A escolha da cesariana como principal opção de parto entre os médicos deve-se, entre outros fatores, ao maior custo dos honorários recebidos neste procedimento em relação ao parto normal; menor tempo entre o início do trabalho de parto e o nascimento, bem como a possibilidade de realização de um procedimento cirúrgico com dupla finalidade: parto e ligadura de trompas.

1.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PARTO HUMANIZADO

1.4.1 Cenário da violência obstétrica

O nome “violência obstétrica” obteve mais notoriedade entre a população geral a partir de 2012. A pesquisa publicada pela Fundação Perseu Abramo naquele ano revelou ao Brasil os números dessas agressões: 25% das mulheres sofrem algum tipo de violência no parto (FRANZON; SENA, 2012). Mesmo com esses números alarmantes, grande parte desses casos não chega ao conhecimento da justiça. Em 2012, foi movido um processo judicial inédito no Brasil: uma ação indenizatória por danos morais causados pela violência obstétrica. A parturiente, de trinta anos, denuncia ter sido vítima de agressões físicas e verbais por parte da equipe médica. Apesar da morte de seu bebê, o processo não se refere a possíveis erros médicos, e sim às formas de tratamento direcionadas a ela durante e depois do parto (EVANS, 2012).

Entre os procedimentos mais comuns relatados como violência obstétrica estão algumas práticas que têm sido objeto de discussão entre aqueles que estimulam a Medicina baseada em evidências e os profissionais que utilizam tecnologias baseadas na tradição ou opinião: procedimentos que impedem a livre movimentação da parturiente, como monitoração fetal contínua, litotomia (posição de parto deitada, com as pernas sobre a perneira); procedimentos considerados invasivos e/ou desnecessários, como a obrigatoriedade de jejum, tricotomia (raspagem de pelos pubianos), lavagem intestinal, aplicação de ocitocina sintética (hormônio artificial para acelerar o parto, que torna as contrações mais intensas e dolorosas para a mulher e para o bebê), puxos precoces ou dirigidos (instigar a mulher a fazer força antes da hora), episiotomia (corte no períneo), manobra de Kristeller (empurrar a barriga), rompimento artificial da bolsa amniótica, entre outros (TORNQUIST, 2002a).

As formas de tratamento direcionadas à mulher em trabalho de parto também são consideradas formas de violência, marcadamente quando elas são impedidas de chorar, gemer, pedir informações, caminhar para aliviar a dor, escolher a posição que lhe seja mais confortável, escolher se concordam ou não com métodos invasivos e desnecessários (TORNQUIST, 2002a; GUTMAN, 2010). Na pesquisa realizada por Aguiar (2010), as parturientes definiram como “maus-tratos” situações onde não houve manejo da dor ou as em que ocorreram negligência, falta de assistência, abandono, falta de escuta, dificuldades de comunicação e tratamento grosseiro e discriminatório.

Muitas vezes, a mulher chega ao momento do parto insegura, amedrontada, frágil e vulnerável. Durante o parto, não é raro que a mulher ouça da equipe de saúde comentários ofensivos e humilhantes. Com isso, é constantemente coagida a “colaborar” com o modelo de parto imposto e esperado pela Medicina, que desconsidera sentimentos e subjetividades. Ainda que vários procedimentos sejam considerados ineficientes pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), pelas políticas de humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2014) e por diversos pesquisadores (AMORIM, 2012a; 2012b; 2012c), algumas práticas continuam sendo rotineiras no cenário obstétrico e frequentemente percebidas como violentas por muitas mulheres. Wertz (1993 apud DINIZ, 2005) informa que durante várias décadas do século 20 as mulheres passaram por seus partos totalmente sedadas e inconscientes. O chamado “sono crepuscular” era resultado da mistura de morfina e anestésico alucinógeno e, tendo em vista que tal composição provocava intensa agitação, as parturientes eram amarradas à cama. O modelo de parto cesariana atual ainda considera que as mulheres devem estar com os braços amarrados:

Amarrar os braços das mulheres durante a cirurgia constitui um dos protocolos hospitalares que foi compreendido por várias mulheres como violência obstétrica. Ele é realizado sob a justificativa de evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, porém tal medida não se justifica, muito menos ao final da cesárea, quando as mulheres poderiam ter os braços desamarrados e o contato facilitado, sem prejuízo para a segurança de ambos. (SALGADO; NILY; DINIZ, 2013, p. 7).

Outro exemplo de procedimento considerado ineficiente pelos profissionais de saúde e invasivo pelas mulheres é a tricotomia dos pelos pubianos, procedimento comum que visa diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. Estudos comprovam que o potencial de complicações provenientes de tricotomia são superiores aos benefícios. A Inglaterra abandonou tal procedimento desde 1970 (BASEVI; LAVENDER, 2012 apud BRASIL, 2014).

Em relação à dieta, é comum a proibição de ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto por suas possíveis complicações durante uma anestesia geral. Visando a hidratação e o suporte calórico necessário à mulher no momento do parto, estudos comprovam que a ingestão de alimentos leves não aumenta a incidência de complicações (SCHEEPERS; ESSED; BROUNS, 1998 apud BRASIL, 2014; SCRUTTON et al., 1999 apud BRASIL, 2014; SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012 apud BRASIL, 2014).

A episiotomia (corte no períneo, sob a justificativa de “facilitar” a saída do bebê) também é procedimento rotineiro na assistência obstétrica e resulta em milhares de lesões

inúteis, arriscadas e danosas sobre os genitais femininos. Diniz (2005) questiona se só é possível evitar a episiotomia quando se faz uma cesárea: é a escolha entre “cortar em cima ou cortar em baixo” (DINIZ, 2005, p. 10). Sobre a episiotomia, esta autora cita as palavras de um professor universitário que defende a assistência obstétrica baseada em evidências:

[...] eu fico muito preocupado com as mulheres brasileiras, [...] porque é muita violência... porque ela vai para a maternidade, ou lhe fazem um corte na barriga, desnecessário na maioria das vezes, ou no períneo. De todo jeito alguém vai atacá-la com uma faca, então é preciso que isso seja melhor pensado, eu acho que é fundamental essa pressão da clientela para forçar o médico a tomar atitude de acordo com a melhor ciência existente. (ATALLAH, 1999 apud DINIZ, 2005, p. 10).

Wolff e Waldow (2008), como outros autores, acreditam que, após o parto, tudo é alegria com a chegada do bebê. Por isso, os maus-tratos são, de certa forma, esquecidos, como se a mulher-mãe se despersonalizasse de sentimentos próprios e autopercepções após o parto. A dor dela deve ser, a partir de agora, a do bebê, e a vida dela agora é a vida do bebê. O bebê está bem? Saudável? Então aquela que sofre é uma ingrata. Ingrata com a vida, com a natureza, com a divindade que lhe deu um bebê saudável, ou um bebê vivo, e em troca recebe reclames, tristezas e traumas em relação ao parto.

À mulher que foi vítima de um parto violento, mas seu bebê nasceu saudável, não é permitido sofrer. Socialmente este sentimento é condenado, punido, e a própria mulher envergonha-se dele. Em sentido contrário ao pensamento de que após o parto tudo é esquecido, outros autores (VERDE; COUPLAND; KITZINGER, 1990; SIMKIM, 1991) concordam que as mulheres se lembram com clareza, muitas vezes durante anos após o parto, dos atos e das palavras recebidos da equipe de saúde no momento do nascimento de seu bebê. Quando essas lembranças remetem a abuso de poder ou violência, elas relatam sentimentos de dormência, em um primeiro momento, e a sensação de alívio por tudo estar acabado. Em um segundo momento, sentem gratidão pela saúde e vida do bebê e, por último, são tomadas pelo sentimento de violação. As cenas traumáticas são repetidas em *flashbacks* e o estresse pós-traumático pode durar meses ou anos, podendo afetar negativamente a relação com a criança ou com o parceiro. As marcas emocionais da violência obstétrica podem ser semelhantes aos casos de estupro, tendo em vista que o parto também é um evento sexual.

Não são poucos os casos de divórcio em decorrência da violência obstétrica. A mulher violada durante a gestação tem as mesmas sensações e sentimentos da mulher abusada sexualmente e automaticamente rejeita o marido depois do nascimento do filho. (SOUSA, 2014 apud ADPERGS, 2014).

As discussões sobre Direitos Humanos e nascimentos têm impulsionado mulheres que buscam o empoderamento do parto e do corpo feminino. Entre essas ações estão a associação em grupos de apoio e a disseminação de informação online, marchas nacionais pelo direito de parir e humanização dos nascimentos, elaboração de planos de parto registrados em cartório e protocolados na maternidade, além do conhecimento de seus direitos, em todos os artigos e incisos, caso necessário citá-los em momento de impedir a violência. Quando ainda assim a violência acontece, a carta aberta, entregue ao obstetra e também divulgada nas redes sociais, tem sido uma opção utilizada por algumas puérperas, além de denúncia formal aos órgãos competentes. Vários estados brasileiros, como São Paulo, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Pará, já proporcionaram cursos sobre o tema violência obstétrica para advogados e defensores públicos. Assim, é possível perceber que a violência obstétrica vem se tornando um problema reconhecido, cujas estratégias de combate já começam a se disseminar, alternando as relações de poder.

1.4.2 O parto humanizado

O parto humanizado vai além de um parto feito por seres humanos ou do direito ao pré-natal e a leito em maternidades. É aquele que concede à mulher o que ela tem direito: atendimento que priorize suas necessidades, e não crenças e mitos (DUARTE, 2013). Humanizar o parto é oferecer às mulheres o direito a um atendimento voltado para suas necessidades, livre de intervenções desnecessárias e sem eficácia comprovada (DUARTE, 2013, p. 1).

Importante afirmar que todas as referências anteriores deste texto à classe médica e às discussões sobre violência, dominação ou ausência de relação empática entre médicos e pacientes se referem exclusivamente ao contexto em que a autonomia da parturiente é desrespeitada. Não tenho o objetivo de generalizar a conduta médica como desrespeitosa ou violenta, entretanto, até aqui o condutor das discussões foram as situações de dominação que, conforme expresso no título desta dissertação, trata-se de um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica. Porém, isso não quer dizer que não existam partos respeitosos, humanizados e não violentos. É preciso lembrar a atuação dos profissionais humanizados, empáticos e parceiros das parturientes e que o movimento de humanização do parto e nascimento é crescente no Brasil e em Goiânia.

A humanização pede o suporte contínuo, inspirado pela Rede de Humanização do Nascimento e visto na literatura como forma de encorajar a parturiente, oferecer conforto

físico, suporte emocional, orientações e informações tanto para a mulher como para o acompanhante. Gallo et al. (2011) relatam que o suporte contínuo facilita a comunicação entre parturiente e corpo clínico, oferece o alívio da tensão e pode realizar a interação entre parturiente e família, deixando-a mais tranquila e tornando o parto mais humanizado.

Outra filosofia de parto que considera a importância das relações suaves é o parto Leboyer, idealizado pelo obstetra francês Frédérick Leboyer, que orienta para um nascer suave e não violento para o bebê. Esse parto considera a importância do vínculo da mulher com o recém-nascido após seu nascimento e um ambiente acolhedor com pouca luminosidade, silêncio, massagens nas costas do bebê, amamentação precoce e transição respiratória mais suave para o bebê, proporcionada pelo corte do cordão umbilical somente após o término da pulsação (MORAES, 2008).

O clampeamento tardio do cordão umbilical faz com que o bebê continue recebendo oxigênio enquanto o sistema respiratório começa a funcionar e também reduz o risco de anemia em bebês até o sexto mês de vida (DUARTE, 2013). A amamentação precoce estimula a produção de ocitocina na parturiente, favorecendo a eliminação da placenta e reduzindo o risco de sangramento pós-parto, que é uma das principais causas de mortalidade materna (MONTEIRO, 2006). O colostro do leite materno tem efeito laxante, que elimina o muco e o mecônio do intestino do bebê. Além disso, as primeiras horas de contato entre a mulher e o bebê são extremamente importantes para ambos, favorecendo os vínculos afetivos.

Nos primeiros momentos de contato entre a mulher e seu bebê, a visão do bebê e o conforto físico deste, não devem estar prejudicados por produtos oftalmológicos como o nitrato de prata. Quando a parturiente não é portadora de gonorreia, os antibióticos oftálmicos ou o nitrato de prata não tem qualquer utilidade, trazem desconforto em um momento importante de contato entre o bebê e sua mãe e podem provocar conjuntivite química no recém-nascido (DUARTE, 2013). O principal questionamento, aqui, não parece ser relativo à utilização dos medicamentos oculares, e sim quanto ao momento mais adequado para esta aplicação, que pode ser realizada preferencialmente após o primeiro contato entre mãe e filho.

O parto Leboyer, mais do que uma técnica é uma filosofia de trabalho, porém, este autor focou a preocupação e o cuidado especificamente no bem-estar do bebê e por isso é importante estender essas ações também para o bem-estar da mulher. Gallo et al. (2011) lembram que a dor pode ser intensificada ou diminuída pelo estado psicológico e por fatores ambientais. Assim, a forma com que se recebe a gestante com ou sem dor, o conforto, o incentivo positivo e o respeito pela dor podem deixá-la mais calma e preparada para a continuidade do trabalho do parto até o nascimento do bebê. São muitos autores que

ênfatisam a eficiência do suporte contínuo (CAMPBELL et al., 2006; BRASIL, 2001; HODNET et al., 2008; MCGRATH; KENNEL, 2008).

A presença do acompanhante de livre escolha da parturiente favorece sentimentos de segurança e conforto, além de ser um direito garantido pela lei federal 11.108 (BRASIL, 2005). Já a presença de doula, fisioterapeuta, obstetrix ou outro profissional sem vínculo com o hospital ainda não é frequente, mas, utilizando técnicas de alívio da dor, esses profissionais poderiam reduzir a chance de cesárea, tornar o trabalho de parto mais curto, diminuir a utilização de ocitocina sintética, reduzir a necessidade de anestesia e de uso do fórceps. Além disso, é indicado também o uso de objetos pessoais familiares como camisola, músicas, essências e aromas, pois relaxam mais no parto (DUARTE, 2013; AMORIM, 2013).

As parturientes e os profissionais adeptos da humanização tendem a optar pelo rompimento natural da bolsa amniótica, visto que o líquido protege e estabiliza a pressão sobre o bebê e, conseqüentemente, há menor pressão sobre a cabeça. Quando a bolsa amniótica é rompida artificialmente, há um aumento do risco de infecções, do nível de dor das contrações e uma limitação quanto ao tempo de parto (DUARTE, 2013).

A liberdade para caminhar e para mudar de posição é benéfica para a mulher em trabalho de parto, pois favorece estimulações uterinas, partos mais curtos e menos doloridos, bem como a liberdade para mudar de posição confere mais conforto no momento do parto e evita posições doloridas ou que não auxiliem a mulher, como a posição deitada de costas com as pernas levantadas, que estica demasiadamente o períneo, aumentando as chances de laceração. A posição de cócoras, por exemplo, diminui o comprimento do canal de parto, aumenta a abertura da pélvis e torna o trabalho de parto mais eficiente, auxiliado pela gravidade. Esses são alguns argumentos em relação à necessária livre movimentação da parturiente, que será a única pessoa capaz de decidir em qual posição a dor se tornará mais suportável. Nesse momento de alívio não farmacológico da dor, a utilização de água morna, seja por imersão em uma banheira ou em um chuveiro quente, auxilia a aliviar a dor (DUARTE, 2013; AMORIM, 2013).

Até aqui, em grande parte falei de humanização no contexto do parto vaginal e quanto a isso cabe a reflexão: humanizar a cesárea é possível? “Como diz a prática, não devemos fazer a Gestapo do parto natural [...]. Ainda que saibamos que a cesárea é mais perigosa que o parto natural, não devemos transformar o direito em obrigação” (DAVIS-FLOYD, 2002 apud TORNQUIST, 2002b, p. 1). A escolha da mulher pelo tipo de parto deve ser respeitada, porém a decisão da parturiente precisa ser livre de influências tendenciosas, deve ser também cercada de informações sobre os reais riscos e benefícios de cada opção de parto. Mesmo nos

casos de opção pela cirurgia cesariana, o profissional pode sim oferecer atendimento acolhedor, informação, segurança e humanização.

A humanizar da assistência ao parto requer o reconhecimento da individualidade feminina e o exercício de relações menos autoritárias e menos desiguais (BRASIL, 2001). A assistência médica tem mostrado que apesar da proximidade física, médico e paciente frequentemente encontram-se tão distantes que nem sequer se olham ou se tocam. “Na verdade, sequer se respeitam” (SIQUEIRA, 2002, p. 96). Enquanto a autonomia da parturiente continuar a ser desconsiderada e enquanto as relações se apresentarem de forma hierárquica, não será possível falar de uma prática humanizada eficaz e acolhedora, que valorize a paciente como pessoa integral e não apenas com foco em sua gestação.

2 MEMÓRIAS E NARRATIVAS DO PRÉ-PARTO

As participantes da pesquisa demonstraram interesse e necessidade de relatar suas experiências e as emoções vivenciadas durante os relatos resultaram em profundas reflexões sobre direitos humanos e dignidade no parto. Percebi que a escuta, o acolhimento e o crédito ao relato de cada participante foi motivador para essas mulheres, frequentemente silenciadas ou percebidas como incapazes de produzir um discurso coerente. Várias participantes informaram “desejo de falar”, “contar para alguém que entenda” e “contar para alguém que acredite”. Os relatos foram marcados por emoção, lágrimas e, em muitos casos, percebi que as entrevistadas buscavam a cura pela fala:

Elas falam sobre uma violência que percebem como infligida sobre si mesmas, e desta forma abraçam a ideia de que é preciso falar para curar. [...] Elas não querem mais conviver com essa “frustração silenciosa” de terem sido vítimas de “violência obstétrica”. Elas desejam que a sua voz seja ouvida e que suas histórias não sejam ignoradas. (PULHEZ, 2013, p. 9).

Ao me deparar com a necessidade das participantes em expressar suas vivências, coube lembrar também da análise de Ruiz (2012), que discorre sobre a relação entre o vitimário e a vítima, onde quase sempre o primeiro é o vencedor. Sua ação não se restringe apenas ao ato violento, mas também ao poder de criar o sentido legitimador da violência, no qual se inicia uma luta pela construção do discurso da verdade, que pôde ser percebida tanto nos dez meses de negociação com a instituição hospitalar quanto na necessidade de escuta das participantes da creche. O autor considera que a realidade da violência tem dois lados: o relato oficial, que geralmente coincide com o dos agressores, e o das vítimas. A narrativa dos agressores tende a produzir interpretações reducionistas, falsas e favoráveis de uma nova injustiça: a negação das vítimas.

Mesmo que os estudos comprovem (BORN et al., 2005) que as mulheres vítimas de violência obstétrica desejam falar sobre o evento traumático e que percebam a fala como uma ajuda em relação à dor vivenciada, frequentemente o trauma psicológico perinatal inclui também reações de vergonha e medo. Pollak (1989) considera que o silêncio das vítimas é um modo de encontrar um *modus vivendi* com aqueles que assistiram a violência e não a reconheceram como tal. Para relatar seus sofrimentos, a vítima precisa, antes de mais nada, encontrar uma escuta. Nas lembranças dolorosas há zonas de sombra e silêncio, zonas de “não-ditos”, que, reprimidas, deslocam-se constantemente. A ausência de uma escuta é

geradora de angústia, bem como o sentimento de punição que a mulher sente em relação ao seu sofrimento (POLLAK, 1989).

Há, ainda, o silêncio doloroso dessas mulheres, como tentativa de poupar os filhos, bem como a busca de se proteger de julgamentos e também a fuga de sentimentos de culpa que as próprias vítimas podem ter em relação a si mesmas (POLLAK, 1989). Para Pulhez (2013), os relatos de violência obstétrica evidenciam o quanto algumas condutas médicas rotineiras têm sido causa de dor e sofrimento para as parturientes. A elaboração do trauma, gerado por tais situações violentas, passa pelo desejo de falar e ouvida, se sentir acolhida e capaz ressignificar. A fala, a busca por justiça e o conhecimento dos próprios direitos são apenas algumas dessas formas de ressignificação.

Neste capítulo, a discussão será dividida em quatro tópicos criados a partir dos relatos das participantes da pesquisa: A) A escolha do profissional. B) A escolha do local de parto. C) Opção/orientação sobre o tipo de parto e as justificativas para tal escolha, tanto por parte do médico como por parte da mulher. D) Direito a acompanhante.

2.1 A ESCOLHA DO TIPO DE PROFISSIONAL

Quanto à formação e atuação obstétrica em Goiás, segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC, 2015), em todo o estado existem sete instituições de ensino superior que disponibilizam o curso de Medicina, e, atualmente, 815 profissionais atuam como médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia (CREMEGO, 2015). Em relação à quantidade de enfermeiros obstetras, não foram encontradas literaturas ou estatísticas específicas no site do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, Conselho Federal de Enfermagem e junto à Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras. Até a presente data, a pesquisa “Perfil dos enfermeiros em Goiás”, realizada pela FIOCRUZ e COFEN (no prelo), ainda não havia sido lançada. Em todo o estado existem 35 instituições de ensino superior em Enfermagem e seis cursos de especialização em enfermagem obstétrica informados pelo MEC (MEC, 2015).

Em relação ao tipo de profissional que assistiu o parto, 96,97% (32) dos nascimentos foram assistidos por médicos obstetras e 3,03% (um) por enfermeiro obstetra. Além disso, foi possível observar que a escolha do profissional esteve mais relacionada a fatores econômicos, ou seja, a escolha da mulher pelo profissional que a acompanharia no parto se deu, em grande parte dos casos, de acordo com o convênio médico ou sistema de saúde que a parturiente dispunha, conforme fragmento a seguir:

Fiz todo o pré-natal na USP. Fui super bem acompanhada, fiz um pré-natal excelente [...] eu estava muito segura no meu pré-natal, só que meu marido passou no concurso [...]. Resolvi vir pra cá [Goiânia] com a cara e a coragem, não conhecíamos ninguém. Escolhi o médico que eu podia pagar pelo convênio [...]. (Relato de Junonia. Expectativa: Parto Normal. Parto realizado: Cesáreo).

Nos partos assistidos pelo SUS, foi possível identificar também o desconforto das parturientes quanto à falta de vínculo com o profissional no momento do parto. Nesses casos, a mulher fez o pré-natal com o médico que atendia na unidade de saúde próxima de sua residência e no momento do parto foi para o hospital sem saber qual profissional estaria lá para atendê-la. Nenhuma dessas mulheres relatou conhecer o profissional que fez o parto, ao contrário, informaram falta de vínculo e de intimidade com o médico plantonista, sentimento de insegurança, desconforto e distanciamento.

[Na sala de parto] a médica me viu e não se apresentou nem nada. Eu só olhei pro lado e vi duas pessoas: o pediatra e o enfermeiro, eu acho. E tinha uma mulher sentada, eu acho que era da limpeza. Ela nem se moveu não. E essa médica na minha frente. Aí ela tava toda coberta, não vi cara dela, não vi nada, tava de gorro, de máscara, não vi ela direito não. (Drias Julia).

A ausência de acolhimento, diálogo e informação contribuíram para o sentimento dessas mulheres. Drias Julia, relata o desconforto causado pelo distanciamento da médica, que não se apresentou e tampouco a parturiente conseguiu vê-la, reconhecê-la. E mesmo a profissional que estava sentada, “nem se moveu”, como descreve Drias. Nas relações interpessoais, há a exigência social de as pessoas se apresentem, digam seus nomes e que os profissionais informem os procedimentos que serão realizados e aguardem consentimento (PEREIRA, 2000). Quais motivos justificariam um atendimento mecânico, distante e impessoal como o descrito acima, senão uma possível crença dos prestadores do cuidado quanto à desigualdade da pessoa assistida?

Aquelas que permaneceram internadas no período noturno relatam falta de privacidade devido à presença de diferentes médicos ao longo do trabalho de parto. Nesses casos, não houve continuidade do atendimento iniciado pelo primeiro profissional que recebeu a gestante no hospital e cabe mencionar o sentimento de desconforto relatado anteriormente e sua relação com a sensação de “passar de mão em mão”: o pré-natal inicia-se com o profissional no posto de saúde, o primeiro período do trabalho de parto é realizado por um profissional diferente e um terceiro ou quarto médico acompanha a fase final do parto. Gutman (2010, p. 19) afirma a importância do vínculo entre paciente e profissional de saúde

no momento do parto não apenas com o objetivo de monitorar a gravidez, mas no sentido de um acompanhamento humano que fortaleça a mulher. Caso contrário, qualquer situação de dor ou de medo se transforma em sofrimento e desamparo.

2.2 A ESCOLHA E/OU ORIENTAÇÃO DO LOCAL DO PARTO

A cidade de Goiânia possui 3.441 instituições de saúde, incluindo públicas e privadas, sendo 94 delas destinadas à saúde da mulher na gestação e divididas em: 84 unidades básicas de saúde, nove hospitais especializados e um hospital geral (SANTOS, 2009). O estado de Goiás não possui casas de parto, são apenas seis unidades em todo o Brasil cadastradas junto à Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, sendo a mais próxima localizada a 209 km, em Brasília (ABENFO, 2015).

As casas de parto são instituições de atendimento humanizado em saúde pré-natal, para atendimento a partos normais em casos de gestações sem complicações. Nesses locais não há intervenções médicas, uma vez que o Conselho Federal de Medicina orienta que os médicos realizem partos apenas no ambiente hospitalar. Entretanto, as casas de parto contam com equipes de enfermeiros obstetras, profissionais cuja atuação na assistência ao parto é garantida pela Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, e na Resolução 233, de 3 de dezembro de 1999, que estabelece ser competência de enfermeiros obstétricos ou obstetras a realização do Parto Normal sem Distocia, a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Os atendimentos realizados pelo Sistema único de Saúde (SUS) correspondem a 33,33% dos resultados (onze partos), enquanto 57,58% dos atendimentos aconteceram pelo plano de saúde ou convênio médico das participantes (dezenove partos). Apenas 9,09% (três partos) foram particulares.

Mais da metade delas (56,25% - dezoito mulheres) informaram que a escolha do hospital ou da maternidade foi influenciada pelo médico obstetra. Nesses casos, os médicos informaram não realizar partos em outros hospitais ou sugeriram determinada instituição como a melhor opção para a gestante.

Algumas mulheres (9,38% - três) visitaram vários hospitais e maternidades e escolheram aquele/aquela de sua preferência. A mesma quantidade de participantes informou ter escolhido o hospital devido às práticas humanizadas realizadas na instituição. Apenas duas participantes que realizaram seus partos pelo SUS optaram por maternidades reconhecidas por

práticas humanizadas, dirigindo-se para essas instituições voluntariamente durante o trabalho de parto, sem encaminhamento do posto de saúde.

Outros motivos que determinaram a escolha do local de parto foram a ausência de leitos vagos no hospital de preferência para realização do parto pelo SUS (duas), instituição conveniada ao plano de saúde (duas), instituição referência em gestação de alto risco (duas), preço mais acessível (uma) e infraestrutura do local e conforto (uma).

Cito aqui alguns exemplos de relatos sobre a escolha e/ou orientação do local do parto:

Eu tinha escolhido a maternidade (XXX), mas tive o parto no hospital (YYY). Eu não escolhi o local do parto: o meu médico estava lá e tinha duas cirurgias. Ele podia fazer o meu parto normal entre essas duas cirurgias dele. Tinha uma cirurgia às oito e outra às onze. Eu já tinha visitado outras maternidades e escolhido a que eu queria, mas tive que ir até ele [médico]. Eu fui em sete médicos durante o pré-natal e nenhum aceitou fazer parto normal, somente este médico e ainda assim, tinha que ser entre as cirurgias dele [...] Eu fiquei com as pernas bem fechadas, para o neném não nascer enquanto ele estava na cirurgia. Eu não voltei mais nesse médico depois do parto, porque... né? (Relato de Vanessa Atalanta – Expectativa inicial: parto normal sem intervenções. Parto realizado: normal induzido).

No trecho de relato da parturiente Vanessa Atalanta é possível observar dois discursos: o da paciente e o do médico. Nesse contexto, o médico pertence ao grupo social que possui mais conhecimentos sobre a Medicina. Apesar do discurso do médico não estar em primeira pessoa, pelo discurso indireto presente no relato da mulher percebi que o obstetra determina o local do parto e tem controle sobre o corpo da paciente. A parturiente queria o parto normal, mas sete médicos lhe negaram esse direito, tendo o último deles dado como justificativa limitações de tempo, não deixando opção à paciente.

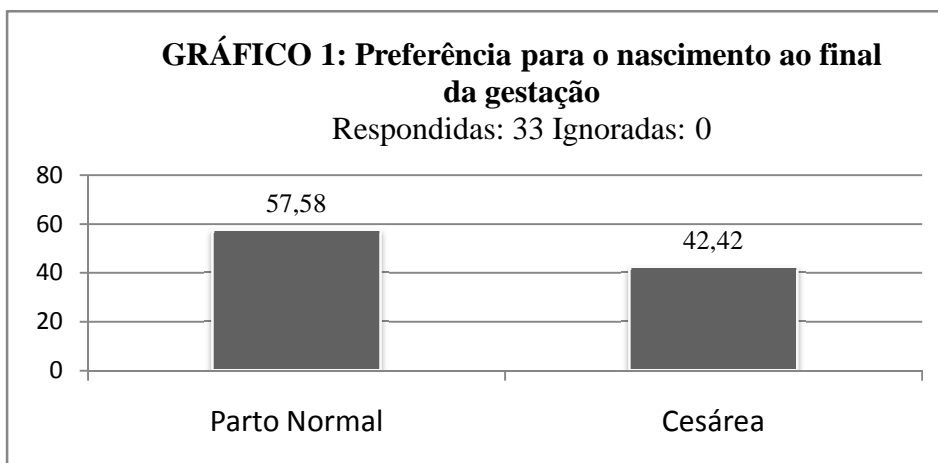
Na visão de Foucault (1988), e dentro do princípio do poder disciplinar, o corpo é entendido como objeto e alvo de poder, para ser manipulado e educado de acordo com o que se espera que ele se torne. Nesse sentido, e de acordo com a Análise Crítica do Discurso, é perceptível o contexto social em que o discurso é elaborado, presente na fala da mulher em “eu fui em sete médicos durante o pré-natal e nenhum aceitou fazer parto normal”. A prática discursiva revela uma iniquidade social (COSTA, 2003), exercida por um grupo sobre outro e, nesse exemplo, a mulher é objeto de poder, enquanto o médico é o sujeito do poder.

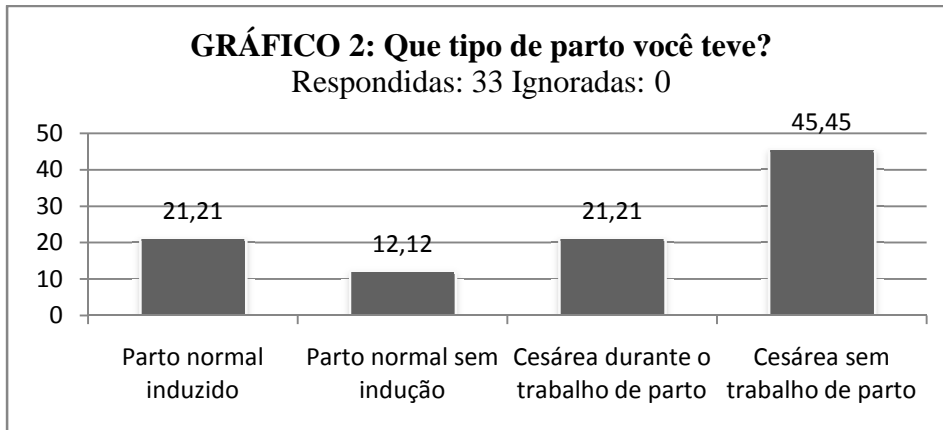
Eu escolhi a maternidade (XXX) porque o obstetra sugeriu e disse que naquela maternidade ele tem mais autonomia para tomar as decisões. Porque tem hospitais que tem regras mais restritivas e ele considera que a (XXX) aceita melhor os partos. Na hora do parto estava comigo na sala: o pai da criança, a minha irmã do meio, meu pai e a minha mãe. É por isso que ele (o médico) escolheu lá, entendeu? Porque outros hospitais não deixam. (Relato de R. Alexandra – Expectativa inicial: parto normal sem intervenções. Parto realizado: normal sem intervenções).

O discurso da parturiente mostra que a escolha do local do parto foi determinada pelo médico, justificando a permissão da presença da família no parto. Na fala de R. Alexandra, de acordo com médico nem todos os hospitais aceitam que os partos sejam acompanhados por familiares, o que mostra que o trabalho de muitos médicos é efetuado de acordo com normas e regras do hospital, limitando sua autonomia profissional e os direitos dos pacientes. Nesse sentido, o poder pode ser observado em três níveis: parturiente, médico e administração do hospital. Segundo Foucault (1982), o poder não é central ou localizado e pode estar ao mesmo tempo em todo lugar. Nessa perspectiva, e pela Análise Crítica do Discurso, é possível afirmar que o discurso constitui o social, como também os objetos e os sujeitos sociais (COSTA, 2003).

2.3 A OPÇÃO E/OU ORIENTAÇÃO SOBRE O TIPO DE PARTO: NORMAL OU CESÁREA

Partindo da sequência de ações normalmente seguidas pelas mulheres durante o processo de gestação, parto e pós-parto, e pelos resultados obtidos no questionário e nas entrevistas, foi possível observar que, em relação à expectativa final de parto e ao tipo de parto vivenciado, 57,58% das mulheres preferiam parto normal e apenas 33,33% dos partos aconteceram de acordo com o planejado por elas:





Esses resultados retomam os debates anteriores apresentados neste texto quanto à necessidade de respeito à autonomia da parturiente, suas decisões quanto ao tipo de parto e os procedimentos realizados nesse momento. Confirmam, também, os estudos já citados anteriormente (DINIZ, 2002; BARBOSA et al., 2003; FAÚNDES et al., 2004; FRANZON; SENA, 2012), que evidenciam que a preferência pelo parto normal tende a diminuir ao longo da gestação e no momento do parto, pois as decisões femininas são frequentemente desconstruídas pelos discursos médicos em relação ao parto normal e à visão do corpo feminino como máquina imperfeita que necessita de acompanhamento e intervenções para o adequado funcionamento.

A maioria das mulheres (63,64% - 21 delas) preferia o parto normal no início da gestação, enquanto 30,30% (dez) preferiam o parto cesáreo e 6,06% (duas) não tinham opinião formada sobre o tipo de parto que pretendiam ter. Ao final da gravidez, 57,58% (dezenove) delas ainda preferiam o parto normal, enquanto 42,42% (catorze) optavam pelo parto cesáreo.

Apenas 24,24% (oito) das mulheres tiveram seus bebês com quarenta semanas de gestação ou mais. Três participantes não souberam responder qual o tempo de gravidez no momento do parto; nos demais casos, o parto aconteceu com a seguinte idade gestacional: 32 semanas (6,06% - duas), 34 semanas (3,03% - uma), 36 semanas (6,06% - duas), 37 semanas (12,12% - quatro), 38 semanas (27,27% - nove) e 39 semanas (12,12% - quatro). O *American College of Obstetricians and Gynecologist*, em sua diretriz de 2004, não estabelece a idade gestacional para a indução do parto, entretanto, vários autores concordam que as mulheres devem ser informadas dos riscos e benefícios da indução do parto a partir de 41 semanas (AMORIM, 2012a).

Todos os esforços devem ser feitos para datar corretamente a gestação e evitar a interrupção eletiva antes do termo. A interrupção das gestações que ultrapassam 40 semanas tem como consequência o aumento das taxas de prematuros tardios (bebês nascidos entre 34 e 36 semanas) ou “termo precoces” (entre 37 e 38 semanas, aumentando a morbidade neonatal).¹ Esses bebês apresentam risco aumentado de complicações no período neonatal, dentre os quais se destacam os distúrbios respiratórios e a icterícia.² (ENGLE; KOMINIAREK, 2008; WHYTE, 2012¹; GHARTEY et al., 2012² apud AMORIM, 2012a).

Simone Diniz, médica, professora e pesquisadora sobre saúde materna, informou em entrevista (DIP, 2013) que a violência no parto vende cesárea e que as pesquisas indicam mais risco de violência nos casos em que a mulher entra em trabalho de parto. Diniz informa também que há uma hostilização da mulher em trabalho de parto e um sentimento de indignação dos profissionais de saúde do setor privado, que percebem a escolha da mulher como uma oportunidade de “dar trabalho” ao profissional.

A literatura médica recomenda que cada caso seja avaliado de forma individualizada e conforme as características e expectativas da grávida. A assinatura do termo de consentimento é recomendada tanto nos casos em que a mulher decida aguardar o trabalho de parto, quanto nos casos em que faça a opção pela indução. As vantagens e desvantagens de cada opção devem estar bem informadas no termo de consentimento (AMORIM, 2012b).

Como é possível verificar nos relatos a seguir, algumas participantes preferiam o parto normal na fase inicial da gravidez, mas mudaram de ideia ao longo da gestação devido a comentários que interferiram em suas decisões:

Eu até fico pensando as vezes que nunca mais eu vou querer engravidar, mesmo tendo tido as meninas nova e tal... Por causa de tudo o que eu passei de pré-natal, de ouvir que se eu tivesse um parto normal eu podia quebrar minha bacia, ou perder as minhas filhas... Coisas assim. Eu sei que hoje em dia, se alguém falar isso pra mim, eu levanto do consultório e vou embora, sabe? (...) Mas meu parto foi muito impessoal, eu não senti que foi um parto. (Relato de Lysandra Hylas - Expectativa inicial: Parto normal. Parto realizado: Cesáreo).

O nascimento poderia ter sido diferente se fosse um parto normal né? (risos) Se eu não fosse tão mole... Porque o médico me explicou assim: que era uma dor suportável, mas que doía muito, muito e que se eu fosse muito mole pra dor, era pra já me programar porque ele não ia ter como se deslocar para o hospital e deslocar toda a equipe para me atender e na última hora eu falar “não quero mais parto normal, agora eu quero cesárea.” Ele falou: você pensa bem se você quer normal ou se quer cesárea, as duas opções estão para você decidir. Se conseguir o normal, nós vamos fazer o normal. A gente deixa você lá [gesticulação de tempo/distância], agora, se você acha que não vai aguentar a dor, você já fala logo e nós vamos fazer uma cesariana... (M. Florita – Expectativa inicial: Parto normal. Parto realizado: Cesáreo).

Importante mencionar que, no relato de M. Florita, a gesticulação de tempo e distância que veio após a frase “Se você conseguir o normal, nós vamos fazer o normal. A gente deixa

você lá...” foi compreendida pela paciente como se escolher o parto normal a faria arcar com as consequências disso, sendo deixada sozinha com sua dor e distante da equipe médica, que não teria nada a fazer em benefício da parturiente, dada sua escolha por autonomia.

O discurso indireto do médico, presente na fala da participante, anunciava também dois outros pontos impactantes para ela: certamente não suportaria a dor, especialmente após ter sido rotulada como “mole” e, caso decidisse tentar o parto normal, não seria possível mudar de ideia durante o trabalho de parto. Além disso, não foram consideradas as possibilidades de parto normal com analgesia ou intervenções não farmacológicas para dor. Decidir pelo parto normal, no caso dessa parturiente, significava um caminho solitário, doloroso e sem volta. É o que anunciava o discurso de poder a ela dirigido em “porque ele não ia ter como se deslocar para o hospital e deslocar toda a equipe para me atender e na última hora eu falar ‘não quero mais parto normal, agora eu quero cesárea’”.

A dor do parto vaginal frequentemente é vista como falta de preparo psicológico para o parto, porém, cabe desconsiderar as contribuições do imaginário coletivo quanto à dor do parto e também quanto à imagem corporal feminina. Somado a esses fatores, há o encantamento pela tecnologia, que, manipulada pela biomedicina, recorre à beneficência (“poupar a mulher da dor”) para justificar a cesariana (MELO-E-SOUZA, 1994 apud BARBOSA et al., 2003). O tipo de parto realizado predominantemente foi a cesárea: 45,45% (quinze) participantes tiveram seus bebês por meio de cesárea sem trabalho de parto e 21,21% (sete) foram submetidas a essa cirurgia durante o trabalho de parto. O parto normal induzido correspondeu a 21,21% (sete) das experiências de parto e 12,12% (quatro) das mulheres tiveram um parto normal sem indução.

A cirurgia cesariana apareceu em mais da metade dos relatos de parto, embora a literatura médica (AMORIM, 2010) aponte que as situações de placenta prévia total, infecções agudas/lesões ativas de herpes genital, distócia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, presença de mecônio, cesárea anterior, não são indicações absolutas de cesariana, entretanto, podem ser situações que levem ao desfecho cirúrgico e justificariam o percentual máximo de 15% de cirurgias cesarianas em qualquer população.

A percepção de si mesma como ativa durante o parto esteve presente em 48,48% (dezesseis) das entrevistadas, enquanto mais da metade (51,52% - dezessete) informaram que não se sentiram ativas no parto.

[...] Mas era aquele negócio: “não pode beber água”, “não pode se mexer” “não pode virar a cabeça pro lado” e “colabora com a gente!”... Colabora com a gente? Este é o meu parto! Vocês é que tem que colaborar comigo [...]. (Relato de Lysandra Hylas – Expectativa inicial: parto normal sem intervenções. Parto realizado: Cesáreo).

Não me senti ativa porque na cesariana não tem como a gente colaborar muito. A gente fica lá parada, anestesiada da cintura pra baixo e se sente meio inútil... E eles amarraram meu braço, mas não me explicaram porque... Eu não tinha como ajudar em nada além de falar as coisas que eu estava sentindo. (M. Florita – Expectativa inicial: Parto normal. Parto realizado: Cesáreo).

Os trechos citados apontam a expectativa médica de passividade das parturientes no momento do parto e demonstram o desconforto delas diante de tais fatos. O relato de Lysandra Hylas traz à tona o desejo social de corpos dóceis, colaboradores, e evidencia também o discurso da parturiente em sua tentativa de retomar o controle e o protagonismo de seu parto, invertendo as posições a ela impostas: “Este é o meu parto! Vocês é que tem que colaborar comigo!”.

Entre as participantes que tiveram parto normal, o tempo de trabalho de parto variou entre três e dezenove horas:

A gente se sente aliviada por ter acabado. Fiquei lá um tempão deitada, esperando com fome, eu estava em jejum desde o dia anterior e isso foi me deixando nervosa, aí eu falei pro médico: então me dá logo uma anestesia geral, assim eu só vou acordar quando o bebê já tiver nascido. (Relato de Ascia Monuste – Expectativa inicial: Parto Cesáreo. Parto realizado: Cesáreo).

[...] E a dor só diminuía quando ele (o médico) estava perto: fazia massagem nas costas, eu ficava em pé, sentada na bola, me movimentando... Ele disse: “Você tem a opção de ficar deitada e ter o parto amanhã ou em pé e se movimentando e ter o parto hoje...”. Então decidi me movimentar e consegui a dilatação necessária: em menos de uma hora o bebê nasceu. (M. Athena – Expectativa de parto: Normal, sem intervenções. Parto realizado: Normal, sem intervenções).

Nesses relatos é possível perceber que, independente do tempo de trabalho de parto, a postura médica em relação ao suporte contínuo da parturiente é um fator diferencial na percepção da dor e na evolução do trabalho de parto. Ascia Monuste relata ter “ficado lá” durante um longo tempo e o “lá” indica um distanciamento entre a paciente e a equipe médica, um sofrimento solitário e não compartilhado ou recebido empaticamente, sendo ainda privada de alimentação e em constante dor, até o momento em que a participante declarou não aguentar mais. Na mesma situação, M. Athena relata que a presença médica, as ações de encorajamento, o suporte e as intervenções não farmacológicas da dor contribuíram para o alívio físico e psicológico e para a rápida evolução do trabalho de parto.

Nos casos de cesárea, a pesquisa verificou quais foram as alegações médicas para a realização desse tipo de intervenção cirúrgica. Em 31,82% (sete) dos partos realizados por cesariana, a justificativa foi ausência de dilatação, seguidos de 18,18% (quatro) devido à circular de cordão; 13,64% (três) por bolsa rota e a mesma quantidade de participantes foi informada pelo obstetra de que não poderia ter um parto normal porque já havia passado por cesariana anteriormente; 9,09% (duas) delas passaram pela cesárea por se tratar de gestação de alto risco e a mesma porcentagem por irregularidades nos batimentos cardíacos fetais. Outras justificativas que representam 4,55% (uma) cada uma referem-se à ausência de movimentos fetais, líquido amniótico “viscoso”, líquido amniótico em quantidade insuficiente, canal vaginal estreito e gestação gemelar. Uma participante informou que optou pela cesariana porque o médico a considerava frágil para o parto normal, sugerindo que não suportaria a dor e 40,91% (nove) delas responderam “a cesariana foi minha escolha”.

As justificativas para a indicação de cesariana são questionadas por diversos profissionais e obstetras adeptos da medicina baseada em evidências, para quem circular de cordão, ausência de dilatação, canal vaginal estreito, bebê muito grande, obesidade da mulher, sedentarismo e outras situações já citadas são formas de convencimento utilizadas para conduzir à cesárea. Não haveria tempo hábil, nesta dissertação, para avaliar cada um dos diversos procedimentos médicos considerados obsoletos como indicações de cesárea (AMORIM, 2012b). No caso da indicação de cirurgia cesariana, foi utilizado o exemplo da circular de cordão, conforme relato da participante, para observação da falta de coerência entre o discurso médico e suas justificativas para cesárea e o discurso baseado em evidências. Outro ponto importante é a informação de que a obstetra escolhida pela parturiente não realizava um parto normal há dois anos:

Eu queria um parto normal, mas a médica antes da última consulta disse: fica de jejum de um dia para o outro e se der algum problema a gente faz o parto cesárea. No outro dia fizemos a ultrassonografia ela disse que precisava fazer um parto de emergência (circular de cordão). Ela sabia que não era esse o meu desejo, inclusive ela me disse que há dois anos não fazia nenhum parto normal porque as pessoas só queriam cesárea. No começo ela ficou empolgada em fazer um parto normal comigo, mas depois disso acabamos optando pela cesárea. (Relato de Eueides Isabella – Expectativa de parto: Normal, sem intervenções. Parto realizado: cesárea de “emergência”).

O que permeia o imaginário popular, alimentado, infelizmente, pelo terrorismo que alguns obstetras fazem em torno desse achado, é a fantasia de que circulares em torno do pescoço possam levar ao “enforcamento” do bebê, uma entidade nosológica que definitivamente não existe, nunca foi documentada. Bebês nascem “laçados” há milênios [...] Como lidar com uma ou mais circulares de cordão é um assunto que tem sido abordado em diversos artigos. Infelizmente, alguns obstetras têm o hábito de ligar precocemente o cordão e proceder ao desprendimento

imediatamente quando se deparam com uma circular de cervical apertada. No entanto, além de desnecessária, porque o cordão não irá enforçar o bebê, a ligadura precoce do cordão pode trazer efeitos adversos, privando o bebê do suprimento sanguíneo e das trocas gasosas que se processam através do cordão. Uma circular frouxa não precisa ser desfeita, podendo o nascimento processar-se normalmente. (AMORIM, 2012c, p. 1).

As participantes foram questionadas sobre a resposta afirmativa para a opção “a cesariana foi minha escolha” e foi solicitado que explicassem os motivos desta opção. 40% (seis) delas informaram que sempre tiveram medo do parto normal e utilizaram palavras como “dor” e “sofrimento” para relatar seus temores; 20% (três) disseram que foram aconselhadas pelo médico a realizar a cesariana, pois não suportariam a dor; 13,34% (duas) tiveram gestação de alto risco devido à lúpus, trombose venosa profunda e acidente vascular cerebral anterior à gestação. Outras justificativas, que representam 6,67% (uma) cada uma, referem-se à má formação fetal, cesariana para ligadura de trompas, posição sentada do bebê, excesso de peso e sedentarismo da mulher, afirmação médica de que o canal vaginal era estreito, ausência de incentivo ou encorajamento médico para o parto normal – “fui induzida a acreditar que era a melhor opção”, “não consegui ter um parto normal na primeira gravidez, por isso decidi pela cesariana” e “queria parto normal, mas já havia feito cesárea anteriormente e achava que isso inviabilizaria um parto normal”.

Eu voltei para a minha ginecologista antiga depois do parto, porque este obstetra que fez o meu parto é muito procurado por gestantes e eu não estava mais grávida. Minha médica atual diz: ‘Você para mim é um exemplo de mulher! Porque eu ouço muito: _ eu quero ter um parto normal _ e na hora H não dá certo’. [As mulheres dizem] Ah, o médico falou que não deu certo, que eu não tive dilatação ou isso e aquilo... Eu não sei até que ponto há uma intercorrência que impede o parto ou se há uma certa má vontade da parte do médico – pois é mais prático fazer um parto cesáreo – e até que ponto também não há um medo das parturientes que faz com que elas desistam... Quando você chega na consulta dizendo que quer parto normal, os médicos olham pra você e dizem: ‘você está querendo um parto anormal, pois ninguém hoje em dia escolhe sentir dor, isso não se usa mais’. (M. Athena. Expectativa: Parto normal, sem intervenções. Parto realizado: Normal, sem intervenções).

Observa-se, tanto nos resultados quanto na literatura, que quando é realizada uma cesariana a mulher é condenada a outras cesarianas nos próximos partos. O chamado VBAC, parto vaginal após cesárea, é pouco considerado no meio médico conservador, sendo realizado principalmente por obstetras adeptos da humanização, que visualizam a necessidade da devolução do controle do parto para a mulher. Haddad e Cececatti (2011) evidenciam que o sucesso do parto vaginal após cesárea tem se classificado entre 60% a 80%.

O plano de parto esteve presente em 12,12% (quatro) dos nascimentos, enquanto 87,88% (29) das mulheres disseram não tê-lo feito ou não sabiam o significado dessa palavra. Entre aquelas que optaram por ele, metade considerou que o plano de parto foi respeitado e a outra parte informou que foi parcialmente respeitado.

Quanto à análise das relações de poder, no que se refere à escolha e/ou orientação sobre o tipo de parto, foi possível verificar no texto a seguir:

Eu tive um parto na água, dentro da banheira. Os outros foram normais, mas não dentro da banheira. Esse obstetra está fazendo isso em Goiânia, então ele sugeriu e eu quis experimentar diferente. Quando ela (a bebê) saiu, o obstetra estava assistindo, mas fui eu que peguei ela. O pai dela cortou o cordão umbilical e ficamos com ela no colo. Me senti super bem, super feliz. Eu gostei muito de ter segurado ela, pra mim foi muito legal. Esse obstetra tem outras experiências, ele mostrou fotos de outros partos na água pra gente ter uma noção, outras fotos que ele mostrou eram de partos normais que não eram na água. Então ele mostrou uma filmagem de parto de uma mulher sentada e o bebê vinha e ela mesma segurava. (Relato de R. Alexandra).

No relato da parturiente, ficam evidenciados a orientação e o diálogo do médico com a parturiente sobre o tipo de parto pela fala, como forma de informar, orientar e convencer. O discurso diz respeito a todo processo de interação social, em que o conhecimento e tudo o que envolve a linguagem pode surgir como mecanismo de argumentação. Entretanto, pela voz da mulher na frase “ele sugeriu”, fica evidente que as orientações médicas foram recebidas por ela como sugestão, e não como determinação ou imposição.

É importante complementar o contexto do relato anterior com a informação de que a parturiente já tinha tido dois filhos de parto normal e que seus pais são médicos (obstetra e pediatra), ou seja, ela tem conhecimento e experiência sobre parto normal e desejava o parto normal, mas na água (banheira). Isso corrobora os estudos de Foucault (1982; 1988), que argumenta que a base do poder é desenvolvida por instrumentos de formação e acúmulo de saber e, nesse contexto, o conhecimento é fundamental para que a decisão final sobre o tipo de parto não seja totalmente influenciada pela orientação médica. Nessa perspectiva, “o poder para agir de determinada maneira, reclamar recursos, controlar ou ser controlado depende dos ‘saberes’ prevaletentes na sociedade” (NOGUEIRA, 2001). Destaco, aqui, que a parturiente fez o parto em uma maternidade particular e tem fortes ligações com a classe médica. Pelo exposto, é possível concluir que a congruência de fatores econômicos, culturais e sociais foram significativos para que ela tivesse um resultado positivo na gestação, no parto e puerpério. Em conformidade com a Análise Crítica do Discurso, o relato da parturiente reflete

suas representações de mundo, identidades sociais, relações sociais e valores culturais (FAIRCLOUGH, 2001).

Em outro relato de uma das participantes:

A minha doutora, depois que eu voltei na consulta de retorno ela me disse: “não foi tão ruim assim, né? Você queria parto normal, mas não foi tão ruim o parto cesáreo”. E eu respondi: foi péssimo! E aí ela falou: “agora é tarde demais! Você já fez uma cesárea, todos os outros partos vão ser cesárea”. Sabe, aquilo acabou comigo. Eu estava na minha primeira semana de parida, como é que ela me fala uma coisa daquelas? Até hoje desencadeia um monte de pensamentos, que eu tento desconstruir, mas é complicado (...). Mas eu não tenho dúvidas que eu não entro nessa de novo... Eu conheço os sinais, eu não entro mais nessa... Mesmo se forem trigêmeos, eu vou tentar até o final: lutar pelo que eu decidir, sabe? Hoje em dia eu sou muito mais empoderada do que eu era antes e eu não caio mais nessa, eu sei que agora eu posso seguir firme no que eu decidir, se eu engravidar de novo. (Relato de Lysandra Hylas).

No trecho anterior, Lysandra Hylas queria o parto normal, entretanto, a médica optou pela cesárea, justificando essa decisão pelo parto de filhos gêmeos. A literatura médica mostra-se contraditória aos argumentos da médica. Nakamura-Pereira, Cunha e Montenegro (2009) informam que o parto normal deve ser considerado em cerca de 80% das gestações gemelares, ou seja, em casos em que um dos bebês estiver em posição cefálica.

Na data em que o parto foi realizado, a parturiente, com dezenove anos de idade e gestante do primeiro filho, concordou com a opção de parto cesáreo, por desconhecer a literatura médica sobre o tema, só vindo a saber mais sobre o assunto muito tempo depois do parto. Nesse contexto, a relação de poder entre médico e parturiente ocorre porque quem possui mais conhecimentos exerce o poder sobre o outro, que aceita as decisões que lhe são impostas, como mostram os estudos já citados anteriormente (PEREIRA, 2000; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR, 2010; DIP, 2013; PULHEZ, 2013; LIBERTAD, 2014) e que indicam insegurança por parte das mulheres quanto a questionamentos sobre o saber médico. As mulheres e os pacientes de modo geral frequentemente não se sentem competentes para contrapor o discurso médico alicerçado em conhecimentos científicos desconhecidos aos leigos.

Segundo Fairclough (2001), a dominação ocorre de forma cultural e ideológica, na qual um grupo, entendido como grupo hegemônico, obtém o consentimento de outros quanto a suas práticas e ideologias. A médica ainda afirma que como a parturiente teve o primeiro filho de cesárea os outros partos também terão de ser cesárea, argumentação que não se confirma com a literatura médica. Ademais, ela fornece informações falsas à parturiente, de forma a construir um discurso que vá de encontro com sua ideologia e prática médica. Em

oposição, a parturiente relata que as informações adquiridas após o parto quanto a possibilidade de realização de um parto normal em gestação gemelar, lhe confere atualmente empoderamento e segurança para fazer valer sua decisão em gestações futuras.

2.4 DIREITO A ACOMPANHANTE

Em relação à presença de acompanhante, 60,61% (vinte) das mulheres informaram que não tiveram esse direito em todos os momentos do parto. Apenas 39,39% (treze) contaram com a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o tempo. Entre aquelas que tiveram esse direito negado, 21,21% (sete) relataram que só foi permitida a presença dele em alguns momentos. Para a mesma quantidade de parturientes foi cobrada uma taxa em dinheiro para assegurar a presença do acompanhante e 9,09% (três) optaram por realizar o pagamento. Em 9,09% dos casos, ainda, a presença do acompanhante só foi permitida no horário de visita. Em algumas situações (6,06% - duas) houve a informação, por parte do hospital, de que os partos realizados pelo Sistema Único de Saúde não permitiam a presença de acompanhante. Uma das participantes relatou que conhecia a lei 11.108/2005 e, mesmo após ter mencionado este direito no momento do parto, não teve a presença do acompanhante permitida.

A Lei do Acompanhante ou Lei 11.108 (BRASIL, 2005) entrou em vigor em 2005 e prevê a presença de um acompanhante, escolhido pela gestante, que deve estar presente em todos os momentos do parto e pós-parto. Em 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar emitiu a Resolução Normativa 211, que determina ser ilegal a cobrança de qualquer tipo de taxa para a garantia da presença do acompanhante, seja em acomodação enfermaria ou apartamento:

O meu parto custou R\$ 2.300 e ele [o médico] me informou que para o meu marido entrar, [o valor total] ia ficar em R\$2.900. Eu não quis dispor desse valor para ter um “parto humanizado”, então eu disse: “Eu entro sozinha mesmo!” (...) Quando eu fui para o centro cirúrgico sozinha, despedi da minha família, da minha mãe e do meu marido, já chorando... É um momento em que a gente se sente tão frágil, né? A gente entra pensando “Meu Deus! Será que vou sair daqui com vida? Como é que vai ser?”. Mas o médico já tinha me avisado que se eu quisesse acompanhante teria que pagar a mais e eu já tinha juntado dinheiro durante a gravidez todinha pra comprar o enxoval do nenê, eu não conseguiria essa grana a mais. (Relato da participante M. Florita).

Não podia ter acompanhante, né? Não deixaram. Lá não era maternidade, era um hospital. Meu marido teve que ficar de fora, esperando... Mesmo quando falamos que tinha uma lei [Lei do Acompanhante, 11.108/2005] eles [equipe hospitalar] falaram que lá não era adequado e que não estavam prontos para nada. Ninguém

nem sabia que eu estava grávida, as pessoas passavam, percebiam e diziam “Nossa, o que você está fazendo aqui?”. Pois lá não era maternidade... Só me informaram que eram regras do hospital: não era permitido nenhum acompanhante”. (Relato de Vanessa Atalanta – Expectativa inicial: Parto normal sem intervenções. Parto realizado: Normal induzido).

Os relatos demonstram o sentimento de falta de apoio familiar no momento do parto, imposto por regras institucionais que violam o direito a acompanhante, expresso tanto na lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005), quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), como foi possível perceber no discurso de Drias Júlia: “se a menina que era de menor e estava na mesma enfermaria não teve direito a acompanhante, imagina eu?”. Tais relatos indicam cenários hospitalares fortalecidos pelas próprias regras das instituições e colocando essas regras acima das legislações vigentes no país. Mesmo em casos em que a parturiente conhecia seus direitos e os reclamou, foi silenciada pela informação de que a instituição possuía regras próprias, como percebido em “Mesmo quando falamos que tinha uma lei eles falaram que lá não era adequado e que não estavam prontos para nada. Só me informaram que eram regras do hospital: não era permitido nenhum acompanhante.”.

No momento das entrevistas, recordei a literatura de Ruiz (2012), que considera algumas instituições criadas para operar um controle biopolítico sobre populações indesejadas. Afirma estes locais de controle se reproduzem em todos os locais do mundo e a principal característica é a ausência dos direitos humanos. Considero que nesses trechos de relatos o cenário institucional evidenciou mulheres que, mesmo reclamando seus direitos, encontravam-se em locais não alcançados pela proteção, e neste ponto o contexto também aproxima-se da fala de Ruiz (2012), quando o autor cita que as vítimas estão vulneráveis à violação de direitos com impunidade, pois não há proteção de seus direitos. Nesses locais, a vida humana se sujeita à vontade soberana dos vitimários e, nos casos citados, nos quais as instituições ditavam regras próprias, as mulheres encontravam-se sujeitas às regras soberanas institucionais.

eu fui lá segunda-feira, dia 07. Tinha três moças em trabalho de parto, eu fui a quarta. Aí tinha uma que já estava sofrendo desde o dia 06, quatro horas da tarde de domingo, ela era de menor. A mãe dela não estava acompanhando porque ela [a adolescente] estava gritando muito, chamando muito a atenção. Aí eles pediram [para a mãe se retirar], falaram que a mãe dela estava atrapalhando o andamento dela. (Relato de Drias Julia).

No relato anterior, é possível perceber que, durante sua internação hospitalar, Drias Julia, privada da presença de acompanhante, presenciou também outra violação aos direitos humanos: o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 12, estabelece que a presença

do acompanhante é um princípio básico que se estende a todas as crianças e adolescentes internados, inclusive aos neonatos. O mesmo artigo dispõe, ainda, que as instituições de saúde devem proporcionar condições para a presença do acompanhante em tempo integral, mas é importante mencionar que a presença do acompanhante é assegurada mesmo em situações em que a instituição informe não dispor de condições ou estrutura. A presença do acompanhante na internação hospitalar de crianças e adolescentes oferece apoio emocional e facilita a participação e o acompanhamento dos responsáveis legais quanto aos procedimentos médicos que serão realizados (MONTEIRO FILHO, 2009).

A pesquisa de Teixeira, Sá e Arrais (2009) verificou a percepção da equipe obstétrica em relação à presença do acompanhante no momento do parto e demonstrou que, em parte, a categoria médica discordava da lei do acompanhante por falta de conhecimento, enquanto outra parte dos profissionais temia a presença de um estranho em seu campo de atuação e possíveis interferências. De modo geral, os médicos compreendiam que não havia estrutura para receber o acompanhante e por isso resistiam ao cumprimento da Lei 11.108 (BRASIL, 2005) no hospital pesquisado. Importante ressaltar que compete à instituição hospitalar buscar a adequação necessária que permita oferecer todas as condições necessárias ao acolhimento do acompanhante (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A doula esteve presente em apenas 9,09% (três) dos partos, sendo 6,06 % (dois) custeada com recursos próprios e 3,03% (três) como profissional disponibilizada pelo hospital. 84,85% (28) das mulheres não tiveram a presença de doula no momento do parto e 6,06% (duas) não sabiam o que significava doula. A presença da doula nem sempre é assegurada à gestante, uma vez que a Lei 11.108 (BRASIL, 2005) prevê a presença de apenas um acompanhante de escolha da mulher e, nesses casos, as gestantes que optam pelo acompanhamento dessa profissional durante a gestação se veem diante na necessidade de escolher entre a presença do marido/familiar ou da doula, dependendo, na maioria das vezes, da flexibilidade da instituição escolhida para a realização do parto.

A limitação de um acompanhante por parturiente ainda representa um grande desafio para a atenção à saúde da mulher (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010). Apenas uma das maternidades listadas na pesquisa conta com o serviço próprio de doulas como parte da equipe hospitalar e também oferece gratuitamente o curso de formação em doulagem aos profissionais e à população em geral interessada em exercer essa atividade.

No que se refere à análise das relações de poder:

Na hora do parto estava comigo na sala: o pai da criança, a minha irmã do meio, meu pai e a minha mãe. É por isso que ele (o médico) escolheu lá, entendeu? Porque outros hospitais não deixam. O trabalho de parto durou 9 horas. Eu tenho duas filhas mais velhas que também ficaram comigo e só saíram da sala no período expulsivo, minha irmã mais nova, uma amiga minha também... essas pessoas que te falei antes ficaram comigo no período expulsivo, mas durante o trabalho de parto eu recebi muitas visitas. (R. Alexandra).

Nesse relato, a mãe recebeu, durante o trabalho de parto, o acompanhamento familiar que desejava: pais, marido, irmã e filhas, estando presente também uma amiga e outras visitas. Nesse contexto, o médico não só respeita o direito legal, mas vai além dele e permite que outras pessoas acompanhem o trabalho de parto, para só no período expulsivo limitar a presença de pessoas na sala do parto, entretanto, mesmo nessa fase do trabalho de parto estão presentes os pais, o marido e a irmã. A Legislação é respeitada e também o desejo da mulher de ser acompanhada por familiares.

No trecho citado, médico e paciente decidiram juntos e em comum acordo sobre a presença de pessoas na sala do parto, sendo possível observar implicitamente que o diálogo entre eles foi predominantemente simétrico, com a ausência de um poder unilateral. Entretanto, trata-se de uma parturiente com conhecimentos e experiências sobre o parto normal e que buscou um profissional que atendesse suas necessidades e expectativas, que discutiu e planejou com o médico todas as etapas do parto humanizado, que tem vínculos com a classe médica e possui boa formação cultural e que realizou o parto em uma maternidade particular.

Em outro relato:

O parto que eu sonhei era um parto normal onde eu estivesse cercada pelas pessoas que eu gosto, ou pelo pai das meninas no mínimo. Isso não aconteceu no meu parto, eles não deixaram ele entrar. Quiseram cobrar uma taxa e eles levaram ele pra pagar. Eu entrei no centro cirúrgico, fiquei esperando por ele e ninguém me falava nada de onde ele estava... acontece que depois, quando eu já estava anestesiada a pediatra que acompanhou o parto e que é uma excelente profissional e me explicou e eu até entendi mais ou menos os motivos, quando ela disse que já fizeram um parto gemelar antes e tiveram que entubar uma criança e o pai ficou desesperado, eles ficaram com medo do meu marido desesperar também e ela preferiu pedir pra ele esperar lá fora. Mas até o momento dela me explicar isso eu fiquei quarenta minutos lá dentro sentada na maca esperando ele chegar. Vendo a equipe chegar e as pessoas me preparando e eu sem saber dele. Então o parto que eu sonhei era só um parto que eu tivesse alguém pra me apoiar, um parto em que eu me sentisse um pouco mais segura, que não fosse tão impessoal. (Relato de Lysandra Hylas).

No fragmento anterior, quando a parturiente diz “não deixaram ele entrar e quiseram cobrar uma taxa”, evidencia-se que a administração do hospital e o médico não respeitam a legislação e negam o direito de acompanhamento durante o parto, argumentando que o pai

poderia ficar desesperado em caso de uma situação atípica. Contudo, a parturiente era jovem e não tinha problemas de saúde, assim, os riscos de um problema durante o parto eram mínimos. Infere-se também que Lysandra Hylas e seu marido desconheciam seus direitos sobre o acompanhamento do parto, cedendo sem argumentar com os profissionais de saúde. No entanto, como já foi citado anteriormente, um dos relatos de parto apresenta o caso de uma parturiente que, mesmo argumentando sobre a legislação, teve o direito de acompanhamento negado.

3 MEMÓRIAS E NARRATIVAS DO PARTO E NASCIMENTO

No capítulo anterior, foram expostas as situações que determinaram a escolha do profissional que assistiu ao parto, a escolha da instituição de saúde e tipo de parto: normal ou cesariana. A presença do acompanhante e a eficácia da lei 11.108 também foram relatadas. Neste capítulo, a discussão será dividida em quatro tópicos criados a partir dos relatos das participantes da pesquisa: A) A escolha do profissional. B) A escolha do local de parto. C) Opção/orientação sobre o tipo de parto e as justificativas para tal escolha, tanto por parte do médico como por parte da mulher. D) Direito a acompanhante.

3.1 RECEPÇÃO DE INFORMAÇÃO

A quantidade de participantes que relatou ter se sentido segura e informada durante todo o processo de parto corresponde a 42,42% (catorze), enquanto 30,30% (dez) contaram ter sentido medo pela própria saúde ou pela do bebê e 27,27% (nove) relataram sentimentos de insegurança, falta de acolhimento ou de informação por parte dos profissionais. 6,06% (duas) se sentiram seguras, mas não foram informadas sobre todos os procedimentos e medicamentos utilizados:

Eu percebi que havia alguma coisa errada, mas eles não quiseram me dizer. Ouvi o médico falando: não deixa ele [o bebê] engolir isso não! E eu perguntei: O que foi? Mas ninguém respondeu, só diziam "tá tudo bem, tudo bem." Foi muito desconfortável esse meu último parto. Depois que nasce é estranho: A gente se sente aliviada por ter acabado. (Relato da participante Ascia Monuste. Expectativa: Parto cesáreo. Parto realizado: Cesáreo).

Tudo que fazem comigo, eu pergunto: "Para que serve este remédio? Quantos ml? Não me falavam dos remédios que estavam aplicando. Eu perguntava, mas ninguém respondia... Qualquer pessoa, independente da escolaridade, é capaz de entender quando o profissional explica cada etapa do que vai ser realizado. A gente fica muito fragilizada, tanto fisicamente quanto psicologicamente, quando não tem esse mínimo que deveríamos receber [...]. (Relato de Junonia).

Nos relatos anteriores é possível verificar que não faz parte da prática de muitos médicos (27,27%) orientar e informar as parturientes sobre os procedimentos realizados. A Organização Mundial de Saúde OMS (1996) determina que se deve fornecer informações tranquilizadoras à parturiente e quanto mais estiver informada a puérpera e seu acompanhante melhor será sua preparação psicológica e, conseqüentemente, menor será o medo ao desconhecido; esses fatores também contribuirão para um melhor percepção da dor pela

parturiente. O Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina brasileiro, publicado no Diário Oficial da União em setembro de 2009, com retificação publicada em 13 de outubro de 2009, determina que é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (art. 34) e “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento” (art. 37).

Quando terminou de costurar, aí ela [a médica] falou pra mim: "você já está pronta". Nem falou quantos pontos tinha dado, se tinha ponto, [não falou] de anestesia; não falou nadinha disso pra mim. (Drias Julia)

Nesse sentido, e em conformidade com os relatos anteriores, fica evidenciada uma relação de poder médico sobre a paciente. As solicitações de informações não são atendidas, o médico muda de assunto e não responde aos questionamentos da puérpera, gerando insegurança na mulher.

O hospital, a sala de parto, o centro cirúrgico parecia um açougue e tinha aquela tala que colocam nos braços da gente e era um pedaço de madeira... Amarrar os braços daquele jeito é normal? (Relato de Junonia. Expectativa: Parto Normal. Parto realizado: Cesáreo).

Embora possam existir várias justificativas para a contenção dos braços da parturiente no momento da cesariana, como pode ser percebido no relato anterior, Junonia e outras participantes da pesquisa perceberam este e outros procedimentos como métodos de controle. A mulher imobilizada, sem informação da equipe médica quanto aos procedimentos que serão realizados, sem autonomia e acolhimento é uma representação literal do controle, produção do saber e indução dos corpos a um estado de docilidade e submissão.

Eu fui super bem tratada, não tenho nada a reclamar. Mas eu fiquei bem caladinha, né? [...] Claro, porque eu queria ser bem tratada... Eu já fui [para a maternidade] sabendo que a mulher que grita [de dor] eles deixam lá... em um canto... esperando sem ser atendida [...]. (Relato de Drias Julia – Expectativa: Parto Normal. Parto realizado: Normal).

Outro exemplo similar é a monitoração fetal contínua, que impede a livre movimentação da parturiente em uma etapa do trabalho de parto em que o caminhar, os

agachamentos e outros movimentos físicos contribuem para a diminuição da dor. Novamente retorno a Foucault, que se refere ao exame como mecanismo característico do poder na sociedade disciplinar. Souza, Sabatine e Magalhães (2011) analisam a obra de Foucault e descrevem que o exame apresenta o elo entre poder e saber, conduzindo os corpos a uma modelagem disciplinar obtida pela visibilidade do exame e pela coleta de dados que produzirão os discursos do saber.

A ausência de informação, de acolhimento e o sentimento de insegurança foi mencionada em 39,39% (treze) dos relatos, enquanto 12,12% (quatro) utilizaram a palavra “péssima” para definir a assistência recebida. “Ruim” foi informado em 9,09% (três) e a mesma quantidade de participantes relatou ter sido bem assistida pelo médico, mas mal assistida pela equipe. A definição de assistência “Regular” apareceu em 3,03% (uma).

Mesmo em uma cirurgia cesariana o profissional pode respeitar a mulher e seu bebê, tomando cuidados e atitudes simples como manter-se calmo, conversar em tom de voz baixo, evitar falar de assuntos que não auxiliem a mulher, reduzir a luminosidade, observar o adequado aquecimento do ambiente e cumprir alguns princípios logo após o nascimento, como o contato pele a pele entre a mulher e seu bebê, ainda com o cordão umbilical ligando a ambos, pulsando e mantido sem corte até que pare de pulsar. Nesse momento, a amamentação deve ser incentivada e o bebê não deve ser separado de sua mãe para a realização de identificação, aplicação de vitaminas, aspiração nasal ou qualquer procedimento que não seja comprovadamente necessário e que impeça esse momento de contato. O alojamento conjunto deve ser mantido desde a sala de parto até a alta hospitalar (DUARTE, 2013).

Durante o parto, o anestesista atendeu o telefone, o médico falava sobre futebol, as enfermeiras eram ríspidas e aquele momento para mim era um momento muito especial. Não foi tão ruim quanto eu tenho notícia dos partos por aí, mas também não foi nenhum momento mágico ou especial... As pessoas precisam tratar com mais respeito a mulher que está parindo! Todo mundo se preocupa muito com a criança e pouco com a mãe: há um apagamento da mulher em trabalho de parto e depois do parto também. As pessoas nem nos cumprimentam, vão direto no bebê. Eu acho que as técnicas de enfermagem são as que mais maltratam as mulheres em trabalho de parto, porque elas [as técnicas de enfermagem] estão abaixo de tudo na escala hierárquica e só tem a gestante abaixo delas para exercer o poder. Uma enfermeira me disse: “tem gente que nasceu para ser mãe e outras não. Você não sabe amamentar!” (choro). (Actias Luna).

O relato de Actias Luna evidencia também a visão piramidal que ela possui em relação às estruturas de poder. Na visão dela, a mulher situa-se na base hierárquica e acima dela estão todos os demais agentes: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e instituição. Nessa visão, não resta possibilidade de reação ao sujeito dominado, percebido

como inferiorizado e sobreposto pelo poder de outros mais fortes. A visão de Foucault e de Fairclough são contrárias a essa percepção de poder: para ambos o poder paira entre dominantes e dominados e pode ser acionado por outros sujeitos, que contrapõe discursos e subvertem práticas.

Outro ponto importante no relato de Actias Luna é a informação de apagamento da mulher no parto e no pós-parto: antes do parto, o olhar médico tende a ser direcionado para “a barriga”, com a intenção de proporcionar boa saúde à mulher e ao bebê e um bom nascimento. Entretanto, conforme descrito pela participante, nesse contexto a mulher pode não ser percebida como ser completo: a visão focal da gravidez e do bebê distancia o olhar do feminino integral, especialmente após o parto, quando todas as atenções e intervenções são direcionadas ao bebê.

Em relação ao acesso à informação, a última fala da parturiente demonstra, ainda, que ela sentiu descrédito de uma enfermeira em relação à sua capacidade de amamentar. Na citada situação, a parturiente poderia ter sido orientada com informações sobre uma ação que até então era nova e desconhecida para ela, assim como aconteceu com Drias Julia, que também se sentia insegura em relação à amamentação pós-parto, mas recebeu informações que lhe transmitiram segurança:

E veio a fonoaudióloga pra colocar o neném no peito. [Ela] Já tinha me ensinado tudo antes, foi perfeito. Colocou, o neném pegou, mamou. Aí ela falou que ele ia passar a maior parte do tempo dormindo, [falou] que ela já tinha limpado [o bebê], disse que tinha dado banho, que ele estava todo prontinho e que eu podia descansar.

3.2 PROCEDIMENTOS INVASIVOS E/OU CONDUTAS MÉDICAS

A falta de informação quanto aos procedimentos realizados, a falta de consentimento, a presença de tratamentos e comentários agressivos ou a realização de procedimentos danosos, caracterizam situações de violência obstétrica. Conforme verificado nos resultados, mais de 45% das participantes relataram ter passado por situações injustas durante o parto ou pós-parto, ou que despertaram sentimento de revolta com relação à dignidade e aos direitos humanos.

O anestesista fez uma piadinha sem graça. Ele estava perguntando quais remédios eu tinha alergia: ‘você toma isso? toma aquilo?’ Até uma hora em que ele disse: ‘mas na vagina você toma né?’ Achei o cúmulo, mas não tive nenhuma reação na hora. Me senti constrangida com essa piada machista. Eu estava me sentindo muito só e ainda tinha esse olhar de ‘nossa, você tem

esse tanto de filho?’ Porque era meu quarto filho... Eu estou chorando porque me surpreendi ao lembrar disso, eu já tinha esquecido desse comentário dele... (Relato de Ascia Monuste – Expectativa: Parto cesáreo. Parto realizado: Cesáreo)

Situações como a descrita acima podem ser compreendidas como violência de gênero. Por ser mulher, a paciente em questão foi alvo de piada machista e constrangedora, conforme ela mesma descreveu. O trocadilho agressivo feito pelo anestesista, não referia-se ao medicamento utilizado para dor (Novalgina) e sim à vida sexual da paciente e o julgamento a ela direcionado. A lembrança deste evento evocou na participante o sentimento de tristeza, choro e dor.

Além de tratamentos considerados desrespeitosos e ofensivos, também foram relatados pelas participantes, alguns procedimentos considerados invasivos ou não consentidos: 21,21% (sete) das mulheres foram submetidas a repetidos toques vaginais e em 3,03% (um) eles foram realizados por diferentes pessoas. A manobra de Kristeller (subir em cima da barriga, para forçar a saída do bebê) foi relatada em 18,18% (seis) das entrevistas, apesar das recomendações da OMS que desaconselham sua realização por reconhecê-la como danosa e perigosa para a saúde da mulher e do bebê. A episiotomia (corte no períneo) também foi relatada em igual proporção e é descrita pela FEBRASGO como o procedimento cirúrgico mais comum na obstetrícia, embora se reconheça que foi introduzida “sem muita evidência científica sobre sua efetividade e por isso, mundialmente há uma intenção de torná-la um procedimento restrito e não mais rotineiro” (ZANETTI et al., 2009, p. 2).

[...] Alguns médicos não acreditam na elasticidade do períneo, preferindo realizar a incisão. Isso sem contar aqueles que não conseguem abandonar a prática que lhes foi ensinada durante a formação universitária, a que estão acostumados. (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007 apud ZANETTI et al., 2009, p. 2).

O corte (da episiotomia) inflamou muito. Eu não conseguia nem sentar. Eu sentia as cordinhas e falava ‘Nossa! Mas costurou muito!’ Eu queria ver, mas só fui ver como estavam os pontos quando cheguei em casa, 3 dias depois. Não era uma costura comum, daquelas com pontinhos bonitinhos. Dava pra ver que só juntou as duas pontas de carne e costurou pra fora em zigue-zague, mal costurado. Até hoje sinto uma preguinha, uma carne fora, que não atrapalha meu relacionamento, mas que no fundo a gente sabe que agora eu tenho essa coisa que antes não tinha. (Relato de Drias Julia. Expectativa: Parto normal. Parto realizado: normal com intervenções).

A parturiente relata que a episiotomia executada pelo médico apresentava pontos grandes e mal costurados, que deixaram um pedaço de tecido em forma de prega. Além disso, o local do corte inflamou.

Aí uma ex patroa minha me ligou, perguntando como é que foi o parto, eu falei: "foi ótimo, ótimo, ótimo mas eu tô com tanta dor nos pontos..." ela falou assim: "que pontos, se você fez um [parto] normal?" Aí eu falei: "não, é o tal do pic [episiotomia]... está me rasgando de dor aqui, eu não tô aguentando de dor." Aí ela [a paciente do leito ao lado] disse que fez uns pontos também [episiotomia] e usou um tal de andolba spray [...] Ligamos na farmácia, o cara entregou a andolba escondido, [...] no outro dia já não tinha mais. A única coisa que dava um alívio tremendo e gente ficou usando até o dia que a gente saiu do Hospital. Aí eu saí, minha mãe foi me buscar e eu falei: "Mãe, esse trem tá doendo!" Eu não conseguia sentar pra dar mamã ao meu menino, se eu sentasse, tinha que ser com um travesseiro debaixo e tinha que ser só na pontinha da bunda, não era qualquer cadeira que eu sentava; não assentava no sofá; não conseguia ir pra cama. Eu ficava mais tempo em pé [...]. Na hora de dar mamã, eu chorei. [...] e eu sentindo dor nos pontos, dor, dor. E o médico falou que eu não podia tomar nada, só paracetamol. (Drias Julia).

O relato permite perceber que a paciente que estava no mesmo quarto que Drias Julia também havia sido submetida a uma episiotomia, o que levanta questionamentos quanto à possibilidade de que essa intervenção esteja sendo utilizada rotineiramente nos partos da referida maternidade. É importante ressaltar que esse tipo de procedimento provoca dores durante dias e em alguns casos (tamanho e profundidade do corte) até semanas depois do parto, conforme percebido no relato da participante e em sua busca pela automedicação como forma de alívio. O relato de Drias Julia evidencia também que os efeitos da episiotomia podem ultrapassar os limites do corte ou a dor prejudicar a mulher, o bebê e a relação sexual com o parceiro. Drias relatou que a episiotomia resultou em fortes dores e inflamações no local, impediu os cuidados com o bebê e a amamentação, interferiu também em suas relações sexuais e mesmo atualmente, anos após o parto, sente seu corpo modificado quando olha para o local dos pontos, referindo-se a ele com a palavra “coisa”, demonstrando a insatisfação da parturiente com sua imagem corporal após o procedimento.

Quando fui com ele [o bebê] pra fazer o teste do pezinho nele, eu não conseguia segurar ele pra fazer o teste porque tinha que sentar. Eu falei: "não, eu não consigo sentar que eu tô com os pontos [da episiotomia]." Aí fui lá pra fora chorar. E a médica do pré-natal vinha chegando e me viu. Eu falei pra ela: "Dra, eu tô pra morrer de tanta dor nesses pontos." E ela falou: "mas tá doendo assim?" Eu falei: "Está! É uma coceira que, misericórdia!" Coçava tanto que eu fui pra farmácia conversar, porque meu esposo foi e não soube explicar, aí chegou lá em casa sem nenhum remédio, eu não [me] conformei. Aí o homem da farmácia falou que era normal, que a única coisinha mesmo era "andolba" pra refrescar. Mas eu estava usando andolba demais já. Aí a Dra. pediu pra ver. Ela falou que estava muito inflamado, muito, muito, muito inflamado. Que não tinha infecção nenhuma, não tinha pus, não tinha nada. Estava só super vermelho, estava roxo, inchado demais. Aí ela falou que não tinha saída, que ia ter que passar "cefalexina" pra melhorar a inflamação. Só que eu ia correr o risco de secar meu leite. Aí eu falei: "Dra., me dá esse remédio porque eu prefiro o remédio do que o leite, agora eu prefiro!". Porque na hora da dor, eu prefiro ficar boa pra cuidar dele. O leite, eu dava mamadeira. Com os pontos, eu sofri como se fosse a cesariana. Eu ainda falei: "Era melhor que

fosse cesariana porque eu já sabia que tava com esses pontos e o [parto] que foi normal, ainda teve essa pontaiada toda?”.

A participante considera, ademais, que ter sido submetida a uma episiotomia foi pior do que se tivesse sido submetida a uma cesariana. Os estudos sobre transtorno de stress pós-traumático no parto apontam que as mulheres que passaram por partos traumáticos apresentavam *flashbacks* do parto durante o dia e pesadelos à noite. O evento se repetia continuamente como um filme na memória delas. Tais mulheres também informaram sentimentos de paralização durante o parto, de separação do corpo e sensação de estar sem sentimentos. Todas tinham forte necessidade de compreender o que aconteceu com elas e as situações vividas no parto. Muitas mulheres informaram sentimentos de raiva e distanciamento emocional dos filhos, contando que evitavam a presença de outras mães e crianças e passaram a temer ter outros filhos (BECK, 2004 apud ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009).

Podemos nos questionar também quanto ao que pensam e sentem as crianças nascidas de partos violentos e conhecedoras do sofrimento e trauma de suas mães. As pesquisas demonstram relações entre stress e ansiedade da mulher no pré-natal e parto e problemas cognitivos, comportamentais e emocionais na criança (VAN DEN BERGH, 2005 apud BORN et al., 2005).

Outros procedimentos considerados invasivos ou realizados sem consentimento também foram relatados pelas mulheres entrevistadas. A ocitocina sintética foi aplicada sem consentimento ou informação em 15,15% (cinco) das mulheres e a tricotomia esteve presente em 12,12% dos relatos de parto, a mesma quantidade foi induzida a ter o bebê deitada, com as pernas levantadas; e 6,06% (duas) receberam a indicação para ficar deitada durante todo o trabalho de parto, incluindo o período expulsivo. A lavagem intestinal corresponde a 3,03% (uma).

Quanto aos procedimentos realizados com os bebês após o parto, 51,52% (dezessete) das entrevistas relataram que apenas viram o bebê e não tiveram contato com seus filhos; 21,21% (sete) delas não viram seus bebês após o nascimento, enquanto 21,27% (nove) ficaram com o bebê no colo e 9,09% (três) colocaram o bebê para mamar.

A informação relativa a todos os procedimentos médicos realizados com o bebê após o parto aconteceu em apenas 15,15% (cinco) dos nascimentos, enquanto 72,73% (24) das participantes relataram que não foram comunicadas sobre todos os procedimentos que seriam feitos com seus filhos, bem como a explicação das reais necessidades; 12,12% disseram que foram pouco informadas.

Depois do parto eu fiquei o tempo todo com o bebê, não deixei eles levarem. Teve uma hora que ele estava chorando muito, eu estava sozinha, sem ninguém e a enfermeira quis levar pro berçário pra dar água com açúcar e eu virei um monstro e falei: "você não vai fazer isso, não vai dar nada, eu tenho leite." [...] Eu tive um sangramento sete dias depois porque como meu parto foi demorado, o sangue que era para descer ao longo de um mês saiu de uma vez, foram saindo uns coágulos grandes e eu voltei para a maternidade, fui para (XXX). Aí é terrível, ali é absurdo. Eles falaram assim: "pode deixar que a gente vai dar Nan pro seu filho" e aí eu tava numa cadeira sangrando e eu falava assim: "Eu tenho leite! Não vai dar Nan pro meu filho! Eu sei dos meus direitos! Eu sou convalescente mas eu não sou retardada!". (M. Eugênia, parto normal).

No relato acima, é possível perceber que os profissionais da área da saúde, mesmo conhecendo a necessidade do leite materno para o bebê, tentam introduzir alimentação inadequada ao recém-nascido, podendo o choro da criança ser motivo para tal atitude. Pela análise, é possível concluir que alguns profissionais criam um direcionamento de tomadas de decisões unilaterais em suas relações com a parturiente, pautados no conhecimento que lhes confere autoridade e poder. Tomando como base a visão foucaultiana (1982), é importante ressaltar que, sendo o poder um modo de ação de uns sobre os outros, nesse contexto ele é um poder disciplinar, um saber-poder sobre os corpos das parturientes e de seus bebês.

Os resultados indicaram também, que muitas mulheres passaram por situações de violência ou procedimentos invasivos ou não consentidos, mas não os consideraram como tal. O que indica que quando há “boa relação” entre pacientes e equipe médica, as mulheres consentem práticas físicas danosas e sem evidências científicas, ou sequer consideram tais práticas como agressivas, sendo estas entendidas como rotinas médicas necessárias que cabem ao médico decidir. As parturientes não compreendiam estas experiências como violentas quando havia sentimento de proximidade em relação à equipe médica.

3.3 COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO

O sentimento de desamparo esteve presente nos relatos de complicações pós-parto. Algumas participantes informaram também o descrédito dos médicos quanto às queixas de situações que indicavam que algo não estava bem após o nascimento do bebê, conforme é possível verificar no trecho da entrevista de Myscelia:

[...] Eu senti muito medo, pois estava muito mal e o médico disse que eu era manhosa. Tive alta e fui direto para a UTI de outro hospital. Tive embolia pulmonar, início de trombose nas pernas e dor, pois o médico havia fechado o corte antes de parar o sangramento. O obstetra acha que seu trabalho termina ali após o

parto. Acho que teve omissão de socorro, pois o meu caso ia se complicando e ele não agia. Foi a minha mãe quem me levou para ser socorrida em outro hospital. (Relato da participante Myscelia Orsis, parto Cesárea com imediata ligadura de trompas).

Neste caso, descrédito do médico quanto às sensações corporais de Myscelia, pode ser discutido sob três óticas: dificuldade do profissional em admitir ter cometido um erro na cirurgia realizada; desvalorização da autopercepção feminina sobre o próprio corpo quando o quadro clínico parece bom ou quando os exames não apontam questões preocupantes; atribuição das queixas físicas da parturiente ao diagnóstico de síndrome do pânico, visto que a parturiente, na época da gestação e parto, realizava tratamento para tal síndrome. Em todas as possíveis situações, não houve escuta e olhar empático para o sofrimento da paciente.

O sentimento de desvalorização quanto à percepção sobre o próprio corpo e sensações, também estiveram presentes na fala de Ascia Monuste, que relatou ter sido ignorada em suas queixas devido aos resultados dos exames:

Os médicos acreditam mais nos exames do que nas palavras da gente. Isso me chateou muito. Eu disse que estava passando mal, que já era a hora de ter nascido, mas ele dizia que pela ultrassonografia eu ainda não estava com aquela quantidade de semanas e eu sabia que estava... Passei mal até o dia em que eu liguei pra ele e disse: 'não estou aguentando mais'. (Relato de Ascia Monuste - Expectativa inicial: Parto Cesáreo. Parto realizado: Parto Cesáreo)

Tais relatos evidenciam o silenciamento das humanidades, dos sentimentos, das sensações destas mulheres. É uma modalidade de ciência que cala o sujeito, ignora sua voz e sua dor para ouvir os exames e resultados. Não ignoro aqui a importância de tais tecnologias para a promoção da saúde, entretanto, é necessário olhar além dos exames e perceber a paciente como um ser humano completo, capaz de nomear seus sintomas, relatar suas dores e perceber sua situação física preocupante mesmo quando os resultados não indicam nada aparente.

[...] Me senti totalmente frustrada!!! Porque as consequências do parto foram muito difíceis, por conta dessa cicatrização que não melhorava, tirou os pontos e ainda continuou aberto, sangrando, com pus, sentindo dores, enfim... Eu me senti cortada como uma vaca, costurada como um porco... [...]. Eu sofri muito no meu parto cesáreo, mas muito mesmo. [...] e foi diagnosticado "coágulo de parede". Aí ele falou: "amanhã, 6 horas da manhã eu vou te abrir de novo". 14 dias depois (do parto). Fez a cesárea de novo, abriu tudo de novo, limpou tudo. Foi muito difícil, não foi fácil. As enfermeiras esqueceram de me dar remédio pra dor, eu senti muitas dores, muitas, muitas, muitas mesmo! E depois eu fiquei mais 30 dias na cama ou no penico. Só levantava pra tomar banho uma vez por dia porque eu corria sério risco de infecção generalizada. (Relato da participante Junonia, parto Cesárea).

Quanto ao contexto do relato anterior, é importante ressaltar que a parturiente descreveu o hospital e a sala de cirurgia com um “açougue” e relatou ter se sentido “cortada como uma vaca, costurada como um porco.”. Essa mulher fez o pré-natal na cidade de São Paulo, mas, devido à mudança para Goiânia, teve que procurar outro hospital para o parto, conveniado a seu plano de saúde. A falta de estrutura hospitalar foi um dos fatores que a levaram a passar por tantos problemas no parto, evidenciando que o tratamento médico recebido foi marcado por problemas e, conseqüentemente, resultou em muita dor para a parturiente, assim como problemas emocionais e sentimento de desumanização em relação ao tratamento recebido da equipe de saúde. Após a segunda cirurgia, realizada para reparação das complicações resultantes da cesariana, a participante recorreu à emergência de um hospital escola e nesse local informou sentimento de segurança, acolhimento, informação e cuidados. Em vários trechos de seu relato, Junonia evidencia que deve sua vida aos médicos residentes que diagnosticaram corretamente, medicaram, trataram prontamente e demonstraram ações de preocupação e empatia com a parturiente.

Em outro relato, a parturiente Drias Julia informa que após a alta hospitalar o bebê apresentou complicações que indicavam necessidade de internação, porém, ela encontrou dificuldades para conseguir atendimento médico e internação para o bebê, mesmo em caso de emergência.

Chegou lá [no hospital] o homem disse não podia atender ele [o bebê]. Aí meu esposo disse: "O menino tá nas últimas. Vocês vão atender ele aqui agora!". Aí o porteiro não deixou eu entrar. Foi aí que minha irmã falou: "Então nós quebra a porta, mas ele vai morrer aí dentro, nos nossos braços ele não morre não!" Tinha até um pai esperando o nascimento do filho lá na recepção também, porque ele não entrou [na sala de parto] e falou: "Quebra essa porta e soca pra dentro que eu te ajudo, mas o seu menino tá ruim, não deixa ele aqui do lado de fora não! Aí minha mãe pegou o menino e entrou mesmo assim.

No caso descrito acima, a movimentação no cenário hospitalar e o acionamento do poder por parte de vários agentes simultaneamente, garantiram o atendimento médico ao bebê em situação de emergência. A parturiente sentiu-se duplamente revoltada: retornava com seu filho ao hospital devido à complicações pós-parto e teve o atendimento foi negado inicialmente.

Quanto às dificuldades ou complicações pós-parto, 54% das mulheres não sofreram nenhum tipo de complicação, enquanto 30% tiveram dificuldades de amamentação e 12% apresentaram complicações pós-parto com necessidade de uso de medicamentos. A mesma

quantidade informou que teve dificuldades de estabelecer vínculo com o bebê; 9% sofreram infecções nos cortes e em 6% dos casos houve complicação severa, com necessidade de internação do bebê. Também 6% tiveram que se submeter a uma nova cirurgia e outras 6% tiveram complicação severa com necessidade de internação. O mesmo número de mulheres contraiu infecção hospitalar e 3% relataram reações após a anestesia.

Outros tipos de complicações após o parto foram relatados pelas participantes, consequências emocionais que resultaram em traumas psicológicos, sofrimento e desejo de não ter mais filhos. O resultado doloroso do parto de M. Thamyris e sua percepção sobre este evento pode ser verificada em toda a sua fala, porém expresso de forma mais impactante pelo uso da palavra “fiasco”. Neste caso, as consequências ainda perduram por mais de três anos após o trauma, exercendo um impacto direto no planejamento familiar, no estado emocional da mulher, na possibilidade psicopatologias como tocofobia e transtorno de stress pós-traumático.

Parto digno é ter segurança, confiança, ser bem cuidada, bem atendida, bem assistida... É poder ter prazer em ter mais filhos e não ficar traumatizada com o parto como eu fiquei. Meu parto foi um fiasco. Só de pensar no que me aconteceu, descarto a possibilidade de ter outros filhos. (M. Thamyris – Expectativa: Parto normal sem intervenções. Parto realizado: Cesáreo).

O relato das mulheres, apesar de seu caráter potencializador resultante das memórias de sofrimento, tende a ser desacreditado por argumentos “científicos” advindos da Medicina. As mulheres que denunciam a violência obstétrica estão reivindicando reconhecimento social da violência a que foram submetidas e, ao mesmo tempo, abalam saberes e práticas médicas que estão em vigor há séculos. O que essas mulheres estão questionando e denunciando como violência são tratamentos e procedimentos rotineiros no cenário médico e validados há muito pela Medicina, como é possível serem percebidos como violentos de repente (PULHEZ, 2013)? “[...] A compreensão do que é bom ou ruim para as mulheres na hora do parto é uma questão de entendimento de direitos humanos, ou seja, daquilo que seria representativo de respeito, de dignidade.” (PULHEZ, 2013, p. 9).

Os sentimentos e sensações das parturientes nas primeiras semanas após o nascimento variaram entre mal-estar físico e/ou dores, preocupação e angústia, insegurança e medo, felicidade, tranquilidade, tristeza, frustração, cansaço e sobrecarga, emotividade e choro, confusão e ansiedade. A depressão e a tristeza no pós-parto foram informadas por 3% das participantes. Grande parte das entrevistadas (54,55% - dezoito) considera que os sentimentos

após o nascimento estão relacionados às vivências do parto, enquanto 36,36% considera que não há relação entre esses dois momentos e 9,09% não tinha opinião formada sobre o assunto.

Quando questionadas se acreditavam que a experiência de parto poderia ter sido diferente de alguma forma, 50% informaram que sim, 46,88% que não e 3,13% não souberam responder. Embora a maior parte delas (57,58% - dezenove) tenha informado ter se sentido feliz e realizada após o parto: por si mesmas, pelo bebê e por toda experiência e assistência prestada; 21,21% (sete) relataram que se sentiram felizes apenas porque o bebê estava bem, enquanto 15,15% (cinco) informaram sentimentos de medo e insegurança, 12,12% (quatro) perceberam-se sem informação e acolhimento. A mesma quantidade de mulheres se sentiu mal atendida, vulnerável e com raiva e outras 12,12% também relataram preocupação com a situação de saúde do bebê; 9,09% (três) se sentiram frustradas porque o parto e o nascimento não foram como o esperado e 3,03% (uma) relatou preocupação por ter sentido que não “colaborou” o suficiente para o nascimento.

3.4 O PARTO VAGINAL

Na maternidade vinham as pessoas no meu quarto falando assim: "quem é a menina que teve parto normal?" Tinha tido trinta e três partos naquela noite e só eu de parto normal. [...] Tudo ele (médico) perguntava: "posso te ajudar?". A questão do consentimento é relativa porque você tá numa situação de fragilidade (horas de intensa dor), quando ele fala: "eu vou fazer isso que vai te ajudar, você fala: "faz pelo amor de Deus" (ocitocina e episiotomia). [...] O bebê nasceu, chorou, ele estava preparado, ele estava pronto. [...] O leite desceu na hora, foi maravilhoso! O leite desceu e ele saiu de lá, eu conversei com ele e ele parou de chorar, passou um pouco, ele já mamou. Então, gente, foi a coisa mais linda! Olha, o meu parto foi a coisa mais linda do mundo! E eu ficava agradecendo o médico, e ele "eu que tenho que te agradecer, eu que tenho que te agradecer" e depois eu ficava emocionada falando : "Dr. XXX, Dr. XXX!". (M. Eugênia, parto Normal).

No início do texto anterior fica evidenciado que os partos normais são uma exceção, dos 33 (trinta e três) partos que ocorrem naquele dia na maternidade, só um foi normal. Embora esses dados não estejam diretamente relacionados com os resultados do estudo e com o contexto específico da pesquisa, eles mostram que na cidade de Goiânia, local onde as entrevistas e questionários foram aplicados, a taxa de cesarianas naquele hospital provavelmente é muito alta.

Os dados desta pesquisa mostram que 63,64% das mulheres participantes deste estudo preferia, ao início da gestação, o parto normal, e que 57,58% delas, ao final da gravidez, preferiam o parto cesáreo. O tempo de parto entre as participantes variou entre três e

dezenove horas. A parturiente do relato anterior ficou em trabalho de parto por dezenove horas, na expectativa de um parto normal. O número de horas e a intensidade da dor levaram-na a autorizar a ocitocina e a episiotomia, entretanto, médico e paciente mantiveram a opção pelo parto vaginal.

Outra participante relatou que seu trabalho de parto durou aproximadamente três horas e meia e sempre desejou ter um parto normal. Na data do parto, dirigiu-se a uma maternidade pública conhecida por suas práticas humanizadas, pois não sentia segurança na médica obstetra que realizava o seu pré-natal, acreditando que ela não estaria disposta a realizar o parto normal:

Ela [a médica] sempre falava que fazia também o parto normal, mas sempre que eu ia [nas consultas] eu ficava sentindo que ela ficava falando “ah, mas se tiver qualquer coisa, a gente faz uma cesárea” e eu via a agenda dela sempre muito cheia, muitas grávidas entrando e saindo, eu sempre conversava com as pacientes e todas queriam cesárea, então não me senti segura e como eu moro na região noroeste, no dia em que eu acordei passando mal eu já optei em ir direto para a maternidade XXX porque eu já conhecia, exatamente por ter esse parto humanizado. (Relato da participante Amadrias. Expectativa: Parto Normal humanizado. Parto realizado: Normal humanizado).

As atitudes que Amadrias observou na médica obstetra que a acompanhava durante o pré-natal indicavam que o provável desfecho do parto seria cesariana e geraram desconfiança na parturiente. O índice de cesarianas realizadas por cada médico pode ser um forte indicador de sua prática profissional e, em virtude disso, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estipularam regras para estimular o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias. A Resolução Normativa nº 368 determina que as operadoras de planos de saúde divulguem, quando solicitadas, a quantidade de cirurgias cesáreas e de partos normais realizados por estabelecimento de saúde e por médico. Mesmo sem conhecimento sobre tal portaria, que entrou em vigor apenas em 2015, Amadrias observou que a quantidade de cesarianas realizadas pela médica que a acompanhava, bem como o discurso dela, não indicavam prática com partos normais.

No parto de M. Athena, é possível perceber que mesmo diante da situação médica do bebê (mecônio) agravada, o obstetra informou à parturiente as opções e os riscos de cada escolha, deixando a decisão para ela e se colocando a seu lado como apoiador, independente da escolha que ela realizasse:

Ele [o médico] conversou comigo e eu estava no quarto porque a bolsa ainda não tinha arrebentado, aí quando arrebentou e ele viu que tinha mecônio, disse: “olha, temos uma intercorrência e temos a seguinte situação...”, disse que eu tava com 4 cm

de dilatação e que o tempo de chamar o anestesista e preparar a cesárea; e o tempo da gente tentar acelerar o normal, ia ser mais ou menos o mesmo, então o risco era elas por elas, e aí [o médico] deixou de certa forma pra eu decidir e disse que de qualquer forma teríamos toda assistência. [O médico disse]: “O pediatra vem, vai ser a primeira coisa e tal”, e aí eu decidi pelo normal, por isso foi de cócoras, eu tive que acelerar o tempo da dilatação, porque eu consegui 6 cm em pouco menos de meia hora, tive que ficar fazendo exercícios... (M. Athena. Expectativa: Parto Normal humanizado. Parto realizado: Normal humanizado).

O relato de M. Athena demonstra que as pacientes, mesmo leigas em relação aos procedimentos médicos, quando informadas compreendem as delicadas situações que se apresentam e têm condições de tomar decisões que julgam melhor para a própria saúde e para a saúde de seus filhos. Por outro lado, como mostra o discurso apresentado a seguir, de R. Alexandra, mesmo em situações de tensão os profissionais têm condições de oferecer segurança, suporte e autonomia para as parturientes:

Ele [o obstetra] ficou com medo, depois ele me contou. Ele ficou apreensivo e pensava “Ai, meu Deus! Como eu vou fazer?”, mas depois ele disse que olhou pra mim e pensou: “Ah, a mãe tá tranquila, então tá tudo bem”.

Na situação descrita, a parturiente só teve conhecimento dos sentimentos do médico após o parto. Pela observação do estado de saúde e pelo estado emocional da paciente, o médico optou por identificar se seus temores eram justificáveis antes de intervir de forma preventiva. Tal decisão evitou que ansiedades exclusivas da pessoa do médico fossem transferidas para a paciente ou se transformassem procedimentos desnecessários. Tais atitudes empáticas favorecem o estado emocional da mulher no parto e pós-parto e conforme os resultados da presente pesquisa, 54,55% (dezoito) das entrevistadas considera que os sentimentos após o nascimento têm ligação com as vivências do parto.

A conclusão sobre o significado de “parto digno” para o grupo de mulheres pesquisadas compreendeu palavras como ‘tratamento acolhedor’, ‘respeito’, ‘informação’, ‘segurança’, ‘autonomia’, ‘direitos assegurados’ e ‘presença de acompanhante’.

As propostas de humanização do parto eram conhecidas por 72,73% das participantes e, para definir toda a assistência recebida pela equipe de saúde, 39,39% (treze) utilizaram a palavra “ótima” e 15,15% (cinco) a palavra “boa”. “Equipe capacitada tecnicamente” apareceu em 18,18% (seis) das respostas e 21,21% (sete) a definiram como atenciosa, acolhedora e humanizada. O sentido de humanização para as participantes esteve fortemente relacionado ao fato de se sentirem respeitadas, acolhidas, informadas, seguras e próximas da equipe médica.

[Choro] [...] Eu já estava muitas horas em trabalho de parto [dezenove horas] e comecei a fazer o discurso de “Tá vendo? Eu disse que eu não ia conseguir, eu sou fracassada...” E o obstetra que tinha me ouvido durante todo o processo de pré-natal disse: “Você é capaz, esse é o seu sonho, estou aqui por você, vamos ficar aqui o tempo que for necessário, é no seu tempo... Você vai tomar agora só um pouquinho de anestesia peridural, não vai tirar seus movimentos, mas vai te aliviar. Eu vou ficar aqui com você e nós vamos fazer alguns agachamentos que vão te ajudar...”. Tudo ele perguntava: “posso te ajudar?”. O meu parto foi a coisa mais linda e eu ficava agradecendo o médico, estava tão emocionada e ele dizia: “Você não tem que me agradecer. Eu tenho que te agradecer. (M. Eugenia).

Eu o considero [o médico] um ser iluminado neste sentido de parto humanizado. Eu procurei muito alguém que trabalhasse neste sentido e me senti muito segura, tive dois partos com ele [...] Eu fiz questão de dar essa entrevista por isso: [...] fui muito bem amparada do ponto de vista médico, essa relação com o meu obstetra foi mais do que uma simples relação entre médico e paciente... Para ele, é uma filosofia de vida e para mim também: eu queria ter um filho, mas não queria nada mecânico. (M. Athena).

E o meu medo também era de quando chegasse a minha vez [de ir para a sala de parto] o médico estar pro almoço. Aí a enfermeira me acalmou, falou que tudo bem, que almoçando ou não o médico ia vir. (Drias Julia).

O discurso médico dirigido a M. Eugênia evidencia a importância do respeito à subjetividade de cada mulher e o apoio profissional no sentido de colaborar com o parto e não simplesmente executá-lo como se a parturiente fosse desprovida de autonomia. Neste caso também, o médico incentivou a capacidade de partear, propôs soluções para o alívio da dor e colocou-se ao lado dela como parceiro: ela fazia os agachamentos junto com ela, ressaltava que o processo aconteceria no tempo dela e da maneira que ela se sentisse mais confortável.

A relação de apoio e acolhimento também foi expressa na fala de M. Athena e Drias Julia. O discurso da enfermeira não apenas acalmou Drias, como transmitiu segurança de que todos os envolvidos no apoio ao parto estavam priorizando o momento delicado em que ela se encontrava e que ela não estava só.

O sentido de humanização do parto nos leva a múltiplas interpretações e propostas de mudança na prática da assistência em saúde obstétrica. Algumas abordagens voltam-se à discussão das práticas baseadas em evidências, outras às baseadas em direitos e várias outras servem como meios para promover a mudança (DINIZ, 2005). O sentido utilizado aqui é o da humanização, entendida como um convite ao diálogo, à necessidade de relações mais vinculadoras, acolhedoras e horizontais, voltadas para o respeito aos direitos, à autonomia, à informação e orientadas para a discussão da assistência baseada em evidências, que faça uso de tecnologias apropriadas, e não apenas baseadas na tradição. Além da preservação da liberdade de escolha da parturiente, a assistência humanizada não deve utilizar procedimentos desnecessários, e sim intervenções ancoradas na medicina baseada em evidências, que

indiquem efetividade e segurança já comprovadas por estudos científicos bem conduzidos (AMORIM, 2013).

O manual do Ministério da Saúde sobre parto e assistência humanizada à mulher, afirma que a mudança de práticas arraigadas e a implantação políticas públicas de humanização, não acontece apenas com normas e manuais. É imprescindível a mudança de perspectiva profissional, que todos os envolvidos na assistência ao parto estejam abertos para novas propostas e experiências, abertos a reconhecer que a gestante tem direito à autonomia no parto e que gravidez é um evento natural e não patológico. Cabe ainda, a estes profissionais, colocar a ética e a empatia à frente de toda prática profissional (BRASIL, 2001, p. 9). Os discursos das participantes acima citadas evidenciam que este é um caminho possível para os profissionais que desejam humanizar suas práticas.

Durante a formação médica, o futuro profissional tem poucas oportunidades de desenvolver a habilidade de comunicação empática e assertiva com os pacientes. Espera-se que a pessoa atendida faça o necessário para promover a saúde, colaborando com o tratamento que o profissional considera mais adequado (DINIZ, 2003). Tal postura frequentemente resulta em ações ou procedimentos que são percebidos como impessoais, desrespeitosos ou violentos pelas parturientes.

Determinados procedimentos podem ser compreendidos como invasivos para algumas mulheres e preferenciais ou indiferente para outras. Para assegurar as preferências e escolhas da parturiente, em uma comunicação livre de mal-entendidos, muitas vezes faz-se necessária a construção de um plano de parto. Trata-se de um documento redigido pela gestante para expressar objetivamente suas vontades à equipe médica e hospitalar. O plano de parto minimiza a possibilidade de falhas na comunicação e, embora evidente que não seja possível prever todas as situações que podem ocorrer no momento do parto, a utilização do documento permite que a parturiente, seus familiares e a equipe de profissionais visualizem ações mais próximas da vontade da mulher diante de cada acontecimento possível.

O objetivo da assistência ao parto deve estar cada vez mais próximo da descrição abaixo, onde a paciente foi tratada com autonomia, respeito, acolhimento e em consequência disso sentiu-se “feliz, realizada e tranquila”. A participante relatou suas memórias como “uma história bonita” e “história que deixa feliz”.

Acho que todo mundo deveria ter parto na água ou pelo menos perto dela... Só de você ter a água quente é completamente diferente... Você entra na água e dor fica completamente diferente [...]. Eles [os pais da parturiente] nunca tinham visto um parto na água: o bebê nasce molinho, tranquilo... A criança nasce diferente do parto expulsivo comum. Eu estava mais preparada porque eu tinha visto vários vídeos de

parto assim. Depois eu fiquei feliz, realizada e tranquila. Depois do parto a gente fica com uma história bonita pra contar, uma história que te deixa feliz, né? (Relato da participante R. Alexandra).

No momento do parto, o hormônio ocitocina é necessário para a redução da ansiedade, pela contração do útero, expulsão do bebê e da placenta. Por estar presente também em situações de prazer, como o ato sexual ou a amamentação, a ocitocina tem sido popularmente chamada de “hormônio do amor”. Em situações de emergência ou perigo, todos os mamíferos liberam adrenalina, que, entre outros fatores, é capaz de interromper a liberação de ocitocina. A incompatibilidade entre a ocitocina e a adrenalina explica a necessidade biológica comum a todos os mamíferos de sentir-se seguro no momento do parto. A adrenalina é liberada também quando nos sentimos observados ou intimidados, sendo a segurança uma necessidade básica (ODENT, 2004). A humanização do parto busca cada vez mais relatos como o de R. Alexandra, que, independente do tipo de parto, sentiu-se respeitada, ativa, autônoma, segura e condutora do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: DISTÂNCIAS E PROXIMIDADES ENTRE OS DIREITOS HUMANOS, A EXPECTATIVA DE PARTO E A PRÁTICA OBSTÉTRICA

No presente estudo, o “parto digno” foi descrito pelo grupo pesquisado com três pilares fundamentais: informação, relação empática e direitos assegurados, uma vez que quando bem informada, a mulher se sente segura, capaz de tomar decisões quanto ao que julga ser melhor para ela e para o bebê e conseqüentemente se sente mais autônoma. Quanto às relações empáticas, diante de tal tratamento a parturiente se sente mais acolhida, segura e respeitada. Os direitos assegurados também contemplam todos os sentimentos já citados, além da presença do acompanhante. Estes três pilares congregam o significado de parto digno para o grupo pesquisado, que foi descrito como ‘tratamento acolhedor’, ‘respeito’, ‘informação’, ‘segurança’, ‘autonomia’, ‘direitos assegurados’ e ‘presença de acompanhante’.

Ao final da pesquisa foi possível também concluir, com base nos relatos das participantes que as situações de violência obstétrica não são casos isolados ou pouco frequentes. Ficaram evidentes que, em diversos casos, a ausência de autonomia feminina no momento do parto foi negada quando houve retenção de informação por parte da equipe médica em relação à paciente, indução ou interferências na tomada de decisões, coação, descrédito na capacidade de compreensão, análise e tomada de decisões femininas ou uso do medo dos riscos e complicações do parto como estratégia de adesão às práticas decididas pelos médicos.

Foi grande a quantidade de mulheres que relataram sentimentos de ausência de dignidade e violações aos direitos humanos no momento do parto. Foi possível verificar também, que muitas mulheres passaram por situações de violência sem perceber. Quanto a isso, questiono se quando há “boa relação” entre pacientes e equipe médica, as mulheres relevam ou consentem práticas físicas danosas e sem evidências científicas, ou sequer consideram tais práticas como agressivas, sendo estas entendidas como rotinas médicas necessárias que cabem ao médico decidir.

Os questionários indicavam que algumas parturientes tinham sido submetidas sem consentimento, a procedimentos considerado danosos ou injustificados, como a episiotomia ou manobra de kristeller, porém as parturientes não compreendiam estas experiências como violentas quando havia sentimento de proximidade em relação à equipe médica. Tal situação serve como um alerta para problematizar algumas questões, como a necessidade de cautela

para que a relação médico e paciente não seja mascarada pelo falso acolhimento, que conduz o atendimento com voz suave, mas orienta as ações para o “eu sei o que é melhor para você” e que a informação quanto a todos os procedimentos realizados não seja obstruída ou a falta dela utilizada como um artifício para adesão da mulher às decisões que a equipe considera como melhores.

As dificuldades encontradas para a realização da pesquisa em um hospital, anunciavam logo no início toda a resistência médica quanto ao sentimento de ser avaliado ou ter sua prática observada e questionada. Em reunião com o corpo gerencial do hospital, etapa inicial necessária para a aprovação da pesquisa, não houve recusa documental e foi gerada uma ata favorável ao início da coleta de dados. Contudo, comentários informais anunciavam: “Aqui ninguém é violento”, “Aqui os violentados são os médicos”, “Porque você não vai pesquisar em outro lugar? Tem tantos hospitais por aí...”. Estes resultados, somados aos resultados da pesquisa, motivam questionamentos quanto às causas da violência obstétrica ou ao desrespeito à autonomia da mulher durante o parto.

Na perspectiva foucaultiana, a violência obstétrica pode ser interpretada como um instrumento de controle. Foucault (1982) afirma que o controle social sobre as pessoas não ocorre apenas pela consciência ou pelas ideologias, o controle acontece no corpo, sendo este, portanto uma realidade biopolítica e a Medicina uma estratégia biopolítica. Esse autor esclarece que o poder não é propriedade ou posse de um grupo que o toma e permanece com ele. Não é fixo e permanente, pois não pode ser compreendido como uma questão de posse, e sim como uma estratégia. Como foi possível perceber ao longo dos discursos das mulheres e também na fala dos médicos em “Aqui os violentados são os médicos”, o poder é algo que se exercita, pois a relação de poder passa por todos os personagens do cenário.

Em vários trechos dos discursos das parturientes foi possível perceber o quanto elas acionavam o poder e utilizavam seus corpos e seus discursos para contrapor o discurso dominante. Em falas como “Este é o meu parto, vocês é que tem que colaborar comigo!” ou em “Eu sei dos meus direitos! Eu sou convalescente, mas eu não sou retardada!” ficam evidentes as relações de poder entre parturiente e profissionais de saúde, bem como a elaboração de discursos femininos de autoproteção, proteção do filho e exigência de seus direitos, presente também nos discursos dos familiares que acompanham a mulher e o bebê.

Se o poder paira, circula entre os indivíduos e não é detido por uma pessoa; se o poder é extremamente temporário e transitório e se historicamente a Medicina é detentora do poder, o que acontece quando alterações no ambiente possibilitam o acionamento desse poder por outros sujeitos não dominantes? As alterações ambientais foram promovidas pela parturiente,

o desejo de autonomia, reivindicação de direitos, ou mesmo os gritos de dor, são modificações ambientais que causam uma dissonância no ambiente controlado e trazem questionamentos impactantes para os profissionais de saúde, que assimilam este comportamento da mulher à perda de poder e à percepção de que os discursos não estão mais sendo controlados.

Quando uma mulher busca autonomia no contexto hospitalar, o comportamento dela altera uma prática médica estruturada de maneira hegemônica e, com isso, o profissional tem a sensação de perda de controle e, com isso, aparece a necessidade de reagir. Outros discursos se apresentam como contradiscursos e as respostas a isso evocam reações violentas, que tem o objetivo de controlar não apenas os discursos, mas também o corpo.

Somado a isso, outros fatores e crenças contribuem para a reprodução dessas formas de interação e reação. O Código de Ética Médica, em seu capítulo I, artigo IV, determina que “ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo *prestígio e bom conceito da profissão*” (grifos meus). Já foi concluído anteriormente que esse prestígio e bom conceito da profissão favorecem o exercício do poder e me questiono se essa orientação do código de ética informa de maneira subliminar que os profissionais devem permanecer neste local de exercício do saber-poder há muito ocupado pela Medicina, orientando a atenção para impedir brechas que permitam a circulação do poder dos dominantes para os dominados.

Questiono também a possibilidade de compreensão desse prestígio e bom conceito da profissão como resíduos do pensamento inicial da Medicina desde a Idade Média, que prezavam pela crença absoluta no discurso médico, no poder a eles conferido por Deus e no conseqüente dever de obediência do paciente.

Vários artigos do Código de Ética Médica orientam o pensamento profissional para o controle e a autonomia médica, a exemplo dos artigos VII e VIII, que determinam que o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem sua consciência ou a quem não deseje e que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho. A problemática situa-se, neste caso, em um dos grandes dilemas da bioética: autonomia do médico *versus* autonomia do paciente. Conforme expresso no artigo XXI do mesmo código, o médico deve aceitar as decisões dos pacientes, desde que estas sejam consideradas pelo médico como “adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”.

Nessas situações conflituosas, a decisão final parece estar ao encargo do médico, que tem a visão de que o paciente pode opinar, mas o conhecimento deste não abrange a ciência

médica e sua opinião e, quando comparada à opinião médica divergente, em muitas situações não será considerada “adequada”, apesar do capítulo IV, nomeado como “Direitos humanos”, informar, em seu artigo 24, que o médico deve garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar e que o profissional não deve exercer sua autoridade para limitar a escolha do paciente, ou mesmo apesar do capítulo V do referido código, que em seu artigo 31 orienta que o médico não deve desrespeitar o direito do paciente e de seu representante legal de decidir livremente sobre o tratamento, salvo em caso de risco de morte.

Ainda avaliando outros fatores e crenças que possivelmente contribuem para a reprodução dessas formas de interação e reação, o artigo II do Código de Ética Médica afirma que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.” A atuação voltada para a obtenção de resultados, tendo a cura ou o bem-estar físico como prioridade de trabalho, tem o desrespeito à autonomia ou a violência como consequência do modo de vida que os profissionais de Medicina passam a ter ao atuar em uma profissão centrada na doença, e não no indivíduo. Há então um resultado que não foi planejado, mas que é um resultado concreto, fruto de duas dimensões que se encontram: a primeira delas é o saber médico, que busca entender a doença, e não o doente, a segunda dimensão são os sujeitos que estão em busca da saúde. Quando esses dois pontos se cruzam, há um resultado decorrente de uma afinidade eletiva.

Ainda sobre o Código de Ética Médica, seu artigo VI informa que “o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”. Como é possível perceber em uma relação entre os artigos II e VI, o médico deve respeitar o ser humano, porém, seu olhar e sua atuação estão direcionados à doença e ao reestabelecimento da saúde, não para o indivíduo global, o que constitui um agravante neste contexto em que o olhar do profissional mostra-se extremamente direcionado para a capacidade de cura, para a busca da compreensão, o entendimento e a solução da doença, tornando a relação pouco humanizada e dificultando que o paciente seja percebido como um ser humano altamente complexo e composto de várias dimensões.

Entende-se que as situações compreendidas como violência obstétrica não são planejadas maquiavelicamente, mas são um efeito de um *modus operandi* que está prejudicando sujeitos e, portanto, precisa ser repensado. E é necessário pensar também no

efeito sociocultural da violência no parto. A mulher que sofre violência obstétrica volta para suas relações sociais com comportamentos que geram um fenômeno extremamente prejudicial não apenas para a mulher, mas para a sociedade como um todo.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que as participantes que sofreram violência no parto convivem com consequências como: dificuldades de vínculos afetivos com o bebê, complicações pós-parto que resultam em limitações físicas temporárias e impediram ou dificultaram os cuidados com o bebê, separação do bebê devido a complicações pós-parto da mulher (mulher internada, bebê em casa), alterações na forma de se relacionar sexualmente com o(a) parceiro(a), autoimagem corporal depreciativa, modificações no planejamento familiar e desejo de não ter mais filhos, sentimento de derrota ou incapacidade, depressão pós-parto, dificuldades para realizar tarefas do dia-a-dia mesmo após meses depois do parto (queixas de falta de ânimo, tristeza, cansaço, etc.), dificuldades de amamentação e dores físicas.

As recomendações da OMS sobre a Medicina baseada em evidências e a relação com os movimentos de humanização do parto vêm justamente propor novas formas de pensar e fazer, abandonando práticas obsoletas e, conseqüentemente, aproximando a Medicina cada vez mais do indivíduo como um todo, que se sente mais autônomo e mais respeitado à medida que as relações se tornam mais acolhedoras e quando se diminuem as intervenções corporais desnecessárias ou sem evidências científicas, que violentam e fragilizam em momentos já tão fragilizantes.

Este estudo teve sua abrangência limitada aos relatos de experiências das parturientes e foi finalizado com várias possibilidades de exploração em pesquisas futuras, que possibilitem análises de áreas não alcançadas aqui. Saliento a importância de estudos junto aos profissionais de saúde, que realizem um levantamento de suas dificuldades, necessidades e forma de pensar e agir. É fundamental também diagnosticar as lacunas na formação acadêmica destes profissionais: quais disciplinas, práticas e aprendizados refletem em preparo para lidar com as subjetividades dos pacientes de forma empática e com amplo entendimento quanto aos direitos humanos?

Compreender a assistência ao parto como uma questão de direitos humanos é considerar a amplitude de possibilidades e subjetividades diante do que pode ser compreendido como dignidade. É necessário seguir as recomendações da OMS e das Políticas Nacionais de Humanização, assim como é imprescindível também verificar as particularidades, preferências e contexto de cada pessoa atendida. Tal verificação só é possível com diálogo assertivo, investigador, explicativo e focado no bem-estar da paciente.

REFERÊNCIAS

ABENFO - Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras. Disponível em: <http://www.abenfo.org.br/cms/>.

ACKER, Justina I. B. V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, 2006.

ADPERGS - Associação dos Defensores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul. **Violência Obstétrica** - Curso capacita defensores de todo estado. 2014. Disponível em: <http://www.anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=19923>.

AGUIAR, Jananina M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/>. Acesso em: 17 abr. 2013.

ALMEIDA, Marília T. A ordem médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica. **Rev. Bioética (Impr)**, v. 19, n. 3, p. 741-752, 2011. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/647/694.

ANS. Agência Nacional de Saúde. **Resolução normativa - RN nº 368**, de 6 de janeiro de 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892.

ANZALDÚA, Glória. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 229, jan. 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9880/9106>.

AMORIM, Melania. **A falácia da circular de cordão**. 2012c. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/a-falacia-da-circular-de-cordao.html>.

_____. **Estudando a gravidez prolongada**. 2012a. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-gravidez-prolongada.html>.

_____. **Indicações reais e fictícias para a cesárea**. 2012b. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>.

_____. **Parto Humanizado**. 2013. Disponível em: <https://bibliografiadadoula.wordpress.com/2013/04/09/a-dra-melania-amorim-fala-sobre-a-humanizacao-do-parto/>

ARAÚJO, Marcelle et al. Aspiration traquela e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 255-261, abr./jun. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Mari/Downloads/8669-41568-1-PB.pdf>.

BARBOSA, Gisele P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov.-dez. 2003.

BASBAUM, Cláudio. Nascer sorrindo. In: FONTES, José Américo da Silva. **Perinatologia social**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1984. cap. 2, p. 37-39.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Trad. de Sérgio Milliet. v. 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BORN, Leslie et al. Trauma e o ciclo reprodutivo feminino. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, supl. 2, p. s65-s72, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600006&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL, Governo Federal. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Garantia às parturientes do direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

BRASIL, Governo Federal. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.069/1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: 2009. p. 111-129. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 5-6. (Série B – Textos Básicos da Saúde, v. VIII).

BRENES, Anayansi C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>.

CAMPBELL, Della A. et al. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 35, n. 4, p. 456-464, 2006.

CARNEIRO, Aparecida S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** Tese (Doutorado em Filosofia da Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN 223/1999.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html.

COSTA, Mirtes S. **Modalidade no discurso dos delegados/delegadas:** uma comparação entre o atendimento na delegacia da mulher e na delegacia comum. Dissertação (Mestrado em Lingüística aplicada e estudos da linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

CREMEGO - Conselho Regional de Medicina de Goiás. **Cadastro de profissionais.** 2015. Disponível em: http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?medicosNome=&medicosCRM=&medicosUF=GO&medicosSituacao=A&medicosTipoInscricao=&medicosEspecialidade=72&buscaEfetuada=true&option=com_medicos#buscaMedicos.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo.** Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Brasília: Editora da UnB; Rio de Janeiro: José Olímpio, 1993.

DIAS, Luciana O. **Discursos reguladores da feminilidade no pensamento social brasileiro.** 2004. 61f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais, Especialização em Estudos Comparados sobre as Américas - CEPPAC) – Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

DINIZ, Carmem Simone G. **Assistência ao parto e relações de gênero:** elementos para uma releitura médico-social. 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141381232005000300019&lng=en&nrm=iso.

_____. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/direitos_humanos_parto.pdf.

DIP, Andrea. **Na hora de fazer, não gritou.** 2013. Disponível em: <http://www.apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>.

DUARTE, Ana C. **Parto Humanizado.** 2013. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/presgate.html>.

EVANS, Luciane. Mineiras discutem violência no parto em audiência pública na Assembleia Legislativa. **Jornal Estado de Minas**, Belo Horizonte, em 30 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2012/07/30/interna_gerais,308823/mineiras-discutem-violencia-no-parto-em-audiencia-publica-na-assembleia-legislativa.shtml>.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.

FAÚNDES, Aníbal *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.

FILHO, Agassiz A.; MELGARÉ, Plínio. **A dignidade da pessoa humana** – Fundamento e critérios interpretativos. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Microfísica do Poder**. O nascimento do hospital. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. p. 99-111.

FRANZON, Ana C. A.; SENA, Lígia M. **Ação teste da violência obstétrica** – divulgação de resultados. Blogagem Coletiva, Brasil, maio 2012. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf.

GAÍVA, Maria Aparecida M.; TAVARES, Celina M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132-145, jan. 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4408/2343>.

GALLO, Rubineide B. S. et al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial**. 2011. Disponível em: www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/.../Femina_v39n1_41-48.pdf.

GUTMAN, Laura. **A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos**. São Paulo: Editora BestSeller, 2010.

HADDAD, Samira E. M. T.; CECECATTI, José G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500008&lng=en&nrm=iso>.

HODNETT, Ellen D. et al. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 2, 2008.

IBGE, - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas da cidade de Goiânia, Goiás**. 2010. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/232P5>.

LEAL, Maria do Carmo. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSPSA, 2007. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/FIOCRUZ_Ces%C3%A1reas.pdf.

LEY Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf.

LIBERTAD, Maíra. **O caso Adelir: era mesmo indicação de cesárea?** 2014. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2014/04/guest-post-por-maira-libertad-matutando.html?view=classic>.

LONGO, Cristiane S. M.; ANDRAUS, Lourdes M. S.; BARBOSA, Maria A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Inf.**, v. 12, n. 2, p. 386-391, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>.

LYOTARD, Jean-François. The other's rights. In: SHUTE, Stephen; HURLEY, Susan (Org.). **On Human Rights: The Oxford Amnesty Lectures 1993.** New York: BasicBooks, 1993. p. 135-147.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MCGRATH, Susan K.; KENNEL, John H. Um estudo randomizado controlado de suporte de trabalho contínuo para casais de classe média: efeito sobre as taxas de cesarianas. **Nascimento, Birth**, v. 35, n. 2, p. 92-97, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000220&pid=S0100-7203201100050000800060&lng=en.

MEC, Ministério da Educação. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados.** 2015. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.

MEDICINA, Conselho F. **Código de ética médica.** Resolução CFM – 1931/2009. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_14.asp.

MONTEIRO, Juliana C. dos S. **Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MONTEIRO FILHO, Lauro. Artigo 12/Livro 1 - Saúde. In: CURY, Munir; SILVA, Antônio F. do A. e; MENDEZ, Emílio G. **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado.** Comentários jurídicos e sociais. São Paulo: Malheiros, 2009.

MORAES, Eleonora de. **Tipos de Parto? Que classificação é essa? Despertar do Parto.** (2008). Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/Home/ArtigosporEleonora/TiposdePartoQueclassifica%C3%A7%C3%A3o%C3%A9essa/tabid/380/Default.aspx>>.

MORAIS, Inês M. de. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s331-s336, Dec. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000600010&ln=en&nrm=iso>. access on 12 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-3829201000600010>.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; CUNHA, Alfredo A.; MONTENEGRO, Carlos A. B. Considerações sobre o parto na gestação gemelar diamniótica. **Femina**, v. 37, n. 8, ago. 2009. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n8p437-42.pdf>.

NOGUEIRA, Conceição. A análise do discurso. In: ALMEDA, L.; FERNANDES, E. (Ed.). **Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação**. Braga: CEEP, 2001.

ODENT, Michel. **O nascimento dos mamíferos humanos**. 2004. Disponível em: <http://www.quenosseparen.info/documentos/Nacim.human.Odent.pdf>.

OLIVEIRA, Lucas A.; FERREIRA, Mariana T. Sobre o conceito de “afinidade eletiva” em Max Weber, Michael Löwy. **Plural** (São Paulo. Online), [S.l.], v. 17, n. 2, p. 129-142, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/74543/78152>>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 8452, n. ii, p. 436-437, 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Appropriate%20Technology%20for%20Birth>.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

_____. **Recommendations for induction of labour**. 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf.

PAULA, Érica de; CHAUVET, Eduardo. Documentário. Longa-metragem “**O renascimento do parto**”, 2013. Disponível em: <http://www.filmesonlinegratis.net/assistir-o-renascimento-do-parto-nacional-online.html>.

PEDROSA, Cleide; OLIVEIRA, Derli M.; DAMASCENO, Taysa M. S. S. Caminhos teóricos e práticos em análise crítica do discurso. **Cadernos do CNLF**, v. XIV, n. 2, t. 1, 2010. Disponível em: http://www.filologia.org.br/xiv_cnlftomo_1/646-691.pdf.

PEREIRA, Wilza. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07012008-153636/>>.

POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1989, p. 3-15.

PULHEZ, Mariana. M. A “**violência obstétrica**” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica** - “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> .

REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. A testemunha e a memória: o paradoxo do indizível da tortura e o testemunho do desaparecido. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 48, n. 2, p. 70-83, maio/ago. 2012.

SALGADO, Heloísa O.; NILY, Denise Y.; DINIZ, Carmem Simone G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/61298/64235>.

SIMKIM, Penny. Apenas mais um dia na vida de uma mulher? Percepções das mulheres a longo prazo de sua primeira experiência de parto. Parte 1. **Nascimento**, v. 18, n. 4, p. 203-210, 1991.

SANTOS, Nara M. A “**humanização**” do parto em maternidades públicas de Goiânia: **direitos reprodutivos e relações de poder**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de Goiás, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/1625/1/dissertacao%20nara%20sociologia.pdf>.

SIQUEIRA, José Eduardo de. A arte perdida de cuidar. **Rev. Bioética**, v. 10, n. 2, p. 89-105, 2002.

SOARES, Jussara C. R. de S.; CAMARGO JR., Kenneth R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso .

SOMOSTODXSADELIR. Disponível em: <http://somostodxsadelir.wordpress.com/>.

SOUZA, Alícia Regina N. D. **Formação médica, racionalidade e experiência**: o discurso médico e o ensino da clínica. 1998. 290f. Tese (Doutorado em Medicina - Psiquiatria) - IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.psy.med.br/textos/racionalidade/alicia.pdf>.

SOUZA, Luíz A. F.; SABATINE, Thiago T.; MAGALHÃES, Bóris R. **Michel Foucault**: sexualidade, corpo e direito. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/foucault_book.pdf.

TAVIRA, Larissa V. O nascimento da clínica em Foucault - um poder-saber sobre a vida. **(Em)Cena – Saúde Mental em Movimento**. Palmas: Ceulp/Ulbra, 2014.

TEIXEIRA, Lídia P; SA, Raquel S.; ARRAIS, Alessandra R. Percepções da equipe obstétrica sobre a presença do pai durante parto e sobre a lei do acompanhante. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, v. 1, p. 127-145, 2009.

TORNQUIST, Carmem S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002a.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2002000200016&lng=en&nrm=iso.

_____. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 389-397, jul. 2002b. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2002000200008&lng=en&nrm=iso>.

VASCONCELLOS, Maurício. T. L. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Suppl. S49-58, v. 30, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0102-311X201400130001700012&lng=en.

VERDE, J. M.; COUPLAND, V. A.; KITZINGER, J. V. Expectativas, experiências e resultados psicológicos do parto: um estudo prospectivo de 825 mulheres. **Nascimento**, v. 17, n. 1, p. 15-24, 1990.

WANSSA, Maria do Carmo. D. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 1, maio. 2011. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611/627.

WEIDLE, Welder G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade, In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 35-82.

WILLIK, Aline. **Documentário sobre humanização do parto e violência obstétrica em Goiânia**. TBC, setembro de 2013. Disponível em: <http://www.youtube.com/watchv=ONYFyC7lwgo&feature=share>.

WOLFF, Leila. R.; WALDOW, Vera. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 13, p. 138-151, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>.

ZANETTI, Miriam R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**, v. 37, n. 7, jul. 2009.

Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>.

ZAMBALDI, Carla F.; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton B. **Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura**. 2009. Disponível em:

www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n4/a06v58n4.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Mariana da Costa Amorim. Sou pesquisadora, aluna do Programa de Mestrado em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás e minha área de atuação é psicologia.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Dra. Vanessa Santana Dalla Déa e Cerise de Castro Campos. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone: 3521-1215 ou no endereço eletrônico: cep.prpi.ufg@gmail.com

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA:

Direitos Humanos e Humanização do Parto

O objetivo da pesquisa é analisar as experiências no parto, verificar a incidência de violação de direitos e discutir sobre violência e heteronomia feminina no momento do parto, a ausência de dignidade e direitos humanos. Também identificar o conceito de “parto digno”, a expectativa das mulheres em relação ao parto e as experiências vivenciadas.

Para isso, estou entrevistando algumas mulheres aqui na creche, e, se você permitir, gostaria de fazer uma entrevista sobre o seu parto e lhe fazer algumas perguntas. Sua participação é totalmente voluntária (só se você quiser), mas, se você participar, poderá estar ajudando a área de saúde a encontrar maneiras de melhorar o atendimento ao parto de muitas mulheres. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, eu vou anotar seu nome aqui, mas ele não vai aparecer em nenhum lugar, pois você vai escolher outro nome (um nome falso).

Caso você concorde em participar, você poderá mudar de ideia a qualquer momento e retirar o seu consentimento para participação nesta pesquisa. Se você não quiser participar da pesquisa, isto não tem nenhum problema.

Consentimento para participação – Entrevista e questionário

() SIM, consinto

() NÃO consinto

Estou também perguntando às mulheres, se elas querem ser fotografadas e se as entrevistas podem ser gravadas. Mesmo que você autorize as fotos, elas só serão feitas QUANDO você concordar - você tem todo o direito de dizer "AGORA eu não quero". Se você autorizar, você terá cópia das fotos, que ficarão ao seu dispor, bem como a gravação de sua entrevista. Você tem alguma dúvida?

Consentimento para fotografar

() SIM, consinto

() NÃO consinto

Consentimento para gravação de voz

() SIM, consinto

() NÃO consinto

Nome da paciente por extenso:

Assinatura da paciente:

Tema da pesquisa: Direitos Humanos, Violência Obstétrica e Humanização do Parto

Nome e Rubrica do pesquisador: Mariana da Costa Amorim

Rubrica do sujeito participante:

TCLE - Pág. N°

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo sobre Direitos Humanos, Violência Obstétrica e Humanização do Parto, sob a responsabilidade da Dra. Cerise de Castro Campos e Dra. Vanessa Santana Dalla Déa, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Mariana da Costa Amorim sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Goiânia, ____/____/____

Nome e Assinatura da participante: _____

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável: Mariana da Costa Amorim

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO (Adaptação de FRANZON; SENA, 2012 e DINIZ, 2005)

1. Você está respondendo este teste por ocasião do nascimento de qual filho?
2. Qual a data de nascimento do seu filho?
3. Qual hospital você escolheu para o parto?
4. O que a influenciou a essa opção?
5. O médico que atendeu seu parto foi o mesmo que realizou seu pré-natal?
6. Qual profissional assistiu seu parto?
 Obstetra Enfermeira(o) obstetra Parteira(o)
 Meu parto foi desassistido ou autoassistido
 Outro: _____
7. Qual era sua preferência para o nascimento do seu filho no início da gestação?
 Parto normal Cesárea Não tinha opinião formada
8. Quanto tempo durou sua gestação (semanas)?
9. Qual era sua preferência para o nascimento do seu filho ao fim da gestação?
 Parto normal Cesárea Não tinha opinião formada
 Por quê? _____
10. Que tipo de parto você teve?
 Parto normal induzido Parto normal sem indução
 Cesárea durante trabalho de parto Cesárea sem trabalho de parto
10. Em caso de cesárea, qual foi a alegação médica?
11. Quanto tempo durou seu trabalho de parto? (apenas para mulheres que chegaram a entrar em trabalho de parto) _____
12. Você teve acompanhante em todos os momentos do parto? Sim Não
13. Você teve acompanhamento de uma doula?
 Sim. Do próprio hospital Sim. Com recursos próprios
 Não. Não sei o que significa 'doula'
14. Qual sua faixa de idade no momento do parto
 Menor de 18 anos 18 a 25 26 a 30 31 a 45 46 ou mais
15. Como você se considera em função da cor de sua pele
 Branca Parda/ morena/ mulata Negra Indígena
 Outro: _____
16. Durante a internação, você:

22. Sofreu algum tipo de complicação após o parto (infecção nos cortes, problemas nas amamentação, dificuldade de vínculo com o bebê ou outros)? Conte-nos.

23. Você acha que os sentimentos após o nascimento estão relacionados ao que viveu no parto?
 Sim Não Outro:

24. Hoje você acredita que o nascimento de seu filho poderia ter sido diferente? Como?

25. Como você define toda a assistência que recebeu?

26. Você se sentiu ativa durante o processo de nascimento de seu filho? Sim Não

27. Quais desses procedimentos foram realizados com seu bebê?

- Aplicação de nitrato de prata Injeção de Vitamina K
 Sonda anal Banho imediato com retirada do vérnix
 Aspiração nasal
 Outro: _____
 Não sei quais procedimentos foram realizados
 Não sei o que significam esses procedimentos

28. Você foi informada sobre os procedimentos iniciais realizados com seu bebê e sobre a real necessidade?

- Sim Não Muito pouco
 _____) Outro:

29. Você fez um plano de parto? Sim Não Não sei o que é isso

30. O plano de parto foi respeitado? Sim Não parcialmente.
 Explique:

31. Você tem mais alguma consideração que queira contar sobre o que passou na gravidez, pré-parto, parto e pós-parto imediato?

32. Você enfrentou alguma situação no seu parto que você considerou injusta/que deixou você revoltada? (Com relação à violação de sua dignidade ou direitos)

33. Você já ouviu falar das propostas sobre humanização do parto? Se sim, qual a sua opinião sobre estas propostas?

APÊNDICE C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIGNIDADE: DIREITOS HUMANOS NO PARTO

Pesquisador: MARIANA DA COSTA AMORIM

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP,)

Versão: 1

CAAE: 30584914.4.0000.5083

Instituição Proponente: em siailo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 738.671

Data da Relatoria: 07/07/2014

Apresentação do Projeto:

A autora deste projeto afirma que pretende oferecer dados para reflexão e melhoria da qualidade de atendimento prestado à parturiente, bem como oferecer subsídios aos profissionais das diversas áreas do conhecimento no que tange a direitos humanos e saúde.

Seu foco de interesse é a percepção que as mulheres têm sobre o chamado parto humanizado em um em siailo Trata-se de uma pesquisa para a dissertação mestrado no PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS. De acordo com a autora "Os dados serão coletados em siailo em siailo com puérperas que tenham dado à luz e até 12 meses posteriores, independente de se tratar de primigestas ou gravidez posteriores. As mulheres até 45 anos serão convidadas a participar da pesquisa após consultas realizadas em siailo em siailo A captação / convite das participantes pretende selecionar aproximadamente 50 participantes de qualquer grupo étnico ou social".

Objetivo da Pesquisa:

Este trabalho se propõe a identificar a percepção das parturientes acerca do atendimento ao parto

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prippy.ufg@gmail.com

Continuação do Parecer: 738.671

e experiências vivenciadas pelas parturientes em um hospital escola. A pesquisa será norteada pelas seguintes questões: - Como se organiza e se desenvolve a assistência humanizada ao parto, na instituição pesquisada? - Qual a percepção das mulheres sobre a assistência recebida no processo de parturição? - Quais são os conceitos pessoais de cada mulher, sobre o que é dignidade e direitos humanos?

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora não identifica riscos possíveis. Segundo ela, "As participantes serão convidadas a participar da pesquisa quando confortáveis para expor assuntos relacionados ao tema da pesquisa e respeitando seus limites emocionais". Trata-se de uma pesquisa baseada em entrevistas identificadas como semi-diretivas, portanto, sem riscos. Caso a entrevistada deseje parar a entrevista poderá fazê-lo, assim como não. Como benefícios a autora acredita que, com mais informações, políticas públicas poderão ser melhor elaboradas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parece muito interessante e o tema de partos e nascimentos, "humanizados" ou não, estão suscitando interesses em áreas da sociologia e da antropologia, uma vez que o significado meramente biológico do evento está cada vez mais revestido de características sociais, sendo alvo de políticas governamentais e etc.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - a autora apresenta termos com redação clara e direta. Um deles é o TCLE para mulheres maiores de 18 anos, TCLE para menores de 18 anos e o outro é o termo de assentimento para menores. Ela esclarece sobre a liberdade para aderir ou para desistir a qualquer momento da pesquisa. Também pergunta sobre a possibilidade de fotografar, esclarecendo que a entrevistada poderá retirar uma cópia das gravações e das fotos no hospital, fornecendo os telefones e, também, ao que pode advir de bom pela pesquisa, ou seja, a melhoria das políticas para os direitos humanos no parto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação deste protocolo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Dairro: Campus Samambaia CCP: 74.001-970

UF: GO Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 738.671

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios parcial e final.

Este protocolo de pesquisa será apreciado pela instituição co-participante, devendo aguardar o seu parecer.

GOIANIA, 05 de Agosto de 2014

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)